



**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**

**Επιχειρηματικότητα, Ευρωπαϊκές Πολιτικές και Ανάπτυξη: Η περίπτωση της υγείας και της ποιότητας ζωής στην ελληνική ύπαιθρο**

Διατριβή για διδακτορία  
Αποστολόπουλος Σωτήριος

Τριμελής Επιτροπή Επίβλεψης/Εποπτείας

- Μακρής Ηλίας (Επιβλέπων)
- Σταυρόγιαννης Σταύρος
- Λιαργκόβας Παναγιώτης

Καλαμάτα 2023

## **Αφιέρωση**

*Αυτή η μελέτη είναι αφιερωμένη στους γονείς μου, Τάσο και Στέλλα, καθώς και στον αδερφό μου Νίκο που χωρίς την υποστήριξη τους δύσκολα θα έφτανα στην ολοκλήρωσή της που για μένα ήταν στόχος ζωής. Είναι επίσης αφιερωμένη στη γυναίκα μου Έλενα για την πίστη της σε μένα και την ανοχή της στις ατελείωτες ώρες μελέτης, ώρες που στερήθηκε της παρουσίας μου.*

## **ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ**

### **Υπεύθυνη δήλωση λογοκλοπής**

*Ο Αποστολόπουλος Σωτήριος του Αναστασίου γνωρίζοντας τις προβλεπόμενες από τη νομοθεσία συνέπειες περί λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διδακτορική διατριβή με τίτλο «Επιχειρηματικότητα, Ευρωπαϊκές Πολιτικές και Ανάπτυξη: Η περίπτωση της υγείας και της ποιότητας ζωής στην ελληνική ύπαιθρο», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας κι όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.*

*Ο Δηλών Αποστολόπουλος Σωτήριος*

### **Δήλωση πνευματικών δικαιωμάτων**

*Αυτό το αντίγραφο της διδακτορικής διατριβής έχει παρασχεθεί υπό την προϋπόθεση ότι όποιος το συμβουλευέται αναγνωρίζει ότι τα πνευματικά του δικαιώματα ανήκουν στον συντάκτη του και ότι καμία αναφορά από τη διατριβή και καμία πληροφορία που προέρχεται από αυτήν δεν μπορεί να δημοσιευτεί χωρίς να γίνεται βιβλιογραφική παραπομπή και αναφορά*

*Ο Δηλών Αποστολόπουλος Σωτήριος*

✓ Καταμέτρηση λέξεων του κύριου τμήματος της διατριβής: 129.858

## Ευχαριστίες

Από το οικογενειακό μου περιβάλλον άκουγα από μικρός ότι «όπου υπάρχει ένα ρεαλιστικό θέλω υπάρχει και ένας δρόμος». Ένα τέτοιο δρόμο δύσκολο και επίπονο και ταυτόχρονα όμορφο και δημιουργικό σήμερα ολοκληρώνω. Ακολουθώντας τα βήματα του πατέρα μου και του αδερφού μου ολοκληρώνω τη διδακτορική μου διατριβή συνεχίζοντας και την οικογενειακή μας παράδοση. Αυτός ο στόχος δεν ήταν ούτε εύκολος, ούτε ανέφελος. Ιδιαίτερα για κάθε εργαζόμενο του ιδιωτικού τομέα, όπως ήμουν εγώ, που η πιεστική καθημερινότητα και η πολύωρη εργασία δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για μελέτη, ο δρόμος της ολοκλήρωσης της διατριβής γίνεται πιο δυσκολοπέραστος. Πρέπει να έχεις πιστέψει και αγαπήσει υπέρμετρα αυτή τη διαδρομή για να φτάσεις στην Ιθάκη. Κι αν ακόμη έχεις μέσα σου μια τέτοια αποφασιστική δύναμη δύσκολα να ολοκληρωθεί ο στόχος αν δεν υπάρξουν τα πρόσωπα εκείνα που θα πιστέψουν σε εμένα, θα σε στηρίξουν, θα σε εμπνεύσουν, θα σε δυναμώσουν και θα σε καθοδηγήσουν. Εγώ υπήρξα πολύ τυχερός που σε αυτή την προσπάθεια δεν ήμουν μόνος αλλά είχα αρωγούς πολύ αξιόλογα και καταξιωμένα κοινωνικά και επιστημονικά άτομα τα οποία όχι μόνο δημόσια ευχαριστώ αλλά θα τους είμαι ευγνώμων σε όλη μου τη ζωή.

Ο καθηγητής και επιβλέπων στη διατριβή μου Ηλίας Μακρής πίστεψε σε μένα με καθοδήγησε και με ενέπνευσε με ιδιαίτερη υπομονή και καλοσύνη. Μου έδωσε την ευκαιρία κάτω από την επίβλεψή του να πραγματοποιήσω την ερευνά μου. Θεωρώ τον εαυτό μου τυχερό που εργάστηκα κάτω από το φως της επίβλεψής του και της καθοδήγησής του. Τον ευχαριστώ για ότι έκανε για εμένα. Η βαθιά μου ευγνωμοσύνη απευθύνεται επίσης στον καθηγητή Σταύρο Σταυρόγιαννη για την ανεκτίμητη καθοδήγηση, υποστήριξη και ενθάρρυνση που μου παρείχε σε όλη την πορεία της διατριβής. Ήταν πηγή δύναμης για εμένα. Πάντα προσιτός και πρόθυμος μου έδινε λύσεις και δε με άφησε ούτε στιγμή να ξεστρατίσω. Ήμουν επίσης πολύ τυχερός που βρέθηκα δίπλα στον καθηγητή Παναγιώτη Λιαργκόβα. Η παρουσία του και μόνο με εξόπλιζε με υπέρμετρες δυνάμεις. Το έργο του ήταν και είναι πηγή έμπνευσης για εμένα. Θα του είμαι διαχρονικά ευγνώμων.

Οι μεγαλύτερες ευχαριστίες μου πηγαίνουν στον αδερφό μου Νίκο, ο οποίος ήταν πάντα και εξακολουθεί να είναι πέρα από αδερφός και καταπληκτικός φίλος. Τόσα πράγματα έμαθα κοντά του. Με ενθάρρυνε σε δύσκολες στιγμές. Με έκανε να αγαπήσω την έρευνα. Μου άπλωσε το χέρι του και πορεύθηκα μαζί του σε έρευνες. Με έμαθε να νιώθω βαθιά τη χαρά της δημιουργίας. Νίκο σε ευχαριστώ.

Θέλω να κλείσω τις ευχαριστίες στον άνθρωπο που του οφείλω τα πάντα και που δεν υπάρχουν λόγια να εκφράσω αυτό που αισθάνομαι. Στον πατέρα μου που ξενύχτησε ατέλειωτα βράδια μαζί μου. Που σε όλη μου τη ζωή ήταν δίπλα μου στις καλές μου και στις δύσκολες στιγμές μου. Πατέρα σε ευχαριστώ για μια ακόμη φορά.

**Δημοσιεύσεις που πραγματοποιήθηκαν με βάση το θέμα της παρούσας  
διδακτορικής διατριβής σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά, σε επιμελημένους  
τόμους και σε εκδόσεις συνεδρίων**

**A) Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά**

- Rural health enterprises in the EU context: a systematic literature review and research agenda, δημοσιεύθηκε : Journal of enterprising communities - People and places in global economy, 2020, Vol. 14, No.4., 563-582 (1\*ABS)
- Healthcare enterprises and public policies on COVID-19: Insights from the Greek rural areas, δημοσιεύθηκε : Strategic Change, 2021, Vol.30, No.2, 127-136 (2\*ABS)
- Healthcare enterprises in the vortex of COVID-19: The impact of public policies on the internal and external environment, δημοσιεύθηκε: Administrative Sciences, 2021, Vol. 11, No. 3, 82. (Cite score 3.4 Scopus)
- Private healthcare entrepreneurship in a free-access public health system: What was the impact of the COVID-19 public policies?, δημοσιεύθηκε : Journal of Entrepreneurship and Public Policy, 2022, Vol. 11, No.1, 23-39 (1\*ABS)
- Healthcare innovation in Greece: The views of private health entrepreneurs on implementing innovative plans., δημοσιεύθηκε : Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity, Vol. 8, No. 2, 78 (Cite score 3.8 Scopus)

**B) Δημοσιεύσεις σε επιμελημένους τόμους**

- Book chapter / ‘The impact of EU structural and investments funds (1981-2019)’. Η συγκεκριμένη επιμελημένη έκδοση κυκλοφόρησε στα πλαίσια του Jean Monnet Centre of Excellence. (Άρθρο συμμετοχής : The Financing of the health sector through the European Structural and Investment Funds: the case of Greece), Αθήνα 2020, εκδόσεις Παπαζήσης

**Γ) Δημοσιεύσεις σε εκδόσεις συνεδρίων**

- 16th European Conference on Innovation & Entrepreneurship, Lisbon, Portugal, September 16-18, 2021 (Έρευνα : Investing in healthcare enterprises in the non-metropolitan areas: Incentives, reflections, and innovative ideas) / Δημοσιεύθηκε : Proceedings of the European Conference on Innovation and Entrepreneurship, ECIE, 2021, pp. 1160–1166

## Περίληψη

Η έρευνα για την επιχειρηματικότητα (ιδιωτική και κοινωνική) στον τομέα της υγείας και της ποιότητας ζωής της ελληνικής υπαίθρου βρίσκεται ακόμη στην αφετηρία. Η διδακτορική αυτή διατριβή έρχεται να καλύψει αυτό το κενό συνδέοντας την επιχειρηματικότητα του συγκεκριμένου τομέα με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της ελληνικής υπαίθρου και τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία αποτυπώνοντας ταυτόχρονα τάσεις, προκλήσεις και προοπτικές. Εστιάζει στις επιχειρήσεις, ιδιωτικές και κοινωνικές, υγείας-φροντίδας-μέριμνας και εξετάζει τον αντίκτυπο που έχουν στην αιεφόρο ανάπτυξη της υπαίθρου και στην ποιότητα ζωής των κατοίκων.

Εξετάζει επτά θεματικές ενότητες για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τρεις θεματικές ενότητες για τις αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις. Η εξέταση έγινε και συνολικά και συγκριτικά ανάμεσα στις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις. Για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας εξετάζονται θεματικές ενότητες σε σχέση με: τα κίνητρα που οδήγησαν στην επένδυση στην ύπαιθρο, την κοινωνία και τους πολίτες, την αιεφόρο ανάπτυξη της περιοχής, τους κοινωνικούς στόχους, τα καινοτόμα σχέδια, τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία και τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις. Για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας εξετάζονται θεματικές ενότητες σε σχέση με: τους κοινωνικούς στόχους, την τοπική αιεφόρο ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου, τις συνθήκες λειτουργίας σε περιόδους οικονομικών και υγειονομικών κρίσεων.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή δίνει έμφαση στην επίδραση των ευρωπαϊκών πολιτικών στις επιχειρήσεις, ιδιωτικές και κοινωνικές, που επιδρούν στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Εστιάζει το ερευνητικό ενδιαφέρον στα ευρωπαϊκά προγράμματα υγείας-φροντίδας-μέριμνας και στα χρηματοδοτικά εργαλεία που συνοδεύουν τις ευρωπαϊκές πολιτικές.

Η έρευνα αποτύπωσε τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο κατά την ίδρυσή τους και τη λειτουργία τους. Ανίχνευσε τις απόψεις και τις θέσεις των επιχειρηματιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα υγείας και φώτισε σημαντικές πτυχές του ιδιωτικού και κοινωνικού τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Οι ιδιωτικές επενδύσεις του συγκεκριμένου τομέα στην ύπαιθρο δημιούργησαν νέες θέσεις εργασίας και συγκράτησαν και συγκρατούν τον τοπικό πληθυσμό στην περιοχή του αποτρέποντας μεταναστεύσεις στα αστικά κέντρα. Στηρίχτηκαν σε εγχώρια και ευρωπαϊκά προγράμματα για την εγκατάστασή τους στην ύπαιθρο αλλά και για την ανθεκτικότητά τους την περίοδο της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης. Εξυπηρετούν τους πολίτες που δεν αναγκάζονται να μετακινούνται στα αστικά κέντρα για υπηρεσίες υγείας. Η αύξηση των επενδύσεων σε ιδιωτικές ή κοινωνικές δομές υγείας ήταν αποτέλεσμα της αδυναμίας του δημοσίου τομέα και των ασφαλιστικών ταμείων να προσφέρουν στους πολίτες της υπαίθρου υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας κοντά στον τόπο κατοικίας τους. Αυτή η αδυναμία διόγκωσε τον ιδιωτικό τομέα στις παροχές υγειονομικής φροντίδας. Σήμερα οι μεγαλύτεροι καταναλωτές υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα είναι το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία. Η έρευνα έδειξε ότι τόσο στην οικονομική κρίση του 2009 όσο και στην υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19 οι επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου έδειξαν προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα

χωρίς να απεμπολούν και τους κοινωνικούς τους στόχους και σε αυτό συνετέλεσαν και τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία. Παρόλο που το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται κυρίως στην κρατική χρηματοδότηση, στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και στις ιδιωτικές πληρωμές, ο ρόλος των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων είναι καθοριστικός. Η υστέρηση που παρουσιάζεται στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων αποδίδεται από τους επιχειρηματίες στα αυστηρά πρωτόκολλα που έχουν επιβληθεί, στη μη ολοκλήρωση της ψηφιακής μετάβασης του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων, στη μη κάλυψη καινοτόμων υπηρεσιών από τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και στην ύπαρξη των μηχανισμών clawback και rebate στις επιχειρήσεις υγείας. Για την ανίχνευση των εμπειριών των επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ακολουθήσαμε τη φαινομενολογική προσέγγιση αφού αυτή είναι μια αναγνωρισμένη προσέγγιση των διερευνητικών εμπειριών τόσο στα θέματα επιχειρηματικότητας όσο και στα θέματα υγείας. Η αποτύπωση των εμπειριών των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην έρευνα καλύπτεται από το παράδειγμα του ερμηνευτισμού. Με βάση το ερμηνευτικό αντιληπτικό περίγραμμα διαμορφώσαμε και το πλαίσιο των ερευνητικών ερωτημάτων μας. Το ερευνητικό παράδειγμα απαιτεί ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους γι' αυτό και επιλέξαμε να πραγματοποιήσουμε ποιοτική έρευνα. Χρησιμοποιήσαμε ημι-δομημένες συνεντεύξεις αφού αυτές χρησιμοποιούνται με μεγάλη συχνότητα στα θέματα επιχειρηματικότητας με εγκυρότητα και αξιοπιστία. Για την επιλογή του τρόπου εντοπισμού του δείγματος επιλέξαμε τη δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) αφού αυτή συνηθίζεται να χρησιμοποιείται ευρέως στην εξέταση επιχειρηματικών φαινομένων και θεμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Δεν προσδιόρισαμε a priori το μέγεθος του δείγματος αφού αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αρχή του κορεσμού. Πραγματοποιήθηκαν μέχρι τον κορεσμό 55 συνεντεύξεις με ιδιοκτήτες ή μετόχους ή γενικούς διευθυντές που οι επιχειρήσεις τους λειτουργούν στην ύπαιθρο της ηπειρωτικής Ελλάδας και 12 συνεντεύξεις με τους υπεύθυνους κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας φροντίδας μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο.

Η παρούσα έρευνα ανταποκρίνεται στην έκκληση για μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον σε υπό εξερεύνηση ζώνες όπως είναι η επιχειρηματικότητα στην ύπαιθρο. Προσθέτει στη διεθνή βιβλιογραφία στοιχεία για το ρόλο των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου και στο ρόλο που οι επιχειρήσεις αυτές διαδραματίζουν στην ποιότητα ζωής των κατοίκων. Προσθέτει ακόμη στοιχεία για την επίδραση των ευρωπαϊκών πολιτικών στις επιχειρήσεις αυτές. Τα ευρήματα της έρευνας είναι χρήσιμο εργαλείο για όσους ασκούν πολιτικές σε θέματα υγείας και ποιότητας ζωής, όπως η κυβέρνηση, οι εγχώριοι και ευρωπαϊκοί φορείς, η αυτοδιοίκηση και οι τοπικοί φορείς. Επίσης, τα ευρήματα είναι χρήσιμο εργαλείο και για τον ίδιο τον επιχειρηματικό κόσμο που έχει επενδύσει στην ύπαιθρο ή σκοπεύει να επενδύσει. Τους δίνει τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν προηγούμενες εμπειρίες επιχειρηματιών, να υπερβούν φόβους και να αυξήσουν το ενδιαφέρον τους για επενδύσεις στην ύπαιθρο. Να αναζητήσουν εκεί νέες επενδυτικές ευκαιρίες αλλά ταυτόχρονα να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες της υπαίθρου και πώς το πλαίσιο της υπαίθρου επηρεάζει την επιχειρηματική αξία που δημιουργείται για την κοινότητα. Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η δημιουργία κοινωνικής αξίας είναι αναπόσπαστο μέρος της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο.



## Summary

Research on entrepreneurship (private and social sector) in the field of healthcare and residents' quality of life of the Greek rural areas is still in its infancy. This doctoral dissertation aims to fill this gap by linking the entrepreneurship of this sector with the socio-economic development of the Greek rural areas and the National and European financial tools while capturing trends, challenges and prospects. It focuses on private and social health businesses, and examines the impact they have on rural sustainable development and quality of life of inhabitants. It examines seven thematic sections for private healthcare enterprises and three thematic sections for the respective social enterprises. The examination was carried out both comprehensively and comparatively among private and social enterprises. For the healthcare companies, thematic dimensions are examined in relation to: the incentives that led to investment in rural areas, the society and citizens, rural sustainable development, social goals, innovative projects, National and European financial tools and finally economic and pandemic crises. As far as the health social enterprises, thematic units are divided in relation to: social objectives, local sustainable development and improvement of residents' quality of life as well as operating under certain conditions in periods of economic and health crises. Research revealed the obstacles that health enterprises have been facing in the Greek rural areas during their establishment and operation. It explored the views and perspectives of entrepreneurs which are active in the health sector and shed light on significant aspects of the private and social health field. The private investments in this sector, regarding the rural areas, have created new jobs and have held back and still retain the local population in its area by preventing migration to urban centers. They relied on National and European subsidized projects for their installation in the rural and remote areas but also for their resilience in times of economic and health crisis. This doctoral dissertation emphasizes the impact of European policies on enterprises, both private and social, that affect the health and quality of life of rural residents. Thesis's research interest focuses on the European health and care programs and on the financial tools accompanying European policies. These investments also serve as an opportunity for the citizens who are not thus forced to move to urban centers for health services. Increasing investment in private or social health structures was the result of the public sector's weakness and insurance organizations to offer high-level health services to rural inhabitants close to their place of residence. This weakness expanded the private sector to healthcare provision. Nowadays, the largest consumers of services in the private sector are the public sector and insurance organizations. The survey revealed that both in the financial crisis of 2009 and in the health crisis with the COVID-19 pandemic, these rural health enterprises showed adaptability and resilience without detracting from their social goals and the National and European financial instruments have also contributed to this progress. Although the Greek health system relies mainly on state funding, the social insurance system and private payments, the role of European funding is crucial. The deficit occurs in the implementation of innovative plans, is attributed by the entrepreneurs to the strict protocols that have been imposed, the non-completion of the digital transition of the public and the insurance organizations, the non-coverage of innovative services by the insurance funds as well as the existence of 'clawback' and 'rebate' mechanisms on health enterprises. In order to trace the experiences of entrepreneurs in the health sector, we followed the phenomenological approach since it is a recognized approach of exploratory experiences in both entrepreneurship and health issues. The capture of health entrepreneurs' experiences is

covered by the example of interpretivism / constructivism. Relied on the interpretive perceptual outline, we also formed the framework of our research questions. The research paradigm requires qualitative research methods, which is why we chose to conduct qualitative research. We have used semi-structured interviews which are very frequently used in entrepreneurship issues with validity and reliability. In order to select the way as far as locating the sample, we have chosen the convenience sampling since this method is widely used in the examination of business phenomena and primary care issues. We did not estimate a priori sample size as this contradicts the principle of saturation. 55 interviews were conducted, until the saturation point was confirmed, with the owners or shareholders or general managers whose enterprises operate in the rural areas of mainland Greece and 12 interviews with the managers of social health enterprises that also operate in the Greek rural areas. The present research responds to the call for greater research interest in under-explored fields such as rural entrepreneurship. It adds to the international literature evidence regarding the role of private and social enterprises in the socio-economic development of rural areas and reports the enterprises' impact on the quality of life of inhabitants. Results also provide evidence as far as the impact of European policies on these enterprises. The findings of the study can be a useful tool for those who pursue health and quality of life policies, such as the government, domestic and European bodies, self-administrative authorities and local bodies. Findings also offer entrepreneurs, who are already active or intend to invest in the rural health sector, a valuable tool. Additionally, it enables them to take advantage of previous experiences of other entrepreneurs, overcome fears and increase their interest in investing in the rural areas. To search for new investment opportunities there but at the same time to be aware of the peculiarities of the countryside and how the rural context influences the business value which is created for the community. This present research has shown that the creation of social value is an integral part of entrepreneurship in the rural areas.

## Περιεχόμενα

Λίστα πινάκων .....	XVII
Λίστα διαγραμμάτων.....	XVIII
Λίστα σχημάτων .....	XVIII
Λίστα χαρτών.....	XVIII
Κατάλογος συντομογραφιών .....	XIX
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b> .....	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	1
1.1. Εισαγωγή.....	1
1.2. Οριοθέτηση της επιχειρηματικότητας στη βάση της ίδρυσης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο.....	3
1.2.1. Χαρακτηριστικά της υπαίθρου .....	3
1.2.2. Οριοθέτηση της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο.....	5
1.2.3. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου.....	7
1.2.4. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου.....	8
1.2.5. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο .....	12
1.2.6. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο .....	17
1.3. Εισαγωγικά στοιχεία για τον ερευνητικό στόχο και τη μεθοδολογία της έρευνας... ..	20
1.4. Η σημασία και η δομή της έρευνας.....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ</b> .....	25
2.1. Εισαγωγή.....	25
2.2. Βιβλιογραφική επισκόπηση για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο.....	26
2.2.1. Διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο που επηρεάζουν την επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας .....	27
2.2.2. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου.....	31
2.2.3. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τη διαβίωση των κατοίκων της υπαίθρου .....	34
2.2.4. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την εγκατάστασή τους και τη λειτουργία τους στην ύπαιθρο .....	36
2.2.5. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις .....	38
2.2.6. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξής τους .....	42
2.2.7. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την καινοτομία.....	44

2.3. Βιβλιογραφική επισκόπηση για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο.....	45
2.3.1. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με τις δημόσιες υπηρεσίες και άλλους φορείς υγείας, φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης .....	46
2.3.2. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου.....	47
2.3.3. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την ποιότητα της ζωής των κατοίκων της υπαίθρου .....	48
2.3.4. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την οικονομική και υγειονομική κρίση.....	49
2.3.5. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την επιχειρηματική δράση και την καινοτομία.....	50
2.3.6. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την κοινότητα.....	50
2.3.7. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με τη λειτουργία τους και τα χρηματοδοτικά εργαλεία.....	51
2.3.8. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με τις ευάλωτες ομάδες.....	53
2.4. Ερευνητικά κενά και μελλοντικές ερευνητικές διαδρομές .....	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ .....</b>	<b>57</b>
3.1 Εισαγωγή.....	57
3.2 Η περίοδος 2003-2007.....	59
3.3. Το πρόγραμμα υγείας 2008-2013 .....	59
3.4 Η περίοδος 2014-2020.....	61
3.5 Η περίοδος 2021-2027 και η πανδημία του COVID-19.....	62
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΟΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19.....</b>	<b>66</b>
4.1. Εισαγωγή.....	66
4.2 Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η οικονομική κρίση του 2008.....	67
4.3. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 .....	69
4.4. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η οικονομική κρίση του 2008.....	70
4.5. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19.....	72
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ .....</b>	<b>73</b>
5.1 Εισαγωγή.....	73
5.2 Καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Σύγκριση με άλλες χώρες .....	74

5.2.1 Η καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη με βάση τον παγκόσμιο δείκτη καινοτομίας FREOPP .....	74
5.2.2 Δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη.....	75
5.3 Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο και ο καινοτόμος σχεδιασμός .....	80
5.4. Κοινωνική επιχειρηματικότητα και καινοτομία στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα ..	80
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</b> .....	82
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	82
6.1. Εισαγωγή.....	82
6.2. Ερευνητικός στόχος και επιμέρους στόχοι .....	82
6.3. Η ερευνητική φιλοσοφία και η επιλογή της φαινομενολογικής προσέγγισης .....	85
6.4. Το ερευνητικό παράδειγμα .....	86
6.5. Ερευνητικές μέθοδοι-επιλογή μεθόδου.....	88
6.6. Συγκέντρωση ποιοτικών δεδομένων μέσω συνεντεύξεων. Επιλογή του είδους της συνέντευξης.....	91
6.7. Καθορισμός του δείγματος και στρατηγικές .....	94
6.8. Χρόνος και τρόπος διεξαγωγής της έρευνας .....	99
6.9. Περιεχόμενο συνεντεύξεων .....	101
6.9.1. Θεματικές ενότητες για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου .....	102
6.9.2. Θεματικές ενότητες για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου.....	102
6.10. Ανάλυση δεδομένων .....	103
6.10.1. Θέματα και υποθέματα για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας.....	105
6.10.2. Θέματα και υποθέματα για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας.....	108
6.11. Ηθικό πρωτόκολλο .....	109
6.12. Σκιαγράφηση της ερευνητικής διαδικασίας και της δομής .....	109
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b> .....	111
7.1. Εισαγωγή.....	111
7.2. Ευρήματα που οδήγησαν τους ιδιωτικούς επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο καθώς και τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν από πλευράς επιχειρηματιών για τις επενδύσεις αυτές .....	112
7.2.1. Η εντοπιότητα του επιχειρηματία και το δέσιμο με τον τόπο καταγωγής του. ....	114
7.2.2. Η διαπίστωση επενδυτικής ευκαιρίας.....	115
7.2.3. Η κάλυψη υπαρκτών αναγκών της υπαίθρου .....	115
7.2.4. Η αδυναμία των δημόσιων δομών υγείας να καλύψουν τις υπαρκτές ανάγκες σε υγεία-φροντίδα-μέριμνα των κατοίκων της υπαίθρου .....	116

7.2.5. Το λειτουργικό κόστος .....	117
7.2.6. Η δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων ή παραρτημάτων στις περιοχές της υπαίθρου με στόχο την επέκτασή τους σε νέες αγορές .....	117
7.2.7. Προβληματισμοί από πλευράς ιδιωτικών επιχειρηματιών για τις επενδύσεις στην ύπαιθρο .....	118
7.3. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την κοινωνία και τους πολίτες.....	119
7.3.1. Διαμόρφωση σχέσεων με τοπικούς φορείς .....	119
7.3.2. Διαμόρφωση σχέσεων με αυτοδιοίκηση .....	120
7.3.3. Δημιουργία υπηρεσιών προσβάσιμων και αποδοτικών για τους πολίτες.....	121
7.3.4. Απρόσκοπτη εξυπηρέτηση πολιτών.....	121
7.3.5. Μέριμνα για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.....	122
7.4. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την ανάπτυξη της περιοχής που λειτουργούν και δραστηριοποιούνται .....	122
7.4.1. Κάλυψη τοπικών αναγκών και προσέλκυση ασθενών από άλλες περιοχές.....	123
7.4.2. Συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο .....	123
7.4.3. Συμβολή στην αποαστικοποίηση και την αποκέντρωση.....	124
7.4.4. Δημιουργία θέσεων εργασίας.....	124
7.4.5. Στήριξη της τοπικής κοινωνίας και ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου .....	125
7.4.6. Ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς .....	125
7.5. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με το αν αναπτύσσουν ή όχι κοινωνικούς στόχους .....	126
7.5.1. Παροχή δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες στα άτομα που έχουν οικονομικά προβλήματα.....	126
7.5.2. Στήριξη πασχουσών κοινωνικών ομάδων .....	127
7.5.3. Η σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με συλλόγους, σωματεία και ιδρύματα που ασχολούνται με τη στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων.....	127
7.6. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων ιδεών. ....	128
7.6.1. Καινοτόμες παρεμβάσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών.....	129
7.6.2. Καινοτόμες παρεμβάσεις στις λειτουργικές δομές της μονάδας υγείας .....	129
7.6.3. Καινοτομίες στο κλινικό περιβάλλον .....	129
7.6.4 Εμπόδια και αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων .....	130
7.7. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία.....	130

7.7.1. Χρηματοδοτήσεις για εγκαταστάσεις επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας.....	131
7.7.2. Χρηματοδοτήσεις για εισαγωγή νέων τεχνολογιών.....	131
7.7.3. Χρηματοδοτήσεις για τηλεϊατρικές υπηρεσίες.....	132
7.7.4. Ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης.....	132
7.7.5. Προγράμματα στήριξης σε περιόδους κρίσεων.....	133
7.8. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις.....	133
7.8.1. Επιπτώσεις στη λειτουργία των επιχειρήσεων.....	134
7.8.2. Το πρόβλημα ρευστότητας.....	134
7.8.3. Προσαρμογή και ανθεκτικότητα.....	135
7.9. Ανάλυση δεδομένων για τα κίνητρα και τους κοινωνικούς στόχους που οδήγησαν στη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο.....	136
7.9.1. Κάλυψη υπαρκτών αναγκών.....	136
7.9.2. Αδυναμία κάλυψης υπαρκτών αναγκών από δημόσιες υπηρεσίες.....	137
7.9.3. Ευαισθητοποίηση σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....	137
7.9.4. Εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων.....	138
7.9.5. Εδραίωση μιας συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας.....	138
7.9.6. Δίκτυα υποστήριξης.....	139
7.10. Ανάλυση δεδομένων της συμβολής των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην τοπική ανάπτυξη καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της ελληνικής υπαίθρου.....	139
7.10.1. Κάλυψη τοπικών αναγκών.....	140
7.10.2. Συγκράτηση του πληθυσμού στην περιοχή.....	140
7.10.3. Συμβολή στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση.....	140
7.10.4. Δημιουργία θέσεων εργασίας.....	141
7.10.5. Διευκόλυνση ασθενών και μείωση του κόστους για υγεία, φροντίδα και μέριμνα.....	141
7.10.6. Στήριξη της τοπικής κοινωνίας και της ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου.....	142
7.10.7. Ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς.....	142
7.11. Ανάλυση δεδομένων των συνθηκών λειτουργίας και δράσης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους οικονομικής και υγειονομικής κρίσης.....	143
7.11.1. Προβλήματα στη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων.....	143
7.11.2. Προβλήματα ρευστότητας.....	144
7.11.3. Βαθμός προσαρμοστικότητας.....	144
7.11.4. Βαθμός ανθεκτικότητας.....	145

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>146</b>
<b>8.1. Ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας.....</b>	<b>146</b>
<b>8.1.1. Κίνητρα και προβληματισμοί.....</b>	<b>146</b>
<b>8.1.2. Κοινωνία και πολίτες .....</b>	<b>151</b>
<b>8.1.3. Ανάπτυξη.....</b>	<b>157</b>
<b>8.1.4. Κοινωνικοί στόχοι .....</b>	<b>163</b>
<b>8.1.5. Καινοτόμα σχέδια .....</b>	<b>166</b>
<b>8.1.6. Χρηματοδοτικά εργαλεία.....</b>	<b>171</b>
<b>8.1.7. Οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις.....</b>	<b>175</b>
<b>8.2. Κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας .....</b>	<b>179</b>
<b>8.2.1. Κίνητρα ίδρυσης και κοινωνικοί στόχοι .....</b>	<b>179</b>
<b>8.2.2. Τοπική ανάπτυξη και βελτίωση ποιότητας ζωής των κατοίκων.....</b>	<b>188</b>
<b>8.2.3. Οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις.....</b>	<b>197</b>
<b>8.3. Σύγκριση ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων με βάση τα ευρήματα .....</b>	<b>201</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>213</b>
<b>9.1. Συμπεράσματα .....</b>	<b>213</b>
<b>9.2. Συνεισφορά της έρευνας .....</b>	<b>220</b>
<b>9.2.1. Θεωρητικές επιπτώσεις .....</b>	<b>220</b>
<b>9.2.2. Πρακτικές επιπτώσεις.....</b>	<b>221</b>
<b>9.3. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....</b>	<b>223</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>225</b>
<b>Α΄ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ .....</b>	<b>225</b>
<b>Β΄ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....</b>	<b>288</b>



## Λίστα πινάκων

Πίνακας 1	Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα της περιόδου 2013-2017
Πίνακας 2	Κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ανά διοικητική περιφέρεια
Πίνακας 3	Ερευνητικός στόχος και επιμέρους στόχοι
Πίνακας 4	Επιλεγμένες ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας, τα χαρακτηριστικά τους και τα χαρακτηριστικά της περιοχής που έχουν την έδρα τους
Πίνακας 5	Επιλεγμένες κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας, τα χαρακτηριστικά τους και τα χαρακτηριστικά της περιοχής που έχουν την έδρα τους
Πίνακας 6	Θεματικές ενότητες για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις
Πίνακας 7	Θεματικές ενότητες για τις κοινωνικές επιχειρήσεις
Πίνακας 8	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τους λόγους και τα κίνητρα που οδήγησαν στην επένδυση
Πίνακας 9	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με την κοινωνία και τους πολίτες
Πίνακας 10	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με την ανάπτυξη
Πίνακας 11	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τους κοινωνικούς στόχους
Πίνακας 12	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με την καινοτομία
Πίνακας 13	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τα εγχώρια και τα ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία
Πίνακας 14	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις
Πίνακας 15	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τη δημιουργία μιας κοινωνικής επιχείρησης υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τους κοινωνικούς στόχους
Πίνακας 16	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με το ρόλο της κοινωνικής επιχείρησης στην ανάπτυξη και στην ποιότητα ζωής των κατοίκων
Πίνακας 17	Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τα προβλήματα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους κρίσεων

## Λίστα διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1	Δείκτης εξέλιξης της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2018 και διάρθρωση της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2018
Διάγραμμα 2	Νοσοκομειακές κλίνες ανά τύπο ιδιοκτησίας
Διάγραμμα 3	Δαπάνες για E&A στο συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ (2005-2019)
Διάγραμμα 4	Κρατικές πιστώσεις προϋπολογισμού για E&A για το σύνολο των δραστηριοτήτων την περίοδο 2012-2018
Διάγραμμα 5	Κρατικές πιστώσεις προϋπολογισμού για E&A για τον τομέα υγείας την περίοδο 2012-2013
Διάγραμμα 6	Κρατικές δαπάνες για E&A με κατεύθυνση την ανθρώπινη υγεία και τις κοινωνικές δραστηριότητες εργασίας (2013-2017)
Διάγραμμα 7	Δαπάνες προερχόμενες από τις επιχειρήσεις για E&A με κατεύθυνση την ανθρώπινη υγεία και τις κοινωνικές δραστηριότητες εργασίας 2011-2017
Διάγραμμα 8	Τρέχουσες δαπάνες του τομέα υγείας σε ποσοστό ΑΕΠ
Διάγραμμα 9	Λόγοι που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο
Διάγραμμα 10	Συνδυασμός λόγων που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο

## Λίστα σχημάτων

Σχήμα 1	Ερευνητική διαδικασία και δομή
Σχήμα 2	Εμφάνιση της πορείας συγκέντρωσης των δεδομένων μέχρι του σημείου κορεσμού
Σχήμα 3	Διαδικασία θεματικής ανάλυσης

## Λίστα χαρτών

Χάρτης 1	Κατανομή των κοινωνικών επιχειρήσεων με βάση τον χαρακτηρισμό των περιοχών σε αστικά κέντρα και σε περιοχές της υπαίθρου
Χάρτης 2	Κατανομή κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας ανά Περιφερειακή Ενότητα με βάση τα στοιχεία του Μητρώου Επιχειρηματικότητας του Σεπτεμβρίου 2020

## Κατάλογος συντομογραφιών

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

<b>Συντομογραφία</b>	<b>Πλήρης όρος</b>
COVID-19	COronaVirus Disease-2019
ESIF	European Structural and Investment Funds Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Και Επενδυτικά Ταμεία
GEM	Global Entrepreneurship Monitor Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Επιχειρηματικότητας
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

### ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

<b>Συντομογραφία</b>	<b>Πλήρης όρος</b>
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΕΔΕΤ	Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Ταμεία
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΜΕ	Ετήσιες Μονάδες Εργασίας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΠΑ	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΝΕ/ΓΣΕΕ	Ινστιτούτο Εργασίας/Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠ7	Έβδομο Πρόγραμμα Πλαίσιο
ΣΔΙΤ	Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο εισαγωγικό αυτό κεφάλαιο αποτυπώνεται η οριοθέτηση της επιχειρηματικότητας του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου στη βάση της ίδρυσης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων, παρουσιάζεται το υπόβαθρο της έρευνας και αποσαφηνίζεται ο ερευνητικός σκοπός και οι στόχοι. Τεκμηριώνεται η επιλογή της ποιοτικής έρευνας έναντι όλων των άλλων και τέλος αποτυπώνεται η σημασία της έρευνας καθώς και η δομή της.

#### 1.1. Εισαγωγή

Η επιχειρηματικότητα είναι βασικό στοιχείο των σύγχρονων οικονομιών γιατί στηρίζει την απασχόληση (Kikon & Jamir, 2018; Doran et al, 2016; Botham & Graves, 2011; Van Stel & Suddle, 2008), συμβάλει θετικά στην ανάπτυξη (Sergi & Scanlon, 2019; Acs et al, 2017; Audretsch et al, 2010) και συντελεί στην αύξηση της παραγωγικότητας (Decker et al, 2014). Για την επιχειρηματική δράση η χωρικότητα θεωρείται βασικό στοιχείο στην εγκατάσταση, ανάπτυξη και λειτουργία μιας επιχείρησης (Argent, 2018; Λάζογλου, 2017; Welter, 2011; Γεωργίου & Οικονόμου, 2005). Η επιχειρηματικότητα δεν αναπτύσσεται σε όλες τις περιοχές ομοιόμορφα (Mueller, 2006). Διαφοροποίηση για παράδειγμα έχουμε μεταξύ αστικών και περιοχών της υπαίθρου (Apostolopoulos et al, 2020; Γούλα κ.ά, 2018; Haggerty et al, 2014; Smith et al, 2008; Skerratt & Warren, 2003). Στην ύπαιθρο η επιχειρηματικότητα θεωρείται κινητήρια δύναμη ανάπτυξης της περιοχής (Acs & Armington, 2004; Romanelli & Schoonhoven, 2001; Storey & Johnson, 1987), δημιουργεί ανθεκτικά οικονομικά συστήματα με μετασχηματιστικές δυνατότητες (Apostolopoulos et al, 2019; Svallfors & Tyllstrom, 2018; Morrison et al, 2017; Berglund & Johansson, 2007). Συμβάλλει στην ανάπτυξη των αγροτικών περιοχών καθώς και στην βελτίωση συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων (Neagu et al, 2018; Dziembala, 2017; Gugglberger et al, 2016; Stathopoulou et al, 2004; Laukkanen & Nittykanfas, 2003). Από την άλλη πλευρά οι απομακρυσμένες περιοχές λόγω των φυσικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους βρίσκονται σε επιχειρηματική υστέρηση (Vaillant & Lafunte, 2007). Η έρευνα Steinerowski & Steinerowski-Stab (2012), που διεξήχθη στις ορεινές περιοχές (Highlands) της Σκωτίας, αποτύπωσε ανάμεσα στα αδύνατα σημεία τις γεωγραφικές συνθήκες και την ανεπαρκή στήριξη των περιοχών αυτών. Η επιχειρηματικότητα στην ύπαιθρο έχει, ως επιλογή, δυο κατευθύνσεις. Είτε τη δημιουργία μιας επιχειρηματικής δράσης στη βάση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της υπαίθρου που είναι διαφορετικά από αυτά των αστικών περιοχών, εκμεταλλευόμενη την αγροτοκτηνοτροφική παραγωγή, τους φυσικούς πόρους, το ανθρώπινο δυναμικό και πολλά ακόμη πλεονεκτήματα της υπαίθρου (Muller & Korsgaard, 2014; Lee & Phan, 2008; Jack & Anderson, 2002) είτε στη δημιουργία και εγκατάσταση μιας επιχείρησης στην ύπαιθρο στη βάση της

κάλυψης της αγοράς, του καταναλωτικού κοινού και των αναμενομένων κερδών (Muller, 2013). Μια ξεχωριστή περίπτωση είναι η κοινωνική επιχειρηματικότητα που αναπτύσσεται στην ύπαιθρο και η οποία συντελεί στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων όπως η φτώχεια, η ανεργία, η περιθωριοποίηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας-φροντίδας-μέριμνας κ. ά. (Henderson et al, 2019a; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016; Mason et al, 2015; Muzon et al, 2014; Farmer et al, 2012a). Ο Leeuw (1999) θεωρεί την κοινωνική επιχειρηματικότητα ως βασικό κλειδί στην προώθηση της υγείας. Η επιχειρηματικότητα στην ύπαιθρο καλύπτει τον πρωτογενή, τον δευτερογενή και τον τριτογενή τομέα παραγωγής. Στον τριτογενή τομέα ανήκουν και οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που είναι αποτέλεσμα της επιχειρηματικής δράσης στην ύπαιθρο και στις οποίες εστιάζει η παρούσα διδακτορική διατριβή.

Η επιχειρηματικότητα που δημιουργεί ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας δεν αναπτύχθηκε στον ίδιο βαθμό σε όλα τα κράτη (Gutierrez-Colosia et al, 2019) αφού για πολλά χρόνια στη συντριπτική πλειοψηφία των χωρών του πλανήτη η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη ήταν κρατική υπόθεση (Morgan, 1999). Οι μεγάλες ιδιωτικοποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια στον χώρο της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής φροντίδας άλλαξαν τον χάρτη της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης και έδωσαν τη δυνατότητα να αναπτυχθούν ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις. Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας όλο και επεκτείνεται (Jeurissen & Maarse, 2016; Maarse, 2006) και η τάση που διαμορφώνεται δείχνει ότι αυτό θα συνεχιστεί (Jeurissen & Maarse, 2020). Η επιχειρηματικότητα και στην ύπαιθρο εξαρτάται από οικονομικούς παράγοντες όπως τα διαθέσιμα κεφάλαια και την πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία έναν τομέα που εστιάζει η παρούσα διδακτορική διατριβή για τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Επίσης, η παρούσα διδακτορική διατριβή εστιάζει στην επιχειρηματικότητα της υπαίθρου και σε οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις.

Η επιχειρηματικότητα στην υγεία στην Ελλάδα τα τελευταία ιδιαίτερα χρόνια συνεχώς αυξάνεται κι αυτό φαίνεται τόσο από το γεγονός ότι πάνω από το 1/3 των δαπανών υγείας προέρχεται από τα νοικοκυριά που οφείλεται στις άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019) όσο και από το επενδυτικό ενδιαφέρον των διεθνών επενδυτικών κεφαλαίων που έρχονται και εξαγοράζουν μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα.<sup>1</sup> Παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν υπήρξε μεγάλο μέγεθος ιδιωτικοποιήσεων, ο ιδιωτικός τομέας υγείας διογκώθηκε λόγω της υποβάθμισης του δημόσιου τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας και των πολλών προβλημάτων που η δημόσια περίθαλψη διαχρονικά αντιμετωπίζει (Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Mitropoulos et al, 2013; Sbarouni et al, 2012), με αποτέλεσμα οι κάτοικοι της υπαίθρου να στρέφονται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας (Tountas et al, 2011). Υπάρχουν τομείς, όπως για παράδειγμα η οδοντιατρική περίθαλψη και η φαρμακευτική φροντίδα, που έχουν περάσει σχεδόν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους στον ιδιωτικό τομέα (Apostolopoulos et

---

<sup>1</sup> Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το fund CVC Capital Partners που εξαγόρασε πριν από λίγα χρόνια το νοσοκομείο Υγεία, Metropolitan και Ιασώ General.

al, 2021a; Κουλούρη κ.ά., 2019; Pavi et al, 2010; Dolgeras & Kyriopoulos, 2004) και πολλές από τις επιχειρήσεις των τομέων αυτές έχουν εγκατασταθεί στην ελληνική ύπαιθρο. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας-φροντίδας-μέριμνας στηρίζει την ανάπτυξη του πάνω στις αδυναμίες και στις στρεβλώσεις του δημόσιου τομέα υγείας, με στόχο να προσφέρει χωρίς ταλαιπωρία και άτυπες πληρωμές (Giannouchos et al, 2020; Kaitelidou et al, 2013) υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης (Liaropoulos et al, 2008; Siskou et al, 2008; Tountas et al, 2005). Ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, την αδυναμία των δημόσιων δομών υγείας καλύπτει ένας συνεχώς διευρυνόμενος ιδιωτικός τομέας υγείας τον οποίο εμπιστεύονται όλο και περισσότερο οι ασθενείς (Souliotis et al, 2019). Στην Ελλάδα, τα αγροτικά ιατρεία, τα αγροτικού τύπου κέντρα υγείας και τα περιφερειακά νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και αντιμετωπίζουν προβλήματα υποδομών, ιατρικού εξοπλισμού, οικονομικές και οργανωτικές δυσχέρειες, με αποτέλεσμα οι κάτοικοι της υπαίθρου να μην είναι ικανοποιημένοι και να στρέφονται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας (Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012; Tountas et al, 2011). Σήμερα ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην ύπαιθρο αλλά και στα αστικά κέντρα είναι ο μεγαλύτερος προμηθευτής υπηρεσιών υγείας του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων (Makris & Apostolopoulos, 2021).

## **1.2. Οριοθέτηση της επιχειρηματικότητας στη βάση της ίδρυσης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο**

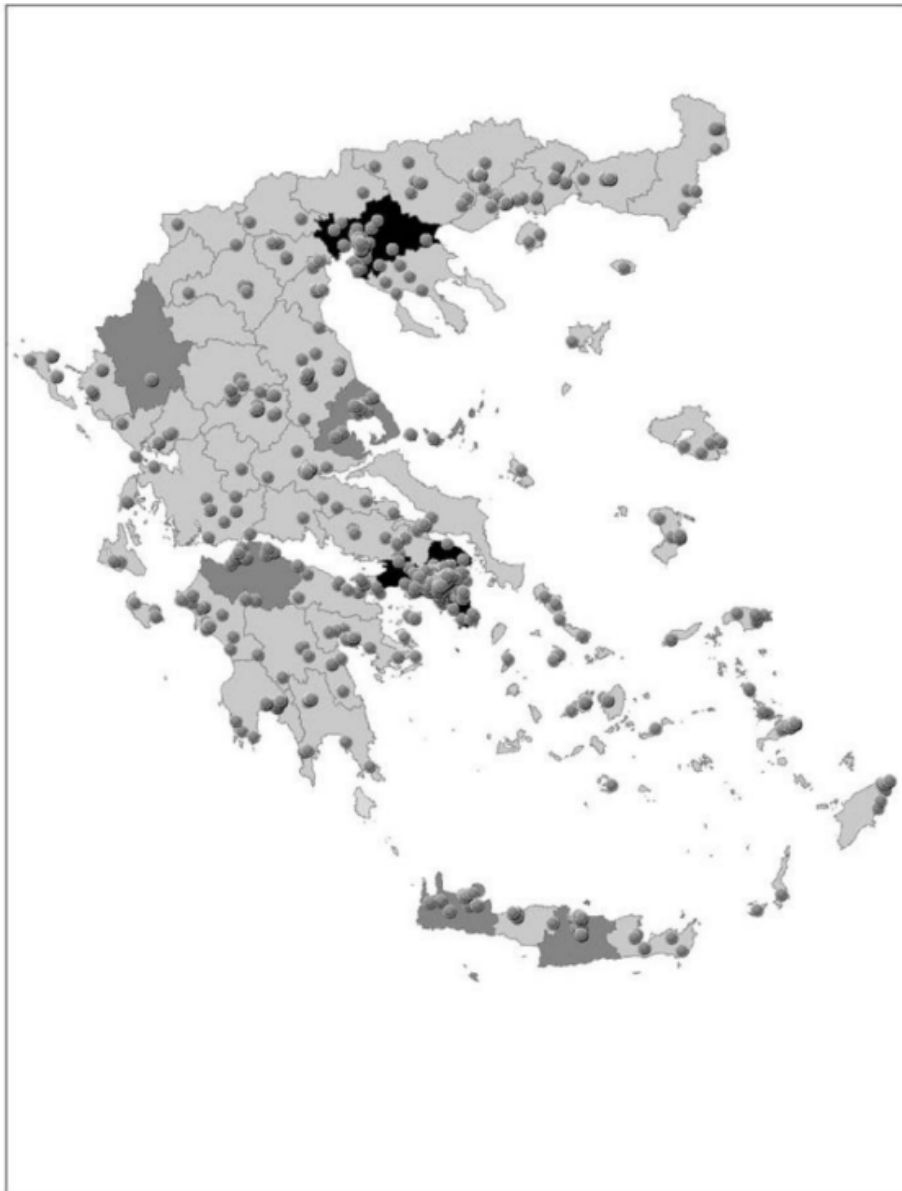
Η παρούσα διδακτορική διατριβή εστιάζει τον ερευνητικό φακό της σε όλες τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου που δεν ανήκουν το δημόσιο τομέα για να εξετάσει πόσο αυτές συντελούν στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Εξετάζει δηλαδή τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου και ξεχωριστά και συγκριτικά. Στη βάση αυτή κρίνεται αναγκαίο η οριοθέτηση των χαρακτηριστικών της υπαίθρου και των χαρακτηριστικών της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο στη βάση της ίδρυσης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας.

### **1.2.1. Χαρακτηριστικά της υπαίθρου**

Δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός της υπαίθρου αλλά υπάρχουν ορισμοί εστιασμένοι σε διάφορα χαρακτηριστικά της υπαίθρου, τα οποία όμως έχουν χωροχρονική υπόσταση και συχνά διαφοροποιούνται από περιοχή σε περιοχή αλλά και στο διάβα του χρόνου μεταβάλλονται (Σουριαδάκη, 2020). Κάθε κράτος, αλλά και κάθε ερευνητής οριοθετεί διαφορετικά την ύπαιθρο αφού δεν υπάρχει ένα κοινά αποδεκτό πλαίσιο. Είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα η διευρημένη οριοθέτηση της υπαίθρου από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης που θέτει ως βασικό κριτήριο μόνο την πληθυσμιακή πυκνότητα για τον διαχωρισμό της υπαίθρου από τις αστικές περιοχές με οριογραμμή τους 150 κατοίκους ανά τετραγωνικό

χιλιόμετρο (Κίζος, 2018). Αυτό σημαίνει για την Ελλάδα ότι η συντριπτική πλειψηφία του εδάφους της είναι περιοχές της υπαίθρου. Με βάση τον διαχωρισμό του ΟΟΣΑ αστική/ύπαιθρος η Ελλάδα είναι χωρισμένη σε τρεις ζώνες (Χάρτης 1). Με ανοιχτό γκρι οι περιοχές της υπαίθρου, με σκούρο γκρι οι ενδιάμεσες περιοχές και με μαύρο οι αστικές περιοχές. Πάνω στον χάρτη έχουν αποτυπωθεί και οι κοινωνικές επιχειρήσεις του 2016.

Χάρτης 1: Κατανομή των κοινωνικών επιχειρήσεων του έτους 2016 με βάση τον χαρακτηρισμό των περιοχών σε αστικά κέντρα και σε περιοχές της υπαίθρου



Πηγή: Apostolopoulos et al, 2019

Στην παρούσα έρευνα οριοθετήσαμε την ύπαιθρο με πιο αυστηρά κριτήρια. Δε συμπεριλάβαμε τα μεγάλα αστικά κέντρα όπως Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα

καθώς και όλες τις πρωτεύουσες των νομών της Ελλάδας. Ανεξάρτητα, όμως, από τον όποιο ορισμό της υπαίθρου και τον προσδιορισμό της γραμμής οριοθέτησης που την διαχωρίζει από τα αστικά κέντρα, ιδιαίτερη βαρύτητα έχουν τα χαρακτηριστικά της υπαίθρου που διαφοροποιούνται από αυτά των αστικών περιοχών γι' αυτό και αποκτά ιδιαίτερη σημασία η ερευνητική εστίαση στη λειτουργία και στη δράση των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας σ' αυτές τις περιοχές. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση των περιοχών της υπαίθρου με αυτή των αστικών κέντρων (Λαμπρινίδης, 2004).

Τις τελευταίες ιδιαίτερα δεκαετίες παρατηρείται μια μετάλλαξη των περιοχών της υπαίθρου με ανάπτυξη πληθώρα δράσεων (Molinero Hernando, 2017) που μεταβάλλουν τον καθαρά γεωργικό και κτηνοτροφικό προσανατολισμό που είχαν στο παρελθόν (Κίζος, 2018; Λαμπρινίδης, 2004). Αυτό είναι πιο έντονο χαρακτηριστικό των περιοχών της ελληνικής υπαίθρου που είναι παραθαλάσσιες και οι οποίες από καθαρά αγροτοκτηνοτροφικές περιοχές μετατρέπονται σε τουριστικές περιοχές, όπου το τουριστικό προϊόν κυριαρχεί του αγροτικού και κτηνοτροφικού, όπως και περιοχών της υπαίθρου που αναπτύσσεται συνεχώς ο αγροτουρισμός ως συμπλήρωμα του αγροτικού εισοδήματος των κατοίκων (Karagianni et al, 2018; Chatzitheodoridis et al, 2016; Lassithiotaki, 2011; Koutsou et al, 2003). Ταυτόχρονα, όμως, οι περιοχές της υπαίθρου παρουσιάζουν χαμηλή πυκνωση με πληθυσμό επί το πλείστον γερασμένο (Navarro Valverde, 2019; Karcagi Kovats & Katona Kovács, 2012; Mann, 2005), που οφείλεται κυρίως στα μεγάλα μεταναστευτικά ρεύματα προς τα αστικά κέντρα που παρατηρήθηκαν μεταπολεμικά, καθώς και στις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης στις περιοχές της υπαίθρου (Κοτζαμάνης, 1990). Με βάση τις πληθυσμιακές ροές τα τελευταία χρόνια τα χαρακτηριστικά της υπαίθρου μεταβάλλονται. Αυτές κινούνται προς τρεις κατευθύνσεις. Ροή από την αγροτική έξοδο πολλών κατοίκων της υπαίθρου, κάτι που μειώνει το ανθρώπινο κεφάλαιο και περιθωριοποιεί περιοχές της υπαίθρου υπέρ των αστικών κέντρων, ροή οικονομικών μεταναστών προς περιοχές της υπαίθρου για εύρεση εργασίας και ροή από μετακινήσεις «αντιαστικοποίησης» από αστικές περιοχές σε περιοχές της υπαίθρου (Navarro Valverde, 2019; Kasimis et al, 2003).

Οι συνθήκες διαβίωσης των κατοίκων της υπαίθρου με τους πολλούς και διασκορπισμένους μικρούς οικισμούς είναι δύσκολες αφού οι κάτοικοι των περιοχών αυτών αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις δομές υγείας και εκπαίδευσης, με την έλλειψη δημόσιων συγκοινωνιών και με την απουσία ψυχαγωγικών κέντρων και πολλών άλλων αν και η εικόνα της υπαίθρου σε σχέση με το παρελθόν είναι σαφώς καλύτερη (Peritogiannis et al, 2022; Κίζος, 2018; Λαμπρινίδης, 2004).

### **1.2.2. Οριοθέτηση της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο**

Για την επιχειρηματικότητα έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί από ερευνητές και διεθνείς οργανισμούς. Οι ορισμοί που συνήθως παρουσιάζονται με συχνότητα στη διεθνή βιβλιογραφία είναι του Παγκοσμίου Παρατηρητηρίου Επιχειρηματικότητας – GEM (2003) και της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). Για το GEM (2003)



επιχειρηματικότητα θεωρείται «κάθε προσπάθεια για δημιουργία νέας επιχείρησης ή νέας δραστηριότητας, όπως το ελεύθερο επάγγελμα, η δημιουργία ενός νέου επιχειρηματικού οργανισμού ή η επέκταση ήδη υπάρχουσας επιχείρησης που γίνεται από έναν ιδιώτη, από ομάδα ιδιωτών ή από επιχειρήσεις που ήδη υπάρχουν». Για την Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003) επιχειρηματικότητα θεωρείται «η σκέψη και η διαδικασία να δημιουργήσεις και να αναπτύξεις οικονομική δραστηριότητα που θα βασίζεται στο συνδυασμό της ανάληψης κινδύνου, δημιουργικότητας και / η καινοτομίας με τη διαχείριση μέσα από έναν υπάρχοντα οργανισμό». Η επιχειρηματικότητα ως έννοια είναι συνυφασμένη με αυτή του επιχειρηματία και της επιχείρησης. Μια ξεχωριστή περίπτωση είναι η επιχειρηματικότητα της κοινωνικής οικονομίας αποτέλεσμα της οποίας είναι και οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Η κοινωνική επιχείρηση και η κοινωνική επιχειρηματικότητα δεν είναι ίδιες έννοιες. Σύμφωνα με τον Yunus (2009) η κοινωνική επιχείρηση είναι ένα υποσύνολο της κοινωνικής επιχειρηματικότητας. Αυτοί που σχεδιάζουν και διαχειρίζονται κοινωνικές επιχειρήσεις είναι κοινωνικοί επιχειρηματίες χωρίς αυτό να προϋποθέτει ότι όλοι οι κοινωνικοί επιχειρηματίες ασχολούνται με κοινωνικές επιχειρήσεις. Αν και δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός της κοινωνικής επιχειρηματικότητας πολλοί ερευνητές έχουν δώσει το δικό τους εννοιολογικό προσδιορισμό. Οι Austin et al, (2006) όρισαν την κοινωνική επιχειρηματικότητα ως «μια καινοτόμο δραστηριότητα δημιουργίας κοινωνικής αξίας που μπορεί να συμβεί σε μη κερδοσκοπικούς, επιχειρηματικούς ή κρατικούς τομείς». Ο Yunus (2009) θεωρεί ότι κάθε πρωτοβουλία που βοηθάει τους ανθρώπους είτε αυτή είναι οικονομική ή μη οικονομική, κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική περιγράφεται ως κοινωνική επιχειρηματικότητα. Για τον Yunus (2009) αν σε ένα χωριό της υπαίθρου που δεν υπάρχει υγειονομική φροντίδα δημιουργηθεί ένα κέντρο υγειονομικής φροντίδας που παρέχει δωρεάν φροντίδα σε ασθενείς, αυτό είναι ένα παράδειγμα κοινωνικής επιχείρησης στην υπαίθρο. Η κοινωνική επιχειρηματικότητα συνεχώς επεκτείνεται δημιουργώντας κοινωνικές επιχειρήσεις στην υπαίθρο εισάγοντας μια διαφορετική ανάπτυξη βασισμένη στις υπαρκτές κοινωνικές ανάγκες (Liargovas & Apostolopoulos, 2017) όπως είναι οι ανάγκες υγείας-φροντίδας-μέριμνας.

Γενικά, η επιχειρηματικότητα στην υπαίθρο έχει μεταβληθεί λόγω των πολλών διαρθρωτικών αλλαγών που έχουν επέλθει, οι οποίες δημιούργησαν ένα νέο περιβάλλον με επιχειρηματικές ευκαιρίες που δεν είναι μόνο προσανατολισμένες στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα αλλά και στον τριτογενή τομέα (Σουριαδάκη, 2020; Λαμπρινίδης, 2004). Σ' αυτό βοήθησαν σημαντικά τα δίκτυα μεταφοράς, τα δίκτυα τηλεπικοινωνιών και διαδικτύου και τα συστήματα ψηφιακής μετάβασης που επεκτάθηκαν στις περιοχές της υπαίθρου και δημιούργησαν επιχειρηματικές ευκαιρίες (Townsend et al, 2013; Malecki, 2003; Grimes, 2000; Mitchell & Clark, 1999). Επίσης, βοήθησε και η εγκατάσταση στην υπαίθρο οικονομικών μεταναστών που έλυσε σε σημαντικό βαθμό το πρόβλημα του ανθρώπινου δυναμικού που αντιμετώπιζαν πολλές επιχειρήσεις στην υπαίθρο (Κίζος, 2018; Λαμπρινίδης, 2004).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο της υπαίθρου λειτουργεί και η επιχειρηματικότητα (ιδιωτική και κοινωνική) στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας που είναι η διαδικασία μέσω της οποίας οι ιδιώτες επιχειρηματίες ή οι κοινωνικοί επιχειρηματίες δημιουργούν,

αναπτύσσουν και λειτουργούν τις ιδιωτικές ή αντίστοιχα τις κοινωνικές επιχειρήσεις (Lang & Fink; Defourny & Nyssens, 2008) στην ύπαιθρο στις οποίες εστιάζει και η παρούσα διδακτορική διατριβή. Εξετάζει δηλαδή όλες τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δεν ανήκουν στον δημόσιο τομέα για να ερευνήσει πόσο αυτές συντελούν στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου και συνολικά και συγκριτικά μεταξύ τους.

### **1.2.3. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου**

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μεγάλη ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας στον τομέα της υγείας -φροντίδας-μέριμνας που είναι συνέπεια και των μεγάλων ιδιωτικοποιήσεων που πραγματοποιήθηκαν στον χώρο της υγείας, της υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής φροντίδας (Comendeiro-Maaloe, et al, 2019; Roehrich et al, 2014; Torchia et al, 2013). Ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες τομείς της υγείας, της υγειονομικής μέριμνας και της κοινωνικής φροντίδας συνεχώς καλύπτονται από την ιδιωτική επιχειρηματικότητα (Comendeiro-Maaloe, et al, 2019; Biginas & Sindakis, 2015; Roehrich et al, 2014; Harrison, 2004; Field & Pack, 2003). Σε αυτό συνετέλεσαν και οι ιδιωτικοποιήσεις που έδωσαν τη δυνατότητα στον ιδιωτικό τομέα να δραστηριοποιηθεί στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας με μεγαλύτερη ένταση, δυνατότητα που δε διέθετε στο παρελθόν αφού ο τομέας αυτός θεωρείτο κρατική υπόθεση (Moran, 1999). Όσο η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας αυξάνονται και οι κρατικοί προϋπολογισμοί αδυνατούν να καλύψουν αυτή τη ζήτηση πολλές χώρες βρίσκουν ελκυστική τη μεγαλύτερη κάλυψη τέτοιων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα (Acerete et al, 2015). Επειδή η πρόσληψη και η διατήρηση επαγγελματιών υγείας από πλευράς κράτους στις περιοχές της υπαίθρου λόγω έλλειψης επαρκών πόρων δημιουργεί αδυναμίες και οι δημόσιες υπηρεσίες παρουσιάζονται υποβαθμισμένες αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλή εκτίμηση των κατοίκων της υπαίθρου στις δημόσιες δομές υγείας και περίθαλψης (Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Mitropoulos et al, 2013; Sbarouni et al, 2012). Σε αυτές τις περιοχές ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης γίνεται όλο και πιο ελκυστικός προκειμένου οι κάτοικοι να έχουν στη διάθεσή τους αναβαθμισμένης ποιότητας υπηρεσιών (Rohatinsky & Ferguson, (2013).

Οι ιδιωτικοποιήσεις στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας πραγματοποιούνται είτε δίνοντας τη δυνατότητα και την ευκαιρία στους ιδιώτες επιχειρηματίες να αναπτύξουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, περίθαλψης και φροντίδας, είτε μέσα από συμπράξεις ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (Stevens & Goldman, 2020; Ballantyne & Stewart, 2019; Hellowell, 2019; Wright, 2019; Torchia & Calabro, 2018; Visconti et al, 2017; Hellowell, 2016), είτε μέσα από αναθέσεις υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας αλλά και συμβάσεων ιδιαίτερα των ασφαλιστικών ταμείων με παρόχους υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Boon, 2019; Epstein, 2017; Allen, et al, 2016).

Τα κράτη της Ευρώπη όλο και πιο πολύ αφήνουν περιθώρια ανάπτυξης της ιδιωτικής επιχειρηματικότητας στον τομέα της υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Η μετάβαση υπηρεσιών υγείας-φροντίδας μέριμνας στις ιδιωτικές επιχειρήσεις όλο και πιο πολύ

επεκτείνεται όπως έδειξε η έρευνα του Maarse (2006) που εξέτασε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες. Κάτι ανάλογο αποτύπωσε και η έρευνα των Jeurissen & Maarse (2016) που εξέτασαν το σύστημα υγείας και περίθαλψης στη Σουηδία και στην Ισπανία διαπιστώνοντας τους ρυθμούς επέκτασης των επιχειρήσεων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Οι έρευνες που εξέτασαν τις μελλοντικές τάσεις διαπίστωσαν ότι η μεταφορά υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα θα συνεχιστούν (Jeurissen & Maarse 2020).

Το θέμα της ιδιωτικοποίησης της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδεολογικά φορτισμένο αφού μεγάλη μερίδα των πολιτών είναι αντίθετη με την επιχειρηματικότητα στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα επιμένοντας ότι οι τομείς αυτοί θα πρέπει να είναι κρατική υπόθεση ώστε να υπάρχει απρόσκοπτη πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στις υπηρεσίες αυτές. Η έρευνα των Kullberg et al (2018) που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, σε μια χώρα που τις τελευταίες δεκαετίες το δημόσιο σύστημα υγείας έχει εν μέρει και στην ύπαιθρο αντικατασταθεί από ιδιωτικούς φορείς, εξέτασε πώς στην ύπαιθρο και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές συνδυάζεται η δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης με την εξασφάλιση της απρόσκοπτης και ισότιμης πρόσβασης των ασθενών κατοίκων της υπαίθρου στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κατέληξε ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους της υπαίθρου μπορεί να υπονομευθεί και να μην υπάρχει ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αλλά και στην έρευνα του Ønretveit (2003) αποτυπώθηκαν ανησυχίες γι' αυτό και πρότεινε οι κυβερνήσεις των σκανδιναβικών χωρών να εστιάσουν περισσότερο την προσοχή τους στην εταιρική σχέση με τους ιδιώτες παρόχους υγείας και υγειονομικής περίθαλψης αντί να επιτρέψουν οι εξελίξεις να διαμορφωθούν μόνο από τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της αγοράς και των καταναλωτών. Επιφυλάξεις έδειξαν και πολλές ακόμη έρευνες όπως η έρευνα του Holden (2009) για τη Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα-ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης, η έρευνα Roehrice et al (2014) για τα βρετανικά ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας και η έρευνα (Acerete et al, 2015) για τις οργανωτικές και οικονομικές ρυθμίσεις των ΣΔΙΤ στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης της Ισπανίας.

Από την άλλη πλευρά έρευνες σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες έδειξαν διαφοροποιήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου και των αστικών περιοχών. Αρκετές μελέτες εντοπίζουν διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των αστικών και αγροτικών περιοχών καθώς και διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων νόσων (Bertin et al, 2015; Kihal-Talantikite et al, 2015; De Souto Barreto et al, 2014; Lemesle et al, 1996; Dufouil et al, 1995), αν και τα ευρήματα της έρευνας των Kovess-Masfety et al (2005) δείχνουν ότι είναι πιο συνετό, αντί της αναζήτησης διαφορών ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές στα θέματα ψυχικής υγείας, να βασιζόμαστε στους κοινωνικούς δείκτες.

#### **1.2.4. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου**

Σύμφωνα με την ΕΕ η κοινωνική επιχείρηση είναι ένας φορέας «του οποίου πρωταρχικός στόχος είναι όχι η δημιουργία κερδών για τους ιδιοκτήτες ή τους εταίρους της αλλά η ύπαρξη θετικού κοινωνικού αντίκτυπου. Δραστηριοποιείται στην αγορά παρέχοντας αγαθά και υπηρεσίες με επιχειρηματικό και καινοτόμο τρόπο, και χρησιμοποιεί τα κέρδη κυρίως για κοινωνικούς σκοπούς. Υπόκειται σε υπεύθυνη και διαφανή διαχείριση ιδίως ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή εργαζομένων, καταναλωτών και παραγόντων που επηρεάζονται από τις εμπορικές της δραστηριότητες» (European Commission, 2014a). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης-ΟΟΣΑ θεωρεί ότι κοινωνική επιχείρηση είναι «οποιαδήποτε ιδιωτική δραστηριότητα συνδεδεμένη με το δημόσιο συμφέρον, οργανωμένη με επιχειρηματική στρατηγική αλλά που ο κύριος σκοπός της δεν είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους αλλά η επίτευξη συγκεκριμένων οικονομικών και κοινωνικών στόχων και η οποία έχει την ικανότητα να εισάγει καινοτόμες λύσεις στα προβλήματα του κοινωνικού αποκλεισμού και της ανεργίας» (ΟΟΣΑ, 1999).

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σύμφωνα με τους Steiner et al (2019) αναδύονται είτε ως ευκαιρία, είτε ως αναγκαιότητα. Η αύξηση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο προέκυψε ως ευκαιρία λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της υπαίθρου και των ιδιωτικοποιήσεων στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι σε πολύ μεγάλο ποσοστό συγκεντρωμένες στις μεγάλες πόλεις ενώ στην ύπαιθρο παρατηρούνται ελλείψεις και σε επαγγελματίες υγείας και σε εγκαταστάσεις (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019), γεγονός που έδωσε πολλές ευκαιρίες στην κοινωνική επιχειρηματικότητα. Εξάλλου ο πληθυσμός της υπαίθρου λόγω της ηλικιακής του σύνθεσης και των ιδιαιτεροτήτων των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών έχει ανάγκη από μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας (Harris 1992) και χρησιμοποιεί περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις άλλες ηλικίες (Pantelidis et al, 2019). Αυτό το κενό έρχονται και συνεχώς καλύπτουν οι επιχειρήσεις υγείας (ιδιωτικές και κοινωνικές) ιδιαίτερα στην ύπαιθρο γι' αυτό και οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι πιο δημοφιλής στους κατοίκους της υπαίθρου (Tountas et al, 2011). Τα χαρακτηριστικά των περιοχών της υπαίθρου αποτελούν, παρά τα υπαρκτά εμπόδια, κατάλληλο έδαφος για την κοινωνική επιχειρηματικότητα (Farmer et al, 2008). Αυτό το κατάλληλο έδαφος της υπαίθρου έγινε πιο ελκυστικό με τις ιδιωτικοποιήσεις. Οι επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στις περιοχές της υπαίθρου είναι βασικό συστατικό στην ανάπτυξη και λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Best & Myers, 2019). Αυτός είναι και ο λόγος που σε περιοχές της υπαίθρου με κατοίκους που διαθέτουν χαμηλό εισόδημα οι κοινωνικές επιχειρήσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης έχουν αυξηθεί (Best & Myers, 2019). Μεγάλη ευκαιρία ανάπτυξης της κοινωνικής επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο δόθηκε και με τις ιδιωτικοποιήσεις. Δεν είναι τυχαίο ότι χώρες με μεγάλης έκτασης ιδιωτικοποιήσεις στον τομέα της υγείας γνώρισαν άνθηση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με χαρακτηριστικό παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο (Macaulay, 2016; Teasdale, 2012). Η έρευνα του Munoz (2011) έδειξε ότι η ανάθεση μεγάλου μέρους της υγειονομικής περίθαλψης σε φορείς εκτός δημοσίου στο Ηνωμένο Βασίλειο

δημιούργησε μεγάλη αύξηση των κοινωνικών επιχειρήσεων. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορούν να συμπράξουν υπηρεσίες υγείας αποτελεσματικά με το δημόσιο και άλλους φορείς (Handerson et al, 2019; Hazenberg & Hall, 2016; Donaldson et al, 2011) στην ύπαιθρο και στις απομακρυσμένες περιοχές (Farmer et al, 2012b). Μάλιστα έρευνες όπως η έρευνα των Jeurissen & Maarse (2020) που εξέτασαν την προοπτική των κοινωνικών επιχειρήσεων στην υγεία έδειξαν ότι οι αλλαγές στα συστήματα υγείας με μεταφορά υπηρεσιών υγείας εκτός δημοσίου θα συνεχιστούν. Πάντως πολλά κράτη, κυρίως ευρωπαϊκά, που θέλουν να προχωρήσουν σε ιδιωτικοποιήσεις αναζητούν τις καλές πρακτικές των κοινωνικών επιχειρήσεων του Ηνωμένου Βασιλείου προκειμένου να εκμεταλλευτούν τη συσσωρευμένη εμπειρία που έχει συγκεντρωθεί εκεί με τη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων (Lyon & Sepulveda, 2012) χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχει και η άλλη άποψη που ισχυρίζεται ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις ως φορείς της κοινωνικής οικονομίας δημιουργήθηκαν από ομάδες συμφερόντων με απώτερο στόχο την εξυπηρέτηση των δικών τους συμφερόντων (Teasdale, 2012). Σε κάθε περίπτωση η κοινωνική επιχειρηματικότητα στον χώρο της υγείας συνεχώς επεκτείνεται σε τέτοιο βαθμό που το 2010 ο νομπελίστας Muhammad Yunus δημιούργησε το Centre For Social Business and Health με στόχο τη συγκρότηση ενός ερευνητικού χαρτοφυλακίου στον τομέα των κοινωνικών επιχειρήσεων στα θέματα υγείας (Muzon et al, 2014). Η κοινωνική επιχειρηματικότητα όλο και περισσότερο αναπτύσσεται δίπλα στον πολίτη και στην κοινότητα βρίσκοντας πρόσφορο έδαφος για την παροχή συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην ύπαιθρο, καλύπτοντας και απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου και αποκτώντας ταυτόχρονα αυξημένη δυναμική (Best, & Myers, 2019; Farmer et al, 2012c; Munoz, 2011).

Η αύξηση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο προέκυψε και ως αναγκαιότητα κάτω από την ανάγκη στήριξης των κατοίκων της υπαίθρου σε περιόδους οικονομικών και υγειονομικών κρίσεων. Οι Apostolopoulos et al, (2019) που ερεύνησαν κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας σε περιόδους κρίσεων διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορεί να είναι η «γρήγορη απάντηση». Δεν είναι τυχαίο ότι σε πολλές χώρες είχαμε μια έξαρση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε περιόδους οικονομικών και υγειονομικών κρίσεων, όπως το 2001 με τον αφθώδη πυρετό, όταν μεγάλες αγροτικές περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου αποκλείστηκαν με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες στους κατοίκους της υπαίθρου (Phillipson et al, 2020). Το ίδιο συνέβη και με την οικονομική και νομισματική κρίση του 2008, όταν σε κράτη που οι επιπτώσεις της κρίσης ήταν τεράστιες, όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, αναγκάστηκαν να θεσμοθετήσουν την κοινωνική επιχειρηματικότητα<sup>2</sup> προκειμένου και αυτή να βοηθήσει στην άμβλυνση των επιπτώσεων (Αποστολόπουλος κ.ά, 2020). Μια ίδια κατάσταση διαμορφώθηκε και με την πανδημία COVID-19 στην αγροτική οικονομία (Phillipson et al, 2020) όταν και πάλι οι κοινωνικές επιχειρήσεις ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας και της μέριμνας αυξήθηκαν στην ύπαιθρο προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα φαινόμενα της

---

<sup>2</sup> Η Ελλάδα θεσμοθέτησε την κοινωνική επιχειρηματικότητα με το νόμο 4019/2011 και η Ισπανία με το νόμο 5/2011.

απομόνωσης και της περιθωριοποίησης που δημιούργησε η πανδημία. Πολλές κυβερνήσεις κρατών, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικών και υγειονομικών κρίσεων, αξιολογούν τα ερευνητικά ευρήματα τα οποία δείχνουν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι πολύ κοντά στον πολίτη και έχουν ενσωματωθεί με την τοπική κοινότητα (Eversole et al, 2014; Farmer & Kilpatrick, 2009), διαθέτουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα σε σχέση με τις άλλες επιχειρήσεις (Steiner et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Morrison et al, 2017), οι πολίτες τις εμπιστεύονται στα θέματα υγείας τους και συντελούν θετικά στις πληττόμενες κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίσουν προβλήματα φτώχειας, περίθαλψης, απομόνωσης, αποκλεισμού και περιθωριοποίησης (Henderson et al, 2019a; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016; Mason et al, 2015; Muzon et al, 2014). Έρευνες που ασχολήθηκαν με τη διαχείριση των κρίσεων από την οπτική της κοινωνικής επιχειρηματικότητας έδειξαν ότι οι κοινωνικοί επιχειρηματίες είναι βασικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση των καταστροφών (Haeffele et al, 2020). Η κοινωνική επιχειρηματικότητα σε περιόδους κρίσεων λειτουργεί ως αντίδοτο (Ratten, 2020a). Σύμφωνα με τους Hasall et al, (2020) σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων το κράτος με τους δημόσιους φορείς υγείας, οι κοινωνικές επιχειρήσεις, τα φιλανθρωπικά ιδρύματα και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είναι κινητήριες δυνάμεις αντιμετώπισης κρίσεων, όπως την κρίση που δημιούργησε η πανδημία του COVID-19. Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα της έρευνας των Prasetyo & Kistanti (2020) που πραγματοποιήθηκε στην Ινδονησία. Η έρευνα των Henderson et al, (2019a) έδειξε ότι σε περιόδους λιτότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο που μειώθηκε η κρατική παροχή υπηρεσιών υγείας για τους ηλικιωμένους και στην ύπαιθρο, η δραστηριότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων συνετέλεσε θετικά στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων. Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα της έρευνας του Macaulay (2016) που πραγματοποιήθηκε στην ύπαιθρο της Σκωτίας την περίοδο της λιτότητας που οι υπηρεσίες υγείας είχαν αρνητικά επηρεαστεί από τις περικοπές χρηματοδοτήσεων. Η έρευνα έδειξε το θετικό ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας στην ύπαιθρο και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές. Την κοινωνική επιχειρηματικότητα σε περιόδους κρίσεων και καταστροφών στην ύπαιθρο εξέτασαν οι Rayamajhee et al, 2020 και διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικοί επιχειρηματίες μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό έργο στην αποκατάσταση και στη στήριξη των κατοίκων της υπαίθρου. Μια ιδιαίτερη περίπτωση είναι η κρίση COVID-19 αφού οι περισσότερες κρίσεις που γνώρισε η ανθρωπότητα απαιτούσαν για την αντιμετώπισή τους και την υπέρβασή τους βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες προσπάθειες του κράτους, της αυτοδιοίκησης, των δημοσίων, ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων, των φιλανθρωπικών οργανώσεων, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και πολλών ακόμη φορέων, ενώ η περίπτωση του COVID-19 προέκυψε ως επείγουσα πρόκληση χωρίς σαφή λύση (Bacq et al, 2020). Την περίοδο του COVID-19 που μεταβλήθηκε το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον, τα συστήματα υγείας επιβαρύνθηκαν (Kuckertz, 2020) με μεγάλες αρνητικές συνέπειες στις επιχειρήσεις (Gates, 2020; Winston, 2020; Liguori & Pittz, 2020).

### 1.2.5. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας δεν ήταν αποτέλεσμα ιδιωτικοποιήσεων αλλά συνδέεται άρρηκτα με τα προβλήματα του δημοσίου τομέα υγείας, της υποβάθμισής του και της υποχρηματοδότησής του (Ιωακείμογλου, 2010; Siskou et al, 2009). Το 2019 τα ελληνικά νοικοκυριά χρηματοδότησαν απ' ευθείας τις δαπάνες υγείας κατά 35% και μόνο τέσσερις χώρες της ΕΕ είχαν μεγαλύτερο ποσοστό (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Μέσα στο ποσό των 35% συμπεριλαμβάνονται και οι άτυπες πληρωμές (μίζες και φακελάκια) οι οποίες αντιπροσωπεύουν το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών δαπανών υγείας (WHO, Regional Office for Europe, 2018) που δείχνει και τη στρεβλότητα του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την έρευνα των Souliotis et al, (2016) το 32,4% των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία αναγκάζονται να προβούν σε άτυπες πληρωμές ενώ αντίθετα στις ιδιωτικές κλινικές το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών είναι σε πολύ μικρή κλίμακα. Αυτά τα φαινόμενα δημιουργούν δυσαρέσκεια και στρέφουν τους πολίτες στις ιδιωτικές κλινικές και στα ιδιωτικά ιατρεία. Μην μπορώντας το κράτος να προσφέρει στους πολίτες του αναβαθμισμένες και υψηλών προδιαγραφών υπηρεσίες υγείας (Liaropoulos et al, 2008; Siskou et al, 2008) και παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα υπάρχει πλήρης υγειονομική κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού από τις δημόσιες δομές υγείας (Economou et al, 2017), το μεγάλο κενό που δημιούργησε και δημιουργεί η υποβάθμιση του δημοσίου τομέα υγείας έδωσε έδαφος ανάπτυξης στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας και περίθαλψης (Tountas et al, 2005). Το ίδιο συνέβη και με τις περιοχές της υπαίθρου γι' αυτό και οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι πιο δημοφιλείς στους κατοίκους της υπαίθρου (Tountas et al, 2011). Η άνιση κατανομή των πόρων, η συγκέντρωση υπηρεσιών υγείας και εξοπλισμού στα μεγάλα αστικά κέντρα, η έλλειψη γιατρών και νοσοκόμων από τις δημόσιες δομές υγείας της υπαίθρου, τα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οι μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις πολλών περιοχών της ελληνικής υπαίθρου από τα νοσοκομειακά ιδρύματα καθώς και η άνιση κατανομή κρεβατιών περίθαλψης ανάμεσα στα αστικά κέντρα και στις αγροτικές περιοχές (Economou et al, 2017) άφησαν γόνιμο έδαφος στην ιδιωτική επιχειρηματικότητα που ασχολείται με τον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επεκταθεί στον αγροτικό πληθυσμό και γενικότερα στον πληθυσμό της υπαίθρου. Δεν είναι τυχαίο ότι το 31,8% του αγροτικού πληθυσμού χρησιμοποιεί ιδιωτικούς γιατρούς για να καλύψει τις ανάγκες του σε υγειονομική περίθαλψη (Tountas et al, 2011).

Η πορεία του ιδιωτικού τομέα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα πέρασε μέσα από διάφορα εμπόδια και δυσκολίες. Με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με το νόμο 1397/1983<sup>3</sup> και προκειμένου αυτό να εδραιωθεί και να αναπτυχθεί σταμάτησε η πολιτεία τη χορήγηση αδειών ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών ή επέκτασή τους κάτι που κράτησε έως το 1991 που με το Π.Δ. 247/1991<sup>4</sup>, που ρύθμιζε τους όρους, τις προϋποθέσεις και τις διαδικασίες για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, ξεκίνησε και πάλι η αδειοδότηση ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών. Την επόμενη χρονιά με το νόμο 2071/1992<sup>5</sup> συνάπτονται

<sup>3</sup> ΦΕΚ Α' 143/7.3.1983

<sup>4</sup> ΦΕΚ 93/Α/21.6.1991

<sup>5</sup> ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992

οι πρώτες συμβάσεις ιδιωτών που κατέχουν ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα με τα ασφαλιστικά ταμεία και ταυτόχρονα ο ασθενής αρχίζει να επιβαρύνεται και ο ίδιος για τη φαρμακευτική του φροντίδα και τα νοσήλια του (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011). Επίσης, ο ίδιος νόμος επέτρεψε την ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με τη δυνατότητα χρηματοδότησης από το κράτος και λειτουργία στη βάση των κανόνων της ιδιωτικής οικονομίας. Από τότε έχουμε μια συνεχή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας που σύμφωνα με τον Ιωακείμογλου (2010) αποτελεί και δείκτη μεγέθυνσης της επιχειρηματικής δράσης στον χώρο της υγείας.

Η αύξηση αυτή των ιδιωτικών δαπανών υγείας είχε ως αποτέλεσμα το 2007 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας να ανέλθουν στην Ελλάδα στο 40% του συνόλου των δαπανών όταν ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν μόνο 28% (Ιωακείμογλου, 2010). Αλλά και μετά την κρίση και τις περικοπές στις χρηματοδοτήσεις η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας το 2017 έφτασε το 38,7% (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Ο πίνακας 1 αποτυπώνει τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας του ιδιωτικού τομέα για την περίοδο 2013-2017.

Πίνακας 1: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα την περίοδο 2013-2017 (σε εκατ. ευρώ)

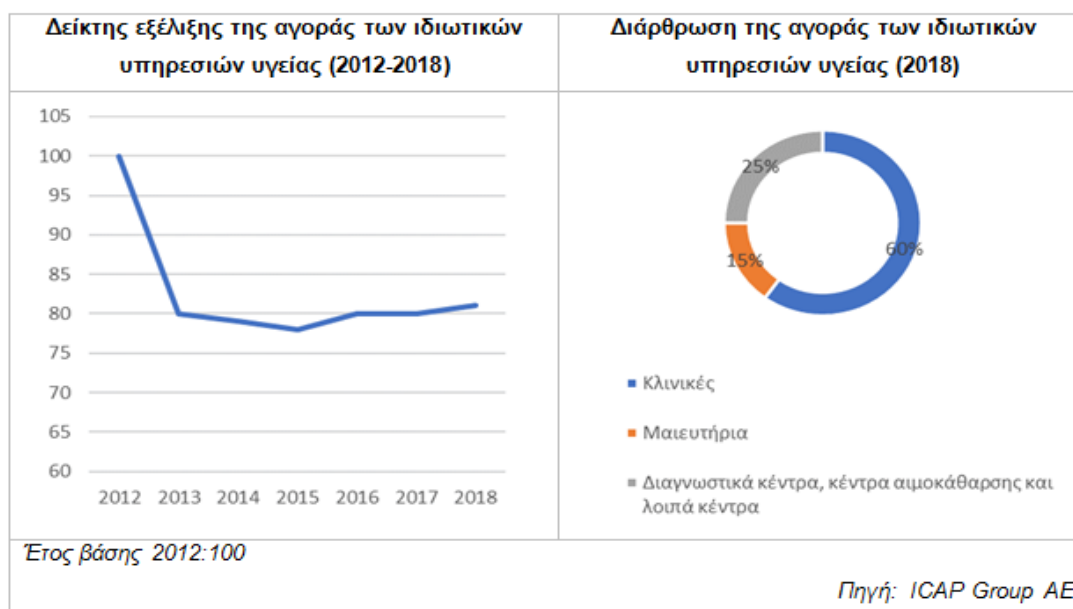
<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>14/13</b>	<b>15/14</b>	<b>16/15</b>	<b>17/16</b>
	<b>5616,2</b>	<b>5737,9</b>	<b>5765,4</b>	<b>5625,4</b>	<b>5614,6</b>	<b>2,2</b>	<b>0,5</b>	<b>-2,4</b>	<b>-0,2</b>
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδα	1779,8	1919,0	2047,9	2002,9	1997,7	7,8	6,7	-2,2	-0,3
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1618,4	1533,9	1430,4	1373,2	1434,9	-5,2	-6,7	-4,0	5,5
Έμποροι λιανικής & λοιποί φορείς	2218,1	2285,0	2287,1	2249,3	2182,0	3,0	0,1	-1,7	-3,0
<b>A. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ</b>	<b>495,1</b>	<b>535,0</b>	<b>541,3</b>	<b>567,5</b>	<b>578,3</b>	<b>8,1</b>	<b>1,2</b>	<b>4,8</b>	<b>1,9</b>
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδα	358,2	395,1	394,1	423,0	434,6	10,3	-0,3	7,3	2,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	47,7	50,0	57,2	54,4	49,9	4,8	14,4	-4,9	-8,3
Έμποροι λιανικής & λοιποί φορείς	98,2	89,9	90,0	90,1	93,8	0,8	0,1	0,1	4,1
<b>B. ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΙΔΙΩΤΩΝ</b>	<b>5121,2</b>	<b>5202,9</b>	<b>5224,1</b>	<b>5057,9</b>	<b>5036,3</b>	<b>1,6</b>	<b>0,4</b>	<b>-3,2</b>	<b>-0,4</b>
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδα	1421,6	1323,9	1653,8	1579,9	1563,1	7,2	8,5	-4,5	-1,1
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1570,7	1483,9	1373,2	1318,8	1385,0	-5,5	-7,5	-4,0	5,0
Έμποροι λιανικής & λοιποί φορείς	2128,9	2195,1	2197,1	2159,2	2088,2	3,1	0,1	-1,7	-3,3

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2019). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017, Δελτίο Τύπου.



Η πολύχρονη δημιουργία εμποδίων και ανισοτήτων στην πρόσβαση των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη (WHO/ Regional Office for Europe, 2018) σε συνδυασμό με υπάρχουσες ανισοροπίες ως προς τη διαθεσιμότητα της περίθαλψης που μεγεθύνεται στις αγροτικές περιοχές (ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Ευρωπαϊκό για τα Συστήματα και Πολιτικές Υγείας, 2019) διόγκωσε την ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα. Οι επιχειρήσεις υγείας και υγειονομικής περίθαλψης έχουν επιβαρυνθεί με τον νόμο 4172/2013<sup>6</sup> που επέβαλε μηχανισμούς «clawback» και «rebate», υποχρεώνοντας αυτές να προβούν σε απομείωση των απαιτήσεών τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους σε ασφαλισμένους του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αυτό δε στάθηκε εμπόδιο στην ανάπτυξή τους και μετά από μια σημαντική κάμψη την περίοδο 2013-2017, το 2018 είχαμε και πάλι άνοδο κατά 1,5% των συνολικών εσόδων των επιχειρήσεων υγείας σε σχέση με το 2017 (ICAP, 2018), όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα 1.

Διάγραμμα 1: Δείκτης εξέλιξης της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2018 και διάρθρωση της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2018



Ο ιδιωτικός τομέας υγείας περιλαμβάνει επιχειρήσεις που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομεία, κλινικές, μαιευτήρια, γηροκομεία, κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, μονάδες αιμοκάθαρσης, κέντρα ψυχικής υγείας, διακίνησης και εμπορίας φαρμάκων κ.ά. Περιλαμβάνει ακόμη ιδιώτες γιατρούς και ομάδες γιατρών, κερδοσκοπικές εταιρείες, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς κ.ά. Αρκετές από τις επιχειρήσεις αυτές βρίσκονται εγκατεστημένες μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα και κοντά στον πληθυσμό της υπαίθρου. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι σε πολύ μεγάλο ποσοστό συγκεντρωμένες στις μεγάλες πόλεις και στην ύπαιθρο παρατηρούνται ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας και σε εγκαταστάσεις (Economou et al, 2017). Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) «Πάνω από τα μισά από τα 283 νοσοκομεία της χώρας (που διαθέτουν το 35% του συνολικού δυναμικού των κλινών) είναι ιδιωτικά νοσοκομεία

<sup>6</sup> ΦΕΚ Α' 167/23-07-2013

*κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ενώ υπάρχουν και πάνω από 3500 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα».*

Στην ελληνική ύπαιθρο η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη των κατοίκων από πλευράς κράτους στηρίζεται κυρίως στα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και στους αγροτικούς γιατρούς. Στις αγροτικές και στις ημιαστικές περιοχές έχουμε πάνω από 205 κέντρα υγείας και 1700 αγροτικά ιατρεία που συνδέονται διοικητικά με τα κέντρα υγείας (Economou et al, 2017). Ταυτόχρονα στην ελληνική ύπαιθρο έχει αναπτυχθεί και η ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα και έχει δημιουργήσει ιδιωτικές και κοινωνικές δομές υγείας και υγειονομικής περίθαλψης καθώς και υπηρεσίες φαρμακευτικής φροντίδας και συμβουλευτικής. Επίσης, υπηρεσίες πρόνοιας, φροντίδας και μέριμνας προσφέρονται από την τοπική και περιφερειακή αυτοδιοίκηση, από την εκκλησία, από φορείς της κοινωνικής οικονομίας και από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Τα κέντρα υγείας από την ίδρυσή τους, το 1983 έως σήμερα, παρουσιάζουν οικονομικά, οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα, προβλήματα υποδομών καθώς και βασικές ελλείψεις ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού, βοηθητικού και διοικητικού προσωπικού με αποτέλεσμα το επίπεδο ικανοποίησης των κατοίκων της υπαίθρου να είναι χαμηλό (Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012; Economou, 2010; Kontodimopoulos et al, 2007; Abel-Smith et al, 1994). Η πυκνότητα γιατρών το 2014 ήταν στην Αττική 874 γιατροί ανά 100.000 κατοίκους ενώ σε άλλες περιοχές όπως η Δυτική Μακεδονία και η Κεντρική Ελλάδα ήταν μόνο 300 γιατροί ανά 100.000 (ΕΛΣΤΑΤ, 2018) και παρά τα κίνητρα που έχουν δοθεί από τα υπουργεία δεν υπάρχει προσφορά για εγκατάσταση γιατρών στην ύπαιθρο (Economou et al, 2017). Το φαινόμενο αυτό δεν είναι μόνο ελληνικό αφού το ιατρικό προσωπικό και σε άλλες χώρες πιστεύει ότι οι επικρατούσες συνθήκες της υπαίθρου θα το απομονώσει επαγγελματικά και κοινωνικά και δε θα μπορέσουν να εξελιχθούν αξιοποιώντας τις επαγγελματικές τους δεξιότητες (British Medical Association Board of Science, 2005; Tholl, 2001). Το ίδιο συμβαίνει και με τις ειδικευμένες νοσοκόμες που στις απομακρυσμένες ιδιαίτερα περιοχές της υπαίθρου θεωρούνται ζωτικής σημασίας για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους των περιοχών αυτών (Oikonomidou et al, 2010; Goodyear-Smith & Janes, 2008; Klein et al, 2002). Η έρευνα των Marinos et al (2009) έδειξε ότι τα κέντρα υγείας που λειτουργούν στην ύπαιθρο δε διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό και το 20% των κατοίκων της υπαίθρου αναζητούν παροχές υγείας στα αστικά κέντρα κάτι που δημιουργεί δυσαρέσκεια στους κατοίκους της υπαίθρου. Όσοι κάτοικοι της υπαίθρου βρίσκονται κοντά σε αστικά κέντρα που διαθέτουν νοσοκομεία παρακάμπτουν τα κέντρα υγείας και πηγαίνουν απευθείας στα νοσοκομεία (Sissouras et al, 2000) κάτι που δείχνει τον μικρό βαθμό εμπιστοσύνης που τρέφουν σε αυτά. Υποβαθμισμένα είναι τα αγροτικά ιατρεία που παρουσιάζουν προβλήματα υποστελέχωσης και επιπλέον οι γιατροί που υπηρετούν σε αυτά είναι απόφοιτοι ιατρικών πανεπιστημίων που υποχρεώνονται από τη νομοθεσία να παραμείνουν στην ύπαιθρο τουλάχιστον ένα χρόνο πριν πάρουν ειδικότητα (Economou et al, 2017) και λόγω αυτής της ιδιαιτερότητας περιορίζονται επί το πλείστον σε απλές περιπτώσεις διάγνωσης και σε συνταγογραφήσεις που έχει ως αποτέλεσμα οι κάτοικοι της υπαίθρου να στρέφονται στο ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό του ιδιωτικού τομέα που υπάρχει στην περιοχή τους (Tountas et al, 2011). Αυτή η ανεπάρκεια παροχής αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης στις περιοχές της υπαίθρου από πλευράς δημοσίων δομών υγείας έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση των κατοίκων της υπαίθρου και ιδιαίτερα των απομακρυσμένων περιοχών από αξιόπιστες δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Vardiampasis et al, 2014) γι' αυτό και η αναζήτηση από πλευράς κατοίκων κάλυψης των αναγκών τους από τον ιδιωτικό τομέα υγείας είναι μεγάλη (Tountas et al, 2011). Δεν είναι τυχαίο ότι οι κάτοικοι της υπαίθρου πληρώνουν

οι ίδιοι τις δαπάνες υγείας τους σε ποσοστό 51% τις οποίες αναζητούν στον ιδιωτικό τομέα ή αναγκάζονται να προβούν σε άτυπες πληρωμές σε γιατρούς του δημοσίου (Tountas et al, 2011).

Η έλλειψη αναβαθμισμένων δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη ηλικιακή σύνδεση του πληθυσμού της υπαίθρου που έχουν αυξημένες ανάγκες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης έδωσε τη δυνατότητα στην ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας να αναπτυχθούν. Στους 8.592 οικισμούς που υπάρχουν στην ελληνική ύπαιθρο κατοικούν επί το πλείστον μεγάλης ηλικίας άτομα γεγονός που δείχνει την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας της υπαίθρου. Σύμφωνα με το Πρόγραμμα Αγροτικής Ανάπτυξης 2014-2020 (Γενική Γραμματεία Αγροτικής Πολιτικής και Διαχείρισης Κοινοτικών Πόρων, 2014) οι κάτοικοι της υπαίθρου σε ποσοστό 35% ασχολούνται με την γεωργία και είναι πάνω από 65 ετών. Οι νεότερες γενιές εγκαταλείπουν το αγροτικό επάγγελμα. Το 2013 μόνο ένας στους πέντε αγρότες είχε ηλικία κάτω των 44 ετών. Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο ώστε οι κάτοικοι να σταματήσουν να διανύουν μεγάλες αποστάσεις για την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας που σημαίνει χρόνο και έξοδα. Εξάλλου έρευνες έδειξαν ότι η υγειονομική περίθαλψη στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές είναι πιο υποβαθμισμένη σε σχέση με τις αστικές περιοχές (Pantelidis et al, 2019; Oikonomou et al, 2016; Oikonomou & Tountas, 2011) και χρειάζεται αναμόρφωση και αναβάθμιση συνολικά η υγειονομική περίθαλψη των κατοίκων της υπαίθρου (Sbarouni et al, 2012). Σε πολλές περιπτώσεις ο ιδιωτικός τομέας υγείας και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ήρθαν και εγκαταστάθηκαν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές προκειμένου να καλύψουν αυτό το κενό. Αυτό λύνει προβλήματα σημαντικά των κατοίκων της υπαίθρου και τους δημιουργεί μια ασφάλεια ώστε να συνεχίσουν να κατοικούν μακριά από τα αστικά κέντρα. Οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών συμμετέχουν σε μικρά ποσοστά στην πρόληψη (Oikonomou & Tountas, 2011) και αναζητούν την περίθαλψη συνήθως όταν υπάρχουν οξυμένα προβλήματα υγείας (Oikonomou & Mariolis, 2010). Η εγκατάσταση ιδιωτικών μονάδων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην περιοχή τους δημιουργεί τις προϋποθέσεις αλλαγής αυτών των συνηθειών.

Μια χαρακτηριστική περίπτωση είναι η φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική που παρέχεται από τα φαρμακεία που συνεχώς ιδρύονται στην ύπαιθρο ακόμη και σε οικισμούς κάτω των 400 κατοίκων. Στην ύπαιθρο ο πληθυσμός είναι γερασμένος και οι ανάγκες για φαρμακευτική φροντίδα αλλά και για συμβουλές και καθοδήγηση αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας από επαγγελματίες υγείας είναι αυξημένες και οι επιχειρήσεις των φαρμακείων βρίσκουν πρόσφορο έδαφος να γίνουν βιώσιμες ακόμη και σε μικρά χωριά (Apostolopoulos et al, 2021a; Makris & Apostolopoulos 2021; Apostolopoulos et al, 2021b). Στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων αυτών στην ύπαιθρο συντελεί και το γεγονός ότι μέχρι πρόσφατα το επάγγελμα του φαρμακοποιού ήταν ένα κλειστό και προστατευόμενο επάγγελμα. Οι γεωγραφικές και πληθυσμιακές προϋποθέσεις που υπήρχαν για να αδειοδοτηθεί ένα φαρμακείο σε συνδυασμό με το σκληρό ανταγωνισμό δημιούργησε κορεσμό τέτοιων επιχειρήσεων στις αστικές περιοχές και οδήγησε πολλούς απόφοιτους φαρμακευτικών πανεπιστημιακών σχολών να ανοίξουν το φαρμακείο τους σε οικισμούς της υπαίθρου ακόμη και σε πολύ μικρούς πληθυσμιακά. Εξάλλου στην ύπαιθρο και στους μικρούς οικισμούς χρειαζόνταν λιγότερα κεφάλαια να ανοίξουν την επιχείρησή τους, το λειτουργικό τους κόστος είναι

μικρότερο καθώς και τα ενοίκια κτιρίων σε κεντρικά σημεία του οικισμού πολύ μικρότερα σε σχέση με αυτά των αστικών κέντρων.

### 1.2.6. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο

Η οικονομική και νομισματική κρίση, του 2008, βρήκε την Ελλάδα να μην έχει θεσμοθετήσει την κοινωνική επιχειρηματικότητα η οποία θα μπορούσε και αυτή να συντελέσει στη μείωση ή την άμβλυνση των συνεπειών της κρίσης. Κάτω από τη διόγκωση της ανεργίας, της φτώχειας του αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων, το κλείσιμο χιλιάδων επιχειρήσεων και οργανισμών, την κατάρρευση του ασφαλιστικού και συνταξιοδοτικού συστήματος, την περικοπή δαπανών που στήριζαν ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, η ελληνική πολιτεία αναγκάστηκε, στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, να θεσμοθετήσει την κοινωνική οικονομία αφού η ευρωπαϊκή και η διεθνής εμπειρία έδειχνε ότι οι φορείς της κοινωνικής οικονομίας είχαν τη δυνατότητα να αντισταθούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και να στηρίζουν τις θέσεις εργασίας αμβλύνοντας κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες (Apostolopoulos et al, 2019; Spear et al. 2001). Ο νόμος 4019/2011<sup>7</sup> περί «Κοινωνικής Οικονομίας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας και άλλες διατάξεις» γρήγορα αποδείχθηκε ανεπαρκής, δεν ενσωμάτωνε ευρωπαϊκές Οδηγίες, δημιουργούσε γραφειοκρατία και εξάρτηση των φορέων της κοινωνικής οικονομίας από το κράτος, τις περιφέρειες και τους δήμους (British Council, 2017) γι' αυτό μέσα σε πέντε μόνο χρόνια η ελληνική πολιτεία προχώρησε σε νέα νομοθετική πρωτοβουλία ψηφίζοντας τον νόμο 4430/2016<sup>8</sup> «Περί Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας και ανάπτυξης των φορέων της και άλλες διατάξεις». Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ο απολογισμός της πορείας της κοινωνικής οικονομίας και των φορέων της στην Ελλάδα, δεν έχει μέχρι σήμερα αποτυπωθεί, ούτε επιστημονικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί και γιατί είναι μικρό το χρονικό διάστημα που λειτουργούν θεσμοθετημένα οι φορείς της κοινωνικής οικονομίας και γιατί το ερευνητικό πεδίο στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας είναι ακόμη στην αφητηρία του με εξαίρεση την έρευνα των Apostolopoulos et al, (2019). Επιστημονικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα σε παραδοσιακούς φορείς όπως συνεταιρισμοί, αλληλασφαλιστικές εταιρίες, ιδρύματα και ενώσεις, πριν κάποιοι λίγοι από αυτούς τους φορείς ενταχθούν θεσμικά και εγγραφούν στο Μητρώο της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας μέσα στις αυστηρές προδιαγραφές που το Μητρώο απαιτούσε και απαιτεί, έχουν διαφορετικό ερευνητικό προσανατολισμό<sup>9</sup>. Εξάλλου το

---

<sup>7</sup> ΦΕΚ 216/Α/30-9-2011

<sup>8</sup> ΦΕΚ 205/31.10.2016

<sup>9</sup> Μια χαρακτηριστική περίπτωση έρευνας που πραγματοποιήθηκε πριν από τη θεσμοθέτηση της κοινωνικής επιχειρηματικότητας στην Ελλάδα είναι η έρευνα Polizoidis, P., (2008), που εξέτασε 618 μη κερδοσκοπικές οργανώσεις στον τομέα της κοινωνικής προστασίας, πολλές από τις οποίες δραστηριοποιούνταν στην παροχή ιατρικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης της υγείας, υπηρεσιών αιμοδοσίας, συμβουλευτικών υπηρεσιών πρόληψης, κάλυψης αναγκών σε φάρμακα κ.ά. έδειξε ότι ο τομέας στην Ελλάδα ήταν μικρός, αδύναμος με φθίνουσα πορεία και αδυνατούσε να προσαρμοστεί στις νέες μεταβαλλόμενες συνθήκες.

στενό πλαίσιο νομικής οριοθέτησης της κοινωνικής οικονομίας στην Ελλάδα οδήγησε χιλιάδες φορείς να μην μπορούν να ενταχθούν στους φορείς της κοινωνικής οικονομίας (Αποστολόπουλος κ.ά., 2020). Άφησε για παράδειγμα εκτός πλαισίου κοινωνικής οικονομίας τους αγροτικούς και αστικούς συνεταιρισμούς, τις συνεταιριστικές τράπεζες, τους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και πολλές αλληλασφαλιστικές ενώσεις<sup>10</sup>. Το Σεπτέμβριο του 2020 σύμφωνα με το Μητρώο Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας στην Ελλάδα ήταν εγγεγραμμένες 1789 κοινωνικές επιχειρήσεις από τις οποίες οι 183 πρόσφεραν υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Από αυτές τις 183 οι 98 (ποσοστό 53,55%) είχαν έδρα την Αττική και οι υπόλοιπες 85 (ποσοστό 46, 45%) την υπόλοιπη Ελλάδα (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2020). Πρόσφεραν επί το πλείστον και ανάλογα με τα προβλεπόμενα στο καταστατικό τους υπηρεσίες γενικής ιατρικής, υπηρεσίες αποκλειστικών νοσοκόμων, υπηρεσίες λογοθεραπείας, υπηρεσίες νοσηλευτή, υπηρεσίες στήριξης ατόμων με αναπηρία, υπηρεσίες στήριξης ηλικιωμένων, υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας, υπηρεσίες καθοδήγησης και φροντίδας ατόμων με προβλήματα, υπηρεσίες ψυχολόγου, υπηρεσίες προστασίας ειδικών ομάδων, υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας με παροχή καταλύματος, υπηρεσίες εναλλακτικών θεραπειών, υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας για παιδιά και νέους με αναπηρία, ιατρικές υπηρεσίες οφθαλμολογίας, υπηρεσίες ομοιοπαθητικής κ.ά., (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2020).

Από την επεξεργασία των στοιχείων που προέκυψαν από τις εγγεγραμμένες στο Μητρώο Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων διαπιστώνεται ότι υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις στην γεωγραφική κατανομή των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας που αναπτύχθηκαν από το 2016<sup>11</sup> έως το 2020. Αυτό βέβαια ισχύει και για το σύνολο των κοινωνικών επιχειρήσεων της Ελλάδας (British Council, 2017). Τον Σεπτέμβριο του 2020 οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ήταν γεωγραφικά αναπτυγμένες ως εξής: Στην Περιφέρεια Αττικής λειτουργούσαν 98 (ποσοστό 53,55%) κοινωνικές επιχειρήσεις, στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας λειτουργούσαν 17 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 9,29%), στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας 12 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 6,56), στην Περιφέρεια Θεσσαλίας 11 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 6,01%), στην Περιφέρεια Κρήτης 9 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 4,92%), στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας 8 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 4,37), στην Περιφέρεια Ηπείρου 6 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 3,28%), στην Πελοπόννησο 6 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 3,28%), στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης 5 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 2,74), στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας 4 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 2,18%), στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου 4 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 2,18), στην

---

<sup>10</sup> Σύμφωνα με τον Nasioulas, (2012) πριν τη θεσμοθέτηση της κοινωνικής επιχειρηματικότητας στην Ελλάδα λειτουργούσαν 50.000 Ενώσεις, 6.376 Γεωργικοί Συνεταιρισμοί, 600 Ιδρύματα, 545 Συνεταιρισμοί Στέγασης, 130 Αγροτουριστικοί Συνεταιρισμοί Γυναικών, 41 Συνεταιρισμοί Φαρμακοποιών, 33 Συνεταιρισμοί Υδραυλικών, 25 Συνεταιριστικές Τράπεζες, 23 Συνεταιρισμοί Ηλεκτρολόγων, 16 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, 7 Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης, 7 Συνεταιρισμοί Αμοιβαίων Ασφαλίσεων, 4 Ταμεία Αμοιβαίας Βοήθειας και 1 Θαλάσσιος Συνεταιρισμός Ασφάλισης.

<sup>11</sup> Το 2016 δημιουργήθηκε το νέο μητρώο σύμφωνα με το νόμο 4430/2016

Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου 3 κοινωνικές επιχειρήσεις (ποσοστό 1,64%). Στον πίνακα 2 αποτυπώνονται οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ξεχωριστά για κάθε μια διοικητική περιφέρεια της Ελλάδας.

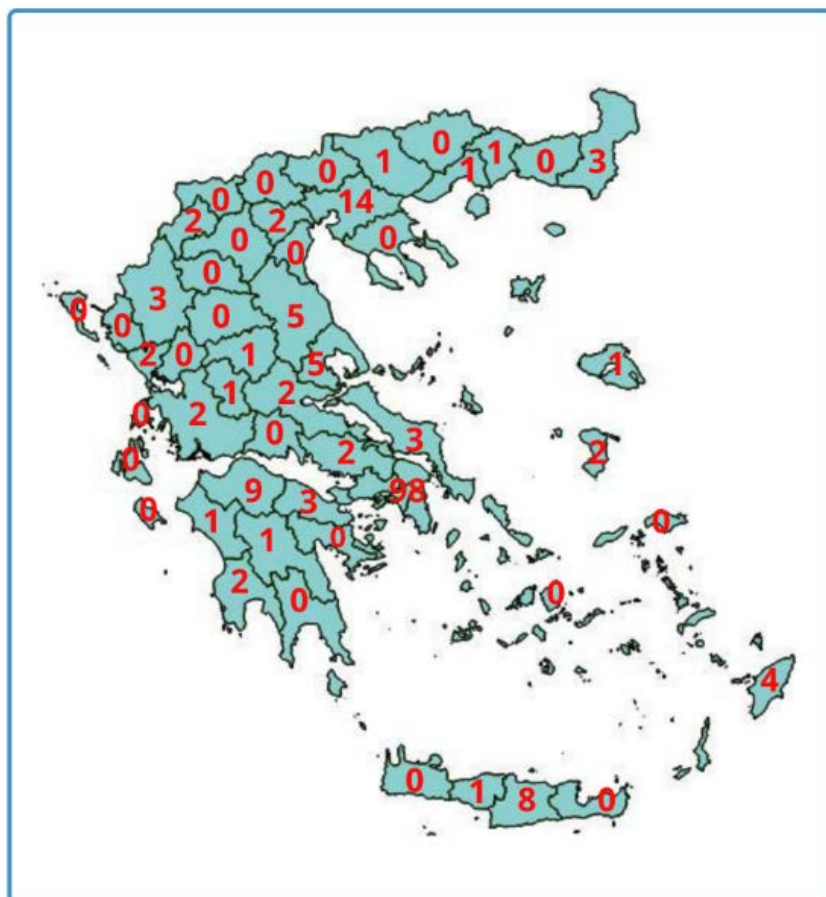
Πίνακας 2: Κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ανά διοικητική περιφέρεια (Σεπτέμβριος 2020)

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	6
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	12
ΑΤΤΙΚΗ	98
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	8
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	11
ΗΠΕΙΡΟΣ	6
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	4
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	17
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	5
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	0
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	3
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	4
ΚΡΗΤΗΣ	9

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από το Γενικό Μητρώο Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας όχι μόνο δεν αναπτύχθηκαν ομοιόμορφη έχοντας ισόποση γεωγραφική κατανομή αλλά έχουμε μια ολόκληρη διοικητική περιφέρεια, την Περιφέρεια Ιονίων Νήσων που δεν λειτουργεί στα γεωγραφικά όριά της καμία κοινωνική επιχείρηση υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Σε απόλυτους αριθμούς η συντριπτική πλειοψηφία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας έχουν συγκεντρωθεί στην Περιφέρεια Αττικής, στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας και στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας που βρίσκονται τα μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνα, Πειραιάς, Θεσσαλονίκη και Πάτρα. Η έκθεση της Ειδικής Γραμματείας Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας του έτους 2018 ισχυρίζεται ότι για το 2016 που έκανε αναγωγή του συνόλου των κοινωνικών επιχειρήσεων που λειτουργούν στην Ελλάδα ανά 1.000 κατοίκους διαπίστωσε ότι οι Σποράδες, η Σύρος, η Άνδρος και η Νάξος που είναι νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές καταλαμβάνουν την πρωτιά σε κοινωνικές επιχειρήσεις (Ειδική Γραμματεία Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, 2018) που σημαίνει ότι μια σωστή προσέγγιση είναι η αναγωγή με βάση τον πληθυσμό των περιοχών. Στον χάρτη 2 απεικονίζεται η κατανομή των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας ανά Περιφερειακή Ενότητα της Ελλάδας.

Χάρτης 2: Κατανομή των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας ανά Περιφερειακή Ενότητα με βάση τα στοιχεία του Μητρώου Επιχειρηματικότητας του Σεπτεμβρίου 2020



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από το Γενικό Μητρώο Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας

Η μη ισομερής γεωγραφική ανάπτυξη των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε απόλυτους αριθμούς δεν εντοπίζεται μόνο ανάμεσα στις διοικητικές περιφέρειες της Ελλάδας αλλά και εντός των ίδιων των περιφερειών αφού σε πολλές Περιφερειακές Ενότητες δεν είχε ιδρυθεί μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2020 ούτε μια τέτοια επιχείρηση. Αυτές οι Περιφερειακές Ενότητες της ηπειρωτικής Ελλάδας στις οποίες απουσιάζουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι: της Αργολίδας, των Γρεβενών, της Δράμας, της Ζακύνθου, της Θεσπρωτίας, του Κιλκίς, της Λακωνίας, της Πέλλας, της Πιερίας, της Ροδόπης, των Τρικάλων και της Φλώρινας.

### 1.3. Εισαγωγικά στοιχεία για τον ερευνητικό στόχο και τη μεθολογία της έρευνας

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προύπτει ότι στον ελλαδικό χώρο, μέχρι σήμερα, υπάρχει ερευνητικό κενό για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δραστηριοποιούνται στην ελληνική ύπαιθρο τόσο για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους όσο και για τη συμβολή τους στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου. Η παρούσα έρευνα που φυλοδοξεί να καλύψει αυτό το κενό εστιάζεται στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δεν ανήκουν στον δημόσιο τομέα αλλά

στην ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα. Διερευνά μέσω των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας σειρά πτυχών που έχουν να κάνουν με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον των επιχειρήσεων αυτών καθώς και για τη συμβολή τους στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Εξετάζει και συνολικά τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις αλλά και συγκριτικά μεταξύ τους προκύμνου να αποτυπωθεί ο βαθμός συμμετοχής στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.

Ακολουθήσαμε τη φαινομενολογική προσέγγιση για τρεις λόγους. Ο πρώτος σχετίζεται με το γεγονός ότι είναι μια αναγνωρισμένη προσέγγιση διερευνητικών εμπειριών από τότε που την εισήγαγε ο Γερμανός φιλόσοφος Husserl (Pringle et al, 2011). Ο δεύτερος λόγος αναφέρεται στο γεγονός ότι η φαινομενολογία είναι μια προσέγγιση διερευνητικών εμπειριών που χρησιμοποιείται στην έρευνα θεμάτων υγείας και περίθαλψης καθώς και θεμάτων που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας (Pringle et al, 2011; Norlyk & Harder, 2010). Ο τρίτος λόγος είναι ότι χρησιμοποιείται στην προσέγγιση της επιχειρηματικότητας αφού αυτή μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το περιβάλλον που διαμορφώνει επιχειρηματικές ευκαιρίες και προκλήσεις (Al-Dajani et al, 2019; Cope, 2005). Το παράδειγμα του ερμηνευτισμού/κονστρουκτιβισμού καλύπτει και την παρούσα έρευνα που επιδιώκει την αποτύπωση των εμπειριών των επιχειρηματιών για τις επενδύσεις τους σε δομές υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου και αφού αποτελούν παραδείγματα ποιοτικής φύσεως απαιτεί ποιοτικές ερευνητικές μέθοδοι με συνεντεύξεις, συζητήσεις και παρατήρηση συμμετεχόντων (van der Walt, 2020; Levi-Sanchez & Tourpin, 2014; Williams & Morrow, 2009). Εξάλλου από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι μέχρι τις αρχές του 2000 για θέματα επιχειρηματικότητας πραγματοποιούνταν επί το πλείστον ποσοτικές έρευνες (Gartner & Birley, 2002; Ucbasaran et al., 2001). Μετά το 2000 παρατηρείται μια μεταστροφή των ερευνών για θέματα επιχειρηματικότητας με τη χρησιμοποίηση ποιοτικών ερευνών. Άρχισε να βρίσκει πρόσφορο έδαφος η άποψη που υποστήριζε ότι οι ποσοτικές μελέτες *"δεν μπορούν ποτέ να απεικονίσουν τις αλληλεξαρτώμενες αλληλεπιδραστικές πτυχές των επιχειρηματιών"* (Gartner, 2010). Διαμορφώθηκε η αντίληψη ότι η ποσοτική έρευνα δεν μπορεί να απαντήσει σε ορισμένα ζητήματα που σχετίζονται με τη φύση της επιχειρηματικότητας (Gartner & Birley, 2002) και αδυνατεί να συμβάλλει θετικά στην έρευνα η οποία προσπαθεί να εντοπίσει ποιοι άλλοι απρόβλεπτοι παράγοντες μπορεί να υπάρχουν, κινδυνεύοντας έτσι να χάσει τον πλούτο των δεδομένων που μπορούν να παρέχουν οι συμμετέχοντες (Ali & Birley, 1999). Η έρευνα της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι μια ποιοτική έρευνα. Η φύση της επιχειρηματικότητας στις επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας που λειτουργούν στην ύπαιθρο προσεγγίζεται με ποιοτική έρευνα ώστε να αποτυπωθούν και οι βαθύτερες πτυχές της επιχειρηματικότητας. Επιπλέον, το περιβάλλον της υπαίθρου με τις ιδιαιτερότητές του δημιουργεί επιχειρηματικά εμπόδια και δυσκολίες στην ανάπτυξη δραστηριοτήτων και σύμφωνα με τον Doern (2009) σε τέτοιες περιπτώσεις διερεύνησης εμποδίων ενδείκνυται οι ποιοτικές έρευνες. Η συλλογή του δείγματος έγινε με τηλεφωνικές και διαδικτυακές ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις με βάση και τη διεθνή βιβλιογραφία στις ποιοτικές έρευνες σε θέματα επιχειρηματικότητας θεωρούνται επαρκείς και αποτελεσματικές (DeJonckheere & Vaughn, 2019; Apostolopoulos et al, 2019, Steiner & Atterton, 2015; Farmer &



Kilpatrick, 2009). Πραγματοποιήθηκαν 55 ημι-δομημένες συνεντεύξεις με ιδιοκτήτες ή μετόχους ή γενικούς διευθυντές που οι επιχειρήσεις τους λειτουργούν στην ύπαιθρο της ηπειρωτικής Ελλάδας και 12 ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους υπεύθυνους κοινωνικών επιχειρήσεων της ελληνικής υπαίθρου. Η προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε σύμφωνα με τη στρατηγική της δειγματοληψίας ευκολίας (Convenience Sampling). Η στρατηγική της δειγματοληψίας ευκολίας εμπεριέχει την δειγματοληψία μη πιθανότητας, από την οποία είναι και γνωστή (Farrokhi & Mahmoudi, 2012), όπου το δείγμα λαμβάνεται από μια ομάδα ανθρώπων που είναι εύκολη η επαφή ή η προσέγγιση (Saunders et al, 2012). Σύμφωνα με τους Moser Korstjens (2018) οι πιο κατάλληλες στρατηγικές για θέματα επιχειρηματικότητας είναι η Convenience Sampling και Show-Ball ή Chain Sampling. Το πλαίσιο της συζήτησης κάλυψε ένα σύνολο δράσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας όπως τα κίνητρα εγκατάστασης στην ύπαιθρο, τα προβλήματα στην εγκατάσταση και στη λειτουργία τους, η πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία, η σύνδεσή τους με την τοπική κοινότητα, οι κοινωνικοί τους στόχοι, η συμβολή τους στην αποαστικοποίηση, η ανθεκτικότητά τους σε οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις, η συμβολή τους στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, τα δίκτυα για την υποστήριξη των δράσεων τους στην ύπαιθρο, ο παραπέρα σχεδιασμός και η προοπτική τους κ.ά. (Πίνακας 3). Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό NVivo<sup>12</sup>.

#### 1.4. Η σημασία και η δομή της έρευνας

Η παρούσα έρευνα της διδακτορικής διατριβής έρχεται να καλύψει ένα ερευνητικό κενό που υπάρχει στον τομέα των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική περιφέρεια. Μέχρι σήμερα στην Ελλάδα οι ερευνητές δεν έχουν ασχοληθεί με τις επιχειρήσεις ανθρώπινης υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο. Αντίθετα εκτός Ελλάδας έχουμε αντίστοιχες έρευνες. Η έρευνα των Steiner et al. (2019) εξέτασε τις αγροτικές κοινωνικές επιχειρήσεις, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, τους παράγοντες επιτυχίας, τους πόρους, την επιχειρηματικότητα, τον ρόλο τους ως μεσάζων, τη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου, την ανθεκτικότητά τους και τη συμβολή τους στην αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς. Η έρευνα των Sharmin et al, (2018) ασχολήθηκε με τις μακροπρόθεσμες κοινωνικές επιπτώσεις σε μια υγειονομική μονάδα εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Η έρευνα άντλησε το υλικό της από συνεντεύξεις κατοίκων τεσσάρων απομακρυσμένων χωριών στο βόρειο τμήμα του Μπαγκλαντές. Η έρευνα των Roy et al. (2014) ασχολήθηκε με το δυναμικό των κοινωνικών επιχειρήσεων για την ενίσχυση της υγείας και ευημερίας όπου εξετάστηκαν τα αποτελέσματα της συμμετοχής των κοινωνικών επιχειρήσεων στην υγειονομική περίθαλψη και το πόσο αυτές είναι ικανές να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Η έρευνα Haggerty et al (2014) διερεύνησε την υγειονομική περίθαλψη συγκρίνοντας τις αστικές και μη αστικές

---

<sup>12</sup> Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε παρουσιάζεται αναλυτικά σε ειδικό κεφάλαιο στο δεύτερο μέρος αυτής της διδακτορικής διατριβής.

περιοχές και εξέτασε τις επιπτώσεις από την προσβασιμότητα. Η έρευνα των Hall et al (2016) έθεσε το δίλημμα δημόσιες ή ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας στην Αγγλία και εξέτασε τη δημοσιότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας εστιάζοντας τι συμβαίνει όταν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας απομακρύνονται από το εθνικό σύστημα υγείας με το σκεπτικό ότι μπορούν να προσφέρουν πιο καινοτόμες, οικονομικά αποδοτικές και ευέλικτες υπηρεσίες. Η έρευνα των Wallace et al (2019) που πραγματοποιήθηκε σε υπηρεσίες υγείας της υπαίθρου διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να αξιοποιήσουν τα μέλη της κοινότητας που δρουν ως σύνδεσμοι υγείας, αναλύοντας τα χαρακτηριστικά τους, τον βαθμό στήριξης της υγείας καθώς και πώς το υγειονομικό προσωπικό της περιφέρειας εντοπίζει αυτούς τους συνδέσμους. Η έρευνα των Douthit et al (2015) εξέτασε τα εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη σε περιοχές της υπαίθρου των ΗΠΑ. Η έρευνα των Weinhold & Gurtner, (2014) εξέτασε το υγειονομικό σύστημα των αγροτικών περιοχών των αναπτυσσόμενων χωρών και διερεύνησε τους λόγους των ελλείψεων. Τα ευρήματα αποκάλυψαν πτυχές της έλλειψης υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τις αιτίες που δημιουργούν το έλλειμμα. Η έρευνα έδειξε επίσης έλλειψη παρόχων υγείας (άρα και επιχειρήσεων υγείας), κακή κατανομή, έλλειψη ποιότητας και περιορισμούς πρόσβασης καθώς και μη αποδοτική χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η έρευνα Farmer et al (2012b) ξεκίνησε με δεδομένο από προηγούμενες μελέτες ότι οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη του κοινωνικού ιστού εύθραυστων κοινοτήτων της υπαίθρου και πρότεινε ένα θεωρητικό μοντέλο που απεικονίζει τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας συμβάλλουν στην τοπική αειφορία. Τέλος η έρευνα των Nimegeer et al, (2011) εξέτασε παρόχους υγείας που σχεδίασαν υπηρεσίες υγείας σε περιοχές της υπαίθρου και απέβησαν αναποτελεσματικές λόγω αντίστασης της κοινότητας σε αλλαγές και μεταβολές. Η έρευνα εστιάστηκε στις βέλτιστες πρακτικές στην εμπλοκή των αγροτικών κοινοτήτων. Η έρευνα της παρούσας διδακτορικής διατριβής με την οποία εξετάζονται οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο θα δείξει μεταξύ των άλλων αν τα ευρήματα συγκλίνουν ή αποκλίνουν με τις αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί διεθνώς και θα αναδείξει αν υπάρχει ελληνική ιδιαιτερότητα. Ταυτόχρονα, επειδή είναι η πρώτη έρευνα που πραγματοποιείται γι' αυτό το θέμα στην ελληνική ύπαιθρο, θα αναδείξει και τις μελλοντικές ερευνητικές διαδρομές. Επίσης, τα ευρήματά της μπορούν να αξιοποιηθούν από την κυβέρνηση, την περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση αλλά κυρίως μπορούν να αξιοποιηθούν από τον επιχειρηματικό κόσμο που θέλει να επενδύσει στην ελληνική ύπαιθρο.

Στο εισαγωγικό κεφάλαιο αποτυπώνεται η οριοθέτηση της επιχειρηματικότητας του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου στη βάση της ίδρυσης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων, παρουσιάζεται το υπόβαθρο της έρευνας και αποσαφηνίζεται ο ερευνητικός σκοπός και οι στόχοι. Τεκμηριώνεται η επιλογή της ποιοτικής έρευνας έναντι όλων των άλλων και τέλος αποτυπώνεται η σημασία της έρευνας καθώς και η δομή της. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρέχεται μια βιβλιογραφική επισκόπηση για την ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας αναδεικνύοντας τα συμπεράσματα των υπαρχουσών ερευνών. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα υπάρχοντα χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξης των

επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην Ελλάδα. Επίσης, παρουσιάζονται οι ευρωπαϊκές πολιτικές και οι χρηματοδοτήσεις από τα ευρωπαϊκά διαρθρωτικά και επενδυτικά ταμεία του τομέα της υγείας στα οποία έχουν πρόσβαση και οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης 2009 και της υγειονομικής κρίσης της πανδημίας COVID-19 στην επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα εμπόδια και οι δυσκολίες στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων από τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Στο έκτο κεφάλαιο αποτυπώνεται η ερευνητική φιλοσοφία στην οποία στηρίχθηκε η έρευνα, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, ο καθορισμός του δείγματος και οι στρατηγικές, ο χρόνος και ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας, η επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων. Γίνεται τεκμηρίωση της κάθε επιλογής. Ταυτόχρονα αποτυπώνονται τα ηθικά πρωτόκολλα που ακολουθήθηκαν στη διεξαγωγή της έρευνας. Στο έβδομο κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση δεδομένων των παρακάτω ενοτήτων. Ανάλυση δεδομένων που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο καθώς και για τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν για τις επενδύσεις αυτές. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την κοινωνία και τους πολίτες. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την ανάπτυξη της περιοχής που λειτουργούν και δραστηριοποιούνται. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με το αν αναπτύσσουν ή όχι κοινωνικούς στόχους. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων ιδεών. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις. Ανάλυση δεδομένων των προβλημάτων και των εμποδίων τα οποία αντιμετωπίζει μια κοινωνική επιχείρηση τόσο κατά την ίδρυσή της όσο και στα στάδια της ανάπτυξης και της λειτουργίας της. Ανάλυση δεδομένων της συμβολής των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην τοπική ανάπτυξη καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της ελληνικής υπαίθρου. Ανάλυση δεδομένων των συνθήκες λειτουργίας και δράσης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους οικονομικής και υγειονομικής κρίσης. Στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση και στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται βιβλιογραφική επισκόπηση για την ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο. Αποτυπώνεται το εύρος της έρευνας, αναδεικνύονται τα συμπεράσματα, περιγράφονται τα ερευνητικά κενά και προσδιορίζονται οι περιγραφόμενες μελλοντικές ερευνητικές διαδρομές.

### 2.1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η έρευνα για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο (Ferreira et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2020; Kelly et al, 2019; Best & Myers, 2019; Macaulay et al, 2018, Caló et al, 2018; Hassink et al, 2016; Davidsson & Södergård, 2016; Millar et al, 2016). Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται επίσης τα τελευταία χρόνια και ερευνητικό ενδιαφέρον για τις επιχειρήσεις υγείας που είναι ενταγμένες στην κοινωνική οικονομία (Caló et al, 2018; Borzaga & Fazzi, 2014; Millar, 2012; Bertotti et al, 2011). Οι ιδιαιτερότητες της υπαίθρου σε σχέση με τα αστικά κέντρα στα θέματα υγείας και περίθαλψης κέντρισαν το ενδιαφέρον των ερευνητών αφού η περιοχή εγκατάστασης μια επιχειρηματικής δράσης είναι βασικό στοιχείο για την ανάπτυξή της και τη βιώσιμη λειτουργία της (Welter, 2011). Η επιχειρηματικότητα δεν αναπτύσσεται ομοιόμορφα σε όλες τις περιοχές (Mueller, 2006) αλλά έχει εξάρτηση από τις υπάρχουσες ανάγκες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο θα λειτουργήσει. Διαφορετικές είναι οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στις περιοχές της υπαίθρου από αυτές των αστικών και ημιαστικών κέντρων όπως διαφορές υπάρχουν και στη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων νόσων (Walter et al, 2018; Kutzora et al, 2018; Bertin et al, 2015; Kihal-Talantikite et al, 2015). Διαφορετικό είναι και το επιχειρηματικό περιβάλλον της υπαίθρου από αυτό των αστικών κέντρων που επηρεάζουν και διαφοροποιούν την εγκατάσταση και τη λειτουργία των επιχειρήσεων (Goula et al, 2018; Haggerty et al, 2014; Smith et al, 2008; Skerratt & Warren, 2003). Ταυτόχρονα το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου (Eversole et al, 2014; Farmer et al, 2012a; Blanchard et al, 2012), σε σχέση με την κοινότητα και τη διαβίωση των κατοίκων της υπαίθρου (Kelly et al, 2019; Henderson et al, 2019a; Macaulay et al, 2018; Caló et al, 2018; Lages et al, 2017; Eversole et al, 2014), σε σχέση με την εγκατάστασή τους και τη λειτουργία τους στην ύπαιθρο (Caló et al, 2019; Millar et al., 2016; Munoz et al, 2015; Borzaga & Fazzi, 2014), σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις (Apostolopoulos et al, 2019, Souliotis et al, 2018) και σε σχέση με τα χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξής τους (Neagu et al, 2018; Dziembala, 2017; Azzopardi-Muscat, 2014; Jawarska, 2014; McCarthy, 2013).

Παρά τα ερευνητικά βήματα που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια για τις επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου υπάρχουν πολλά ερευνητικά κενά που πρέπει να καλύψουν οι μελλοντικές έρευνες (Ferreira et al, 2020; Joarder et al, 2017; Alhassan & Nketiah-Amponsah, 2016; Weinhold & Gurtner, 2014). Η έρευνα Joarder et al, (2017)

έδειξε ότι οι κάτοικοι της υπαίθρου αναγνωρίζουν θετικά και αρνητικά στοιχεία στο ιατρικό δυναμικό των ιδιωτικών και δημοσίων παρόχων υγείας. Στο ιατρικό προσωπικό των ιδιωτικών παρόχων αναγνωρίζουν ότι τους αντιμετωπίζουν με φιλική διάθεση, σεβασμό, παρέχοντας τους σωστή ενημέρωση και καθοδήγηση. Στο ιατρικό προσωπικό των δημοσίων παρόχων αναγνωρίζουν εμπιστοσύνη στην διάγνωση τους και στην προτεινόμενη θεραπεία τους καθώς και οικονομική ευαισθησία. Η έρευνα αποτύπωσε και την ανάγκη για περαιτέρω εξέταση πτυχών που μέχρι σήμερα δεν έχει εστιάσει ο ερευνητικός φακός. Η έρευνα των Ferreira et al, (2020) που ερεύνησε τη δυνατότητα πρόσβασης του ηλικιωμένου πληθυσμού που κατοικεί στην ύπαιθρο διαπίστωσε ότι όσοι κάτοικοι έχουν μια οικονομική επιφάνεια ή ιδιωτική ασφάλιση επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των αναγκών τους σε υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα αποτύπωσε και την ανάγκη για περαιτέρω εξέταση πτυχών όπως το προφίλ εκείνων που δυσκολεύονται να ζητήσουν υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα των Alhassan & Nketiah-Ampronsah (2016) που εξέτασε την ποιότητα των φορέων υγείας και φροντίδας στην ύπαιθρο και στις αστικές περιοχές αποτύπωσε και την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα πτυχών όπως τα κίνητρα του προσωπικού καθώς και τα πρότυπα ποιότητας σε διαπιστευμένες εγκαταστάσεις υγείας. Τέλος, η έρευνα Weinhold & Gurtner, (2014) που εξέτασε τα προβλήματα και τις ελλείψεις στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, σε δώδεκα αναπτυγμένες χώρες του πλανήτη, αποκάλυψε ότι τα προβλήματα είναι αρκετά παρόμοια σε αυτές τις χώρες και ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα πτυχών όπως η έλλειψη κοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης των παρόχων υγείας. Περαιτέρω διερεύνηση πτυχών των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας προτείνουν και πολλές ακόμη έρευνες των τελευταίων χρόνων (Makris & Apostolopoulos, 2021; Apostolopoulos et al, 2020; Hassink et al, 2016; Davidsson & Södergård, 2016; McGrail & Humphreys, 2015).

## **2.2. Βιβλιογραφική επισκόπηση για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο**

Η βιβλιογραφική επισκόπηση για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου ταξινομήθηκε σε επτά κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία συμπεριελήφθησαν οι έρευνες που αφορούσαν τις διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο που επηρεάζουν την επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Στη δεύτερη κατηγορία συμπεριελήφθησαν οι έρευνες που αφορούσαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου. Στην τρίτη κατηγορία συμπεριελήφθησαν οι έρευνες που αφορούσαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τη διαβίωση των κατοίκων. Στην τέταρτη κατηγορία συμπεριελήφθησαν οι έρευνες που αφορούσαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την εγκατάστασή τους και τη λειτουργία τους στην ύπαιθρο. Στην πέμπτη κατηγορία συμπεριελήφθησαν οι έρευνες που αφορούσαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις. Στην έκτη κατηγορία συμπεριελήφθησαν οι έρευνες που αφορούσαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε σχέση με τα χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξής τους. Τέλος, στην έβδομη κατηγορία

συμπεριελήφθησαν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την καινοτομία.

### **2.2.1. Διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο που επηρεάζουν την επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας**

Η επιχειρηματικότητα στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο διαμορφώνεται με διαφορετικούς όρους και προϋποθέσεις απ' ό,τι στα αστικά κέντρα για δυο κυρίως λόγους χωρίς αυτοί να είναι οι μοναδικοί. Ο πρώτος έχει να κάνει με τις ιδιαιτερότητες της υπαίθρου και ιδιαίτερα των απομακρυσμένων περιοχών και το επιχειρηματικό περιβάλλον που διαμορφώνεται και ο δεύτερος έχει να κάνει με τους κατοίκους, τον τρόπο ζωής τους και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας.

Μια πρώτη σημαντική διαφοροποίηση εντοπίστηκε στην μεγάλη συγκέντρωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα αστικά κέντρα και στις αναπτυγμένες περιοχές και ελλείψεις στην ύπαιθρο και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές (Meliala et al, 2013). Η περιοχή εγκατάστασης μιας επιχείρησης είναι βασικό στοιχείο για την επιχειρηματικότητα (Welter, 2011) αφού αυτή δεν αναπτύσσεται ομοιόμορφα σε όλα τα περιβάλλοντα (Mueller, 2006). Η έρευνα των Faggio & Silva (2014) έδειξε ότι η αυτοαπασχόληση, η δημιουργία επιχειρήσεων και η καινοτομία είναι καλά ευθυγραμμισμένες στις αστικές περιοχές, αυτό, όμως, δεν ισχύει για τις αγροτικές περιοχές. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα των Stathopoulou et al, (2004) που τα ευρήματα έδειξαν ότι η τοποθεσία, οι φυσικοί πόροι και το τοπίο, το κοινωνικό κεφάλαιο, η αγροτική διακυβέρνηση, τα επιχειρηματικά και κοινωνικά δίκτυα, καθώς και οι τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών, ασκούν επίδραση στην αγροτική επιχειρηματικότητα. Ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιχειρηματίες της υπαίθρου είναι η περιορισμένη αγοραστική δύναμη των κατοίκων της υπαίθρου και ο ανταγωνισμός από ίδιες αστικές επιχειρήσεις (Saxena, 2012). Η έρευνα του Peters (2020) έδειξε ότι ο πληθυσμός της υπαίθρου που είναι ευαισθητοποιημένος σε υγειονομικές κρίσεις, όπως η κρίση του COVID-19, αισθάνεται ανασφάλεια και ανησυχία για την έλλειψη γιατρών στην ύπαιθρο, την έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τους περιορισμούς και τα εμπόδια που υπάρχουν στην τηλεϊατρική καθώς και από το μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων. Το περιβάλλον της υπαίθρου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων και διαφοροποιείται από αυτό των αστικών περιοχών (Amarasinghe et al, 2009). Οι κάτοικοι της υπαίθρου στην έρευνα των Henning-Smith (2019) ανέφεραν λιγότερη κοινωνική απομόνωση και περισσότερες κοινωνικές σχέσεις από τους κατοίκους της πόλης. Η έρευνα των Kurpas et al, (2014) που ασχολήθηκε με τις ανισότητες στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μεταξύ των χρόνιων ασθενών σε αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο διαπίστωσε ότι η διαμονή στις αστικές περιοχές επηρεάζει αρνητικά τη σωματική υγεία σε αντίθεση με την ψυχική υγεία που την επηρεάζει θετικά. Αυτή την αρνητική επιρροή στη σωματική υγεία αποδίδεται στα προβλήματα, τις δυσκολίες και ανισότητες στην πρόσβαση σε παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας καθώς και στις μειωμένες κοινωνικές παροχές στις περιοχές της υπαίθρου (Zagozdzon et al, 2011). Αυτό βέβαια

έρχεται σε αντίθεση με την καλή ψυχική υγεία που διαπίστωσε η έρευνα των Kurpas et al, (2014) αφού και για την ψυχική υγεία η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας είναι δυσκολότερη για τους κατοίκους των μη αστικών περιοχών (Bailey, 2009). Σε αντίθεση έρχεται και με την έρευνα των Cheng et al, (2020) που τα ευρήματα έδειξαν ότι οι κάτοικοι της υπαίθρου ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και είχαν χειρότερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με τους κατοίκους των αστικών περιοχών. Η έρευνα των Chen et al, (2019) που αναζήτησε υπάρχουσες διαφορές στην ενημέρωση και πληροφόρηση πολιτών για θέματα υγείας και περίθαλψης ανάμεσα στους κατοίκους των αστικών περιοχών και της υπαίθρου διαπίστωσε ότι οι κάτοικοι της υπαίθρου παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό πρόσβασης στους μηχανισμούς ενημέρωσης για την υγεία του και αυτό οφείλεται σε κοινωνικοδημογραφικές διαφορές. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα των van der Hoeven et al, (2012) που κατέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, στην κατάσταση υγείας, στις πεποιθήσεις υγείας και τη χρήση υγειονομικής περίθαλψης ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο, στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη από τις επιχειρήσεις υγείας. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην παραπάνω έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι κάτοικοι της υπαίθρου είχαν χαμηλότερο διαθέσιμο εβδομαδιαίο προϋπολογισμό για την υγειονομική τους περίθαλψη και τη μετακίνησή τους στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους κατοίκους των αστικών κέντρων. Βασικό στοιχείο διαφοροποίησης είναι η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα στο ιδιωτικό και δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η έρευνα των Haggerty et al (2014) έδειξε ότι η επιτυχής πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς παρατεταμένες προσπάθειες και σε σύντομο χρόνο δεν είναι ίδια στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές. Οι Skerratt & Warren (2003) εντόπισαν αποκλίσεις ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου στις ευρωζωνικές συνδέσεις που συντελούν αρνητικά σε τομείς όπως η υγεία και η εκπαίδευση. Αποκλίσεις στις ευρωζωνικές συνδέσεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη στις αγροτικές απομακρυσμένες περιοχές εντοπίζει και η έρευνα των Townsend et al (2013). Αποκλίσεις στα θέματα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, υγειονομικής περίθαλψης και ποιότητας ζωής των πολιτών ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο εντοπίζονται και σε άλλες έρευνες (Laksono, et al, 2019; Goula et al, 2018). Ταυτόχρονα υπάρχουν και έρευνες που δεν εντοπίζουν αποκλίσεις ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο. Η έρευνα των Smith et al (2008) που εξέτασαν τις διαφοροποιήσεις στα θέματα υγείας αστικών και αγροτικών περιοχών αναπτυγμένων χωρών για να διαπιστώσουν αν οι διαφορές είναι γενικές ή εθνικές κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι παρά τα προβλήματα των αγροτικών περιοχών αυτά δεν οδηγούν πάντα σε μειονεκτική θέση στα θέματα υγείας. Επισήμαναν ταυτόχρονα ότι η εστίαση αποκλειστικά στα προβλήματα που αφορούν την ύπαιθρο αποσπά την προσοχή από θεμελιώδεις κοινωνικές και διαρθρωτικές διαδικασίες του ευρύτερου πλαισίου και αυτό μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας που είναι σε βάρος της υπαίθρου. Στην ίδια κατεύθυνση είναι και τα ευρήματα της έρευνας των Aday et al, (2001) που έδειξαν ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σχεδόν ίδια στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές. Υπάρχουν και έρευνες που τα ευρήματά τους έδειξαν ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν εξαρτώνται μόνο από πόσο απομακρυσμένες είναι αλλά επηρεάζονται και από τη διαμόρφωση ιατρικής και προσωπικής γνώσης (Farmer et al, 2006).

Οι ανισότητες ανάμεσα στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές στα θέματα υγείας δεν περιορίζονται σε μια συγκεκριμένη χώρα (DesMeules et al, 2006, Lagacé et al, 2007, Mackenbach et al, 2008, Pong et al, 2009). Όταν όμως γίνεται κατηγοριοποίηση των αγροτικών περιοχών προκύπτουν κι εκεί διαφορετικά πρότυπα υγείας (Pong et al, 2009). Οι κάτοικοι της υπαίθρου εκφράζουν την ανησυχία τους την υγειονομική περίθαλψη των περιοχών τους αφού όλο και λιγότεροι πάροχοι υγείας αναζητούν εργασία στην ύπαιθρο (Holuby et al, 2015). Απουσία παρόχων υγείας, άρα και επιχειρήσεων υγείας, στην ύπαιθρο σε συνδυασμό με έλλειμμα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας καθώς και εμπόδια στην προσβασιμότητα εντοπίστηκαν και στην έρευνα των Weinhold & Gurtner (2014). Η συνεργασία των φορέων υγείας (δημοσίων και ιδιωτικών) των αστικών περιοχών και της υπαίθρου θεωρείται σημαντική. Αυτό έδειξε η έρευνα των Harris, et al (2011) που εξέτασε μονάδες μητρότητας σε απομακρυσμένες περιοχές της Σκωτίας. Υπάρχουν και έρευνες που δείχνουν ότι ο προσδιορισμός των παραγόντων που δημιουργούν αποκλίσεις ανάμεσα στις αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο μπορούν να μετατραπούν σε ευκαιρίες βελτίωσης (Mackenbach et al, 2008). Από την άλλη πλευρά οι απόψεις των πολιτών των αστικών περιοχών και της υπαίθρου συγκλίνουν στο ότι η ύπαιθρος πρέπει να έχει καλές υπηρεσίες υγείας έστω και αν αυτές είναι δαπανηρές (Farmer et al, 2005). Η έρευνα των Gerhardt et al, (2018) που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία έδειξε ότι το νοσοκομειακό κόστος στις αγροτικές περιοχές ήταν μεγαλύτερο των αστικών και σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας το γεγονός αυτό οδηγεί στην ανάγκη εναλλακτικών μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας. Η εξέταση της απόδοσης νοσοκομειακών μονάδων στην ύπαιθρο και των αστικών κέντρων έδειξε ότι τα αγροτικά και τα μικρά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σημαντικούς παράγοντες που εμποδίζουν την απόδοσή της σε σύγκριση με τα αστικά και μεγαλύτερα νοσοκομεία, όπως η έλλειψη πληρωμών καθώς και η οικονομία κλίμακας λόγω του μικρότερου μεγέθους τους και του χαμηλότερου ποσοστού ασθενών (Younis, 2012).

Άλλες έρευνες σε διάφορες χώρες έδειξαν και διαφοροποιήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου σε σχέση με τις αστικές περιοχές αλλά και διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων νόσων κάτι που πρέπει να λάβει υπόψη της η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που επιθυμεί να δραστηριοποιηθεί στην ύπαιθρο.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο διάφορες έρευνες έδειξαν διαφορές μεταξύ πόλεων και χωριών της υπαίθρου στην ψυχική υγεία τις οποίες απέδωσαν στα δυσμενή αστικά περιβάλλοντα (Paykel et al, 2000), ανισότητες ως προς τη διάγνωση και θεραπεία διάφορων ασθενειών (Bergin et al, 2018) καθώς και ανισότητες στην αναζήτηση φροντίδας και στην επιδείνωση της υγείας λόγω καθυστέρησης (Haggerty et al, 2014). Οι περισσότεροι Σκωτσέζοι θεωρούν ότι υπάρχουν ανισότητες γι' αυτό και θα πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να είναι καλές στην ύπαιθρο έστω κι αν είναι πιο δαπανηρές σε σχέση με τα αστικά κέντρα και ότι οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να στηρίζονται ώστε να μην υπάρχει ανάγκη να μετακομίσουν για να καλύψουν τις ανάγκες τους σε υγειονομική περίθαλψη (Farmer et al 2005). Επίσης, εντοπίστηκε και ψηφιακό χάσμα στην ύπαιθρο (Skerratt & Warren, 2003).

Στη Γαλλία έρευνες εντόπισαν διαφορές ανάμεσα στις αστικές και στις περιοχές της υπαίθρου στα δυσμενή αποτελέσματα των γεννήσεων σε σχέση με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Bertin et al, 2015), στη συχνότητα εμφάνισης νόσων



(Kihal-Talantikite et al, 2015; De Souto Barreto et al, 2014; Lemesle et al, 1996) και στα συμπτώματα κατάθλιψης (Dufouil et al, 1995), αν και τα ευρήματα της έρευνας των Kovess-Masfety et al (2005) δείχνουν ότι είναι πιο συνετό αντί της αναζήτησης διαφορών ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές στα θέματα ψυχικής υγείας να βασιζόμαστε στους κοινωνικούς δείκτες.

Στη Γερμανία έρευνες εντόπισαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις αγροτικές και αστικές περιοχές στη συχνότητα εμφάνισης νόσων (Walter et al, 2018; Kutzora et al, 2018; Fitzenberger et al, 2010), στους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (Weinhold & Gurtner, 2018), στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης σε νέους με διαταραχές συμπεριφοράς (Gerhardt et al, 2018), στον φόρτο εργασίας των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Steinhaeuser et al, 2011) καθώς και στα χαρακτηριστικά των νοσηλευτικών μονάδων και της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών (Baernholdt & Mark, 2009).

Στην Πολωνία έρευνες έδειξαν ότι οι μονάδες υγείας της υπαίθρου βρίσκονται σε χειρότερη οικονομική κατάσταση σε σχέση με τις αντίστοιχες των αστικών κέντρων και παρέχουν λιγότερες εξειδικευμένες εξετάσεις (Bem et al, 2019; Siedlecki & Bem, 2016) και ότι μεταξύ των παραγόντων που ευθύνονται για τις διαφορές στην κατάσταση της υγείας είναι ο τόπος διαμονής (Lipowicz, 2015; Maniecka - Bryla et al, 2012). Διαπιστώθηκαν διαφορές σε αστικούς και αγροτικούς πληθυσμούς στη συχνότητα εμφάνισης μιας σειράς νόσων (Wierzba et al, 2019) και στη χρήση οδοντιατρικής περίθαλψης σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Piotrowska et al, 2018). Διαφοροποιήσεις διπιστώθηκαν, επίσης, στο κοινωνικό κεφάλαιο με την αυτοαξιολόγηση της υγείας και της υποκειμενικής ευημερίας σε ηλικιωμένους (Tobiasz-Adameczyk & Zawisza, 2017), στην ποιότητα ζωής και στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία μεταξύ των ασθενών με χρόνια πάθηση (Kurpas et al, 2014) καθώς και στις διατροφικές συμπεριφορές των εγκύων γυναικών (Wojtyła et al, 2011).

Στην Ιταλία έρευνες έδειξαν ότι η αστικοποίηση δημιουργεί σημαντικές προκλήσεις στην ψυχική υγεία (Okkels et al, 2018) όπως και ότι η έκθεση σε αναπνευστικές επιδράσεις διαφέρουν από αγροτική σε αστική περιοχή (Simoni et al, 2004).

Στην Ισπανία η έρευνα των Sarria-Santamera et al, (2014), που εξέτασε τη χρήση έκτακτης ανάγκης σε αγροτικές και αστικές περιοχές, διαπίστωσε ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα στις αστικές περιοχές διαπιστώθηκε υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας σε αντίθεση με τις αγροτικές περιοχές που διαπιστώθηκε υποχρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας.

Στη Φινλανδία αντίθετα η έρευνα των Lankila et al, (2016) έδειξε ότι στις αγροτικές περιοχές δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση με την απόσταση και τις επισκέψεις σε κέντρα υγείας. Διαπίστωσε όμως απόκλιση σε άλλες περιοχές που έφτανε ως και 1,5 φορά υψηλότερη όταν το άτομο κατοικούσε σε απόσταση πάνω από 10 Km από τη μονάδα υγείας σε σχέση με άτομο που ζούσε σε απόσταση έως 2 Km.

Στην Ελλάδα οι λίγες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν κι εδώ μεγάλες ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων υγείας της υπαίθρου σε σχέση με τα αστικά κέντρα. Η έρευνα των Simou et al, (2015) αποτύπωσε ανισότητες στο ιατρικό προσωπικό ανάμεσα στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο σε βάρος των κατοίκων της υπαίθρου. Στο ίδιο συμπέρασμα

είχαν καταλήξει παλαιότερα και οι έρευνες των Douka (2002) και Lionis & Merkuris (2001).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία έδειξαν ότι και εκεί η κατάσταση της υγείας των κατοίκων της υπαίθρου διαφοροποιείται από αυτή των αστικών κέντρων κάτι που δημιουργεί ανισότητες (Gunn et al, 2020; Dixon & Welce, 2000; Hupaloo & Herden, 1999; Burnley, 1998 Elliot-Schmidt & Strong, 1997). Στις ΗΠΑ τα ιδιωτικά συστήματα υγείας της υπαίθρου είναι διαφοροποιημένα απ' αυτά των αστικών περιοχών λόγω των λιγότερων ευκαιριών κέρδους, λόγω του κόστους νοσηλείας και λόγω της φύσης των αγορών της υπαίθρου (Lin et al, 2020; Lee et al, 2020; Shubhakaran & Khichar, 2020; Kozhimannil et al, 2019; Probst et al, 2018; Greenberg et al, 2018; Caldwell et al, 2016). Αντίθετα ήταν τα ευρήματα της έρευνας των Mayo-Bruinsma et al, (2013) αφού δεν εντόπισε διαφορές ανάμεσα σε ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες υγείας στον Καναδά. Διαφορές ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας της υπαίθρου στο Μεξικό αποτύπωσε η έρευνα των Brems et al (2006a) καθώς και η έρευνα των Brems et al (2006b) για τις περιοχές του Νέου Μεξικού και της Αλάσκας. Η έρευνα των Wang et al, (2017) έδειξε ότι η ποιότητα ζωής στην εξυπηρέτηση των ασθενών στην Κίνα είναι χειρότερη στις ιδιωτικές κλινικές και ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα συστήματα υγείας που έχουν διαμορφωθεί ανάμεσα στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο. Αντίθετα η έρευνα των Meng et al (2000) έδειξε ότι στην αγροτική Κίνα η φροντίδα που παρέχουν οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στους κατοίκους της υπαίθρου δεν είναι κατώτερη από εκείνη των δημοσίων κλινικών. Ανισότητες στη χρήση υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο και στα αστικά κέντρα της Κίνας έδειξαν και άλλες έρευνες (Li et al, 2018; Liu et al, 2016; Liu et al, 2007). Σημαντικές διαφορές στα θέματα υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας ανάμεσα στην ύπαιθρο και στα αστικά κέντρα εντοπίζονται και σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και σε χώρες της Αφρικής (Amoah et al, 2018; Yaya et al, 2017; Alhassan et al, 2017; Buor, 2004; Molyneux et al, 1999).

### **2.2.2. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου**

Οι περιοχές της υπαίθρου συγκεντρώνουν ένα μεγάλο σύνολο πλεονεκτημάτων λόγω των ανεκμετάλλετων πόρων και υπάρχουν μεγάλα περιθώρια ανάπτυξης αν λυθούν προβλήματα υποδομών όπως οδικά δίκτυα, δίκτυα νερού και ηλεκτρικού ρεύματος και εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Ajala et al, 2005). Η διαθεσιμότητα ενός αποτελεσματικού δικτύου υποδομών τονώνει τις επενδύσεις και σε άλλους τομείς (Ajala et al, 2005). Τα δίκτυα υποδομών σε σχέση με τις ανθρώπινες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι βασικά στοιχεία για ιδιωτικές επενδύσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο. Για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας η κατάλληλη τοποθεσία αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την μακροπρόθεσμη επιβίωσή και την βιώσιμη ανάπτυξή της (Wang et al, 2020).

Η σχέση της επιχειρηματικότητας του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου με την τοπική ανάπτυξη έχει κεντρίσει τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον.

Από τη μια θεωρείται η επιχειρηματικότητα βασικό στοιχείο στην τοπική ανάπτυξη (Apostolopoulos et al, 2021a; Labrianidis, 2006; Stathopoulou et al, 2004, Doeksen et al, 1998) και από την άλλη τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της υπαίθρου και ιδιαίτερα των απομακρυσμένων από τα αστικά κέντρα περιοχών βρίσκονται σε υστέρηση από πλευράς επιχειρηματικής δραστηριότητας (Vaillant & Lafunte, 2007). Γι' αυτή την υστέρηση που παρουσιάζει η επιχειρηματική δράση στην ύπαιθρο και σε χώρες αναπτυγμένες όπως οι χώρες της ΕΕ παρουσιάστηκε ερευνητικό ενδιαφέρον (Neagu et al, 2018). Η ΕΕ μέσω των διαρθρωτικών ταμείων προσπάθησε και προσπαθεί να αμβλύνει ανισότητες, να στηρίζει τη συνοχή, να αναβαθμίσει την ποιότητα ζωής των κατοίκων μειώνοντας την ανασφάλεια, να στηρίζει την επιχειρηματική δράση και την καινοτομία, να προωθήσει τα συστήματα υγείας των πολιτών και να ενισχύσει την ανάπτυξη Dziembała, 2017; Gugglberger et al, 2016). Η έρευνα των Doeksen et al, (1998) που εξέτασε τις επιπτώσεις του τομέα υγείας στην απασχόληση, στο εισόδημα, στις λιανικές πωλήσεις υγειονομικού υλικού και φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, στην είσπραξη φόρων και στην ανάπτυξη της τοπικής οικονομίας έδειξε ότι ο τομέας υγείας είναι καθοριστικός παράγοντας στην ανάπτυξη της κοινότητας. Η αγροτική βιωσιμότητα που υποστηρίζεται από καλές οικονομικές συνθήκες των μονάδων υγείας της υπαίθρου συμβάλει στην καλύτερη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες των κατοίκων της υπαίθρου (Bem et al, 2019). Η προσβασιμότητα των κατοίκων ιδιαίτερα της υπαίθρου σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται σημαντικός δείκτης ανάπτυξης (Ajala et al, 2005).

Η έλλειψη εγκαταστάσεων υγείας οδηγεί στην αναποτελεσματική παραγωγή, στη μείωση της παραγωγικότητας και στη μείωση του προσδόκιμου ζωής ιδίως στις αγροτικές περιοχές (Ajala et al, 2005). Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι οι υπηρεσίες υγείας της υπαίθρου όπως και τα αγροτικά νοσοκομεία των απομακρυσμένων περιοχών υστερούν σε πολλούς τομείς και δεν παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες κυρίως λόγω της αδυναμίας να προσλάβουν καταρτισμένο προσωπικό (Bem et al, 2019; Murphy et al, 2018, Smith, 2018; Farmer et al, 2012b; Arcury et al, 2005; Kenny & Duckett, 2004). Την υποβάθμιση των μονάδων υγείας της υπαίθρου στην Γερμανία την αποδίδει η έρευνα των Potrafke & Roesel (2019) που εξέτασε τις πλειοψηφίες των κυβερνήσεων των κρατιδίων της Γερμανίας από το 1950 έως το 2014 σε συγκεκριμένες ιδεολογίες. Οι πολιτικές που ασκούν αυτές οι ιδεολογίες όταν γίνονται πλειοψηφίες δημιουργούν υστέρηση της υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο και μεταφέρουν μονάδες υγείας και κρεβάτια που ανήκουν στην ύπαιθρο στα μεγάλα αστικά κέντρα για να ικανοποιήσουν τις πολυπληθείς αστικές εκλογικές περιφέρειες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στην ύπαιθρο και τη δημιουργία αναπτυξιακών προβλημάτων. Από την άλλη μεριά η έρευνα των Farmer & Kilpatrick (2009) που πραγματοποιήθηκε σε περιοχές υπαίθρου της Σκωτίας και της Τασμανίας έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας (γενικοί ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, διευθυντές πρωτοβάθμιας φροντίδας κ.ά.) των περιοχών της υπαίθρου ανέπτυξαν αρκετές κοινοτικές δράσεις και δικτύώσεις που ωφέλησαν και την υγεία των κατοίκων και στήριξαν την ανθεκτικότητα των κοινοτήτων. Οι επαγγελματίες υγείας της υπαίθρου σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα ήταν σε θέση να δημιουργήσουν κοινοτική δραστηριότητα λόγω της υπάρχουσας κατάστασης και των δικτύων που

διέθεταν. Επίσης, η έρευνα των Farmer et al, (2012a) έδειξε ότι οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη στήριξη του κοινωνικού ιστού των εύθραυστων κοινοτήτων της υπαίθρου καθώς και στη βιωσιμότητα της κοινότητας. Η βιώσιμη ανάπτυξη των περιοχών της υπαίθρου προϋποθέτει ένα υγιές εργατικό δυναμικό που να μπορεί να έχει πρόσβαση, με μικρό κόστος, στα τοπικά συστήματα υγείας (Woodie, 2018). Μπορεί οι πάροχοι των αγροτικών περιοχών να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης του αυξημένου κόστους σε σύγκριση με τους παρόχους των αστικών περιοχών (Lyon, F., 2016) αλλά γενικότερα η επιχειρηματικότητα έχει θετική σχέση με την τοπική και περιφερειακή οικονομική ανάπτυξη (Acs & Varga, 2004). Η έρευνα Ajala et al (2005) έδειξε ότι η πρόβλεψη για επάρκεια υγειονομικών εγκαταστάσεων στην ύπαιθρο απαιτούν επαρκείς πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με την υπάρχουσα κατάσταση, τις συνθήκες που διαμορφώνονται καθώς και με τις στρατηγικές που πρέπει να υιοθετηθούν. Η αυξημένη παραγωγικότητα και η αύξηση εσόδων στο πλαίσιο της καλύτερης παροχής υπηρεσιών συμβάλλουν στην επίτευξη υψηλότερων κοινωνικών και οικονομικών στόχων ανάπτυξης στις κοινότητες της υπαίθρου (Kirubi et al, 2009).

Βασικό κριτήριο για την επιβίωση μιας ιδιωτικής επένδυσης στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα στην ύπαιθρο είναι ο θετικός αντίκτυπος που εκπέμπουν οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Αξιολογητές της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι οι ίδιοι οι κάτοικοι της υπαίθρου. Αυτοί αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας όπως η προσβασιμότητα, η διαπροσωπική επικοινωνία, ο σεβασμός, η συνέχεια και η συνέπεια, η οικογενειακή και ατομική φροντίδα, η ευαισθησία, η ποιότητα, η ασφάλεια και το κόστος (Wang et al, 2017; Souliotis, 2016; Haggerty et al, 2007). Αν αυτά αξιολογούνται θετικά τότε η υγειονομική μονάδα ιδιωτική ή δημόσια συμβάλλει στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο, στην τοπική ανάπτυξη, στην αύξηση της παραγωγικότητας, στη μείωση της θνησιμότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Bem et al, 2019; Ajala et al, 2005). Οι άμεσες επιπτώσεις από τη λειτουργία μιας επιχείρησης και ο αντίκτυπος που έχει στην κοινότητα και στους πολίτες έχει βαρύτητα στην παραπέρα ανάπτυξή της (Fritsch & Mueller, 2004). Η διάχυση δημιουργεί το θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο τόσο σε γειτονικές περιοχές όσο και σε απομακρυσμένες και συντελεί θετικά ή αρνητικά στην τοπική ανάπτυξη (Cole, 1996). Εξάλλου η απασχόληση, η αύξηση της εδαφικής ανταγωνιστικότητας, το υγιές εργατικό δυναμικό και οι καλές οικονομικές συνθήκες των μονάδων υγείας είναι σημαντικοί παράγοντες στην τοπική ανάπτυξη (Bem et al, 2019; Woodie, 2018; Gordon, 2011; Bachtler & Yuill, 2001). Οι πόροι και ο τρόπος που αυτοί αξιοποιούνται μέσα σε μια συγκεκριμένη περιοχή είναι επίσης καθοριστικός παράγοντας στην ανάπτυξη της περιοχής (Toedtling, 2011). Ο βαθμός ανάπτυξης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται σημαντικός δείκτης ανάπτυξης μιας χώρας (Seddiky, 2020; Jana, & Harata, 2016) όπως σημαντικός παράγοντας είναι και η έμφαση στην κοινοτική δράση και στην ευαισθητοποίηση για την προώθηση της υγειονομικής περίθαλψης για τους ανθρώπους της κοινότητας στις τοπικές περιοχές (March et al, 2015). Η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2021a) που πραγματοποιήθηκε σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας έδειξε ότι οι επιχειρήσεις υγείας συντελούν στην ανάπτυξη των περιοχών που

λειτουργούν, δημιουργούν θέσεις εργασίας και συγκρατούν τον πληθυσμό στην ύπαιθρο ώστε να μη μεταναστεύουν στα αστικά κέντρα.

### **2.2.3. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τη διαβίωση των κατοίκων της υπαίθρου**

Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ιδρύονται και λειτουργούν στην ύπαιθρο προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους κατοίκους των περιοχών αυτών. Η σχέση επιχείρησης υγείας-φροντίδας-μέριμνας και κατοίκων της υπαίθρου είναι μια κομβική σχέση γι' αυτό και αρκετές έρευνες εστιάστηκαν σε αυτή τη σχέση προκειμένου να εξετάσουν πτυχές που τη διαμορφώνουν, την ισχυροποιούν, δημιουργούν εμπιστοσύνη και εκπέμπουν τον αντίστοιχο αντίκτυπο. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις είναι μια βασική πηγή υγειονομικής περίθαλψης για τους κατοίκους της υπαίθρου την οποία και εμπιστεύονται και είναι δημοφιλείς πολλάκις σε αυτούς (Tountas et al, 2011; Konde-Lule et al, 2010; Levesque et al, 2006; Bustreo et al, 2003). Η έρευνα των Novák et al (2020) έδειξε ότι για να αποκτήσουν ελκυστικότητα οι περιοχές της υπαίθρου θα πρέπει να αναβαθμιστούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες μεταξύ των οποίων και οι υγειονομικές υπηρεσίες καθώς αυτές επηρεάζουν τις αποφάσεις των κατοίκων αν θα συνεχίσουν να κατοικούν στην ύπαιθρο ή θα μετακινηθούν στα αστικά κέντρα. Βέβαια οι περιοχές της υπαίθρου δεν είναι όλες ίδιες αφού οι μικροί πάροχοι υγείας στις υπηρεσίες υπαίθρου αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα εμπόδια και προβλήματα από τους παρόχους σε μεγαλύτερες περιοχές της υπαίθρου και αυτό έχει τις επιπτώσεις στους κατοίκους (Brems et al, 2006a). Η έρευνα της Guldan (1996) έδειξε ότι η προώθηση των υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο ισχυροποιείται με τη συμμετοχή της κοινότητας και των κατοίκων για την ανατροπή των υπάρχουσών ανισοτήτων και την αύξηση του ελέγχου των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μελέτη των υπηρεσιών υγείας της υπαίθρου σε σχέση με την προσβασιμότητα, την μείωση της απόστασης ανάμεσα στον ασθενή και στους ιδιωτικούς παρόχους υγείας και τη στήριξη των ιδιωτικών μονάδων υγείας και φροντίδας εκ μέρους κρατικών φορέων που εξέτασε η έρευνα των Crim et al (2007) έδειξε ότι οι φορείς υγείας μπορούν να βελτιώσουν την υγεία των κατοίκων της υπαίθρου και να προωθήσουν την ανάπτυξη εντός της κοινότητας. Οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν στην ενίσχυση της ανάπτυξης της επιχειρηματικότητας της υπαίθρου στον χώρο της υγείας καθώς και στην συνεχή ανάπτυξη νέων υπηρεσιών (Sindakis & Kitsios, 2016). Αντίθετα η έρευνα των Nimegeer et al (2011) που ασχολήθηκε με τους παρόχους υγείας στην ύπαιθρο διαπίστωσε ότι σε κάποιες περιπτώσεις οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι αναποτελεσματικές λόγω της αντίστασης της κοινότητας σε μεταβολές και αλλαγές. Πάντως οι ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης διαπιστώνουν καλύτερη προσβασιμότητα και αποκτούν καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις (Sung et al, 2010; Wong et al, 2010) αν και υπάρχουν έρευνες όπως (Mayo-Bruinsma et al, 2013) που δεν εντόπισαν διαφορές στην παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς. Η έρευνα των Mackenbach et al (2008) που εξέτασε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες σε είκοσι δυο χώρες της Ευρώπης διαπίστωσε ότι υπάρχουν διακυμάνσεις από χώρα σε χώρα και οι όποιες ανισότητες μπορούν να βελτιωθούν αλλάζοντας

μεταξύ των άλλων και τη συμπεριφορά που σχετίζονται με την υγεία ή την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε χώρες όπως η Κίνα η χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας σε συνάρτηση με τη χαμηλή οικονομική προστασία από την ιατρική ασφάλιση στις περιοχές της υπαίθρου είναι μια ηθική πρόκληση που έχει να κάνει με τη μη δίκαιη και ισότιμη παροχή υγείας (Wang et al, 2017). Σε χώρες με χαρακτηριστικά της Κίνας οι ιδιωτικές κλινικές που βρίσκονται στα χωριά της υπαίθρου τα έσοδά τους προέρχονται απευθείας από τους ασθενείς (Meng et al, 2015) και η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της υπαίθρου και η στήριξή τους πρέπει να γίνει προτεραιότητα (Wang et al, 2017). Αντίθετα σε χώρες όπως είναι τα κράτη-μέλη της ΕΕ προκειμένου να εντοπιστούν και να επιλυθούν τα προβλήματα των κατοίκων της υπαίθρου και ιδιαίτερα των απομακρυσμένων και μειονεκτούντων περιοχών προωθούνται προγράμματα στήριξης της επιχειρηματικής δράσης (Ippoliti et al, 2018).

Η υγεία και η ποιότητα της ζωής των κατοίκων της υπαίθρου σύμφωνα με την έρευνα των Dixon & Welch, (2000) που εξέτασαν την πολυπλοκότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο σε σχέση με τις ανισότητες που βιώνουν οι κάτοικοι είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις πολιτικές υγείας που ασκούνται στην ύπαιθρο. Εξάλλου οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στην ύπαιθρο είναι ετερογενείς και αλληλένδετες με ευρύτερες υγειονομικές, κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές δομές (Bourke et al, 2012). Ο ενεργός ρόλος της κοινότητας στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο σε εξυπηρέτηση των κατοίκων δε γίνεται σε κάποιες περιπτώσεις κατανοητή από τους εμπλεκόμενους φορείς με αποτέλεσμα οι υπεύθυνοι της υγειονομικής πολιτικής και της κοινότητας να αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην προώθησή της (Kenny et al, 2013). Η έρευνα των Lages et al (2017) που πραγματοποιήθηκε στην Πορτογαλία έδειξε ότι η ενδοεπιχειρηματικότητα επηρεάζει την καθημερινότητα των πολιτών. Στον χώρο της υγείας η ενδοεπιχειρηματική δραστηριότητα αποτελεί ένα αναπτυξιακό πλεονέκτημα που στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση της υγείας των πολιτών (Miles et al 2009). Στις φτωχές χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη πραγματοποιείται από ένα περίπλοκο σύστημα που περιλαμβάνει πολλούς ανεξάρτητους επαγγελματίες υγείας, με άδεια ή χωρίς άδεια, με εταιρικές αλυσίδες μονάδων υγείας ακόμη και με πλανόδιους πωλητές φαρμάκων. Σε αυτές τις χώρες ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας και η σχέση του με τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας δε μπορεί να γίνει κατανοητός παρά μόνο μέσα σε ένα πλαίσιο μικτού συστήματος καθώς αλληλεπιδρούν ιδιώτες και δημόσιοι πάροχοι (Mackintosh et al, 2016). Η έρευνα των Walsh & O'shea (2008), που εξέτασε ένα ίδρυμα υποστήριξης ηλικιωμένων στην ύπαιθρο της Ιρλανδίας το οποίο ασχολείται και με θέματα υγείας και μέριμνας έδειξε τη σημαντικότητα του στην κοινωνική ευημερία των μελών του, στην κοινωνική συνοχή των κατοίκων καθώς και την αναγκαιότητα στήριξης της κοινωνικής επιχειρηματικότητας. Στην έρευνα των Powers et al (2020) που αξιολόγησε αγροτικές κλινικές που θεραπεύουν ασθενείς με χαμηλό εισόδημα με βάση τις εμπειρίες των παρόχων αποτυπώθηκε η θετική τους άποψη που δείχνει και την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Βασικό στοιχείο στη σχέση επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας και διαβίωση των κατοίκων της υπαίθρου είναι η πρόσβαση των κατοίκων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα των Neely & Ponshunmugam, (2019) το σύστημα της

υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο συνδέεται άρρηκτα με την πολιτική οικονομία των χωρών και τα μοντέλα πρόσβασης που σχετίζονται με αποστάσεις, φτώχεια, μεταφορές και οικογενειακά δίκτυα. Ανάμεσα στα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες υγείας της υπαίθρου σε σχέση με τους κατοίκους και το προσωπικό, σύμφωνα με την έρευνα των Farmer et al, (2012a) είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η έλλειψη προσωπικού. Η έρευνα των Mitton et al (2011) που εξέτασαν την παροχή υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο έδειξε ότι παρά τις δυσκολίες και τις προκλήσεις υπάρχουν τομείς που μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιοτική αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης των κατοίκων. Ως κύρια εμπόδια στην πρόσβαση των κατοίκων της υπαίθρου στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, έδειξε η έρευνα των Legido-Quigley et al (2019), την κακή ποιότητα των εγκαταστάσεων, την απασχολησιμότητα των γιατρών, τις αποστάσεις, τους χρόνους αναμονής και το κόστος των υπηρεσιών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η έρευνα των Jordan et al (2004) έδειξε ότι η γεωγραφική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα σε γιατρούς επηρεάζεται από την απόσταση αν και στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν υπάρχουν πάντα διαφορές στη γεωγραφική πρόσβαση, σύμφωνα με τη μελέτη, στις υπηρεσίες υγείας. Πάντως η έννοια της δίκαιης πρόσβασης είναι ένα θέμα ανοιχτό που συζητείται (Gulliford et al, 2002; Rogers et al, 1999). Μάλιστα κάποιες μελέτες ποσοτικοποίησαν ή έθεσαν κατώτερα όρια στην κακή πρόσβαση (Hyndman et al, 2000; Martin et al, 1998). Στη Γερμανία οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Baier et al, 2020). Το ίδιο συμβαίνει και με μεγάλα τμήματα του πληθυσμού της υπαίθρου των ΗΠΑ που δηλώνουν ότι συχνά στερούνται πρόσβαση σε ασφαλή, έγκαιρη, αποτελεσματική και δίκαιη υγειονομική φροντίδα κάτι που λαμβάνει μεγαλύτερη διάσταση σε ξαφνική και απροσδόκητη ασθένεια ή σε τραυματισμό (Hewitt et al, 2019).

#### **2.2.4. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την εγκατάστασή τους και τη λειτουργία τους στην ύπαιθρο**

Ένας βασικός παράγοντας για αναπτυξιακές στρατηγικές στην ύπαιθρο είναι η δημιουργία κατάλληλων προτύπων με σκοπό την ενσωμάτωση στόχων και πολιτικών (Brunori & Rossi, 2007). Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η εγκατάσταση επιχειρήσεων στην ύπαιθρο όπως είναι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επιχειρηματική συμπεριφορά όταν πρόκειται μια επιχείρηση να εγκατασταθεί στην ύπαιθρο σε σχέση με την εγκατάσταση της σε αστικές περιοχές (Keeble & Tyler, 1995). Πολύ περισσότερο όταν πρόκειται για αλυσίδα επιχειρήσεων με έδρα σε αστικό κέντρο και μονάδες στην ύπαιθρο τότε η απόσταση παίζει καθοριστικό ρόλο στη λειτουργία και στη διάρκεια ζωής των μονάδων αυτών (Kalnins & Lafontaine, 2013). Ο επιχειρηματικός κόσμος πριν αποφασίσει να επενδύσει λαμβάνει υπόψη του όλους τους παράγοντες που διαμορφώνουν τη γεωγραφική χωρικότητα γιατί οι επιχειρήσεις δεν αναπτύσσονται σε όλες τις περιοχές ομοιόμορφα αλλά διαφοροποιούνται (Goula et al, 2018; Welter, 2011; Mueller, 2006). Η ύπαιθρος έχει διαμορφώσει το δικό της επιχειρηματικό περιβάλλον με τα δικά της φυσικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά (Stathopoulou et al, 2004) που

οφείλει να λάβει υπόψη της και η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που επιθυμεί να επενδύσει στην ύπαιθρο.

Το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μονάδες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που εγκαταστάθηκαν στην ύπαιθρο είναι η έλλειψη ιατρικού προσωπικού (Kwan et al, 2017, Henderson & Tulloch, 2008). Δεν είναι τυχαίο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προχώρησε σε σύσταση πολιτικής για την ανάδειξη, στήριξη και αξιολόγηση της αγροτικής υγείας με στόχο ακόμη και την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των χωρών (Buchan et al, 2013; World Health Organisation, 2010). Για να διατηρηθεί το ιατρικό προσωπικό στην ύπαιθρο και ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές συχνά από τους παρόχους υγείας δίνονται κίνητρα, κυρίως οικονομικά, για να γίνει η εργασία στην ύπαιθρο πιο ελκυστική ώστε να αλλάξουν στάση και συμπεριφορά οι επαγγελματίες υγείας ως προς την εργασία τους στην ύπαιθρο (Joarder et al, 2018; Witter et al, 2017; Hicks & Adams 2003). Επίσης, δίνονται κίνητρα και για να παραμείνει το ιατρικό προσωπικό στην ύπαιθρο για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Willis-Shattuck et al, 2008; Iipinge et al, 2009). Αυτός είναι και ο λόγος που εφαρμόζονται συχνά στρατηγικές αντιμετώπισης της άνισης κατανομής του ιατρικού προσωπικού (Robyn, et al, 2015; Wibulpolprasert & Pengraibon, 2003). Στην Ελλάδα για παράδειγμα το κράτος προκειμένου να στελεχώσει τα αγροτικά ιατρεία χρησιμοποιεί απόφοιτους ιατρικών σχολών που υποχρεώνονται να υπηρετήσουν στην ύπαιθρο για ένα περίπου χρόνο πριν πάρουν ειδικότητα (Economou et al, 2017a). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στην Ελλάδα το ιατρικό προσωπικό στην ύπαιθρο να είναι ανεπαρκές και να στερούνται οι περιοχές αυτές αξιόπιστων υπηρεσιών υγείας (Vardiampasis et al, 2014) και οι κάτοικοι να στρέφονται στην ιδιωτικές υπηρεσίες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους (Tountas et al, 2011). Η έλλειψη προσωπικού στην ύπαιθρο είναι ένα διεθνές πρόβλημα (Seguchi et al, 2015; Isaac et al, 2014; Jamar et al, 2014). Ένα πρόβλημα που μεγεθύνεται σε χώρες με χαμηλό εισόδημα που η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της υπαίθρου έχει πολύ μεγάλη απόκλιση από τα αστικά κέντρα (Nagai et al, 2017; Tangcharoensathien, et al, 2015; Nagai et al, 2007). Έρευνες έδειξαν ότι για τους επαγγελματίες υγείας η εργασία στις περιοχές της υπαίθρου, σε δημόσιες ή ιδιωτικές δομές, είναι λιγότερο ελκυστική λόγω του υψηλότερου φόρτου εργασίας, των περιορισμών της ιδιωτικής ζωής, και των απαιτήσεων των τοπικών κοινωνιών που υπερβαίνουν τις αρμοδιότητές τους και το φαινόμενο αυτό προκαλεί ανησυχία για την ανάπτυξη μονάδων υγείας (Pohontsch et al, 2018; Phillips et al, 2016; Seguchi et al, 2015; Hann & Gravelle, 2004). Αντίθετα η έρευνα των (Steinhauser et al, 2011) εντόπισε λίγες διαφορές μεταξύ των συνθηκών εργασίας ανάμεσα στους γιατρούς που εργάζονται στην ύπαιθρο από τους γιατρούς που εργάζονται στα αστικά κέντρα. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η δουλειά των επαγγελματιών υγείας στην ύπαιθρο σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες έχει πιο ευέλικτο πρόγραμμα (Steinhäuser, et al, 2011b; Gensch, 2007) και αποκτούν πιο εύκολα καλή φήμη μεταξύ των ασθενών και έχουν και λιγότερο ανταγωνισμό (Pohontsch et al, 2018; Natanzon et al, 2010).

Από τις μονάδες υγείας της υπαίθρου είναι πιο αποτελεσματικές αυτές που δίνουν προσοχή στο τοπικό πλαίσιο από αυτές που επιβάλλονται από πάνω προς τα κάτω κι αυτό έχει μεγάλη σημασία στη ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία της μονάδας υγείας (Fitzpatrick et al, 2017). Από έρευνες έχουν προκύψει στοιχεία που δείχνουν ότι πάροχοι του τομέα υγείας που δραστηριοποιήθηκαν στην ύπαιθρο δεν είχαν τα



αναμενόμενα αποτελέσματα γιατί δεν πρόσεξαν το παράγοντα τοπική κοινότητα που δυσκολεύεται πολλάκις να δεχθεί αλλαγές ή μεταβολές (Nimegeer et al, 2011, Farmer et al, 2008). Για την αντιμετώπιση του προβλήματος οι Nimegeer et al, (2011) πρότειναν ένα σχέδιο όπου μέσα από μια διαδικασία δεσμεύσεων να εκφράζουν οι ίδιες οι κοινότητες τις προτεραιότητές τους και τα σχέδια τους. Από την άλλη πλευρά οι πολιτικές που ασκούνται για την επιχειρηματική δράση στην ύπαιθρο οφείλουν να αναγνωρίζουν με καλύτερο τρόπο το ρόλο που διαδραματίζουν οι επιχειρήσεις της υπαίθρου για τη διατήρηση της τοπικής κοινότητας (Bosworth & Turner, 2018). Η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης φροντίδας με ανταπόκριση στην ύπαιθρο απαιτεί δυο στοιχεία, το στοιχείο της κατανόησης του τοπικού πλαισίου και τη συνεργασία μαζί του (Fitzpatrick et al, 2017). Η τοποθεσία, το κοινωνικό κεφάλαιο, η αγροτική διακυβέρνηση, τα επιχειρηματικά και κοινωνικά δίκτυα μαζί με τις τεχνολογίες και επικοινωνίες επιδρούν καθοριστικά στις επιχειρηματικές δραστηριότητες της υπαίθρου δημιουργώντας ευκαιρίες ή περιορισμούς (Stathoroulou et al, 2004).

Η έρευνα των Farmer et al (2012a) έδειξε ότι οι υπηρεσίες υγείας στηρίζουν τον κοινωνικό ιστό των κοινοτήτων της υπαίθρου και συμβάλουν στην αειφορία τους. Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική για τους κατοίκους της υπαίθρου και την τοπική αειφόρο ανάπτυξη αν και πολλές φορές υποβαθμισμένη σε σχέση με τα αστικά κέντρα (Farmer et al, 2003). Η έρευνα των Phillips et al (2016) έδειξε ότι εξίσου με τους άνδρες και οι γυναίκες γιατροί μπορούν να δημιουργήσουν πετυχημένη σταδιοδρομία τις μονάδες υγείας της υπαίθρου. Χρειάζονται, όμως, την υποστήριξη των εργοδοτών τους, τη διαμόρφωση σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς κατοίκους της υπαίθρου, τη στήριξη της κοινότητας και αυτών που διαμορφώνουν πολιτικές στον χώρο της υγείας στην ύπαιθρο. Την απάντηση στο ερώτημα γιατί σε χώρες όπως η Κίνα δεν υπήρξε ανάπτυξη σε σημαντικό βαθμό των φορέων υγείας στην ύπαιθρο και γιατί είναι χαμηλή η ασφαλιστική κάλυψη των κατοίκων της υπαίθρου παρά την ταχεία οικονομική ανάπτυξη από τότε που η αγροτική παραγωγή έγινε ιδιωτική προσπάθησε να απαντήσει με έρευνα ο Liu, (2004) και διαπίστωσε ότι υπάρχει έλλειψη ζήτησης προγραμμάτων εθελοντικής χρηματοδότησης σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια κυβερνητικών πολιτικών. Τέλος, η γήρανση του πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές είναι μεγάλη κάτι που διευρύνει και τις ανάγκες για υγεία-φροντίδα-μέριμνα κι αυτό θα επηρεάσει τη λειτουργία δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγείας πιο έντονα τα επόμενα χρόνια (Seguchi et al, 2015; Yuji et al, 2012).

#### **2.2.5. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις**

Οι οικονομικές, νομισματικές και υγειονομικές κρίσεις επηρεάζουν την ομαλή λειτουργία των επιχειρήσεων και συνεπώς και των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας δημιουργώντας σοβαρές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας (Apostolopoulos et al, 2021b; Winston, 2020; Liguori & Pittz, 2020; Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Rachiotis et al, 2014). Το ίδιο συμβαίνει και με τις επιχειρήσεις που λειτουργούν σε ασταθή πολιτικά περιβάλλοντα με αδύναμες κυβερνήσεις, αδύναμους θεσμούς, κατακερματισμένες κοινωνίες, περιοχές βίαιων συγκρούσεων και εμπόλεμων καταστάσεων (Rohwerder, 2014; Brück & De Groot, 2013; Justino & Verwimp, 2013).

Η ανθρωπότητα τα τελευταία χρόνια βίωσε δυο τέτοιες κρίσεις, την οικονομική κρίση του 2008 και την υγειονομική κρίση της πανδημίας του COVID-19 που είχαν τεράστιες επιπτώσεις επάνω στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα όπως και στους ιδιωτικούς και δημοσίους παρόχους υγείας της υπαίθρου (Phillipson et al, 2020; Anthopoulou et al, 2017; Oikonomou et al, 2010; Lionis et al, 2009). Σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία που στην οικονομική κρίση του 2008 αναγκάστηκαν να μούνε σε μηχανισμούς σταθερότητας οι επιπτώσεις στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο ήταν σοβαρές αφού η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας λόγω της περικοπής των χρηματοδοτήσεων και των άλλων περιοριστικών μέτρων υποβαθμίστηκε (Apostolopoulos et al, 2019, Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Kotsiou et al, 2018; Anthopoulou, et al, 2017). Τόσο μεγάλες ήταν οι περικοπές των χρηματοδοτήσεων και των άλλων περιοριστικών μέτρων στην ελληνική ύπαιθρο που έρευνες έδειξαν ότι οι περιοχές αυτές στερήθηκαν βασικά είδη εξοπλισμού για την περίθαλψη των κατοίκων της υπαίθρου (Rachiotis et al, 2014; Oikonomou et al, 2010; Lionis et al, 2009). Παρά τις επιπτώσεις που επήλθαν στις επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου από την οικονομική κρίση του 2008 έρευνες έδειξαν ότι αυτές είχαν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στην κρίση, προσάρμοσαν την λειτουργία τους στις νέες συνθήκες και μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν πολλές δύσκολες οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις (Steiner et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016). Πάντως λίγοι είναι οι ερευνητές που έχουν εξετάσει τα κίνητρα των επιχειρηματικών αποφάσεων σε αντίξοες συνθήκες (Bullough & Renko, 2013). Από την άλλη πλευρά έρευνες έδειξαν ότι οι επιχειρηματικότητα δημιουργεί θέσεις εργασίας, συντελεί στην επίλυση προβλημάτων με κοινωνικές διαστάσεις και βοηθάει στην ανοικοδόμηση των οικονομιών μετά από κρίσεις ή βίαιες συγκρούσεις (Tobias et al, 2013; Welsh et al, 2013; Tobias & Boudreaux, 2011; Naudé, 2007).

Οι περιοχές της υπαίθρου διαθέτουν λιγότερους γιατρούς, παρουσιάζουν ελλείψεις υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υπάρχουν περιορισμοί και εμπόδια σε σύγχρονες μορφές ιατρικής όπως η τηλεϊατρική και υπάρχει και μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων (Peters, 2020) σε αυτές τις περιοχές οι διάφορες μορφές κρίσεων οδηγούν στην επικέντρωση της πολιτικής προσοχής κυρίως στη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης με περικοπές χρηματοδοτήσεων που έχουν σημαντικές προεκτάσεις (Nunes & Ferreira, 2019; Kotsiou et al, 2018; Mihalyi, 2012). Οι πολιτικές μείωσης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης μαζί με άλλα περιοριστικά μέτρα όπως η οριοθέτηση plafond στο μηνιαίο αριθμό επισκεπτών ανά γιατρό, η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών στα εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα και σε κάθε άλλη ιδιωτική δομή υγείας-αποκατάστασης-αποθεραπείας, οι περιορισμοί στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες και ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας, οι περιορισμοί των αμοιβών των γιατρών σε πολύ χαμηλά επίπεδα, η εφαρμογή συστημάτων rebate και clawback στα φαρμακεία της υπαίθρου και σε άλλες δομές υγείας, οι καθυστερήσεις πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία είχαν επιπτώσεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας της υπαίθρου όπως και επιπτώσεις σε ολόκληρα τα ιδιωτικά συστήματα χωρών όπως η Ελλάδα (Petmesidou, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Avgerinos et al, 2017; Karagiannis, 2017; Maresso et al, 2015; Niakas, 2014; Stabile et al, 2013). Στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής και νομισματικής κρίσης του 2009 οι ασθενείς περιορίστηκαν στις άκρως αναγκαίες επισκέψεις στις

ιδιωτικές μονάδες υγείας λόγω της συμπίεσης των οικογενειακών εισοδημάτων με αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας υγείας να έχει μικρότερη ζήτηση και πολλά προβλήματα ρευστότητας (Kyriopoulos, 2010; Kyriakopoulos & Tsiantou, 2010).

Οι υγειονομικές κρίσεις είτε είναι σε τοπικό επίπεδο είτε σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν επιπτώσεις πάνω στους ανθρώπους και στις επιχειρήσεις μεταξύ των οποίων και στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Μεγάλα προβλήματα από ασθένειες προερχόμενες από ζώα γνώρισαν τα τελευταία χρόνια πολλές χώρες με κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στους κατοίκους της υπαίθρου. Το ξέσπασμα του αφθώδους πυρετού, το 2001, οδήγησε στο να αποκλειστούν μεγάλες εκτάσεις της υπαίθρου του Ηνωμένου Βασιλείου με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στον τοπικό αγροτικό πληθυσμό (Phillipson et al, 2020; Bennett & Phillipson, 2004; Phillipson et al, 2004). Το ίδιο έγινε τα τελευταία χρόνια με τη νόσο των τρελών αγελάδων, τη γρίπη των χοίρων και τη γρίπη των πτηνών (Babalola & Babalola, 2013; Page et al, 2012; Lockerbie & Herring, 2009; Schlenker & Villas-Boas, 2009; Jordan & Hayward, 2009; Beach et al, 2007; Gill, 2006). Όλα, όμως, τα προαναφερόμενα υγειονομικά προβλήματα ξεκίνησαν από ζώα και πτηνά και πέρασαν και στον άνθρωπο. Επηρέασαν μικρούς πληθυσμούς με έντονες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στους κατοίκους της υπαίθρου σε ορισμένες περιοχές. Αυτές όμως οι περιπτώσεις δημιούργησαν μικρά προβλήματα στις μονάδες υγείας-φροντίδας-πρόνοιας γιατί είχαν περιορισμένη έκταση. Εκεί που το πρόβλημα για τους κατοίκους και τις επιχειρήσεις και της υπαίθρου ήταν τεράστιο ήταν με την πανδημία του COVID-19.

Η εξάπλωση της πανδημίας είχε τεράστιες επιπτώσεις στους ανθρώπους και στις επιχειρήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο αφού μεταβλήθηκε το πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον επιβαρύνοντας και τα συστήματα υγείας (Kuckertz, 2020; Gates, 2020; Winston, 2020; Liguori & Pittz, 2020). Για τον περιορισμό της διασποράς του ιού COVID-19 στην κοινότητα οι κυβερνήσεις έλαβαν αυστηρά μέτρα απαγόρευσης που έφτασαν μέχρι το κλείσιμο των επιχειρήσεων και την απαγόρευση της κυκλοφορίας (Ding et al, 2020; Atalan, 2020). Μεταξύ των άλλων διαταράχτηκε η προσφορά και η ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών (Muellbauer, 2020; del Rio-Chaona et al, 2020) όπως διαταράχθηκαν και οι υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα (Lazaridis et al, 2020; Lisi et al, 2020; Greenhalgh et al, 2020). Σε κάθε πανδημία και συνεπώς και στην πανδημία COVID-19 εκτός από αλλαγές στην οικονομία και στις δημόσιες πολιτικές (Tasnim, 2020; Elleby et al., 2020; Blay-Palmer et al., 2020; Reardon et al., 2019) επιφέρονται αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά (Di Vaio et al., 2020), στη νοοτροπία των πολιτών (Altieri & Nicholls, 2020), στη σκέψη και στον τρόπο ζωής των πολιτών (Desa & Jia, 2020). Αυτές οι αλλαγές στον τρόπο συμπεριφοράς και νοοτροπίας, στον τρόπο σκέψης και στάση ζωής σε συνδυασμό με περιοριστικές δημόσιες πολιτικές είχαν μεγάλη επίπτωση και στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Η έρευνα των Lucaci & Nastase, (2020) που εξέτασε το επιχειρηματικό περιβάλλον της υπαίθρου στην Ευρώπη την περίοδο του COVID-19 διαπίστωσε ότι η πανδημία επηρέασε αρνητικά τη ζωή των κατοίκων της υπαίθρου καθώς και την επιχειρηματική δραστηριότητα των περιοχών αυτών. Σημειώθηκε μείωση της παραγωγικότητας της εργασίας, υψηλότερο κόστος εργασίας και μεταφοράς, σημαντική απώλεια εισοδήματος για τους αγρότες και ελλείψεις τροφίμων και υγειονομικού υλικού (Mishra et al., 2021). Η έρευνα των

Melvin et al, (2020) έδειξε ότι οι κοινότητες της υπαίθρου κινδυνεύουν ιδιαίτερα λόγω ελλείψεων που παρουσιάζουν οι πάροχοι υγείας και λόγω της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης από την πανδημία COVID-19. Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Ponticciello et al, (2020) έδειξε ότι πολλά άτομα της υπαίθρου απόφευγαν την περίοδο του COVID-19 να επισκεφτούν ιδιωτικές ή δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας για εξετάσεις ή θεραπείες από φόβο που αν δεν υπήρχε η πανδημία COVID-19 θα πραγματοποιούσαν. Η έρευνα των Phillipson et al, (2020) που εξέτασε επιχειρήσεις της υπαίθρου την περίοδο της πανδημίας COVID-19 διαπίστωσε ότι οι επιχειρήσεις λόγω των επιπτώσεων της πανδημίας χρειαζόνταν μέτρα στήριξης προκειμένου να ανταποκριθούν στην αποστολή τους. Οι επιχειρήσεις της υπαίθρου μεταξύ των οποίων και οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας την περίοδο της πανδημίας COVID-19 αντιμετώπισαν προβλήματα με τον ανεφοδιασμό τους και την επικρατούσα την περίοδο εκείνη αβεβαιότητα (Apostolopoulos, 2021a, Aday & Aday, 2020; Dai et al., 2020; Béné, 2020; Phillipson et al., 2020; Lakuma et al., 2020). Προκειμένου οι φορείς υγείας της υπαίθρου να ξεπεράσουν τα προβλήματα που δημιούργησε το lockdown, σύμφωνα με έρευνες, διαπίστωσαν την επιτακτική ανάγκη της ανάπτυξης της telehealth για τους κατοίκους της υπαίθρου (Hirko et al, 2020; Nagata, 2020). Η ευαισθητοποίηση των κατοίκων της υπαίθρου απέναντι στην πανδημία COVID-19 και στην προστασία των ηλικιωμένων και των ευάλωτων ομάδων ήταν μεγάλη (Peters, 2020).

Σε χώρες με υποβαθμισμένα συστήματα υγείας έρευνες έδειξαν ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην ύπαιθρο δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς στην κάλυψη των αναγκών των κατοίκων την περίοδο της πανδημίας COVID-19 και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις δεν ακολουθούσαν ούτε τα πρωτόκολλα θεραπείας και ελέγχου διασποράς της πανδημίας (Sundararaman, & Ranjan, 2020). Τα προβλήματα αυτά αποδόθηκαν στο γεγονός ότι στις χώρες αυτές οι ιδιωτικές κλινικές της υπαίθρου υπολειπούνταν, πολλές ήταν και κλειστές, την περίοδο της πανδημίας και θέματα υγείας των κατοίκων όπως η μητρική υγειονομική περίθαλψη, οι προγεννητικές υπηρεσίες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν αντιμετωπίζονταν στο βαθμό που έπρεπε από τις ιδιωτικές κλινικές (Jungari, 2020).

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της λειτουργίας των οδοντιατρείων και των φαρμακείων της υπαίθρου την περίοδο των COVID-19 και ενδιαφέροντα στοιχεία αποτυπώθηκαν από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για τη λειτουργία τους και τα προβλήματα που αντιμετώπισαν. Η οδοντιατρική περίθαλψη που επί το πλείστον καλύπτεται από ιδιωτικές οδοντιατρικές κλινικές και ελεύθερους επαγγελματίες αντιμετώπισε προβλήματα αφού ανεστάλη η μη επείγουσα οδοντιατρική περίθαλψη (Elangovan et al, 2020; Ather et al, 2020). Η έρευνα Stangvaltaite-Mouhat et al (2020) έδειξε ότι παρά τους κινδύνους μόλυνσης με τον ιό COVID-19 από τα περιστροφικά χειρουργικά εργαλεία, τις σύριγγες αέρα-νερού, από τα αερολύματα, τα σταγονίδια και τους μικροοργανισμούς η επείγουσα στοματική υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίστηκε σχετικά καλά και τα οδοντιατρεία δε μετατράπηκαν σε τοποθεσίες διασταυρούμενης μόλυνσης. Η έρευνα των Apostolopoulos et al (2021b) έδειξε ότι οι επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου αντιμετώπισαν προβλήματα με τις προμήθειες, με τον τρόπο διάθεσης των υπηρεσιών τους καθώς και προβλήματα ρευστότητας αλλά έδειξαν ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα απέναντι στις δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν για τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας στην κοινότητα.

Οι εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης που παρείχαν φροντίδα σε ευάλωτους πληθυσμούς της υπαίθρου και όχι μόνο όπως είναι οι ηλικιωμένοι με χρόνιες ιατρικές παθήσεις αντιμετώπισαν, σύμφωνα με έρευνες, τα μεγαλύτερα προβλήματα την περίοδο του COVID-19 (Davidson & Szanton, 2020; Shah et al, 2020). Οι περιπτώσεις θανάτων σε αυτές τις ιδιωτικές, δημόσιες ή άλλης νομικής μορφής εγκαταστάσεις σε όλο τον κόσμο ήταν αυξημένες (Adalja et al, 2020; Bedford et al, 2020). Η έρευνα των Leskovic et al (2020) έδειξε ότι την περίοδο του COVID-19 σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων της υπαίθρου αυξήθηκαν τα σύνδρομα εξουθένωσης του προσωπικού καθώς και η συναισθηματική εξάντλησή του. Στις ΗΠΑ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό θανάτων, σύμφωνα με την έρευνα των Montoya et al (2020), που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19 συνδέονται με μονάδες μακροχρόνιας περίθαλψης ηλικιωμένων.

#### **2.2.6. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξής τους**

Η δυνατότητα πρόσβασης σε χρηματοδοτικές πηγές και χρηματοδοτικά εργαλεία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας ήταν και είναι βασικό στοιχείο για την ίδρυση, τη λειτουργία και την ανάπτυξή τους γι' αυτό κέντρισε και το ερευνητικό ενδιαφέρον (Makris et al, 2020; Neagu et al, 2018; Lionis & Petelos, 2016; Denjoy, & Okninski, 2014; Liargovas & Apostolopoulos, 2014; McIntyre, 2010). Πολλές κυβερνήσεις σε Ευρώπη και Αμερική, σύμφωνα με την έρευνα των Price et al (1999), συνδέουν την επέκταση των υπηρεσιών των επιχειρήσεων με την οικονομική επιτυχία και την υποστήριξη ασφαλιστικών, φαρμακευτικών και άλλων υπηρεσιών μέσω συμβάσεων προμηθειών και επενδυτικών κανόνων με χρηματοπιστωτικά ιδρύματα όπως για παράδειγμα η χρηματοδότηση επενδύσεων μέσω εταιρικής σχέσης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Η έρευνα των Makris et al (2020) που εξέτασε τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στα συστήματα υγείας έδειξε ότι αυτές οι χρηματοδοτήσεις είναι καθοριστικές για το σύνολο της υγειονομικής περίθαλψης και συνεπώς και για την περίθαλψη των κατοίκων της υπαίθρου, ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Οι χρηματοδοτήσεις αυτές, σύμφωνα με την έρευνα, λειτουργούν συμπληρωματικά στην εθνική πολιτική υγείας, φάνηκαν όμως ιδιαίτερα χρήσιμες την περίοδο της οικονομικής κρίσης που πραγματοποιήθηκαν μεγάλες περικοπές χρηματοδοτήσεων στο σύστημα υγείας από τους εθνικούς προϋπολογισμούς. Τον σημαντικό ρόλο των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων στον τομέα της υγείας των κρατών-μελών και στις επενδυτικές ευκαιρίες που δημιουργούν έδειξε και η έρευνα των Neagu et al, (2017). Αντίθετα η έρευνα των (Stegeman & Kuipers, 2013) έδειξε ότι ο τομέας υγείας από πλευράς ΕΕ περιορίζεται συχνά σε ένα περιθωριακό ρόλο στην εφαρμογή της πολιτικής συνοχής και των χρηματοδοτήσεων του στόχου αυτού. Η έρευνα της Dziembała, (2017) που εξέτασε τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στον τομέα της υγείας αποτύπωσε τις ευκαιρίες και τις προκλήσεις που δημιουργούν αυτές οι χρηματοδοτήσεις στον χώρο της υγείας στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα των Murauskiene & Karanikolos, (2017) που αποτύπωσε τις βελτιώσεις που δημιουργούν οι ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στο σύστημα της υγείας αλλά και τα αδύνατα σημεία τους. Μεγαλύτερη βαρύτητα πρέπει να δίνουν οι ευρωπαϊκές

χρηματοδοτήσεις στη στήριξη της υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων έδειξε η έρευνα του McCarthy (2013). Η έρευνα των Denjoy, & Okninski, (2014) που ασχολήθηκε με τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στις ιατρικές τεχνολογίες για τη μείωση των ανισοτήτων των διαπίστωσε τον ουσιαστικό ρόλο τους στην αντιμετώπιση των προκλήσεων στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο των κρατών-μελών. Το ίδιο διαπίστωσε και η έρευνα των Neagu et al (2017) που εξέτασε την αντιμετώπιση των ανισοτήτων μέσα από τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις αποτυπώνοντας την ευκαιρία που αυτές οι χρηματοδοτήσεις παρέχουν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στον χώρο της υγείας και της φροντίδας αν υιοθετηθεί μια μετασχηματιστική προσέγγιση και υπάρξει προσήλωση στους κοινούς στόχους ΕΕ και κρατών-μελών.

Στην Ελλάδα οι πόροι του ιδιωτικού τομέα υγείας και των αστικών κέντρων και της υπαίθρου προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τις ιδιωτικές επιχειρήσεις ασφάλισης και την ιδιωτική δαπάνη (ίδιοι πόροι των ασθενών) και οι έρευνες έδειξαν ότι τα χρόνια της οικονομικής κρίσης του 2009 και της υγειονομικής κρίσης με την πανδημία COVID-19 υπέστη σημαντικές μεταβολές και χρειαζόταν πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων μέσα από τομείς και μεταρρυθμίσεις (Apostolopoulos et al, 2021a; Bakola et al, 2018; Economou, 2015; Niakas, 2013; Kyriakopoulos & Tsiantou, 2010). Η έρευνα των Bakola et al, (2018) έδειξε ότι καθυστέρηση πληρωμών προς τους ιδιώτες προμηθευτές από πλευράς του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) οφείλεται στο γεγονός ότι δεν μπόρεσε αυτός να ελέγξει τις δαπάνες υγείας και μετέφερε ελλείμματα στο ταμείο του καθώς και στη διόγκωση της ανεργίας, τη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών και στη μειωμένη κρατική επιχορήγηση. Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Dimogerontas et al (2017) έδειξε ότι η χρηματοδότηση από μόνη της δεν είναι ικανός παράγοντας να επιλύσει και να απαντήσει στα συστήματα υγείας απαιτούνται και άλλες συνοδευτικές παρεμβάσεις όπως η χρηματοδότηση μέσω των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων. Στην Ελλάδα ο τρόπος χρηματοδότησης που εφαρμόζεται εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων προς τις υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας και των αστικών κέντρων και της υπαίθρου είναι η αναδρομική καταβολή αφού η αποζημίωση γίνεται εκ των υστέρων (Dimogerontas et al, 2017) με ιδιαίτερα περιοριστικούς όρους όπως τα συστήματα rebate και clawback και με μεγάλη καθυστέρηση που σύμφωνα με έρευνες εμποδίζουν την ομαλή πορεία των επιχειρήσεων υγείας δημιουργώντας τους και προβλήματα ρευστότητας (Petmesidou, 2019; Avgerinos et al, 2017; Karagiannis, 2017; Maresso et al, 2015; Niakas, 2014; Stabile et al, 2013). Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Dimogerontas et al (2017) έδειξε ότι για να είναι αποτελεσματικοί ο δημόσιος και ιδιωτικός φορέας υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν αξιοποιώντας τους υπάρχοντες πόρους. Η έρευνα των Mossialos & Dixon (2002) έδειξε ότι η μεγάλης κλίμακας δανεισμός δεν είναι ούτε υγιής ούτε βιώσιμη πολιτική και πλέον τα κράτη πρέπει να επικεντρώνονται στην εύρεση της κατάλληλης πολιτικής εσόδων που θα χρηματοδοτεί την υγειονομική περίθαλψη. Για τον τρόπο χρηματοδότησης εδώ και χρόνια υπήρξε ερευνητικό ενδιαφέρον (Arsenijevic et al, 2016; Mossialos et al, 2002; Wagstaff et al 1993; van Doorslaer et al, 1999; Barer et al. 1998; Schieber 1997; Schieber & Maeda, 1997).

Η ίδρυση και ο εξοπλισμός μιας επιχείρησης υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο της Ελλάδας (το ίδιο καθεστώς ισχύει και για τα αστικά κέντρα) στηρίζεται συνήθως στα ίδια κεφάλαια των μετόχων, στον τραπεζικό δανεισμό, στην χρηματοδότηση μέσω

επιχορηγήσεων όπως ο αναπτυξιακοί νόμοι, στη χρηματοδότηση μέσα από τα κοινοτικά πλαίσια στήριξης και μέσα από τις ευρωπαϊκές χορηγήσεις μικρομεσαίων επιχειρήσεων. Στην Ελλάδα έρευνες έχουν εστιαστεί και στον τρόπο και τη μορφή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας ιδιωτικού και δημοσίου τομέα στην ύπαιθρο και στα αστικά κέντρα (Makris et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2020b; Michail, 2018; Economou et al 2017b; Kanavos & Souliotis, 2017; Davaki & Mossialos, 2006; Exadaktylos, 2005; Liaropoulos, 1995). Η έρευνα των Christodoulakis & Kalyvitis (1998) που εξέτασε τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις έργων και δράσεων στην Ελλάδα αποτύπωσε τη ζωτική σημασία τους στην πορεία της σύγκλισης. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2021c). Την αποτελεσματικότητα των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων στην Ελλάδα που εξέτασε η έρευνα των Koufodontis et al, (2010) έδειξε ότι η αξιολογήσεις που βασίζονται στα στατιστικά στοιχεία δεν μπορεί να θεωρείται οριστική μέθοδος αξιολόγησης. Η έρευνα των McCarthy et al (2013) έδειξε ότι τα κράτη της Ευρώπης έχουν ανάγκη από μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα και των εθνικών και των περιφερειακών συστημάτων έρευνας ιδιαίτερα στα θέματα χρηματοδότησης προκειμένου να αξιολογηθούν τα κριτήρια και η προσαρμογή στις απαιτούμενες αλλαγές οι οποίες πρέπει να γίνονται έγκαιρα και αποτελεσματικά.

### **2.2.7. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την καινοτομία**

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια σε θέματα καινοτομίας στον τομέα υγείας κυρίως εστιασμένες στην ψηφιακή υγεία (Bayram et al, 2020; Desveaux et al, 2019; Shaw et al, 2018). Επίσης, πολλές έρευνες έχουν εστιαστεί στο θέμα της διαλειτουργικότητας των συστημάτων τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνίας στα σύγχρονα συστήματα υγείας, θέμα στενά συνδεδεμένο με την εφαρμογή καινοτόμων ιδεών (Biswas et al, 2020; Katehakis et al, 2018a; Bouamrane et al, 2015; Guedria et al, 2014). Εκεί που υπάρχει ερευνητικό κενό είναι στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων από τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου εστιασμένες στο επίπεδο εξυπηρέτησης πολιτών, στη λειτουργικότητα των δομών της επιχείρησης, στο κλινικό περιβάλλον καθώς και στα εμπόδια και τις αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια η έρευνα των Makris & Apostolopoulos (2021) είναι προαναφερόμενη στην προαναφερόμενη εστίαση. Η έρευνα αυτή έδειξε την αναγκαιότητα εφαρμογής καινοτόμων σχεδίων στις επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας της ελληνικής υπαίθρου και τη διάθεση των επιχειρηματιών του τομέα αυτού να προχωρήσουν σε καινοτόμες παρεμβάσεις. Η έρευνα επίσης έδειξε ότι πολλές πτυχές των επενδύσεων στην υγεία στις μη μητροπολιτικές περιοχές χρειάζονται παραπέρα έρευνα. Η ενθάρρυνση των επιχειρήσεων να καινοτομούν είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη και για την επιχείρηση και για τη χώρα (Makris, 2016). Αλλά και η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2022b) που πραγματοποιήθηκε στις επιχειρήσεις υγείας της ελληνικής υπαίθρου έδειξε ότι υπάρχει η βούληση από πλευράς επιχειρηματιών κάτω από προϋποθέσεις να προχωρήσουν στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων και όσοι το τόλμησαν είχαν θετικά αποτελέσματα.

Έρευνες επίσης έχουν εστιαστεί τα τελευταία χρόνια στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων από τις επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας για να αποκτήσουν ανθεκτικότητα στο περιβάλλον που δημιουργήσαν οι δημόσιες πολιτικές για τον περιορισμό της

διασποράς της πανδημίας COVID-19 στην κοινότητα. Η έρευνα του Woolliscroft, (2020) έδειξε ότι η καινοτομία είναι η απάντηση στην πανδημική κρίση του COVID-19 και ότι καινοτόμα σχέδια που ήταν διαθέσιμα για χρόνια αλλά για διάφορους λόγους δεν εφαρμόστηκαν την περίοδο της κρίσης ξαφνικά έγιναν αναγκαία για εφαρμογή. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Farrugia & Plutowski, (2020) επισημαίνοντας την ανάγκη εφαρμογής καινοτόμων απαντήσεων στην κρίση με την εκμετάλλευση της ευκαιρίας για ανάπτυξη νέων ψηφιακών λύσεων υγειονομικής περίθαλψης. Η κρίση έδειξε ότι η απάντηση των επιχειρήσεων στις δημόσιες πολιτικές περιορισμού της διασποράς της πανδημίας στην κοινότητα, που τις επηρέασε, ήταν οι καινοτόμες παρεμβάσεις με τη χρήση τεχνολογιών αιχμής (Akran et al, 2020). Στα παραπάνω συμπεράσματα συμφωνούν και αρκετές ακόμη έρευνες (Sampat& Shadlen, 2021; Bayram et al, 2020; Tan et al, 2020; Barney et al, 2020).

### **2.3. Βιβλιογραφική επισκόπηση για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο**

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ενδιαφέρον για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ύπαιθρο (Woolard & Steigner, 2020; van Twuijver et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2020; Caló et al, 2019; Best & Myers, 2019; Kelly et al, 2019; Steiner et al, 2019; Henderson et al, 2019a; Macaulay, et al, 2018; Borzaga & Fazzi, 2014; Millar, 2012; Bertotti et al, 2011). Η προσέγγιση των κοινωνικών επιχειρήσεων από τους ερευνητές γίνεται και με βάση τις σχολές σκέψης όπως αυτές διαμορφώθηκαν σε ΗΠΑ και σε Ευρώπη (van Twuijver, 2020; Bacq & Janssen, 2011; Defourny & Nyssens, 2010). Η έρευνα των Steiner et al (2019), που εξέτασε τις κοινωνικές επιχειρήσεις της υπαίθρου, τα προβλήματα και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν, τα χρηματοδοτικά εργαλεία που χρησιμοποιούν, την ανθεκτικότητά τους, τη συμβολή τους στην αντιμετώπιση κοινωνικών καταστάσεων όπως η ανεργία, η φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση, η μοναξιά και η περιθωριοποίηση, διαπίστωσε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις αναδύονται είτε ως αναγκαιότητα είτε ως ευκαιρία. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για τις κοινωνικές επιχειρήσεις επεκτάθηκε και κάλυψε διάφορες πτυχές της ίδρυσης, της λειτουργίας, της ανάπτυξης των κοινωνικών επιχειρήσεων καθώς και του αντίκτυπου στην κοινότητα και στους πολίτες. Εξάλλου από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την υγεία-φροντίδα-μέριμνα δεν προσεγγίζονται ενιαία (Caló et al, 2018). Στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας κάποιοι ερευνητές εστιάζουν την ερευνά τους στις κοινωνικές επιχειρήσεις ως αυτόνομες κοινωνικές επιχειρήσεις και κάποιοι άλλοι ως κοινωνικές οργανώσεις που βρίσκονται σε συμπλήρωση ή υποκατάσταση των δημόσιων συστημάτων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης (Caló et al, 2018; Teasdale 2012; Defourny & Nyssens, 2010; Kerlin, 2006). Κάποιοι άλλοι ερευνητές προσεγγίζουν τις κοινωνικές επιχειρήσεις με βάση τη χωρικότητα στην εγκατάσταση και λειτουργία τους ξεχωρίζοντας τις κοινωνικές επιχειρήσεις της υπαίθρου από αυτή των αστικών κέντρων (Apostolopoulos et al, 2020; Kelly et al, 2019; Caló et al, 2019; Best & Myers, 2019; Steinerowski & Woolvin, 2012; Mitton et al, 2011; Nimegeer et al, 2011; Farmer et al, 2008).



Η βιβλιογραφική επισκόπηση για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας ταξινομήθηκε σε οκτώ κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα που αναφέρονταν στις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τις δημόσιες υπηρεσίες και άλλους φορείς υγείας, φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης. Στη δεύτερη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου. Στην τρίτη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την ποιότητα ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Στην τέταρτη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την οικονομική και υγειονομική κρίση. Στην πέμπτη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την επιχειρηματική δράση και την καινοτομία. Στην έκτη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την κοινότητα. Στην έβδομη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με τη λειτουργία τους και τα χρηματοδοτικά εργαλεία. Τέλος, στην όγδοη κατηγορία εντάχθηκαν τα άρθρα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με τις ευάλωτες ομάδες.

### **2.3.1. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με τις δημόσιες υπηρεσίες και άλλους φορείς υγείας, φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης**

Το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη λειτουργία και δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου καλύπτει και διάφορες πτυχές όπως η διαφοροποίηση της λειτουργίας τους και της δράσης τους σε σχέση με τη αντίστοιχη λειτουργία και δράση των δημοσίων υπηρεσιών (Kelly et al, 2019; Caló et al, 2018; Millar et al., 2016; Munoz et al, 2015; Roy et al, 2014). Επίσης το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιαστεί και για την αποτύπωση των σχέσεων των κοινωνικών επιχειρήσεων με άλλους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας (Caló et al, 2019; Macaulay, 2016; Hall et al, 2016; Steinerowski & Woolvin, 2012) Η έρευνα των Caló et al, (2019) που εξέτασε τις σχέσεις των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας των περιοχών της υπαίθρου με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας διαπίστωσε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν μεγαλύτερη ευελιξία και προσφέρουν προγράμματα προσαρμοσμένα στις ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου κάτι που αδυνατεί να πράξει ο δημόσιος τομέας υγείας. Η έρευνα του Macaulay (2016) εξέτασε θέματα συνδιαχείρισης υπηρεσιών υγείας σε περιοχές της υπαίθρου και έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν τη δυνατότητα να σχεδιάζουν αποτελεσματικές υπηρεσίες. Η έρευνα των Hall et al (2016) εξέτασε τις επιπτώσεις που έχουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας που αποχωρούν από το δημόσιο σύστημα, συνεχίζουν όμως να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο και κατέληξε ότι χρειάζεται αναθεώρηση των αντιλήψεων για τη δημοσιότητα και την ιδιωτικότητα. Ταυτόχρονα η έρευνα προτείνει τη δημιουργία ενός νέου μοντέλου δημοσιότητας που θα λαμβάνει υπόψη της τα «υβριδικά» χαρακτηριστικά των κοινωνικών επιχειρήσεων. Η έρευνα των Kelly et al (2019) έδειξε και αυτή ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας της υπαίθρου προσφέρουν, σε σύγκριση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες του δημοσίου, πιο ευέλικτες και εναλλακτικές λύσεις. Αντίθετα ήταν τα ευρήματα της έρευνας Caló et al (2018)

που έδειξε ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να υποστηρίζουν τον ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων ως υποκατάστατο δημόσιων υπηρεσιών αλλά στοιχεία που δείχνουν ότι η συνεργατική λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων με φορείς του δημοσίου λειτουργούν σε θετική κατεύθυνση. Πάντως η έρευνα Millar et al (2016) που εξέτασε πρόγραμμα μεταφοράς υπηρεσιών του δημοσίου σε κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και περίθαλψης εντόπισε θετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα επόμενα χρόνια θα συνεχιστεί, σύμφωνα με την έρευνα των Jeurissen & Maarse (2020) η μεταφορά υπηρεσιών από το δημόσιο στο μη κερδοσκοπικό τομέα. Όμως, η έρευνα των Millar et al (2012) που εξέτασε επιχειρήσεις υγείας σε σχέση με την υγεία διαπίστωσε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι μέρος των διαδικασιών που μετακινούν τόσο την οργάνωση όσο και τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης στα πρότυπα της αγοράς.

### **2.3.2. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την ανάπτυξη της υπαίθρου**

Ερευνητικό ενδιαφέρον καταγράφεται και για το ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων στην ανάπτυξη της υπαίθρου (Morrison et al, 2017; Munoz et al, 2015; Eversole, et al, 2014; Farmer et al, 2012a; Barraket & Archer, 2010). Η έρευνα των Eversole, et al (2014) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που ιδρύονται και λειτουργούν στην ύπαιθρο ανεξάρτητα από το μέγεθός τους, τη δομή τους, την αποστολή τους και τη διάρκεια λειτουργίας τους συνδέονται με την κοινότητα και συντελούν στην ανάπτυξη της υπαίθρου. Η έρευνα των Morrison et al (2017) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στις απομακρυσμένες περιοχές δίνουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί η επιχειρηματική δραστηριότητα συμβάλλοντας στη βιωσιμότητα της κοινότητας και στην ανάπτυξη. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα της Farmer et al (2012a) επισημαίνοντας ότι οι υπηρεσίες υγείας στηρίζουν τον κοινωνικό ιστό των κοινοτήτων της υπαίθρου και συμβάλουν στην αειφορία. Εξάλλου οι άμεσες επιπτώσεις από τη λειτουργία μιας επιχείρησης έχει βαρύτητα στην ανάπτυξη. Η έρευνα των Barraket & Archer, (2010) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας βασισμένες στην κοινότητα μπορούν να προσφέρουν μια σειρά αποτελεσμάτων υγείας και ευεξίας σε όλο το κοινωνικό σύνολο όπου είναι καλά σχεδιασμένα και κατάλληλα υποστηριζόμενα ώστε να ξεπεραστούν οι περιορισμοί στον τοπικό οικονομικό προγραμματισμό ανάπτυξης όσο αναφορά την ενσωμάτωση των διαστάσεων της υγείας και των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2019) που πραγματοποιήθηκε σε μη-μητροπολιτικές περιοχές έδειξε ότι την περίοδο της οικονομικής και νομισματικής κρίσης του 2008 οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνετέλεσαν στην τοπική ανάπτυξη, ανταποκρίθηκαν καλύτερα στις συνθήκες λιτότητας και έδειξαν ανθεκτικότητα στην κρίση. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας, φροντίδας και περίθαλψης στις περιοχές της υπαίθρου σύμφωνα με την έρευνα των Munoz et al, (2015) μπορούν να υποστηριχθούν μέσω μιας προσέγγισης ανάπτυξης της κοινότητας. Οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν ως κοινωνικοί επιχειρηματίες, δημιουργούν κοινωνικά οφέλη και παροχές για την υγεία και ευθυγραμμίζονται με την ανάπτυξη της κοινότητας (Farmer & Kilpatrick, 2009). Οι κοινότητες χρησιμοποιούν πολλάκις τις κοινωνικές επιχειρήσεις για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξή τους

και υπάρχει μια διαμορφωμένη ενσωμάτωση των κοινωνικών επιχειρήσεων στην τοπική κοινωνία (Eversole, et al, 2014).

### **2.3.3. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την ποιότητα της ζωής των κατοίκων της υπαίθρου**

Ερευνητικό ενδιαφέρον υπάρχει και για το πόσο οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου συντελούν στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής των κατοίκων των περιοχών αυτών (Henderson, et al, 2019a; Henderson et al, 2019b; Caló et al, 2019; Kelly et al, 2019). Η έρευνα των Caló et al, (2019) έδειξε ότι η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο δημιουργούν ένα πλέγμα ασφάλειας για τους κατοίκους της υπαίθρου που ενδυναμώνει την αυτοπεποίθησή τους συμβάλλοντας στην ποιότητα της ζωής τους. Το ίδιο ισχυρίζεται και η έρευνα των Kelly et al (2019) επισημαίνοντας ταυτόχρονα ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις της υπαίθρου αποτελούν σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης κοινωνικών φαινομένων όπως η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά. Από την άλλη πλευρά οι κάτοικοι της υπαίθρου, που συμμετέχουν μέσω προγραμμάτων που υλοποιούν οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε θέματα υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης, αισθάνονται ασφαλείς και συνδέονται με σχέσεις εμπιστοσύνης με τις κοινωνικές επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους σε αυτές (Caló et al, 2019). Το ίδιο ισχυρίζεται και η έρευνα του Macaulay (2016) επισημαίνοντας ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στις απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου καθώς και αυτές των νησιωτικών περιοχών δημιουργούν ένα πλέγμα εμπιστοσύνης με τους κατοίκους των περιοχών αυτών και τους παρέχουν ένα δίκτυο ασφάλειας. Η έρευνα των Macaulay, et al, (2018) έδειξε ότι υπάρχει θετική επίδραση των κοινωνικών επιχειρήσεων σε διάφορες πτυχές της υγείας των κατοίκων της υπαίθρου στηρίζοντας την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η έρευνα έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υποστηρίζουν προγράμματα με θετικό αντίκτυπο στην απασχόληση, στη μείωση της οικονομικής και κοινωνικής παρακμής καθώς και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων. Η συμμετοχή των κατοίκων της υπαίθρου στη δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων που εξέτασε η έρευνα Handerson et al, (2019a) έδειξε ότι συντελούν στην αναβάθμιση της υγείας και της ευημερίας των κατοίκων της υπαίθρου. Επίσης, οι κοινωνικές επιχειρήσεις σύμφωνα με την έρευνα των Kelly et al, (2019) αυξάνουν τα συναισθήματα ευτυχίας και ικανοποίησης στη ζωή των χρηστών, βελτιώνουν τη φυσική υγεία, μειώνουν φαινόμενα όπως ο ακλοολισμός και δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης. Η έρευνα των Munoz et al, (2015) έδειξε ότι η κοινωνική επιχείρηση έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στην υγεία, στην ευεξία καθώς και στην ασφάλεια και στη θεραπεία σε όσους έρχονται σε επαφή μαζί της. Η βιβλιογραφική έρευνα των Roy et al. (2014) που εξέτασαν τα αποτελέσματα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με τις ανισότητες στον τομέα υγείας και περίθαλψης εντόπισε μελέτες που ανέφεραν περιορισμένες ενδείξεις θετικού επηρεασμού στην σωματική και ψυχική υγεία καθώς και στην ευελιξία. Η έρευνα των Farmer et al, (2012a) διαπίστωσε ότι ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι της υπαίθρου είναι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η έλλειψη προσωπικού και ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας στην αειφόρο ανάπτυξη της

κοινότητας. Μια ακόμη βιβλιογραφική έρευνα, αυτή των Mitton et al (2011) που ερεύνησε την παροχή υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο έδειξε ότι παρά τα εμπόδια υπάρχουν δυνατότητες που μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιοτική αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης των κατοίκων των περιοχών αυτών.

#### **2.3.4. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την οικονομική και υγειονομική κρίση**

Επίσης, ερευνητικό ενδιαφέρον υπήρξε και για την ανθεκτικότητα, τη λειτουργία, τη δράση και την επίτευξη των στόχων των κοινωνικών επιχειρήσεων την περίοδο της οικονομικής και νομισματικής κρίσης του 2008 και της πανδημίας COVID-19 (Kishnani, 2022; Satar & Alarifi, 2022; Eversole et al, 2014). Την περίοδο της οικονομικής και νομισματικής κρίσης του 2008 πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα θεσμοθέτησαν την κοινωνική και αλληλέγγυα οικονομία (ΚΑΛΟ) ώστε οι φορείς της, μεταξύ των οποίων και οι κοινωνικές επιχειρήσεις, να αμβλύνουν τις επιπτώσεις της κρίσης αξιοποιώντας τα ερευνητικά στοιχεία που έδειχναν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι καλύτερα ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία (Eversole et al, 2014; Farmer & Kilpatrick, 2009), παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα (Steiner et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Morrison et al, 2017), έχουν θετική επίδραση στην υγεία των πολιτών, μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα κοινωνικά προβλήματα όπως η ανεργία, η φτώχεια, ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση (Handerson et al, 2019a; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016; Mason et al, 2015; Danaldson et al, 2014; Haugh & Kitson, 2007) και έχουν την ικανότητα να «συμπαράγουν» αγαθά και υπηρεσίες υγείας μέσα από συνεργασίες (Handerson et al, 2019a; Hazenberg & Hall, 2016; Donaldson et al, 2011) ιδιαίτερα στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές (Farmer et al, 2012a). Σύμφωνα με την έρευνα των Apostolopoulos et al, (2019) σε περιόδους κρίσεων οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορεί να εξελιχθούν ως η «γρήγορη λύση» που δίνει διέξοδο στις ακραίες κοινωνικές καταστάσεις που δημιουργεί ή οξύνει η κρίση. Η υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19 που δημιούργησε τεράστιες επιπτώσεις στην ανθρωπότητα έφερε και πάλι ως αναγκαιότητα στο προσκήνιο τις κοινωνικές επιχειρήσεις προκειμένου να βοηθήσουν στην επούλωση των επιπτώσεων ιδιαίτερα στις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες. Η έρευνα των Phillipson et al, (2020) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που επηρεάστηκαν στη λειτουργία τους από την υγειονομική κρίση του COVID-19 επειδή ανακάμπτουν διαφορετικά, με βάση την εμπειρία της οικονομικής κρίσης του 2008, χρειάζεται η συνεχής παρακολούθηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών γι' αυτές και την κοινότητα. Την περίοδο της πανδημίας COVID-19 κάτοικοι της υπαίθρου αναζήτησαν για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας τη συνεργασία του εθελοντισμού και των φορέων της κοινωνικής οικονομίας (Mastronardi et al, 2020).

### **2.3.5. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την επιχειρηματική δράση και την καινοτομία**

Ο ερευνητικός φακός έχει εστιαστεί και στη μελέτη των κοινωνικών επιχειρήσεων στη βάση της επιχειρηματικής δράσης και της καινοτομίας (Best & Myers, 2019; Mason et al, 2015; Steinerowski & Woolvin, 2012). Η έρευνα των Best & Myers (2019) που εξέτασε τον ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την καινοτομία και την προώθησή της σε περιοχές της υπαίθρου όπου οι κάτοικοι διαθέτουν μικρά εισοδήματα έδειξε ότι οι όποιες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιήθηκαν στον χώρο της υγείας, της φροντίδας και της μέριμνας δεν οδήγησαν αναγκαστικά σε καινοτόμες λύσεις. Η έρευνα επισημαίνει την ανάγκη συνεχούς αξιολόγησης των καινοτόμων πρωτοβουλιών σε σχέση με την επικρατούσα κατάσταση στον χώρο της υγείας και της περίθαλψης της υπαίθρου ώστε να βοηθηθούν οι εμπλεκόμενοι φορείς στον σχεδιασμό και στη συμπαραγωγή υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Επίσης, η έρευνα επισήμανε δυο ακόμη πτυχές. Η πρώτη πτυχή αφορά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και έδειξε ότι αυτή επηρεάζεται από την ταχύτητα αφομοίωσης των καινοτόμων ιδεών. Η δεύτερη πτυχή αφορά τη μεταφορά των καινοτόμων πρακτικών από τα αστικά κέντρα στην ύπαιθρο επισημαίνοντας ότι όταν αυτές δεν συνυπολογίζονται τα πολιτιστικά, οικονομικά και κοινωνικά στοιχεία των περιοχών της υπαίθρου σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζονται αρνητικά από τους κατοίκους των περιοχών αυτών. Τη θετική σχέση της κοινωνικής καινοτομίας και της προαγωγής της ισότητας των πολιτών στην υγεία αποτύπωσε και η έρευνα των Mason et al (2015).

### **2.3.6. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με την κοινότητα**

Ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσίασε και η εξέταση του βαθμού ενσωμάτωσης των κοινωνικών επιχειρήσεων της υπαίθρου στην τοπική κοινωνία και στην κοινότητα καθώς και πώς διαμορφώνεται το πλέγμα των σχέσεών τους (Kelly et al, 2019; Caló et al, 2019; Best, & Myers, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Macaulay et al, 2018). Η έρευνα των Eversole, et al, (2014) που εξέτασε το πλέγμα των σχέσεων ανάμεσα στην τοπική κοινωνία και των κοινωνικών επιχειρήσεων συμπέρανε ότι υπάρχει βαθιά ενσωμάτωση των κοινωνικών επιχειρήσεων στην τοπική κοινωνία. Η έρευνα των Best, & Myers, (2019) διαπίστωσε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν ενσωματώσει τη λογική να πλησιάσουν όσο μπορούνε περισσότερο την κοινότητα και τους ανθρώπους της και όχι το αντίστροφο. Η έρευνα των Mounoz et al, (2015) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας, περίθαλψης και φροντίδας των περιοχών της υπαίθρου στηρίζονται αποτελεσματικά από την κοινότητα αν λαμβάνει υπόψη της τις παραδοσιακές μορφές επιχειρηματικής στήριξης. Η δυνατότητα που έχουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις στην ευελιξία τους, τις καθιστά εναλλακτικό πάροχο υγείας δημιουργώντας ισχυρούς δεσμούς με την κοινότητα (Caló et al, 2019). Η έρευνα των Morrison et al (2017) που πραγματοποιήθηκε σε απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου έδειξε ότι αυτές συμβάλουν καθοριστικά στην ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα της κοινότητας. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Apostolopoulos et al (2019) επισημαίνοντας ότι σε περιόδους κρίσεων όπως αυτή του 2008 οι κοινωνικές

επιχειρήσεις παρουσίασαν ανθεκτικότητα και απέκτησαν ισχυρούς δεσμούς με την κοινότητα. Η έρευνα των (Kelly et al, 2019) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις ενισχύουν τη διατήρηση των κοινοτήτων της υπαίθρου και αμβλύνουν προβλήματα που δημιουργεί η γεωγραφική θέση σε σχέση και με τις αποστάσεις από τα αστικά κέντρα. Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Nimegeer et al (2011) πολλές φορές δεν υπήρξαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα λόγω των αντιδράσεων από την κοινότητα που δυσκολευόταν να δεχθεί αλλαγές γι' αυτό η έρευνα πρότεινε μέσα από διαδικασίες δεσμεύσεων να εκφράζουν οι κοινότητες τις προτεραιότητες. Ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσίασε και η εξέταση του πόσο ενσωματωμένες είναι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στις αγροτικές περιοχές με την τοπική κοινωνία πόσο στηρίζουν την ανθεκτικότητα των κοινοτήτων και στο πόσο βοηθούν στην ανάπτυξη της αγροτικής κοινότητας (Eversole, et al, 2014; Farmer & Kilpatrick, 2009). Η έρευνα των Farmer & Kilpatrick (2009) έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας των περιοχών της υπαίθρου ανέπτυξαν αρκετές κοινοτικές δράσεις και δικτυώσεις που ωφέλησαν και την υγεία των κατοίκων και στήριξαν την ανθεκτικότητα των κοινοτήτων. Οι Munoz et al (2015) θεωρούν ότι η κοινότητα έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί παρόχους υγείας και η Best & Myers (2019) και οι Macaulay et al (2018) θεωρούν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που ελέγχονται από την κοινότητα δημιουργούν μέσω της γνώσης συνθήκες ευημερίας στους κατοίκους.

### **2.3.7. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με τη λειτουργία τους και τα χρηματοδοτικά εργαλεία**

Ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάστηκε για το θεσμικό περιβάλλον που σχετίζεται με την ίδρυση, τη λειτουργία και την ανάπτυξη των κοινωνικών επιχειρήσεων καθώς και την εξεύρεση χρηματοδοτικών εργαλείων (Caló et al, 2019; Best & Myers, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Kelly et al, 2019; Hall et al, 2016). Η έρευνα των Hall et al (2016) διαπίστωσε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που στηρίζονται αποκλειστικά στις συμβάσεις με δημόσιους φορείς είναι πιο ευάλωτες στις πολιτικές αλλαγές και στις κυβερνητικές αποφάσεις. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Apostolopoulos et al (2019) επισημαίνοντας ότι όσες επιχειρήσεις δεν έχουν εξάρτηση από χρηματοδοτήσεις του δημόσιου τομέα λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και ότι πολλοί κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι η κρατική χρηματοδότηση δημιουργεί πέρα από την εξάρτηση και βλάβη στη φήμη και στον κοινωνικό ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων. Αντίθετα η έρευνα των Kelly et al, (2019) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρειάζονται επιπλέον χρηματοδοτική στήριξη ώστε να διευκολυνθούν στο έργο τους και στην επίτευξη των στόχων τους, ιδιαίτερα στο έργο των εθελοντών και των μελών του προσωπικού των κοινωνικών επιχειρήσεων. Η έρευνα των Caló et al (2019) που εξέτασε τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης της υπαίθρου σε σχέση με τα κεντρικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα έδειξε ότι αυτές λειτουργούν καλύτερα από τις αντίστοιχες του δημοσίου αλλά όταν σταματάνε ή μειώνονται οι χρηματοδοτήσεις αντιμετωπίζουν προβλήματα γιατί η λειτουργία και η δράση τους είναι εξαρτημένη από τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα. Η απουσία πολιτικών κατευθύνσεων, οι ασάφειες και οι κακές υποστηρικτικές δομές είναι εμπόδια στις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και κοινωνικής μέριμνας της υπαίθρου (Farmer et al,

2008). Η έρευνα των Best & Myers (2019) έδειξε ότι οι επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν στις περιοχές της υπαίθρου είναι βασικό στοιχείο στην υλοποίηση των στόχων των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας και φροντίδας. Αυτός είναι και ο λόγος, που σύμφωνα με την έρευνα των (Mounoz et al, 2015) πριν από την ίδρυση των κοινωνικών επιχειρήσεων στην ύπαιθρο πρέπει να προηγηθεί της αναγνώρισης των ευκαιριών το στάδιο της νομιμότητας, ώστε οι κάτοικοι της υπαίθρου και η κοινότητα να είναι ενήμεροι των στόχων της κοινωνικής επιχείρησης και να έχουν πειστεί για την αναγκαιότητα δημιουργίας.

Η έρευνα των Hall et al, (2016) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις διαθέτουν ευελιξία, αξιοποιούν καλύτερα τις επιχειρηματικές ευκαιρίες, έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν εργατικό δυναμικό χωρίς γραφειοκρατίες, παρουσιάζουν όμως και μειονεκτήματα, όπως η εξάρτηση από κρατικές χρηματοδοτήσεις, αβεβαιότητα και χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης από εξωτερικά εμπλεκόμενα μέρη. Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες σύμφωνα με την έρευνα των Sharp & Monsivais (2014) στις περιοχές της υπαίθρου αντιμετωπίζουν εμπόδια που σχετίζονται με πτυχές επιχειρηματικών δεξιοτήτων και σύγκρουσης ρόλων. Η έρευνα των Kelly et al, (2019) έδειξε ότι η βιωσιμότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων τίθεται σε αμφισβήτηση λόγω του μικρού αριθμού κατοίκων της υπαίθρου, της εξάρτησής τους από τον εθελοντισμό, της μικρής και περιορισμένης εμπειρίας και γνώσης που έχουν καθώς και της δυσκολίας εξεύρεσης ικανού σε γνώση και εμπειρία εργατικού δυναμικού. Επίσης, η έρευνα έδειξε ότι πρέπει να παρθούν μέτρα πολιτικής που θα διασφαλίζουν τη βιωσιμότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων. Οι κάτοικοι της υπαίθρου είναι διατεθειμένοι να ασχοληθούν περισσότερο με τις κοινωνικές επιχειρήσεις παρά με τις εμπορικές (Williams, 2007). Η έρευνα Steinerowski & Steinerowski-Stab (2012) διαπίστωσε την ευελιξία της κοινωνικής επιχείρησης στη λειτουργία της και στο έργο της. Από την άλλη μεριά υπάρχουν εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις, όπως διαπίστωσε η έρευνα των Farmer et al, (2008), το ασαφές εννοιολογικό πλαίσιο λειτουργίας, η έλλειψη υποστήριξης από την πολιτική ηγεσία, η δυσκολία προσβασιμότητα σε πηγές χρηματοδότησης και ο φόβος αντιμετώπισης αλλαγών. Οι οργανώσεις του τρίτου τομέα οικονομίας, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι κοινωνικές επιχειρήσεις, πρέπει να έχουν επαγγελματικά χαρακτηριστικά, οι ρίζες τους να βρίσκονται στην κοινωνία των πολιτών και οι δημόσιες πολιτικές να βασίζονται σε εμπειρικά δεδομένα (Borzaga & Fazzi, 2014). Η μελέτη της ανάπτυξης μιας κοινωνικής επιχείρησης έχει δείξει ότι ο ηγέτης των κοινοτήτων της υπαίθρου πρέπει και να θέλει και να μπορεί να νομιμοποιήσει την ιδέα της δημιουργίας και λειτουργίας της κοινωνικής επιχείρησης στην ευρύτερη κοινότητα, στους χρήστες των υπηρεσιών που προσφέρει καθώς και στους υπεύθυνους του δημόσιου τομέα (Kelly et al, 2019). Σύμφωνα με την έρευνα των Farmer & Kilpatrick (2009) οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν ως κοινωνικοί επιχειρηματίες, δημιουργούν κοινωνικά οφέλη και παροχές για την υγεία και ευθυγραμμίζονται με την ανάπτυξη της κοινότητας. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις της υπαίθρου για την ανάπτυξη τους θα πρέπει να συμπεριλάβουν άτομα με δεξιότητες και ταλέντα ή να εκπαιδεύσουν άτομα για να αναπτύξουν τις δεξιότητες (Munoz et al, 2015). Τέλος, έρευνα των O'Shea & Keane (2002) έδειξε την ύπαρξη εμποδίων στις κοινοτικές οργανώσεις της υπαίθρου με βασικό χαρακτηριστικό την

απουσία ηγεσίας με τη μορφή κοινωνικών επιχειρηματιών για την αντιμετώπιση των δυσχερειών της κοινωνικής φροντίδας.

### **2.3.8. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε σχέση με τις ευάλωτες ομάδες**

Με τη σχέση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας, περίθαλψης και φροντίδας με ηλικιωμένους ανθρώπους, φροντίδα παιδιών ή ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές εστίασαν την προσοχή τους έρευνες (Caló et al, 2019; Kelly et al, 2019; Handerson, 2019a; Best & Myers, 2019; Munoz et al 2015). Η έρευνα των Steinerowski & Woolvin, (2012) που εξέτασε τη στήριξη και φροντίδα ηλικιωμένων στην ύπαιθρο μέσα από ένα ερευνητικό έργο δράσης συμπέρανε την θετική επιρροή με τα μέλη της κοινότητας στη συμπαραγωγή του έργου καθώς και τη θετική στάση των ερευνητών. Η έρευνα των Walsh & O'shea (2008) που ασχολήθηκε με τους ηλικιωμένους της υπαίθρου έδειξε την ανάγκη στήριξης της κοινωνικής επιχειρηματικότητας γιατί μέσω αυτής στηρίζεται οι κοινωνική συνοχή και η κοινωνική ευημερία. Οι κάτοικοι των περιοχών της υπαίθρου, με χαμηλό εισόδημα, έδειξε η έρευνα των Best & Myers (2019), απολαμβάνουν υπηρεσίες υγείας από κοινωνικές επιχειρήσεις οι οποίες κοινωνικές επιχειρήσεις λειτουργούν θετικά στην προώθηση της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης γι' αυτή την ευάλωτη ομάδα. Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Kelly et al (2019) έδειξε ότι λόγω των πολυδιάστατων ιδιομορφιών της αγροτικότητας αποδεικνύεται αβέβαιη η αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς από τις κοινωνικές επιχειρήσεις αν και οι κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στην ύπαιθρο αποδεδειγμένα αμβλύνουν τους παράγοντες που συντελούν στη μοναξιά και στην απομόνωση ακόμη και στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι στους άμεσους στόχους τους. Η έρευνα των Munoz et al, (2015) αποτύπωσε την ικανότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων να αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως ανισότητες, κοινωνική απομόνωση ευάλωτων ομάδων και απουσία σωματικής δραστηριότητας. Η έρευνα των Handerson et al, (2019a) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις και της υπαίθρου και των αστικών κέντρων έχουν γίνει ελκυστικές για τους ηλικιωμένους, ωφελεί την υγεία και την ευεξία τους και μειώνει την κοινωνική απομόνωση και την περιθωριοποίησή τους. Οι διαφορετικοί τύποι κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με την υγεία των κατοίκων, σύμφωνα με την έρευνα των Macaulay et al (2018), έδειξε ότι επηρεάζουν διαφορετικές διαστάσεις της υγείας των κατοίκων και μάλιστα με διαφορετικούς τρόπους. Αλλά και η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων, είτε αυτόνομα είτε σε συμπαραγωγή με άλλους φορείς της υπαίθρου, σύμφωνα με την έρευνα των Whitelaw & Hill (2013), συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους που κατοικούν στην ύπαιθρο. Η έρευνα των Caló et al, (2018) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις οδηγούν στη βελτίωση της υγείας των πολιτών με καλύτερο τρόπο και με θετικότερα αποτελέσματα αν υπάρχει αλληλεπίδραση με την κοινότητα και την οικογένεια. Τέλος, η έρευνα των Handerson et al, (2019b), που εξέτασε κοινωνικές επιχειρήσεις φροντίδας μέσω συμβάσεων με την τοπική αυτοδιοίκηση σε περιοχές της υπαίθρου, διαπίστωσε ότι στις περιοχές που δραστηριοποιούνται έχουν μεγάλη ζήτηση από μεμονωμένους ευάλωτους κατοίκους που έχουν ανάγκη φροντίδας.



## 2.4. Ερευνητικά κενά και μελλοντικές ερευνητικές διαδρομές

Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι τα θέματα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο δεν έχουν ερευνηθεί σε όλες τις πτυχές τους. Ανάγκη περαιτέρω έρευνας χρειάζεται σύμφωνα με τους Best & Myers (2019) της αξιολόγησης των καινοτόμων πρωτοβουλιών σε συνδυασμό με τις επικρατούσες πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης ώστε οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς και η κοινότητα να διευκολυνθούν στο σχεδιασμό και στη συμπαραγωγή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η έρευνα των Roy et al (2014) έδειξε ότι προκειμένου να φωτιστούν τα αποτελέσματα της συμμετοχής των κοινωνικών επιχειρήσεων στην υγειονομική περίθαλψη χρειάζεται να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα για να καταλήξουμε σε μια σαφή εικόνα. Η έρευνα των Caló et al (2019) αναγνώρισε την αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα για το πώς οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορούν να πετύχουν πιο αποτελεσματικό έργο με θετικότερα αποτελέσματα για τους κατοίκους σε σύγκριση με άλλους φορείς που παρέχουν αντίστοιχες υπηρεσίες. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι ιδιωτικές εγκαταστάσεις για την εξυπηρέτηση του στόχου της υγειονομικής φροντίδας και ιδίως της φροντίδας των παιδιών έδειξε η έρευνα των Rutebemberwa et al, (2016) και των Mills et al (2002). Την ανάγκη για περαιτέρω εξέταση διερεύνηση των σχέσεων της αυτονομίας της κοινότητας και των αλληλοεπιδράσεων μεταξύ εκείνων που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας έδειξε η έρευνα του Macaulay (2016). Η εγκατάσταση μιας επιχείρησης υγείας στην κατάλληλη τοποθεσία αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την ίδρυσή της, την ανάπτυξή της και τη μακροπρόθεσμη επιβίωσή της ωστόσο το θέμα της λήψης απόφασης για την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και χρήζει περαιτέρω έρευνας (Wang et al, 2020). Η έρευνα της Farmer et al, (2012a) έδειξε ότι η αναβάθμιση παροχής υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου μπορεί να βελτιωθεί με παραπέρα έρευνα. Για να φωτιστεί και να κατανοηθεί περισσότερο η πολυπλοκότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης στους κατοίκους της υπαίθρου χρειάζεται περαιτέρω ερευνητική διεϊσδυση τονίζουν οι Dixon & Welch, (2000). Η έρευνα των Easterday et al, (2019) που εξέτασε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που κατοικούν στην ύπαιθρο σε σχέση με την υγεία-φροντίδα-μέριμνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται περαιτέρω ερευνητική αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας μέσω ιατρικών αρχείων ή άλλων επαληθεύσιμων δεδομένων. Περαιτέρω ερευνητική εμβάθυνση χρειάζεται να πραγματοποιηθεί στις σχέσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας σε σχέση με την αντιμετώπιση των πολιτών έδειξε η έρευνα των Ozawa & Walker, (2011) παρά το γεγονός ότι αποτυπώθηκε στην ερευνά τους ότι οι ιδιώτες πάροχοι ήταν φιλικοί, προσιτοί, προσεκτικοί και επικοινωνούσαν χωρίς προβλήματα με τους πολίτες. Περαιτέρω έρευνα εντοπίζεται στην εξέταση των υποστηρικτικών δομών, των πολιτικών κατευθύνσεων καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό των κοινωνικών επιχειρήσεων σύμφωνα με την έρευνα των Farmer et al, (2008). Η έρευνα των Alhassan & Nketiah-Amponsah, (2016) που ασχολήθηκε με θέματα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης σε αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο κατέληξε ότι πρέπει να εξεταστούν σε μεγαλύτερο εύρος τα κίνητρα του προσωπικού και τα πρότυπα ποιότητας σε διαπιστευμένες και μη διαπιστευμένες εγκαταστάσεις υγείας. Η έρευνα του Ønretveit, (2003) έδειξε ότι παρόλο που ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στα δημόσια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι πολυσυζητημένος, υπάρχει μικρή έκταση έρευνες για να ενημερωθεί η συζήτηση και

σε χώρες όπως οι σκανδιναβικές η έκταση και ο τύπος συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα υγείας και φροντίδας είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητος. Σύμφωνα με τους Kelly et al (2019) εντοπίζεται ερευνητικό κενό της συμβολής των κοινωνικών επιχειρήσεων σε ζητήματα ψυχικής και σωματικής υγείας των κατοίκων της υπαίθρου σε σχέση με την κοινωνική απομόνωση, τη μοναξιά, την κατάθλιψη και τα κοινωνικά ελλείμματα. Η έρευνα των Ferreira et al, (2020) που ασχολήθηκε με τους ηλικιωμένους των περιοχών της υπαίθρου κατέληξε μεταξύ των άλλων ότι χρειάζεται παραπέρα εξέταση πτυχών των χρηστών όπως το προφίλ εκείνων που δυσκολεύονται να ζητήσουν υπηρεσίες υγείας. Αλλά και η έρευνα των Davidsson, & Södergård, (2016) που ασχολήθηκε με τους κατοίκους της υπαίθρου με αναπηρία και τη δυνατότητα πρόσβασή τους στους δημοσίου και ιδιωτικούς φορείς υγείας διαπίστωσε την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα γι' αυτούς τους πολίτες που έχουν μικρό εισόδημα ή δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό φορέα για να αποτυπωθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε σχέση με την πρόσβαση στους φορείς υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Η βιβλιογραφικά έρευνα των Weinhold & Gurtner, (2014) διαπίστωσε ότι η πολυπλοκότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους της υπαίθρου απαιτεί μια ολοκληρωμένη ερευνητική αξιολόγηση όπως η έλλειψη κοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης των παρόχων υγείας. Επίσης, η βιβλιογραφική έρευνα των Apostolopoulos et al (2020) που ασχολήθηκε με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας στην ύπαιθρο διαπίστωσε μεγάλα ερευνητικά κενά σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες που πρέπει να καλυφθούν από μελλοντικές έρευνες. Τα ερευνητικά κενά αποδόθηκαν από τους παραπάνω ερευνητές στο γεγονός ότι σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη τα συστήματα υγείας συνεχίζουν να είναι κρατική υπόθεση και οι ιδιωτικοποιήσεις έχουν βραδείς ρυθμούς οπότε υπήρξε και μικρό ερευνητικό ενδιαφέρον για τις επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου. Οι γνώσεις σχετικά με τους παρόχους υγείας του ιδιωτικού τομέα στην ύπαιθρο είναι περιορισμένες και απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη συνεργασία δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας σε περιοχές της υπαίθρου διαπίστωσε η έρευνα των Konde-Lule et al, (2010). Περαιτέρω έρευνα εντοπίζεται και από τους Hall et al (2016) στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο προσωπικό των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας καθώς και στο ευρύτερο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Η έρευνα των Tuan et al, (2005) έδειξε ότι μπορεί οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας στην ύπαιθρο να ανταγωνίζονται με επιτυχία τα δημόσια κέντρα υγείας ωστόσο χρειάζεται να ερευνηθεί περισσότερο η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στις πολυλειτουργικές επιχειρήσεις όπως διαπίστωσε η μελέτη των Hassink et al, (2016) που εξέτασε την επιχειρηματικότητα και στην υγειονομική περίθαλψη. Ερευνητικά κενά παρουσιάζονται και στην προώθηση της καινοτομίας από την ενεργοποίηση νέων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων στην ανάπτυξη νέων υπηρεσιών υγείας, προσανατολισμένων στους ασθενείς, έδειξε η έρευνα των Rehme & Svensson, (2011). Περαιτέρω εξέταση του βαθμού εμπιστοσύνης των κατοίκων της υπαίθρου στους ιδιωτικούς φορείς υγείας και τα κριτήρια με τα οποία επιλέγουν τους παρόχους υγείας, ανέδειξε η έρευνα των Ozawa & Walker, (2011). Η έρευνα των Joarder et al, (2017) που εξέτασε το ιατρικό προσωπικό δημοσίων και ιδιωτικών φορέων υγείας της υπαίθρου σε σχέση με τους κατοίκους διαπίστωσε ότι η πτυχή αυτή δεν έχει εξαντληθεί ερευνητικά. Η έρευνα των Caldò et al (2018) διαπίστωσε την ανυπαρξία στοιχείων για τον ρόλο της κοινωνικής επιχείρησης ως υποκατάστατο των δημοσίων υπηρεσιών, εξέλιξη που δείχνει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα. Ο Peters (2020) διαπίστωσε ότι η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να συνεχίσει την ανάπτυξη μιας θεωρητικής και εμπειρικής κλίμακας που να μετρά την ευαισθησία σε περιόδους πανδημίας κάτι που θα βοηθήσει στον προγραμματισμό της υγείας των κατοίκων της υπαίθρου. Η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2021a) που πραγματοποιήθηκε στις

ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας και περίθαλψης της ελληνικής υπαίθρου διαπίστωσε το ερευνητικό έλλειμμα γι' αυτές τις επιχειρήσεις και πρότεινε την περαιτέρω έρευνα για να φωτιστούν διάφορες πτυχές της επιχειρηματικότητας του τομέα υγείας στις περιοχές της υπαίθρου.

Ερευνητικό κενό υπάρχει στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων από τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου εστιασμένες στο επίπεδο εξυπηρέτησης πολιτών, στη λειτουργικότητα των δομών της επιχείρησης, στο κλινικό περιβάλλον καθώς και στα εμπόδια και στις αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων. Αντίθετα αρκετές έρευνες είναι προσανατολισμένες στην ψηφιακή υγεία (Bayram et al, 2020; Desveaux et al, 2019; Shaw et al, 2018) και στη διαλειτουργικότητα των συστημάτων τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνίας στα σύγχρονα συστήματα υγείας (Biswas et al, 2020; Katehakis et al, 2018a; Bouamrane et al, 2015; Guedria et al, 2014). Επίσης, πολλές έρευνες είναι εστιασμένες στην ανάγκη ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων για τις επιχειρήσεις υγείας σε περιόδους κρίσης (Sampat& Shadlen, 2021; Woolliscroft, 2020; Farrugia & Plutowski, 2020; Akpan et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2019).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη διαχρονική αποτύπωση των ευρωπαϊκών πολιτικών και των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων των επιχειρήσεων-υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Μπορεί την ευθύνη για τη δημόσια υγεία και την περίθαλψη των ευρωπαίων πολιτών να την έχουν τα κράτη μέλη της ΕΕ αυτό όμως δε μειώνει τις πολιτικές για την υγεία που διαμορφώνονται στα αρμόδια όργανα της ΕΕ ούτε τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζουν στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη οι χρηματοδοτήσεις των ευρωπαϊκών διαρθρωτικών και επενδυτικών ταμείων. Αντίθετα οι πολιτικές αυτές λειτουργούν ενισχυτικά. Αυτός είναι και ο λόγος που η παρούσα διδακτορική έρευνα εστιάστηκε και σε αυτές τις πτυχές.

### 3.1 Εισαγωγή

Οι πολιτικές της ΕΕ μέσω των νομοθετικών πρωτοβουλιών και προτύπων και μέσω των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων υγείας έρχονται αρωγοί στη στήριξη της δημόσιας υγείας των ευρωπαίων πολιτών καθώς και τη στήριξη των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών. Επικεντρώνονται κυρίως στην προστασία της υγείας των πολιτών, στην ισότιμη πρόσβαση στις μονάδες υγείας-φροντίδας-μέριμνας, στην αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη, στο συντονισμό αντιμετώπισης τυχόν σοβαρών απειλών για την υγεία που αφορά περισσότερα του ενός κράτους-μέλους, στην πρόσληψη και καταπολέμηση ασθενειών όπως τον εμβολιασμό, την καταπολέμηση της μικροβιακής αντοχής, δράσεις κατά του καρκίνου και την υπεύθυνη επισήμανση των τροφίμων και την στήριξη του δημοσίων, ιδιωτικών και κοινωνικών δομών υγείας (OECD/European Union, 2020; OECD/EU, 2018). Η ΕΕ αναγνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία και βαρύτητα που διαδραματίζει ο τομέας υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ανάπτυξη και στην ανταγωνιστικότητα, από την ίδρυσή της στήριξε έμπρακτα τον συγκεκριμένο τομέα με χρηματοδοτικά εργαλεία, προγράμματα, πρωτοβουλίες και δράσεις (Jawarska, 2014). Στήριξε τον συγκεκριμένο τομέα των κρατών-μελών και τον χρηματοδότησε μέσα από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ΕΔΕΤ)<sup>13</sup>. Ενεργοποίησε το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης το οποίο στήριξε και χρηματοδότησε τομείς όπως υποδομές, εξοπλισμό, έρευνες, μικρομεσαίες επιχειρήσεις, ηλεκτρονικά συστήματα υγείας κ.ά. Στον παραπάνω σχεδιασμό συμμετείχε και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο παρέχοντας χρηματοδοτήσεις για την ενεργό και υγιή γήρανση, την εξάλειψη των ανισοτήτων, την ενίσχυση της δημόσιας διοίκησης και τη στήριξη του εργατικού προσωπικού στον χώρο της υγείας (European Commission, 2019). Οι πολιτικές της ΕΕ κινήθηκαν σε αυτή την κατεύθυνση γνωρίζοντας ότι οι υπάρχουσες αποκλίσεις και ανισότητες στα

<sup>13</sup>Στα ΕΔΕΤ συμπεριλήφθηκαν το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης, το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, το Ταμείο Συνοχής. Επίσης εντάχθηκαν τα Επενδυτικά Ταμεία: Ευρωπαϊκό Γεωργικό Ταμείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Ευρωπαϊκό Ταμείο Θάλασσας και Αλιείας.

συστήματα υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ για να μειωθούν αισθητά χρειάζονται επαρκείς χρηματοδοτήσεις (European Commission, 2014c; OECD, 2011). Η σημασία των πολιτικών της ΕΕ φάνηκε καθαρά και στην περίπτωση της αποχώρησης της Μεγάλης Βρετανίας από την ΕΕ όταν μεγάλο μέρος των ανησυχιών εντοπίστηκε στην επάρκεια των φαρμάκων, στο κανονιστικό πλαίσιο των θεμάτων υγείας και περίθαλψης, στην κινητικότητα και την επάρκεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη Μεγάλη Βρετανία (Σερέτης κ.ά., 2021; Fahy et al, 2019).

Στην Ελλάδα το σύστημα της δημόσιας υγείας στηρίζεται στις χρηματοδοτήσεις του κρατικού προϋπολογισμού, του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτικών πληρωμών. Καθοριστικό, όμως, ρόλο για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη και του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας διαδραματίζουν και οι χρηματοδοτήσεις των ευρωπαϊκών διαρθρωτικών και επενδυτικών ταμείων. Αυτά λειτουργώντας είτε αυτόνομα, είτε σε συνέργεια με άλλες ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις και προγράμματα λειτουργούν συμπληρωματικά στην εθνική πολιτική υγείας. Στο πλαίσιο της πολιτικής συνοχής η Ελλάδα μέσω των χρηματοδοτικών εργαλείων που εφαρμόστηκαν σε κάθε επιχειρησιακό πρόγραμμα ανέπτυξε τη δικιά της εθνική στρατηγική υγείας. Μέσω του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) επιχείρησε την επίτευξη της καθολικής δυνατότητας πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την οικονομική προστασία των χρηστών υπηρεσιών υγείας και τη βιωσιμότητα του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας (Ministry of Health, 2016; Polyzos, 2012). Έργα και δράσεις με ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις έλαβαν χώρα και συνεχίζουν να λαμβάνουν τα οποία σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας και της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας, με την αναβάθμιση της παροχής υγειονομικής φροντίδας, με τον ψηφιακό εκσυγχρονισμό, με την περιβαλλοντική και ενεργειακή επίδοση, με το ανθρώπινο δυναμικό, με την προώθηση της ψυχικής υγείας, με την αξιοποίηση ερευνών, με την προώθηση της πληροφοριακής τεχνολογίας, με επενδύσεις σε υποδομές υγείας, με τη δημιουργία σύγχρονου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας, με την ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών υγείας κ.ά.

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2008 η ΕΕ προχώρησε και στη θωράκιση του θεσμικού πλαισίου για τα θέματα της δημόσιας υγείας και στην αύξηση της παρεμβατικότητας χάραξης πολιτικών από τα κράτη μέλη μεταξύ των οποίων ήταν και οι πολιτικές για την υγεία-φροντίδα-μέριμνα (Saad Filho, 2016; Mavroudeas, 2014). Η Ελλάδα που επλήγη περισσότερο από όλα τα κράτη-μέλη και αναγκάστηκε να μπει στους μηχανισμούς σταθερότητας και εποπτείας αναγκάστηκε να πραγματοποιήσει μεγάλες περικοπές χρηματοδοτήσεων και του τομέα υγείας. Η χρηματοδότηση για την υγεία μειώθηκε από 15,3 δις ευρώ το 2009 σε 8,1 δις ευρώ το 2014 (Μπελετσιώτη, 2021). Αντίθετα οι χρηματοδοτήσεις των ευρωπαϊκών διαρθρωτικών και επενδυτικών ταμείων που δε μειώθηκαν άμβλυναν τις επιπτώσεις της κρίσης. Πολλές έρευνες θεωρούν σημαντικές τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις (Neagu et al, 2017; Funck & Pizzati, 2003, Cappelen et al, 2003, Puigserver-Peñalver, 2004) αν και υπάρχουν και απόψεις ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας δεν κατέχει τη θέση που θα έπρεπε και συχνά περιορίζεται σε ένα περιθωριακό ρόλο στην εφαρμογή της πολιτικής συνοχής (Stegeman & Kuipers, 2013).

### 3.2 Η περίοδος 2003-2007

Το πρώτο πρόγραμμα υγείας της ΕΕ αφορούσε την περίοδο 2003-2007. Την περίοδο αυτή αναπτύχθηκαν χρηματοδοτικά εργαλεία τα οποία παρείχαν χρηματοδοτήσεις συμπληρωματικά ή και συνδυαστικά με άλλα ευρωπαϊκά ταμεία αφού για την ΕΕ η υγεία αποτελεί τον βασικό συντελεστή ανάπτυξης και απασχόλησης (European Commission, 2013). Το πρόγραμμα ενοποίησε προγράμματα υγείας που τέθηκαν σε εφαρμογή στα μέσα της δεκαετίας του 1990 σε μια νέα δομή. Οι στόχοι του προγράμματος ήταν η προώθηση της δημόσιας υγείας, η άμεση αντιμετώπιση των απειλών υγείας, η πρόληψη ασθενειών, η αντιμετώπιση ανισοτήτων στην υγεία καθώς και η ενθάρρυνση συνεργασιών ανάμεσα στα κράτη-μέλη (Official Journal of the European Union, 2003). Η ΕΕ ανακοίνωσε στην απόφαση της που επικύρωνε το συγκεκριμένο πρόγραμμα (αριθ. 1786/2002/EK) ότι : *“τα μέτρα και οι δράσεις στο πλαίσιο του προγράμματος πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και εφαρμογών πληροφορικής και, ιδίως, θα πρέπει να υπάρχει στενός συντονισμός με τα σχέδια που καταρτίζονται και εφαρμόζονται στον τομέα της δημόσιας υγείας στο πλαίσιο της ολοκληρωμένο πρόγραμμα δράσης για μια ηλεκτρονική Ευρώπη (e-Europe)”*. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα υγείας της περιόδου 2003-2007 είχε χαρακτηριστικά μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής διατομεακής υγείας (European Commission, 2002). Τέλος εξελίχθηκε ενδιάμεση και τελική αξιολόγηση του συγκεκριμένου προγράμματος οι οποίες αποτύπωσαν την επίδοση αλλά και την σημαντικότητα του προγράμματος (COWI, 2011; European Court of Auditors, 2009). Οι αξιολογήσεις αυτές αποτύπωσαν τη σημασία και την επίτευξη των στόχων του προγράμματος αλλά και τις αδυναμίες του. Το πρώτο πρόγραμμα υγείας 2003-2007 χρηματοδότησε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων τα οποία ήταν, όμως, έργα μεμονωμένα και μη αλληλένδετα, χωρίς να υπάρχει στοχευμένη προσπάθεια σε επιλεγμένους τομείς κάτι που θα δημιουργούσε προστιθέμενη αξία στις χρηματοδοτήσεις (COWI, 2011). Ο αριθμός των έργων που χρηματοδοτήθηκαν την περίοδο 2003-2007 ανήλθαν σε 363. Για να αμβλυνθεί η πολυπλοκότητα του τομέα υγείας με τα διαφορετικά προβλήματα που χρίζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και δράσεις, το πρόγραμμα ιεράρχησε τους στόχους του σε τέσσερα επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο ο στόχος έπρεπε να είναι συμβατός με τη Συνθήκη και τις γενικές πολιτικές της ΕΕ. Στο δεύτερο επίπεδο αποτυπώνονταν οι τρόποι που μπορούσε να επιτευχθεί ο στρατηγικός στόχος. Το επίπεδο αυτό ήταν συνδεδεμένο με τη δομή του προγράμματος. Στο τρίτο επίπεδο καθορίζονταν οι προτεραιότητες στους τομείς δράσεις. Τέλος, στο τέταρτο επίπεδο ήταν τα λειτουργικό επίπεδο της δομής του προγράμματος άμεσα συνδεδεμένο με τα χρηματοδοτούμενα έργα (Oortwijn et al, 2007). Το πρόγραμμα υγείας 2003-2007 μπορεί να είχε έλλειμμα στρατηγικής εστίασης λόγω των πολλαπλών φιλόδοξων στόχων του που έρχονταν σε αντίθεση με τα περιορισμένα μέσα που διέθετε ήταν όμως θετικό ως προπομπός των υπολοίπων προγραμμάτων υγείας που ακολούθησαν και σε επίπεδο τεχνογνωσίας και σε επίπεδο ιεράρχησης στόχων αλλά και σε επίπεδο έργων και δράσεων.

### 3.3. Το πρόγραμμα υγείας 2008-2013

Το πρόγραμμα αυτό σχεδιάστηκε πριν από την οικονομική κρίση του 2008 και υλοποιήθηκε μέσα στην οικονομική κρίση. Ήταν το μέσο υποστήριξης του

συντονισμού της πολιτικής για την υγεία με στόχευση την υλοποίηση της ενωσιακής στρατηγικής για την υγεία 2008-2013 «Μαζί για την Υγεία<sup>14</sup>», σύμφωνα πάντα με τις προτεραιότητες που έθετε η στρατηγική «Ευρώπη 2020<sup>15</sup>» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016). Το πρόγραμμα επεκτάθηκε και σε νέες πτυχές όπως η ηλεκτρονική υγεία και τα φάρμακα πάντα με γνώμονα ότι η υγεία είναι προϋπόθεση για την οικονομική ανάκαμψη και ότι ο τομέας αυτός μπορεί να προσελκύσει το ενδιαφέρον για καινοτόμους σχεδιασμούς και «έξυπνες» επενδύσεις.

Η Ελλάδα στην διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2009 και της αναταραχής που προκλήθηκε σε όλη την Ευρωζώνη, επιχείρησε να αξιοποιήσει τα χρηματοδοτικά εργαλεία και τις ευκαιρίες που δόθηκαν από την Ευρώπη. Στόχος ήταν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υποδομών, λειτουργίας, οργάνωσης, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών, στον ευαίσθητο και γεμάτο από χρόνιες δυσχέρειες χώρο της υγείας, διεκδικώντας και λαμβάνοντας αρκετά κονδύλια, στο βαθμό που ήταν εφικτό μέσω των ενεργών ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων και επιχειρησιακών προγραμμάτων. Ήταν εξάλλου μονόδρομος μετά τις μεγάλες περικοπές στις χρηματοδοτήσεις υγείας που επέβαλε ο μηχανισμός σταθερότητας και εποπτείας λόγω της οικονομικής και νομισματικής κρίσης. Οι περιοχές της υπαίθρου την περίοδο 2009-2011 στον τομέα υγειονομικής φροντίδας αντιμετώπιζαν επίσης πολλά προβλήματα όπως εκείνο της μεγάλης έλλειψης επαγγελματιών υγείας και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Kentikelenis et al., 2014). Τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία αδυνατούσαν να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου οι οποίοι στρέφονταν στον ιδιωτικό τομέα υγείας για την παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης (Economou et al, 2017; Mitropoulos et al, 2016; Tountas et al, 2011)

Καθώς έκλεινε το χρηματοδοτικό πρόγραμμα υγείας<sup>16</sup> για την περίοδο 2008-2013 από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ESIF) προς τα κράτη-μέλη της ΕΕ δημιουργώντας σημαντική πηγή επενδύσεων (Murauskiene & Karanikolos, 2017) και άνοιγε, με την έναρξη σχεδόν της οικονομικής κρίσης, το νέο πρόγραμμα υγείας 2008-2013, η Ελλάδα επιδίωξε να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητες της παραπάνω εξέλιξης και για περαιτέρω ανάπτυξη του χώρου της υγείας καλύπτοντας συγκεκριμένες υγειονομικές προτεραιότητες. Ενεργοποίησε και υλοποίησε, με μεταβολές βέβαια στην απορροφητικότητα ανά γεωγραφική περιοχή, έργα των προγραμμάτων χρηματοδότησης και στήριξης. Μέσα στο αυστηρό πλαίσιο των μέτρων λιτότητας, τα ΕΔΕΤ αποτέλεσαν ουσιαστικά έναν από του μοναδικούς τρόπους δημιουργίας επενδύσεων εστιασμένα στην υλοποίηση στόχων υγείας, μετασχηματισμού υπηρεσιών και καθιέρωσης οικονομικής σταθερότητας (Council of European Union, 2013; Neagu et al, 2017). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, ύψους περίπου 321,5 εκ. ευρώ, βασίστηκε στους πυλώνες που αφορούσαν την εξάλειψη των ανισοτήτων στον χώρο της υγείας, την βελτιστοποίηση της προστασίας υγείας των πολιτών και την προώθηση της γνώσης και της πληροφόρησης στα θέματα υγείας (Official Journal of the European Union, 2007). Ήταν εναρμονισμένο όπως και τα προηγούμενα προγράμματα στις θεμελιώδεις αρχές και αξίες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για τα θέματα υγείας (Luminitacioca, 2011). Υπήρξε επίσης την παραδοχή

<sup>14</sup> COM(2007) 630 τελικό της 23.10.2007

<sup>15</sup> COM(2010) 2020 τελικό της 3.3.2010

<sup>16</sup> Η χρηματοδότηση για το δεύτερο πρόγραμμα υγείας ήταν ύψους 321.500.000 ευρώ

ότι η επιτυχής πορεία της Ευρώπης θα επιτευχθεί ανάλογα του τρόπου αντιμετώπισης της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης στην Νότια Ευρώπη αλλά και άλλων περιφερειακών περιοχών πάνω στα θέματα παραγωγικότητας, ανταγωνιστικότητας, καινοτομίας, συνθηκών διαβίωσης κ.α. (Komninos et al, 2014). Την περίοδο της κρίσης με τους περιορισμούς που επιβλήθηκαν στους προϋπολογισμούς, όταν μάλιστα οι ανάγκες υγείας λόγω της κρίσης διογκώθηκαν, το πρόγραμμα αυτό που δημιούργησε συνέργειες με άλλα προγράμματα της Ένωσης όπως τα προγράμματα Έβδομο Πρόγραμμα Πλαίσιο-ΠΠ7 και «Ορίζοντας 20020» αλλά και με τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Επενδυτικά Ταμεία στάθηκε απέναντι στην κρίση και άμβλυσε τις συνέπειες της (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016).

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης έφερε και μια ακόμη μεταβολή στην πολιτική της ΕΕ για τη δημόσια υγεία. Τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής που επιβλήθηκαν σε διάφορες χώρες δημιούργησαν και μια μεγαλύτερη παρεμβατικότητα της ΕΕ στα συστήματα υγείας των κρατών-μελών (Fahy, 2012). Σταμάτησε να είναι αυτοτελής η άσκηση πολιτικής από τα κράτη-μέλη που εισήλθαν στους μηχανισμούς σταθερότητας και εποπτείας. Επιβλήθηκαν περικοπές στις χρηματοδοτήσεις, στις παροχές υπηρεσιών, στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα, στα εργασιακά και συνταξιοδοτικά δικαιώματα και απαγορεύτηκαν οι προσλήψεις. Στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της υπαίθρου, επιβλήθηκαν οι μηχανισμοί “clawback” και “rebate” και έγιναν περικοπές σε υπηρεσίες υγείας που κάλυπταν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ενώ επιβλήθηκε και συμμετοχή του ασφαλισμένου σε μια σειρά υπηρεσιών υγείας. Είναι χαρακτηριστική η παραδοχή του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το Φεβρουάριο του 2014 ότι ήταν λάθος οι παρεμβάσεις στα συστήματα υγείας που έγιναν σε διάφορες χώρες γιατί αυτό είναι αντίθετο και στο άρθρο 168 της Ευρωπαϊκής Συνθήκης (Karas & Ngoc, 2014).

### 3.4 Η περίοδος 2014-2020

Η Ε.Ε αντιμετωπίζοντας ουσιαστικά τις προκλήσεις που είχαν εμφανιστεί στο υγειονομικό χάρτη του ευρωπαϊκού χώρου όπως μεταξύ αυτών το απαιτητικό δημογραφικό πλαίσιο, ο κλονισμός της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, ο περιορισμός της διαθεσιμότητα πόρων για επενδύσεις στην υγειονομική περιθαλψη, συνέχισε την παρουσίαση χρηματοδοτικών προγραμμάτων ενίσχυσης του τομέα υγείας (European Commission, 2014c). Την περίοδο 2014-2020 η Ε.Ε. στήριξε τον τομέα υγείας μέσω θεματικών χρηματοδοτήσεων με τις υψηλότερες χρηματοδοτήσεις να λαμβάνουν η Πολωνία, η Ισπανία, Ιταλία. Τα κονδύλια αυτά αφορούσαν καθορισμένη στοχοθεσία και συγκεκριμένα προγράμματα ενίσχυσης. Συνολικά στα κράτη-μέλη εγκρίθηκαν και κατευθύνθηκαν 8 δις ευρώ. Μεγάλη έμφαση μεταξύ άλλων δόθηκε στην γήρανση και την προαγωγή της υγείας, στην καινοτομία και την ψηφιακή υγεία (Barnfield, 2019). Η Ελλάδα έλαβε 263 εκ. ευρώ από το χρηματοδοτικό πρόγραμμα με έργα όπως πρόληψη και αγωγή υγείας, διασύνδεση υγείας και κοινωνικής φροντίδας, κάτοικόν νοσηλεία κ.ά. Ολοκληρώθηκαν παραπάνω από 7.000 έργα στον τομέα υγείας ανάμεσα τους και σημαντικά προγράμματα έρευνας και ανάπτυξης (European Commission, 2019; Lionis & Petelos, 2016; Komninos et al, 2014). Επίσης ένα μεγάλο μέρος παράλληλων χρηματοδοτήσεων αυτόνομων αλλά και συνδυαζόμενων με τα



ΕΔΕΤ όπως το τρίτο μεγάλο πρόγραμμα υγείας<sup>17</sup> της ΕΕ για την περίοδο 2014-2020 αφορούσε την αντιμετώπιση των διασυννοριακών απειλών υγείας, την επίλυση θεμάτων προσβασιμότητας στις δομές υγειονομικής περίθαλψης καθώς και την διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας. (European Commission, 2017). Σχεδιάστηκε ώστε να υποστηρίξει τις πολιτικές των κρατών-μελών, όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας των πολιτών και την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία (European Commission, 2017). Τέθηκαν επιχειρησιακοί στόχοι σχετικά με τον προσδιορισμό και την προώθηση της λήψης τεκμηριωμένων και ορθών πρακτικών για οικονομικά αποδοτικές δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας (European Commission, 2014d). Ακόμα στο παραπάνω πλαίσιο των συγκεκριμένων στόχων συμπεριλήφθηκε η αύξηση της διασυννοριακής ιατρικής εμπειρογνωμοσύνης και της πληροφόρησης ιατρικών συνθηκών χαμηλού επιπολασμού καθώς και της διευκόλυνσης της εφαρμογής των αποτελεσμάτων ερευνών όπως και της ανάπτυξης εργαλείων για την ποιοτική και ασφαλή υγειονομική περίθαλψη (European Commission, 2014d). Δόθηκε η ευκαιρία ένταξης για χρηματοδότηση σε οργανισμούς πολλών μορφών, εταιρίες δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, ερευνητικά κέντρα, μη κυβερνητικών οργανώσεων κ.ά. (European Commission, 2017). Μαζί με τα ΕΔΕΤ 2014-2020 υπήρξε η δυνατότητα ανάπτυξης παρεμβάσεων στην βελτίωση της προσβασιμότητας στις δομές υγείας, στην προώθηση της έρευνας και της καινοτομίας, στην υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, στην πληροφόρηση θεμάτων υγείας, στην πρόληψη νόσων κ.ά. (European Commission, 2014b). Το 2014 η Ε.Ε σε συνέχεια των παρεμβάσεων της στον χώρο της έρευνας και της καινοτομίας ανέπτυξε το πρόγραμμα επενδύσεων «HORIZON 2020»<sup>18</sup> στο οποίο, μεταξύ άλλων, προτεραιότητα ήταν η έρευνα και η καινοτομία του τομέα της υγείας, δημογραφικών μεταβολών και καλής διαβίωσης (European Commission, 2011). Οι χρηματοδοτήσεις που απορρέαν από το παραπάνω πρόγραμμα αφορούσαν έργα υλοποίησης σχετικά με την αντιμετώπιση αναδυόμενων απειλών στην υγείας (European Commission 2014c). Στόχος του προγράμματος στον τομέα της υγείας ήταν η έρευνα και η καινοτομία για ασφαλείς και αποτελεσματικές θεραπείες, η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, η αντιμετώπιση απειλών στην υγεία όπως η νόσος Αλτσχάιμερ, ο διαβήτης, οι μεταδοτικές ασθένειες, τα ανθεκτικά αντιβιοτικά κ.ά. (European Commission, 2014e).

### 3.5 Η περίοδος 2021-2027 και η πανδημία του COVID-19

Η περίοδος 2021-2027 που βρίσκεται σε εξέλιξη κατά την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής συνέπεσε με την υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19. Η Ε.Ε στον αρχικό της σχεδιασμό επιδίωξε μέσω της χρήσης των ΕΔΕΤ, για την περίοδο 2021-2027, να συνεχίσει να στηρίζει τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ (European Commission, 2018a). Στον απόηχο των παγκόσμιων προκλήσεων η ΕΕ ενισχύσει τις δραστηριότητες που υποστηρίζουν τις βασικές προτεραιότητες της πολιτικής της όπου ανάμεσα τους είναι και η υγεία (European Commission, 2018a).

<sup>17</sup> Η χρηματοδότηση για το τρίτο πρόγραμμα υγείας ήταν ύψους 449.400.000 ευρώ

<sup>18</sup> Για το πρόγραμμα «HORIZON 2020» διατέθηκαν 80 δις ευρώ από τα οποία τα 7,472 δις ευρώ αφορούσαν την υγεία και την καλή διαβίωση

Για την ΕΕ είναι απαραίτητο να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες και τα μέσα που διαθέτει για την δημιουργία νέων γνώσεων που θα επιχειρήσει να τις μετατρέψει σε καινοτομίες αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας ψηφιακές και βασικές τεχνολογίες (European Commission, 2018a). Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο θα έπαιζαν και πάλι κομβικό ρόλο στην ενίσχυση του χώρου της υγείας και στην Ελλάδα. Οι χρηματοδοτήσεις την περίοδο αυτή αφορούν, μεταξύ άλλων, την ισότιμη προσβασιμότητα στη φροντίδα υγείας και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας. (European Commission, 2018a). Βασικοί στόχοι του επιχειρησιακού προγράμματος 2021-2027 είναι η δημιουργία υποδομών συμπεριλαμβανόμενης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η αντιμετώπιση κινδύνων για την υγεία στο εργασιακό περιβάλλον. Η χρηματοδοτική στήριξη επεκτείνεται στην προσαρμογή των επιχειρήσεων και του εργατικού προσωπικού όσο αναφορά τις αλλαγές της ενεργούς και υγιούς γήρανσης, στην καθιέρωση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας οι οποίες θα είναι οικονομικά αποδοτικές ενώ ενισχύονται οι υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης (Ministry of Economy and Development, 2019). Τον Ιανουάριο του 2020 η ελληνική κυβέρνηση συγκρότησε ανεξάρτητη επιτροπή για την εκπόνηση του νέου Σχεδίου Ανάπτυξης για την ελληνική οικονομία που θα υλοποιηθεί μέσω του ΕΣΠΑ. Λίγους μήνες αργότερα, τον Ιούλιο του 2020, παρουσιάστηκε μια ενδιάμεση έκθεση με τους κεντρικούς στόχους του αναπτυξιακού σχεδιασμού, για τα έτη που έπονται, και οι οποίοι σχετίζονται με την συστηματική αύξηση της παραγωγικότητας και της εξωστρέφειας καθώς και την στενότερη διασύνδεση της παραγωγής με την έρευνα και την καινοτομία. Στις οικονομικές και πολιτικές προτεραιότητες της Ελλάδας, μεταξύ άλλων, οι οποίες αποτυπώνονται και στις στρατηγικές επιλογές του ΕΣΠΑ, εξέχουσα θέση κατέχει η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας με προτεραιότητα στην ψηφιοποίηση. Θα εξελιχθεί η σύνδεση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και με άλλα ευρωπαϊκά χρηματοδοτούμενα προγράμματα ώστε στηριχθούν οι πολιτικές που θα εφαρμοστούν στον τομέα της υγείας όπως η συνέργεια του με την πρωτοβουλία για την απασχόληση των νέων, με το πρόγραμμα υγείας, με το πρόγραμμα για την κοινωνική καινοτομία και το ταμείο ευρωπαϊκής βοήθειας στους απόρους. Η χρηματοδοτική ενίσχυση θα αφορά την πρόληψη κινδύνων για την υγεία και τη στήριξη της δημόσιας υγείας, την κατεύθυνση στήριξης των απόρων και την κατεύθυνση της απασχόλησης και της κοινωνικής καινοτομίας. Επίσης, για την υγεία υπάρχει ο σχεδιασμός δράσεων για την αντιμετώπιση κρίσεων από διασυννοριακές απειλές στην υγεία, την στήριξη συστημάτων υγείας και ιδιαίτερα των εθνικών μεταρρυθμίσεων, η νομοθετική υποστήριξη για την υγεία και η εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών για την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας (European Commission, 2018b).

Ακόμα τα ΕΔΕΤ θα συνδεθούν τα προγράμματα «HORIZON Ευρώπη», «Ψηφιακή Ευρώπη», το Ταμείο Invest EU και τον μηχανισμό «Συνδέοντας την Ευρώπη». Το πρόγραμμα «HORIZON Ευρώπη»<sup>19</sup> που διαδέχεται το «HORIZON 2020» αφορά την έρευνα και την καινοτομία σε όλους τους τομείς της οικονομίας συμπεριλαμβανομένου

---

<sup>19</sup> Για το πρόγραμμα HORIZON Ευρώπη διατέθηκαν 95,5 δις ευρώ

και του τομέα υγείας. Στοχεύει στη δημιουργία πρωτοποριακής επιστημονικής και τεχνολογικής βάσης, μεγαλύτερες επιδόσεις στην καινοτομία και την ανταγωνιστικότητα καθώς και στην αντιμετώπιση των παγκόσμιων προκλήσεων. Τα ΕΔΕΤ θα στηρίζουν την καινοτομία και τη νέα περίοδο 2021-2027, με την επέκταση του συστήματος «Σφραγίδα Αριστείας» και σε περιφερειακό επίπεδο. Στο πρόγραμμα «HORIZON Ευρώπη», το οποίο θεσπίστηκε στις 11 Δεκεμβρίου 2020, συμπεριλήφθηκαν και 5,4 δις ευρώ από το χρηματοδοτικό πρόγραμμα «Επόμενη Γενιά για την Ευρώπη» του Ταμείου Ανάκαμψης. Στους στόχους του προγράμματος «HORIZON Ευρώπη», όσο αναφορά το σκέλος της υγείας, περιλαμβάνονται τα πεδία βελτίωσης και της προστασίας της υγείας αλλά και της ευημερίας όλων των πολιτών κάθε ηλικίας μέσω της δημιουργίας νέων γνώσεων και ενσωμάτωσης καινοτόμων πρακτικών στην πρόληψη και διάγνωση ασθενειών (European Commission, 2021). Τους τομείς παρέμβασης του προγράμματος αποτελούν η υγεία σε όλη την διάρκεια της ζωής, οι καθοριστικοί παράγοντες στην περιβαλλοντική και κοινωνική υγεία, μη μεταδοτικές και σπάνιες ασθένειες, μολυσματικές ασθένειες συμπεριλαμβανομένων ασθενειών που σχετίζονται με τη φτώχεια και ασθένειες που έχουν αγνοηθεί, εργαλεία, τεχνολογίες και ψηφιακές λύσεις για την υγεία και τη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της εξατομικευμένης ιατρικής και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (European Commission, 2021).

Το Ταμείο Invest EU αποτελεί ένα επενδυτικό εργαλείο που συστάθηκε από την ΕΕ ώστε να ενεργοποιήσει δημόσιες και ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης κυρίως ως παροχή δανειοδοτήσεων για προσέλκυση επενδύσεων ενώ θα στηριχθεί και από τα ΕΔΕΤ. (European Commission, 2018a).

Το πρόγραμμα «Ψηφιακή Ευρώπη» έχει στόχο, μεταξύ άλλων να στηρίξει τις τεχνολογικές αλλαγές στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, βιομηχανίας και εκπαίδευσης. Επίσης θα παρέμβει χρηματοδοτικά στον ψηφιακό μετασχηματισμό στο πεδίο της απασχολησιμότητας. Το πρόγραμμα «Ψηφιακή Ευρώπη» θα ενισχύσει καταλυτικά την υγεία, την γεωργία, την ενέργεια κ.ά. (European Commission, 2018a). Στην αναβάθμιση του ψηφιακού τομέα εστιάζει και ο μηχανισμός «Συνδέοντας την Ευρώπη», ο οποίος έχει την δυνατότητα αλληλοεπίδρασης και με άλλα προγράμματα ανάπτυξης ψηφιακών υπηρεσιών. Σε συνέργεια με τα ΕΔΕΤ θα μπορεί να στηρίζει καινοτόμες τεχνολογίες που αφορούν το πρόγραμμα «HORIZON Ευρώπη» (European Commission, 2018d).

Το ξέσπασμα της πανδημίας του COVID-19 στις αρχές του 2020 και η τεράστια υγειονομική και οικονομική κρίση που προκλήθηκε έκανε τα παραπάνω σχέδια ακόμα πιο επιβεβλημένα αλλά και με μεγαλύτερη διεύρυνση των στόχων. Η πανδημία, μέχρι και την στιγμή που πραγματοποιείται η συγκεκριμένη διδακτορική διατριβή, έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ασθενείς, το ιατρικό και υγειονομικό προσωπικό και τα συστήματα υγείας της Ευρώπης. Στις 11 Μαρτίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) κήρυξε το ξέσπασμα του νέου κορονοϊού ως παγκόσμια πανδημία. Αυτή η πανδημία προκάλεσε μια πρωτοφανή παγκόσμια κρίση υγείας με σοβαρές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες και ανθρώπινο πόνο (European Commission, 2020).

Στο πλαίσιο ουσιαστικά του τέταρτου προγράμματος<sup>20</sup> της ΕΕ για την υγεία EU4Health 2021-2027, που αποτελεί ουσιαστικά την ανταπόκριση της Ε.Ε σχετικά με την πανδημία του COVID-19, θα επενδυθούν 5,3 δις ευρώ ώστε να εκπληρωθούν οι στόχοι του και να ενισχυθούν οι πολιτικές των κρατών-μελών της. Το νέο αυτό πρόγραμμα υγείας επιδιώκει να διασφαλίσει την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας της Ευρώπης. Θεσπίστηκε με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2021/522 και θα χρηματοδοτήσει επιλέξιμες οντότητες, οργανισμούς υγείας και ΜΚΟ από χώρες της ΕΕ ή χώρες εκτός ΕΕ που συνδέονται με το πρόγραμμα. Περιλαμβάνει τέσσερις γενικούς στόχους : 1) Την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας στην Ένωση. 2) Την αντιμετώπιση των διασυνοριακών απειλών για την υγεία. 3) Την βελτίωση των φαρμάκων των ιατρικών συσκευών και των προϊόντων που σχετίζονται με την κρίση. 4) Την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, την ανθεκτικότητας και την αποδοτικότητα των πόρων τους. Το πρόγραμμα EU4Health είναι σε απευθείας διασύνδεση με το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο Plus (ESF+) για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης για την βελτίωση της περιφερειακής υποδομής υγείας δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων υγειονομικής φροντίδας, το HORIZON Europe για έρευνα υγείας, με το Μηχανισμό Πολιτικής Προστασίας της Ένωσης/rizgarEU για την δημιουργία αποθεμάτων ιατρικών προμηθειών έκτακτης ανάγκης, με το πρόγραμμα Διευκόλυνση Digital Europe και Connecting Europe για την δημιουργία της ψηφιακής υποδομής που απαιτείται για τη ψηφιακή υγεία, το InvestEU, το Πρόγραμμα Ενιαίας Αγοράς, την Διευκόλυνση Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, το Erasmus+ και το Όργανο υποστήριξης έκτακτης ανάγκης. Το πρόγραμμα EU4Health θα δώσει την δυνατότητα στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή να ρυθμίσει το απαραίτητο κανονιστικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των σημαντικών διαρθρωτικών αναγκών που εντοπίστηκαν στην κρίση του COVID-19 (European Commission,2020). Μέσω των παραπάνω συνεργειών θα υπάρξει οικονομική ενίσχυση σε μεταρρυθμίσεις και επενδύσεις που θα έχουν μακροχρόνιο αντίκτυπο στο αναπτυξιακό δυναμικό και την ανθεκτικότητα του οικονομικού περιβάλλοντος των κρατών-μελών. (European Commission,2020). Η πανδημία του COVID-19 έδειξε ότι θα πρέπει να ενισχυθεί η ανταποκρισιμότητα της ΕΕ ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε τέτοιες απειλές για την υγεία και για αυτό το τέταρτο μεγάλο πρόγραμμα υγείας για την περίοδο 2021-2027 αποτελεί ένα φιλόδοξο και σημαντικό εγχείρημα στην κατεύθυνση αυτή. (European Commission,2020). Στις 29 Ιουλίου 2022 εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Κομισιόν το ελληνικό ΕΣΠΑ 2021-2027 ύψους 26 δις ευρώ το οποίο ήταν και το πρώτο ανάμεσα στα υπόλοιπα κράτη-μέλη έλαβε έγκριση υλοποίησης. Η διάρθρωση του συνολικού πακέτου περιελάμβανε 20,9 δις ευρώ από κοινοτικούς πόρους και 5,3 δις ευρώ από την εθνική συνεισφορά. Οι περιφερειακές περιοχές ωφελούνται περισσότερο μιας και θα διαχειριστούν κονδύλια 8,1 δις ευρώ έναντι 5,9 δις ευρώ που είχαν διατεθεί την περίοδο 2014-2020. Στον τομέα της υγειονομικής κάλυψης θα διατεθούν χρηματοδοτήσεις επενδύσεων με έμφαση στην πρόληψη, την ψυχική υγεία και την μακροχρόνια φροντίδα. Τέλος στο πλαίσιο του προγράμματος «Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή» θα επιδιωχθεί η εξασφάλιση της ίσης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

---

<sup>20</sup> Η χρηματοδότηση για το τέταρτο πρόγραμμα υγείας ήταν ύψους 5,3 δις ευρώ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΟΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19**

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη αποτύπωση των συνεπειών που είχε η οικονομική και νομισματική κρίση του 2008 στις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Επίσης, γίνεται και η αποτύπωση των επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19 στις επιχειρήσεις αυτές. Οι δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν την περίοδο των κρίσεων δημιούργησαν ένα νέο περιβάλλον για τις επιχειρήσεις αυτές που κλήθηκαν να προσαρμοστούν και να αποκτήσουν ανθεκτικότητα. Ταυτόχρονα ασκήθηκαν πολιτικές ενίσχυσης με ελληνικά και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία. Οι παραπάνω πτυχές είναι μέρος της έρευνας πεδίου στους ιδιοκτήτες των επιχειρηματικών μονάδων που δραστηριοποιούνται στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο.

### **4.1. Εισαγωγή**

Η Ελλάδα μέσα σε μια δεκαετία βρέθηκε στη δίνη δυο παγκόσμιων κρίσεων. Στην οικονομική κρίση του 2008 που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και γρήγορα εξαπλώθηκε στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο κόσμο και στην υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 που ξεκίνησε από την Κίνα και εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Οι δυο αυτές κρίσεις επηρέασαν αρνητικά το σύνολο κοινωνικοοικονομικής ζωής της Ελλάδας (Hazakis, 2021; Tsilika et al., 2020; Varelas & Apostolopoulos, 2020; Apostolopoulos et al., 2019; Kaplanoglou et al., 2016; Vassiliadis & Vassiliadis, 2014; Aiginger, 2009).

Η οικονομική κρίση και οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της κρίσης δημιούργησαν παρατεταμένη ύφεση που επηρέασε το σύνολο σχεδόν των επιχειρήσεων (Λιαργκόβας, 2020; ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, 2014; Χαρδούβελης, 2011; Κρούγκμαν, 2009; Κολλίντζας & Ψαλιδόπουλος, 2009). Την περίοδο της κρίσης χάθηκε πάνω από το ¼ του ΑΕΠ και η Ελλάδα αναγκάστηκε να συνάψει τρία δανειακά προγράμματα και να μπει σε μηχανισμούς σταθερότητας και εποπτείας της ΕΕ με συμμετοχή και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου-ΔΝΤ (Καζάκος κ.α., 2016). Υπήρξαν οικονομικές, δημοσιονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Ρομπόλης, 2012). Στις οικονομικές επιπτώσεις συγκαταλέγεται η μείωση του ΑΕΠ, χάθηκε πάνω από το ¼ του ΑΕΠ, τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν στις επενδύσεις, στις εξαγωγές, στην απασχόληση, στην ανεργία και στους μισθούς. Στις δημοσιονομικές επιπτώσεις συγκαταλέγονται τα δημόσια ελλείμματα και το δημόσιο χρέος που διογκώθηκαν καθώς και τα προβλήματα στα δημόσια έσοδα των οικονομικών και ασφαλιστικών ταμείων. Στις κοινωνικές επιπτώσεις συγκαταλέγονται οι επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας, στο σύστημα κοινωνικής προστασίας, στις συντάξεις, στη στήριξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων κ.ά. Την περίοδο 1991-2008 η ελληνική οικονομία δημιούργησε πάνω από ένα εκατομμύριο θέσεις εργασίας και το 40% αυτών των θέσεων χάθηκε την τριετία 2010-2012 (Ρομπόλης, 2012). Μεγάλα προβλήματα αντιμετώπισαν και οι δομές υγείας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Ifanti et al, 2013). Υπήρξαν μεγάλες περικοπές των δημοσίων δαπανών που επιδείνωσαν τα προβλήματα που ήδη υπήρχαν στο σύστημα υγείας όπως οι ελλειμματικοί

προϋπολογισμοί, η υποστελέχωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η ανεπάρκεια σε φαρμακευτικό και αναλώσιμο υλικό καθώς και προβλήματα στις διοικητικές υπηρεσίες των δομών υγείας (Ifanti et al, 2013). Σοβαρές επιπτώσεις είχε η κρίση και στο σύστημα υγείας της ελληνικής υπαίθρου (Apostolopoulos et al, 2019, Antonopoulou et al, 2017). Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υποβαθμίστηκε (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Kotsiou et al, 2018), και οι δημόσιες δομές υγείας αντιμετώπισαν μεγάλα προβλήματα με αποτέλεσμα το επίπεδο ικανοποίησης των κατοίκων της υπαίθρου να είναι χαμηλό (Simou et al, 2015; Mitropoulos et al, 2013; Sbarouni et al, 2012; Economou, 2010; Sissouras et al, 2000; Kontodimopoulos et al, 2007).

Η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 που επηρέασε την Ελλάδα το 2020 δημιούργησε, όπως όλες οι κρίσεις, προβλήματα στην κοινωνικοοικονομική ζωή της χώρας (Rowan & Galanakis, 2020). Οι δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν για τον περιορισμό της διασποράς της πανδημίας στην κοινότητα έφτασαν μέχρι και την εφαρμογή πολιτικών «lockdowns». Η καθημερινότητα των πολιτών άλλαξε βίαια και το σύνολο των επιχειρήσεων για μεγάλα διαστήματα σταμάτησαν τη λειτουργία τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα μείωσης του κύκλου εργασιών τους καθώς και προβλήματα ρευστότητας (Apostolopoulos et al, 2021b). Το ίδιο συνέβη και με τις επιχειρήσεις υγείας της ελληνικής υπαίθρου οι οποίες σύμφωνα με την έρευνα των Apostolopoulos et al (2021a) έδειξαν προσαρμοστικότητα στο περιβάλλον που διαμόρφωσαν οι δημόσιες πολιτικές περιορισμού της διασποράς της πανδημίας COVID-19 στην κοινότητα καθώς και ανθεκτικότητα.

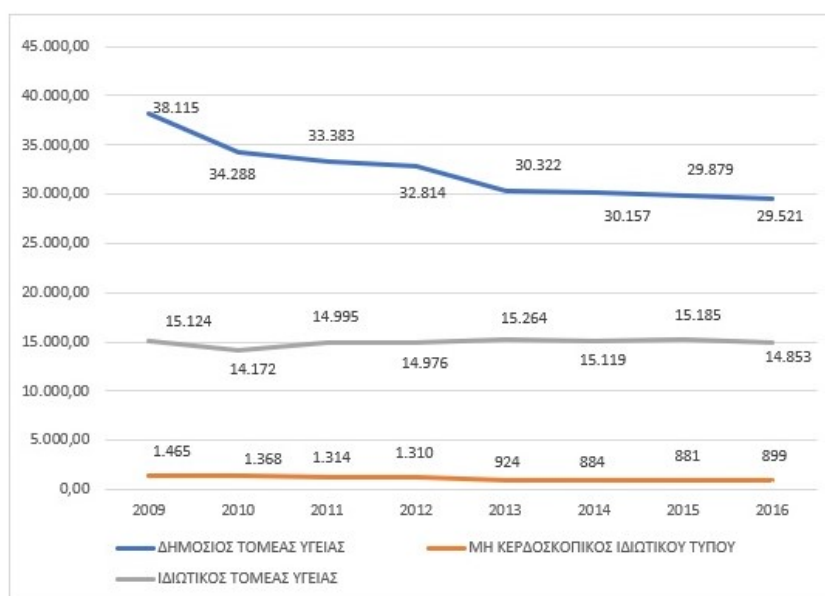
#### **4.2 Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας–φροντίδας–μέριμνας και η οικονομική κρίση του 2008**

Η οικονομική κρίση του 2008 είχε μεγάλη επίπτωση στους πολίτες, στην κοινωνία και στην οικονομία (Ozturk & Sozdemir, 2015; Carneiro et al, 2014; Éltető, 2011), επηρέασε τους ευρωπαϊκούς θεσμούς και τις πολιτικές που αυτοί ασκούσας (Sebastião, 2021) και κλόνισε την εμπιστοσύνη των πολιτών στις κυβερνήσεις, στους θεσμούς και στα όργανα της ΕΕ (Raimundo et al, 2021; Ervasti et al, 2019). Δημιουργήθηκαν φυγόκεντρες τάσεις ανάμεσα στις χώρες του Νότου και στις χώρες του σκληρού πυρήνα της ευρωζώνης και αντί για πορεία σύγκλισης είχαμε αποκλίσεις (Brooks & Fortun, 2020). Στην Ελλάδα η κρίση ήταν έντονη και πολύχρονη με τεράστιες συνέπειες στην κοινωνία και την οικονομία. Δημιουργήθηκε πολιτική αστάθεια και αδιέξοδο με αποτέλεσμα να χρειαστούν τρία μνημόνια και η χώρα να γνωρίσει φαινόμενα με capital controls, πολιτικές συγκρούσεις, διαδηλώσεις και δημοψηφίσματα (Walter et al, 2018; Oxford Analytica, 2015; Askitas, 2015; Karamichas, 2009).

Ο τομέας υγείας δημόσιος και ιδιωτικός της Ελλάδας γνώρισε μεγάλα προβλήματα και δυσκολίες αφού επιβλήθηκαν οικονομικά και διαρθρωτικά μέτρα (Economou, et al, 2017; Economou, et al, 2014). Υπήρξε μείωση μισθών και επιδομάτων, κατάργηση δώρων, πάγωμα προσλήψεων, ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων, θεσμοθέτηση μηχανισμού προμηθειών, αναδιατάξεις μονάδων υγείας, καθιέρωση κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, μείωση χρηματοδοτήσεων, καθιέρωση ανώτερου ορίου δαπανών για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ, ίδρυση νέων θεσμών υγείας όπως το

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), θεσμοθέτηση Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), επιβλήθηκαν στις ιδιωτικές δομές υγείας και στα φαρμακεία οι μηχανισμοί clawback και rebate, καθιερώθηκε ανώτερο όριο για τη φαρμακευτική δαπάνη με εφαρμογή νέων συστημάτων τιμολόγησης, θεσμοθετήθηκε αύξηση των χρεώσεων των ιδιωτικών δομών, όπως κλινικές και διαγνωστικά κέντρα που ήταν συμβεβλημένα με το ΕΟΠΥΥ κ.ά. (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Economou, et al, 2017; Economou, et al, 2014). Το βασικότερο ήταν ότι μειώθηκε σημαντικά η χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας. Από 15,3 δις ευρώ το 2009 διαμορφώθηκε το 2019 κάτω από 9 δις ευρώ. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε φαρμακευτικά και αναλώσιμα υλικά αλλά και σε εξοπλισμό και υποδομές (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018; Simou & Koutsogeorgou, et al, 2014; Ifanti et al, 2013; Karidis et al, 2011; Notara et al, 2010). Στις δημόσιες δομές υγείας αυξήθηκαν οι άτυπες πληρωμές και έγινε δυσκολότερη η πρόσβαση σε αυτές (Liaropoulos et al, 2012; Kaitelidou et al, 2013). Ο κόσμος άρχισε να δείχνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον ιδιωτικό τομέα υγείας και περίθαλψης (Tountas et al, 2011). Έγιναν περικοπές σε επιδόματα αναπηρίας και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Ifanti et al, 2013). Αυξήθηκαν οι ψυχικές παθήσεις Economou et al, 2013; Madianos et al, 2011) και ταυτόχρονα αυξήθηκαν και οι αυτοκτονίες (Ifanti et al, 2013; Giotakos et al, 2012). Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας διαμορφώθηκαν πάνω από το ½ της συνολικής δαπάνης για την υγεία από τις οποίες το 90% αφορούσε άμεσες πληρωμές (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Οι κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων μετά το 2009 άρχισαν να μειώνονται ενώ οι κλίνες του ιδιωτικού τομέα παρέμειναν σταθερές και μάλιστα είναι υπερδιπλάσιες από αυτές του μέσου όρου του ιδιωτικού τομέα των χωρών του ΟΟΣΑ που δείχνει τη δυναμική και την ανθεκτικότητα του ιδιωτικού τομέα ακόμη και στην περίοδο της οικονομικής κρίσης (Μπελετσιώτη, 2021). Στο διάγραμμα 2 αποτυπώνονται οι νοσοκομειακές κλίνες ανά τύπο ιδιοκτησίας.

Διάγραμμα 2: Νοσοκομειακές κλίνες ανά τύπο ιδιοκτησίας



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από EUROSTAT

Τα προβλήματα υγείας και περίθαλψης ήταν έντονα και στην ελληνική ύπαιθρο αφού οι περιοχές της υπαίθρου στερήθηκαν βασικά είδη εξοπλισμού και παροχών υγείας (Rachiotis et al, 2014; Oikonomou et al, 2010; Lionis et al, 2009). Το δημόσιο σύστημα υγείας της υπαίθρου που στηριζόταν στα περιφερειακά νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας αντιμετώπιζε ήδη προβλήματα και πριν από την οικονομική κρίση που οξύνθηκαν στη διάρκεια της κρίσης (Simou et al, 2015; Sissouras et al, 2000; Abel-Smith et al, 1994). Ήταν υποστελεχωμένα από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και αντιμετώπιζαν προβλήματα, οικονομικά, οργανωτικά και υποδομών (Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Mitropoulos et al, 2013). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των αγροτικών ιατειών που στελεχώνονται και πριν και μετά την κρίση στην πλειοψηφία τους, λόγω έλλειψης έμπειρου ιατρικού προσωπικού, με απόφοιτους ιατρικών σχολών που υποχρεώνονται από το κράτος να υπηρετήσουν στην ύπαιθρο για ένα περίπου χρόνο πριν πάρουν ειδικότητα (Economou et al, 2017). Αποτέλεσμα είναι το ιατρικό προσωπικό στην ύπαιθρο και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές να είναι ανεπαρκές και αυτές οι περιοχές να στερούνται ολοκληρωμένων και αξιόπιστων δημοσίων υπηρεσιών υγείας (Vardiampasis et al, 2014). Αυτές τις αδυναμίες των δημοσίων δομών υγείας της υπαίθρου κάλυψε ο ιδιωτικός τομέας που βρήκε πρόσφορο έδαφος (Tountas et al, 2011; Tountas et al, 2005). Την περίοδο της οικονομικής κρίσης οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου έδειξαν προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα (Apostolopoulos et al, 2019) και αντιμετώπισαν καλύτερα τις κοινωνικές επιπτώσεις (Apostolopoulos et al, 2020).

#### **4.3. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας–φροντίδας–μέριμνας και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19**

Η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 είχε αρνητικές συνέπειες στο σύνολο των επιχειρήσεων (Gates, 2020; Winston, 2020; Liguori & Pittz, 2020) χωρίς να εξαιρούνται οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Apostolopoulos & Makris 2021; Kraus, 2020; Kuckertz et al, 2020). Αυξήθηκαν οι ανισότητες, που ήδη υπήρχαν, και επηρέασε ιδιαίτερα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Bitsani & Pantazopoulos, 2021). Τα συστήματα υγείας επιβαρύνθηκαν (Kuckertz, 2020). Η Ελλάδα όπως άλλωστε και όλες οι χώρες άσκησε δημόσιες πολιτικές για τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας COVID-19 με πολλούς περιορισμούς φτάνοντας ακόμη και στο μέτρο lockdown με επιπτώσεις υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές. Οι δημόσιες δομές υγείας κλονίστηκαν και χρειάστηκε και η συμμετοχή μονάδων του ιδιωτικού τομέα για να αντέξουν. Επίσης, χρειάστηκε και η αρωγή των επαγγελματιών υγείας του ιδιωτικού τομέα για να καλυφθούν τα κενά που δημιουργήθηκαν στις δημόσιες δομές περίθαλψης ασθενών με COVID-19. Ιδιαίτερα την πρώτη περίοδο της πανδημίας επικράτησε αβεβαιότητα, ανασφάλεια και υγειονομικός φόβος. Παρά τα προβλήματα που αντιμετώπισαν την περίοδο της πανδημίας οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας έδειξαν ανθεκτικότητα και δε σταμάτησαν τη λειτουργία τους και την προσφορά των υπηρεσιών τους. Οι υπάρχουσες έρευνες σε Ελλάδα και σε πολλές χώρες έδειξε την ανθεκτικότητα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας



(Austin & Gregory, 2021; Billiet et al, 2021; Apostolopoulos et al, 2021a; Castro & Zermeño, 2020)

Όπου υπήρχαν περιβάλλοντα με αδύναμους θεσμούς και κατακερματισμένες κοινωνίες οι επιπτώσεις της πανδημίας ήταν πιο έντονες και το αποτύπωμα πιο ισχυρό (Shamasunder et al, 2020; Tulumello et al, 2020). Οι χώρες όπως η Ελλάδα ευνοήθηκαν την περίοδο εκείνη από τις ευρωπαϊκές πολιτικές όπως η χαλάρωση των ρυθμιστικών δεικτών από τους ευρωπαϊκούς τραπεζικούς φορείς, δίνοντας μεγαλύτερη ρευστότητα κεφαλαίων (Barbier-Gauchard, et al, 2021) με παράλληλη χαλάρωση των κανόνων για το δημόσιο χρέος κάτι που έδωσε την δυνατότητα για ευέλικτες δημοσιονομικές πολιτικές (Weiss et al, 2020). Επίσης, ενεργοποίησε την αγορά ομολόγων από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα-EKT (Rossi & Mingardi, 2020; Hellenic Fiscal Council, 2020) και διαχειρίστηκε κεντρικά την εξασφάλιση των εμβολίων κατά του COVID-19 για τους πολίτες των κρατών-μελών της ΕΕ (Sciacchitano & Bartolazzi, 2021). Υπήρξε Συμφωνία Προκαθορισμένης Αγοράς (APA) που διαπραγματεύτηκαν τα αρμόδια όργανα της ΕΕ με τους παραγωγούς εμβολίων (Phelan et al, 2020; Neumann et al , 2021).

Στο περιβάλλον που διαμόρφωσαν οι πολιτικές περιορισμού της διασποράς της πανδημίας COVID-19, οι επιχειρήσεις υγειονομικής φροντίδας της ελληνικής υπαίθρου κατάφεραν να προσαρμοστούν και να μην καταρρεύσουν. Αντιμετώπισαν προβλήματα μείωσης του κύκλου εργασιών, ρευστότητας, έλλειψη υγειονομικού υλικού και προβλήματα τροφοδοσίας και ανέβηκαν τα επενδυτικά τους σχέδια (Apostolopoulos et al, 2021a). Έδειξαν ανθεκτικότητα όπως είχαν δείξει και στην κρίση του 2008, δεν υποβάθμισαν τις υπηρεσίες τους προς τους κατοίκους της υπαίθρου και δεν ανέστειλαν τους κοινωνικούς τους στόχους, ιδιαίτερα οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Apostolopoulos et al., 2021b). Στην διάρκεια της επιβολής του lockdown δημιουργήθηκαν δυσχέρειες για τους πολίτες με συγκεκριμένες και μακροχρόνιες ανάγκες όπως για παράδειγμα στο ευαίσθητο τομέα της ψυχικής υγείας αφού το έργο των ιδιωτικών δομών αυτών (καλύπτουν το 80% των προσφερόμενων υπηρεσιών του τομέα) αναστάλθηκε (Nteka, 2021). Υπήρξαν και περιστατικά υγείας σε περιοχές της υπαίθρου, κυρίως παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός κ.α., που εξυπηρετήθηκαν από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις μέσω τηλεδιάσκεψεων ή αποστολής θεραπευτικού υλικού στους γονείς ώστε να συνεχιστεί η θεραπευτική προσέγγιση (Nteka,2021; Magklara & Lazaratou, 2021). Τέλος την ίδια περίοδο αρκετές ιδιωτικές χειρουργικές επεμβάσεις που δεν είχαν επείγοντα χαρακτήρα αναβλήθηκαν κάτω από το φόβο που είχε δημιουργήσει στους πολίτες η πανδημία COVID-19 (Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020).

#### **4.4. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η οικονομική κρίση του 2008**

Η οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε τη λειτουργία και τη δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας (Apostolopoulos et al, 2019). Τρία ήταν τα προβλήματα που ήταν έντονα γι' αυτές. Η δυσκολία εύρεσης χρηματοδοτικών εργαλείων (Battilana, 2018), η

διαχείριση των ταμειακών ροών (Hynes, 2009) και ο φόβος του δανεισμού (Sunley & Pinch, 2012). Πάντως οι κοινωνικές επιχειρήσεις βρέθηκαν καλύτερα εξοπλισμένες για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων (Mair & Marti, 2006). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και οι αντίστοιχες ΜΚΟ αντί να συμπληρώνουν το κράτος την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οδηγήθηκαν να το υποκαθιστούν λόγω των αδιεξόδων που υπήρχαν (Kentikelenis et al, 2011). Ιδιαίτερα οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε μη μητροπολιτικές περιοχές συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας ανταποκρίθηκαν στο δυσχερές περιβάλλον που δημιούργησε η οικονομική κρίση, έδειξαν ανθεκτικότητα και η δράση τους ήταν μια αποτελεσματική και άμεση απάντηση στην οικονομική κρίση (Apostolopoulos et al, 2019).

Το μοντέλο της βιώσιμης κοινωνικής επιχείρησης σε δύσκολες περιόδους οικονομικών ανατατάξεων με περιπτώσεις χρεοκοπιών απαιτεί μεταξύ των άλλων θέληση και χρόνο (Ketprapakorn & Kantabutra, 2019). Κατά τον Van Gelderen (2012) το μοντέλο της βιώσιμης κοινωνικής επιχείρησης σε περιόδους κρίσεων πρέπει να περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες στρατηγικής:

- i. Στρατηγική που επηρεάζει τις ίδιες τις αντιξοότητες
- ii. Στρατηγική που αλλάζει τον τρόπο αντίληψης για τις αντιξοότητες
- iii. Στρατηγική που επαναδιατυπώνει τον στόχο, που η αντιξοότητα έχει καταστήσει την επίτευξή του δύσκολη ως αδύνατη
- iv. Στρατηγική που βοηθάει την αυτορρύθμιση

Είναι ένα γενικό μοντέλο βιώσιμης κοινωνικής επιχειρηματικότητας που βρίσκει εφαρμογή και στις κοινωνικές επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης (Ketprapakorn & Kantabutra, 2019).

Σε κράτη που την περίοδο της οικονομικής κρίσης μειώθηκε το ΑΕΠ, διογκώθηκε η ανεργία, περικόπηκαν δραστικά οι δημόσιες δαπάνες, οι κοινωνικές επιχειρήσεις συμπεριλαμβανομένων και των συνεταιρισμών διατήρησαν θετική στάση, έδειξαν ανθεκτικότητα, αύξησαν την απασχόληση και μέσα στην κρίση δημιουργήθηκαν και νέες κοινωνικές επιχειρήσεις, μεταξύ των οποίων και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και υπηρεσιών φροντίδας (Borzaga et al, 2017). Η οικονομική κρίση μεταξύ των άλλων επιπτώσεων που επέφερε ήταν και η μείωση ευκαιριών, για πολλές οικογένειες, της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω συρρίκνωσης των εισοδημάτων, κάτι που οι δημόσιες δομές λόγω της υποχρηματοδότησης αδυνατούσαν να καλύψουν τις ανθρώπινες ανάγκες, γι' αυτό και κυβερνήσεις πολλών χωρών μέσα στην κρίση με νομοθετικές πρωτοβουλίες μείωσαν υπάρχοντες περιορισμούς για τις κοινωνικές επιχειρήσεις και αύξησαν τον αριθμό των τομέων δράσης τους (Αποστολόπουλος κ.ά., 2020; Borzaga et al, 2017). Έτσι, μια νέα γενιά κοινωνικών επιχειρήσεων, πολλές από τις οποίες είναι προσανατολισμένες και στην υγεία και φροντίδα, προέκυψε την περίοδο της κρίσης και τα επόμενα χρόνια ως αποτέλεσμα και των δημόσιων πολιτικών για τόνωση της κοινωνικής οικονομίας σε ευρωπαϊκό, εθνικό και τοπικό επίπεδο (Chaves Avila & Monzon Campos, 2018). Στο Ηνωμένο Βασίλειο που έχουμε χρήση των εργαλείων μέτρησης του αντικτύπου των κοινωνικών επιχειρήσεων την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και περίθαλψης τα πήγαν ελαφρώς καλύτερα σε σχέση με τις υπόλοιπες (Bertotti et al, 2011).

#### 4.5. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19

Η υγειονομική κρίση, όπως εξάλλου όλες οι κρίσεις, δημιούργησαν προβλήματα και στις κοινωνικές επιχειρήσεις συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας, που όμως έδειξαν ανθεκτικότητα και κατάφεραν να επαναξετάσουν τις δράσεις τους σε σχέση με την κοινωνική τους αποστολή και να διασφαλίσουν την οικονομική τους βιωσιμότητα (Apostolopoulos et al, 2019). Ταυτόχρονα οι κοινωνικές επιχειρήσεις διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο σε κοινότητες που ο πληθυσμός είχε υποφέρει από την πανδημία (Hasall et al., 2021). Η πανδημία επηρέασε πέρα από το γενικό σύστημα υγείας και οικονομίας και την ψυχολογική υγεία του πληθυσμού και μέσα σε αυτό το κλίμα οι κοινωνικές επιχειρήσεις ανέπτυξαν τις δικές τους δυναμικές ικανότητες αντιμετώπισης των απειλών (Cano Serrano, 2021). Αυτό είναι ζωτικής σημασίας ζήτημα για κάθε οργανισμό που βιώνει απειλητικές πιέσεις σε ένα αβέβαιο περιβάλλον (Augier & Teece, 2008). Η στρατηγική των κοινωνικών επιχειρήσεων, μεταξύ των οποίων και των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας και μέριμνας, την περίοδο της υγειονομικής κρίσης κινήθηκε σε τρεις κατευθύνσεις, στην αναδιοργάνωση των δράσεών τους που τους έδωσε τη δυνατότητα να συνεχίσουν να παράγουν υπηρεσίες σύμφωνα με τους νέους κανονισμούς ασφάλειας, στην ενεργοποίηση νέων υπηρεσιών και στην επέκταση των υπηρεσιών τους για να βοηθήσουν στην αυξημένη αντιμετώπιση των αναγκών που επέφερε η πανδημία (Borzaga & Tallarini, 2021). Τα πολλά προβλήματα που συσσωρεύσε η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 πολλοί κοινωνικοί επιχειρηματίες προσπάθησαν να τα αντιμετωπίσουν μέσα από δράσεις των κοινωνικών επιχειρήσεων όπως κατασκευή και προώθηση ασπίδων και αναπνευστήρων και απολυμαντικών χεριών (Bacq & Lumpkin, 2020). Ανέπτυξαν βιώσιμες στρατηγικές ανάπτυξης μέσω της ταχείας ψηφιοποίησης της λειτουργίας και των δράσεών τους (Loukopoulos & Papadimitriou, 2022). Το έργο που επιτέλεσαν οι κοινωνικές επιχειρήσεις, μέσα σε δυσμενείς συνθήκες που διαμόρφωσε η υγειονομική κρίση και οι δημόσιες πολιτικές για την αντιμετώπιση της διασποράς του ιού στην κοινότητα, ήταν σημαντικό ιδιαίτερα στους τομείς της πρόνοιας, της υγείας, της μέριμνας και της φροντίδας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Σαβίδου, 2021; Παππά, 2021).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη αποτύπωση της καινοτομίας στον χώρο της ιδιωτικής και κοινωνικής επιχειρηματικότητας του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Με βάση τον παγκόσμιο δείκτη καινοτομίας FREOPP για την υγειονομική περίθαλψη αποτυπώνεται η θέση της Ελλάδας σε σχέση με άλλες χώρες. Περιγράφεται επίσης η καινοτομία στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαιθρου σε σχέση με εμπόδια και αδυναμίες. Οι παραπάνω πτυχές είναι μέρος της έρευνας πεδίου στους ιδιοκτήτες των επιχειρηματικών μονάδων που δραστηριοποιούνται στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο.

### 5.1 Εισαγωγή

Η καινοτομία και η επιχειρηματικότητα βρίσκονται σήμερα στο επίκεντρο των σύγχρονων οικονομιών (Lounsbury et al, 2019). Ο μεγάλος ανταγωνισμός που επικρατεί στην αγορά προϊόντων και υπηρεσιών απαιτεί από πλευράς επιχειρήσεων συνεχείς βελτιώσεις, αλλαγές, μεταβολές και διαφοροποιήσεις προκειμένου να διατηρήσουν και να διευρύνουν το ανταγωνιστικό τους πλεονέκτημα κι αυτός ο στόχος εξυπηρετείται καλύτερα με την εφαρμογή καινοτόμων ιδεών (Karlsson et al, 2021; Denton, 1999; Dosi 1991). Με την καινοτομία οι επιχειρήσεις ιδιωτικές και κοινωνικές διευρύνουν τη θέση τους στην αγορά, βελτιώνουν τα προϊόντα τους ή τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους, μεγαλώνουν τα έσοδά τους, στηρίζουν την μακροχρόνια βιωσιμότητά τους, αποκτούν ανθεκτικότητα και ευρωστία, δημιουργούν θέσεις εργασίας και υπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο τους στόχους τους και τον κοινωνικό τους ρόλο (Chan et al, 2019; Deschamps & Nayak, 1995). Αυτό ισχύει και για τις επιχειρήσεις που σχεδιάζουν να εισέλθουν στην αγορά (Gruber & Henkel, 2006; Robinson, 1990). Ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεων όπως η οικονομική κρίση του 2008 και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 η εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων φάνηκε καθοριστικής σημασίας για την επιβίωση των επιχειρήσεων (Schaffer et al, 2021; Makris & Apostolopoulos, 2021; Păunescu & Mátyus, 2020). Επιπλέον η μείωση του κόστους παραγωγής, που απαιτεί και συμπίεση τιμών, σε περιόδους ισχυρού ανταγωνισμού η εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων δίνει διέξοδο με θετικό πρόσημο (Arkolakis et al, 2018; Johne, 1991). Συνολικά, οι περισσότερες από τις έρευνες δείχνουν ότι οι καινοτόμες επιχειρήσεις φαίνεται να είναι πιο κερδοφόρες από τις μη καινοτόμες, να αναπτύσσονται ταχύτερα και να απολαμβάνουν μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς (Apostolopoulos et al, 2021a; Nguyen et al, 2020). Η εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων απαιτεί και την πρόσβαση σε χρηματοδοτικά εργαλεία καθώς και τη διαμόρφωση ευνοϊκού νομικού πλαισίου από πλευράς κυβερνήσεων που να στηρίζει και να ενισχύει καινοτόμες παρεμβάσεις (Desveaux et al, 2019; Coad & Rao, 2010; Munier, 2006). Εξάλλου, σύμφωνα με την έρευνα των Varkey et al, (2008) ακόμη και οι καλύτερες των καινοτομιών μπορεί να αποτύχουν να δώσουν θετικά αποτελέσματα αν το περιβάλλον ή η αγορά δεν είναι έτοιμη να τις εγκρίνει.

Η σημασία της καινοτομίας στην υγεία, την φροντίδα και την περίθαλψη έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες καθώς οι προκλήσεις στα σύγχρονα συστήματα οικονομίας σε συνδυασμό και με τα δημογραφικά έχουν μεγεθυνθεί (Proksch & Busch-Casler, 2019). Αν και σημειώθηκαν μεγάλες βελτιώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας εξακολουθεί

να υπάρχει αναποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων με τη χρήση καινοτόμων παρεμβάσεων (Puertas et al, 2020; Thakur, 2012). Οι νέες προκλήσεις στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας θα κριθούν και στην ικανότητα σχεδιασμού, ανάπτυξης και εφαρμογής λύσεων με επίκεντρο τον ασθενή (Niccum et al, 2017; van de Grift & Kroeze, 2016; Frenk et al, 2010). Αυτό σε πρακτικό επίπεδο σημαίνει στήριξη του περιβάλλοντος των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας για την ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων. Οι Team et al, (2010) ισχυρίζονται ότι οι θεσμικές δομές είναι ζωτικής σημασίας για τη βιωσιμότητα των καινοτομιών στον χώρο της υγείας. Όταν υπάρχει υστέρηση στην ψηφιακή μετάβαση των δομών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, και των εμπλεκόμενων με αυτές φορέων, τα προβλήματα μεγεθύνονται (Katehakis, 2018a; Aanestad et al, 2017).

## 5.2 Καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Σύγκριση με άλλες χώρες

Προκειμένου να φωτίσουμε το θέμα της καινοτομίας στην υγειονομική περίθαλψη της Ελλάδας, σε σύγκριση με άλλες χώρες, η εστίαση γίνεται στην καινοτομία της υγειονομικής περίθαλψης στη βάση του παγκόσμιου δείκτη καινοτομίας FREOPP και στις δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη.

### 5.2.1 Η καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη με βάση τον παγκόσμιο δείκτη καινοτομίας FREOPP

Η καινοτομία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υπολογίζεται με τον παγκόσμιο δείκτη καινοτομίας *World Index of Healthcare Innovation (FREOPP)*<sup>21</sup>. Με τον δείκτη αυτό αξιολογείται η επίδοση της υγειονομικής περίθαλψης σε 31 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με βάση τις τέσσερις διαστάσεις: ποιότητα, επιλογή, επιστήμη και τεχνολογία, δημοσιονομική βιωσιμότητα. Στις παραπάνω τέσσερις διαστάσεις υπάρχουν 12 θεμελιώδη δομικά συστήματα και τα οποία εξετάζονται<sup>22</sup>. Κάθε στοιχείο αποτελείται από μέτρα που προέρχονται από διάφορες πηγές δεδομένων που σταθμίζονται για να παράγουν βαθμολογίες για τις τέσσερις διαστάσεις οι οποίες με τη σειρά τους δίνουν την τελική κατάταξη της κάθε χώρας. Για τον υπολογισμό των τυποποιημένων βαθμολογιών χρησιμοποιούνται οι παρακάτω δυο τύποι:

- i. Για το μέτρο όπου η μεγαλύτερη τιμή αποτυπώνει την καλύτερη απόδοση χρησιμοποιείται ο τύπος:

---

<sup>21</sup> <https://freopp.org/>

<sup>22</sup> Στη διάσταση της ποιότητας εξετάζονται τα στοιχεία: Μέτρα ασθένειας που μπορεί να προληφθεί (50%), φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (35%) και υποδομές (15%). Στη διάσταση της επιλογής εξετάζονται τα στοιχεία: Προσιτότητα ασφάλισης υγείας (30%), ελευθερία επιλογής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (40%) και πρόσβαση σε νέες θεραπείες (30%). Στη διάσταση επιστήμη και τεχνολογία εξετάζονται τα στοιχεία: ιατρικές προόδους (35%), επιστημονικές ανακαλύψεις (45%) και ψηφιοποίηση υγείας (20%). Στη διάσταση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας εξετάζονται τα στοιχεία: εθνική φερεγγυότητα (40%), δαπάνες δημόσιας υγείας (40%) και αύξηση των δαπανών για την υγεία (20%).

$$stdscore_x = 100 \times \frac{measure_{max} - measure_x}{measure_{max} - measure_{min}}$$

Όπου το μέτρο (χ) αποτυπώνει τα αρχικά δεδομένα για κάθε χώρα και το stdscore (x) αντιπροσωπεύει την υπολογισμένη βαθμολογία της εξεταζόμενης χώρας.

Όταν υπάρχει περιστασιακά μια χαμηλότερη τιμή για ένα μέτρο το 100 αφαιρείται από τον τύπο που είχε προηγουμένα υπολογιστεί:

$$stdscore_x^{low} = 100 - stdscore_x$$

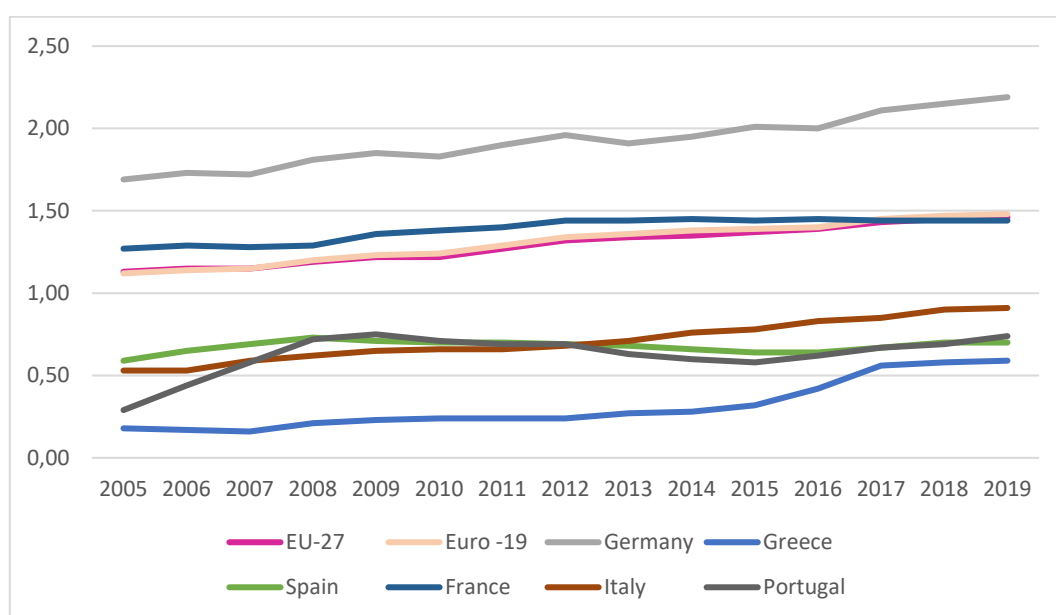
Με βάση τους παραπάνω υπολογισμούς, η Ελλάδα στην καινοτομία της υγειονομικής περίθαλψης κατέλαβε το 2021 την 26<sup>η</sup> θέση στην ανάλυση WIHI του FREOPP. Κατέγραψε κακές επιδόσεις στις διαστάσεις της ποιότητας, της επιστήμης και της τεχνολογίας και της δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν ότι ο ακαθάριστος σχηματισμός πάγιου κεφαλαίου στο σύνολο της υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας αντιπροσωπεύει μόνο το 0,1%-0,2% του ΑΕΠ τα τελευταία δέκα χρόνια. Να σημειωθεί ότι συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες για υποδομές, μηχανήματα και προϊόντα που καλύπτονται από συγκεκριμένη πνευματική ιδιοκτησία, που σημαίνει ότι είναι στενά συνδεδεμένα με αποτελέσματα καινοτομίας και έρευνας και ανάπτυξης (E&A). Αυτό στην πράξη σημαίνει ότι η θέση της Ελλάδας τοποθετείται σε χαμηλότερη θέση ακόμη και από χώρες όπως η Λετονία, η Εσθονία και η Ουγγαρία.

### 5.2.2 Δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη

Επειδή η E&A είναι βασικές κινητήριες δυνάμεις της καινοτομίας οι δαπάνες για E&A αποτελούν σε όλο τον κόσμο καθοριστικό δείκτη των πόρων που διατίθενται σε επιστήμη και τεχνολογία (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, 2019). Η ΕΕ προωθεί συνεχώς και την E&A και την καινοτομία με συγκεκριμένες πολιτικές ιδιαίτερα μετά τη συνθήκη της Λισσαβόνας έχοντας θέση ως στόχο το 2020 να φτάσουν οι δαπάνες E&A στο 3% του ευρωπαϊκού ΑΕΠ, με 1% στις δημόσιες επενδύσεις και 2% στις ιδιωτικές επενδύσεις, στόχοι που δεν καλύφθηκαν ιδιαίτερα λόγω της οικονομικής κρίσης του 2008 (Βουτσινάς κ.ά., 2016). Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό πίνακα αποτελεσμάτων καινοτομίας (2021), η Ελλάδα είναι μέτρια καινοτόμος, με τις δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη (E & A) στον επιχειρηματικό τομέα την τελευταία δεκαετία να κυμαίνονται μεταξύ 15% και 42% του μέσου όρου της ΕΕ. Η οικονομική κρίση του 2008 και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 μαζί με άλλους παράγοντες έχουν οδηγήσει την Ελλάδα και άλλες χώρες της περιφέρειας του ευρώ να διαμορφώνουν μέτριες ως κακές επιδόσεις στις δαπάνες για E&A, όταν μάλιστα η επούλωση των πληγών των κρίσεων απαιτούσε ακριβώς το αντίστροφο αφού η συμβολή της E&A στην οικονομική ανάπτυξη είναι καθοριστική (Apostolopoulos et al, 2022b). Βέβαια η οικονομική κρίση του 2008 και η υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19 είναι ένας από τους πολλούς παράγοντες που κράτησαν χαμηλά στην Ελλάδα τη χρηματοδότηση για την καινοτομία και για την E&A που είναι κύριος παράγοντας διαμόρφωσης καινοτόμων δράσεων. Το συμπέρασμα, όμως, που προκύπτει από τη

μελέτη της πορείας στη διάχυση των τεχνολογιών και της οικονομίας είναι ότι η Ελλάδα παρουσιάζει υστέρηση συγκριτικά με άλλες χώρες (Λιαργκόβας, 2019). Επίσης από τη μελέτη των χρηματοδοτήσεων για E&A για όλες τις δραστηριότητες αλλά και για τον τομέα υγείας ειδικότερα η Ελλάδα βρίσκεται στην κατάταξη των δαπανών των χωρών της ευρωζώνης σε θέση υστέρησης αν και από το 2014 και μετά παρουσιάζει βελτιωτικές τάσεις. Ανοδική πορεία παρουσιάζουν και οι χρηματοδοτήσεις τα τελευταία χρόνια από τις ίδιες τις επιχειρήσεις για E&A. Το διάγραμμα 3 αποτυπώνει τις δαπάνες για E&A στο συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ την περίοδο 2005-2019 των κρατών-μελών της ΕΕ: Ελλάδας, Γερμανίας, Ιταλίας, Ισπανίας, Γαλλίας και Πορτογαλίας. Επίσης αποτυπώνει το μέσο όρο των EU-28 και των EU-19.

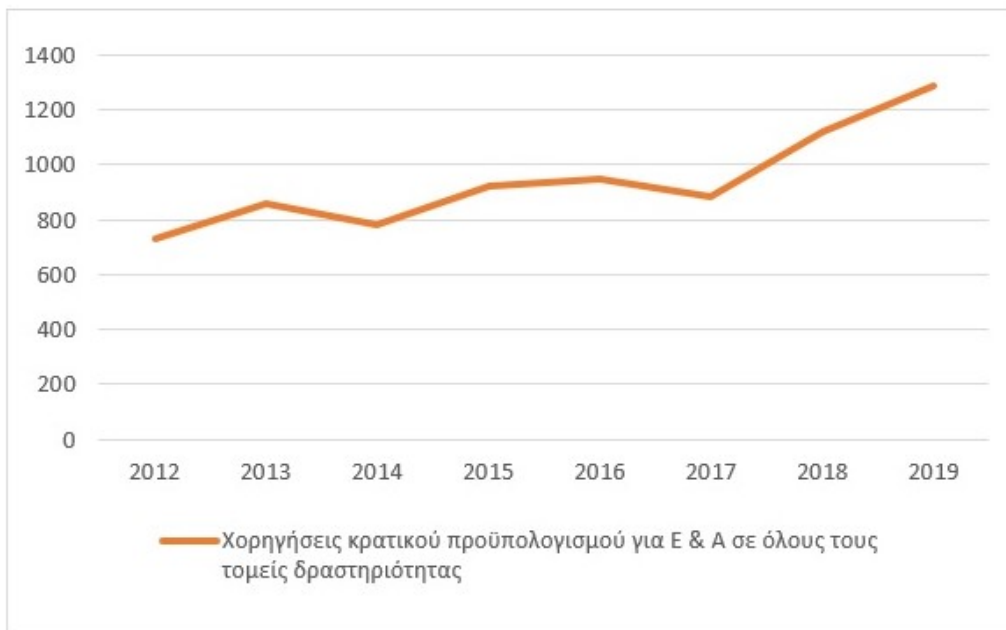
Διάγραμμα 3: Δαπάνες για E&A στο συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ (2005-2019)



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από Eurostat και OECD

Παρόλο που η κυβερνητική υποστήριξη για επιχειρηματική E&A, διπλασιάστηκε από 15% σε σχέση με την ΕΕ το 2014, σε 29,7% το 2021, εξακολουθεί να είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης του COVID-19, όταν απαιτείται περισσότερη υποστήριξη ειδικά για τους παρόχους υγείας. Οι χορηγήσεις του κρατικού προϋπολογισμού E&A για το σύνολο των δραστηριοτήτων παρουσιάζει συνεχή ανοδική πορεία ιδιαίτερα μετά από το 2014 (Διάγραμμα 4). Σε εκατομμύρια ευρώ από 731,94 το 2012 έφτασε στα 1.288,44 το 2018, είχε δηλαδή μια ανοδική πορεία της τάξεως του 73,03%.

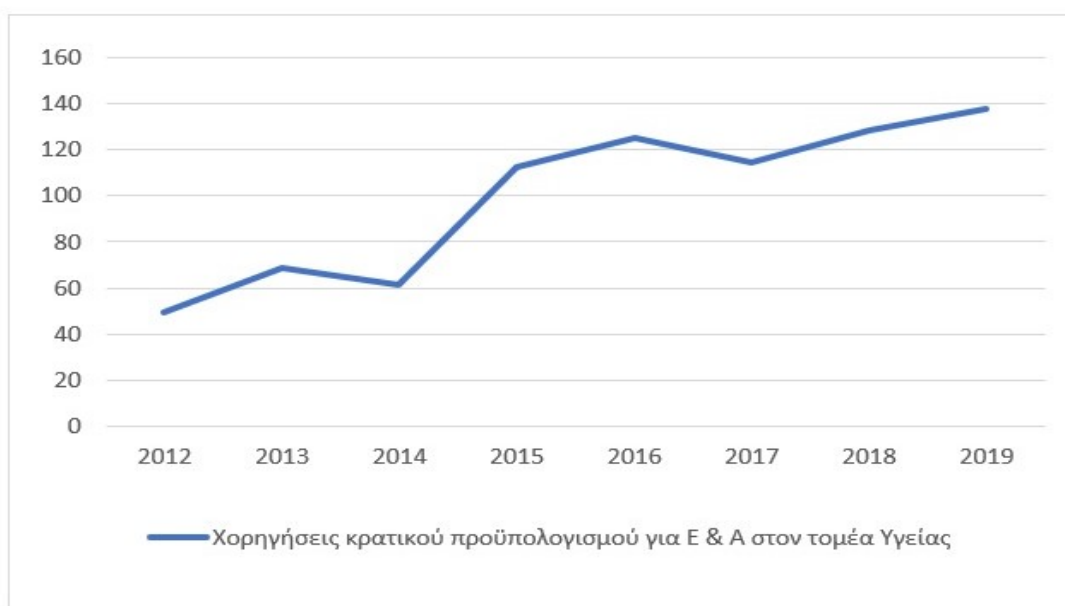
Διάγραμμα 4: Κρατικές πιστώσεις προϋπολογισμού για E&A για το σύνολο των δραστηριοτήτων την περίοδο 2012-2018



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από Eurostat και OECD

Αυτή η ανοδική τάση είναι πιο έντονη για τις χορηγήσεις του προϋπολογισμού για E&A στον τομέα υγείας την περίοδο 2012-2018 όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 5. Σε εκατομμύρια ευρώ από 49,29 το 2012 έφτασε στα 137,98 το 2018, είχε δηλαδή μια ανοδική πορεία της τάξεως του 179,94%.

Διάγραμμα 5: Κρατικές πιστώσεις προϋπολογισμού για E&A για τον τομέα υγείας την περίοδο 2012-2018



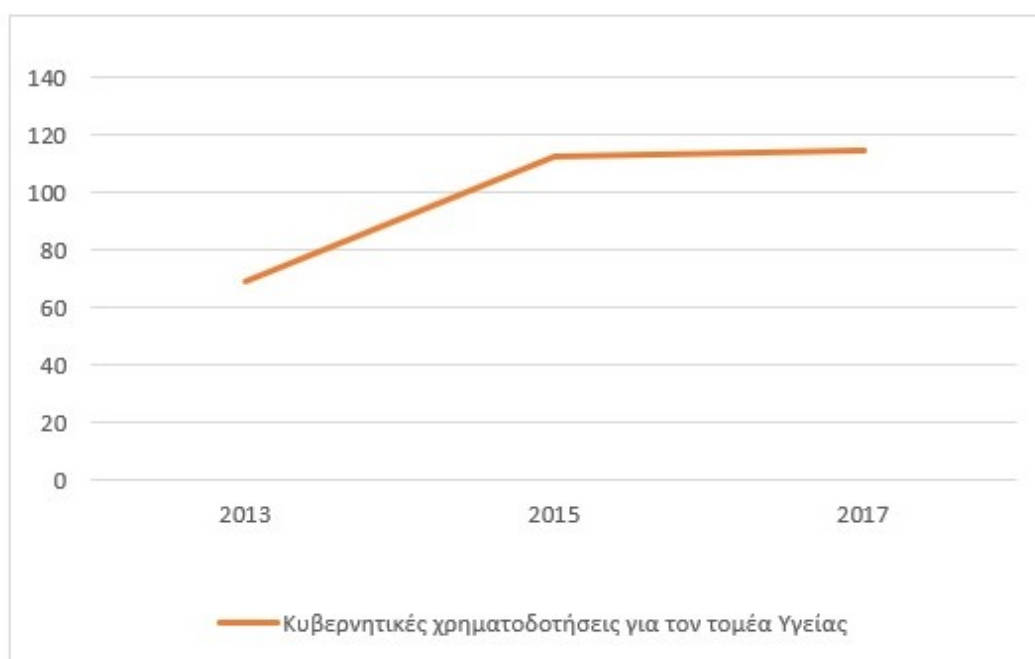
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από Eurostat και OECD



Από το 2013 έως και το 2015 είχαμε ανοδική πορεία και στις δαπάνες για E&A που προέρχονταν από το κράτος με κατεύθυνση την ανθρώπινη υγεία και τις κοινωνικές δραστηριότητες εργασίας. Από το 2015 έως το 2018 έχουμε μια πιο ευθύγραμμη πορεία. Σε εκατομμύρια ευρώ από 68,97 που ήταν το 2013 διαμορφώθηκαν σε 112,27 το 2015 και σε 114,82 το 2017. Πραγματοποιήθηκε μια αύξηση από το 2013 έως το 2017 της τάξεως του 66,48 (Διάγραμμα 6).

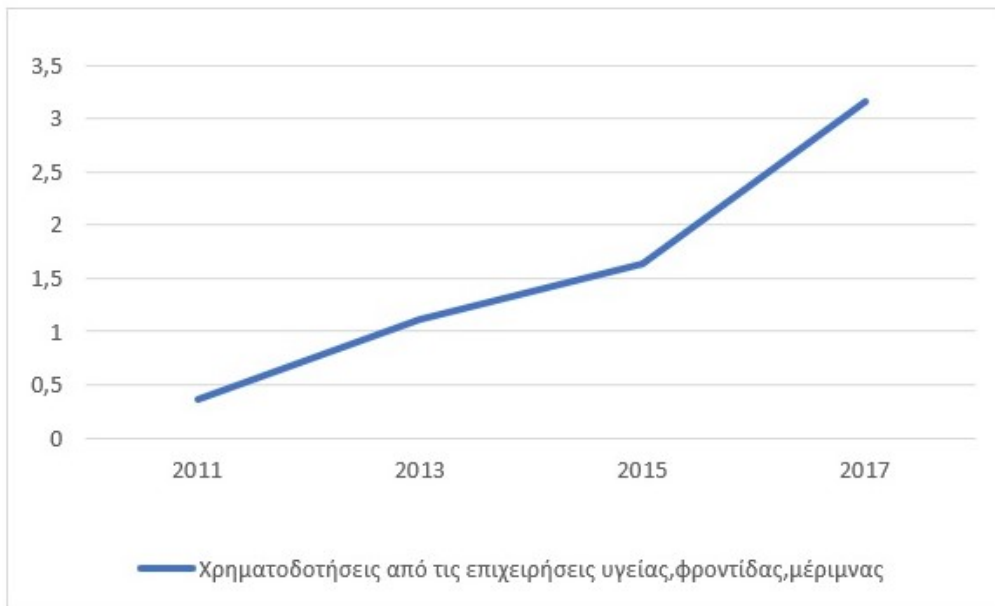
Μεγάλη ανοδική πορεία έχουμε και στις δαπάνες για E&A που προερχόταν από τις επιχειρήσεις την περίοδο 2011-2017. Σε εκατομμύρια ευρώ από 0,357 το 2011 έφτασε στα 3,16 το 2017, είχε δηλαδή μια ανοδική πορεία της τάξεως του 777,78% (Διάγραμμα 7). Την τριετία 2015-2017 σε εκατομμύρια ευρώ από 1,64 το 2015 έφτασε στα 3,16 το 2017, είχε δηλαδή μια ανοδική πορεία της τάξεως του 92,68%. Αντίθετα η τετραετία 2011-2015 είχε ανοδική πορεία της τάξεως του 355,56%.

Διάγραμμα 6: Κρατικές δαπάνες για E&A με κατεύθυνση την ανθρώπινη υγεία και τις κοινωνικές δραστηριότητες εργασίας (2013-2017)



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από Eurostat και OECD

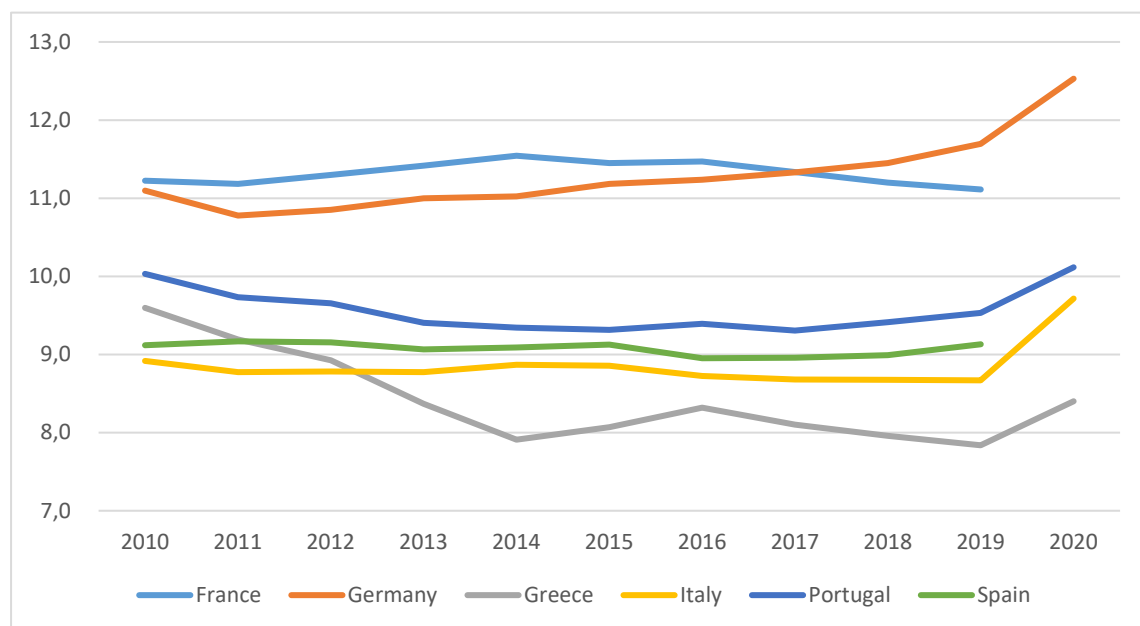
Διάγραμμα 7: Δαπάνες προερχόμενες από τις επιχειρήσεις για E&A με κατεύθυνση την ανθρώπινη υγεία και τις κοινωνικές δραστηριότητες εργασίας (2011-2017).



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από Eurostat και OECD

Βέβαια και οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα που διαμορφώθηκαν το 2021 σε 8,4% του ΑΕΠ βρίσκονται χαμηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ που είναι 9,5%. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας και οι φόροι παρέχουν περίπου το 60 % της χρηματοδότησης του συστήματος, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το υπόλοιπο 40 %. Το διάγραμμα 8 απεικονίζει τις τρέχουσες δαπάνες του τομέα υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ την περίοδο 2010-2020.

Διάγραμμα 8: Τρέχουσες δαπάνες του τομέα υγείας σε ποσοστό ΑΕΠ



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από Eurostat και OECD

### **5.3 Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο και ο καινοτόμος σχεδιασμός**

Ελάχιστα στοιχεία από έρευνες υπάρχουν για την καινοτομία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας που εδρεύουν στην ελληνική ύπαιθρο. Ελάχιστα, επίσης, στοιχεία υπάρχουν και για τις απόψεις των επιχειρηματιών του συγκεκριμένου τομέα που δραστηριοποιούνται στην ελληνική ύπαιθρο για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά την εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων τη στιγμή μάλιστα που οι επιχειρηματίες είναι παράγοντες της αγοράς και διαμορφώνουν το περιβάλλον της. Έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμη και οι καλύτερες των καινοτομιών μπορούν να μη δώσουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα αν το περιβάλλον και η αγορά δεν είναι έτοιμες να τις εγκρίνει (Varkey et al, 2008). Η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2022b) που πραγματοποιήθηκε στις επιχειρήσεις υγείας της ελληνικής υπαίθρου έδειξε ότι οι επιχειρηματίες του τομέα αυτού δεν είναι αρνητικοί στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων και όσοι το προσπάθησαν είναι θετικά τα αποτελέσματα. Ταυτόχρονα η παραπάνω έρευνα έδειξε ότι υπάρχουν εμπόδια και αδυναμίες στην εφαρμογή των καινοτόμων σχεδίων μεταξύ των οποίων αποτυπώθηκαν τα αυστηρά πρωτόκολλα που έχουν επιβληθεί από το νομικό πλαίσιο της χώρας, η μη ολοκλήρωση της ψηφιακής μετάβασης ιδιαίτερα με τους φορείς που συνεργάζονται όπως το δημόσιο και οι ασφαλιστικοί φορείς καθώς και οι φραγμοί που επιβλήθηκαν με τους μηχανισμούς «clawback» και «rebate» στις επιχειρήσεις τους, υποχρεώνοντάς τους να προβούν σε απομείωση των απαιτήσεών τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

### **5.4. Κοινωνική επιχειρηματικότητα και καινοτομία στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα**

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις, όλο και περισσότερο, παρέχουν καινοτόμες λύσεις για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων προβλημάτων (Margolis & Walsh, 2003). Το ίδιο ισχύει και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας (Huster et al, 2017). Η κοινωνική επιχειρηματικότητα έχει αναδειχθεί σε βασικό μοχλό προώθησης των θεμάτων υγείας και μέριμνας μέσα από έναν εναλλακτικό τρόπο αντιμετώπισης των αναγκών του πολίτη στα θέματα υγείας (Catford, 1998). Παράλληλα η καινοτομία στον τομέα της υγείας και της περίθαλψης μέσω της εφαρμογής καινοτόμων σχεδίων που αξιοποίησαν και την τεχνολογία, ιδιαίτερα την ψηφιακή, δημιούργησαν επιχειρηματικά μοντέλα που παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας που μεταβάλλουν τις παραδοσιακές δομές υγείας (Κακούρης, 2010; Πιερράκος, 2008). Ιδιαίτερα η ύπαιθρος μπορεί να λειτουργήσει ως ερέθισμα κοινωνικής καινοτομίας, λόγω της ιδιαιτερότητάς της, γιατί σύμφωνα με τους (Steiner et al, 2021) το πλαίσιο της υπαίθρου επηρεάζει τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη της αποτελεσματικής κοινωνικής καινοτομίας. Κι αυτό είναι σημαντικό γιατί στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρατηρείται περιορισμένη παρουσία στην ύπαιθρο υπηρεσιών περίθαλψης (Farmer & Nimegeer, 2014), κάτι που δημιουργεί κοινωνικό αποκλεισμό (Shucksmith, 2004). Η προώθηση της κοινωνικής καινοτομίας στην ύπαιθρο μπορεί να αυξήσει την αυτοδυναμία και τη βιωσιμότητα των κοινοτήτων της (Dodgson et al, 2011; Goldenberg et al, 2009)

δημιουργώντας μια πιο δίκαιη, αποτελεσματική και βιώσιμη κοινωνία (Castro-Arce & Vanclay, 2020). Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της υγείας, αλλά χρειάζονται υποστηρικτικά περιβάλλοντα προκειμένου να καινοτομήσουν (Windrum & Koch, 2008; Kramer, 2005; Catford, 1998). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις λόγω της ευελιξίας που διαθέτουν, του προσανατολισμού τους και του κοινωνικού χαρακτήρα τους, υιοθετούν πιο εύκολα μια θετική στάση για την καινοτομία σε σχέση με τις ιδιωτικές επιχειρηματικές δράσεις που είναι συνυφασμένες οι αλλαγές τους με μεγάλα κεφάλαια και ανάληψη επιχειρηματικών κινδύνων (Οικονόμου, 2016). Οι κοινωνικές καινοτομίες αποσκοπούν μεταξύ των άλλων να προσεγγίσουν και να δώσουν καινοτόμες λύσεις σε προβλήματα όπως η υγεία, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, η στήριξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, η κοινωνική προστασία και η τοπική ανάπτυξη (Clarence, 2014; Kleinert & Horton, 2013). Εξάλλου οι κοινωνικές επιχειρήσεις προωθούν όλο και περισσότερο τις δράσεις τους στο να αυξήσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν προβλήματα δημόσιας υγείας και ευημερίας (Kelly et al, 2019) καλύπτοντας έτσι κενά που αφήνει το δημόσιο και ο ιδιωτικός τομέας (Henderson et al, 2020) και σε αυτή την προώθηση των κοινωνικών επιχειρήσεων η κοινωνική καινοτομία μπορεί να γίνει προωθητική δύναμη (Richter, 2019; Anderson & Lent, 2019). Όσο πιο πολύ οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι κοινωνικά ενσωματωμένες σε μια περιοχή, τόσο είναι ικανές να προωθήσουν καινοτόμα σχέδια και αυτό ισχύει και για τις απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου (Richter, 2019). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις, σύμφωνα με τους Ramani et al (2017), είναι οι νέοι φορείς των συστημάτων υγείας που εστιάζουν τον κοινωνικό αντίκτυπο στην καινοτομία αφού η ζήτηση για καινοτομίες στήριξης ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων είναι ζωτικής σημασίας. Τα τελευταία χρόνια όλο και πιο ισχυρή γίνεται η καινοτομία υπέρ των φτωχών, μέσω των κοινωνικών επιχειρήσεων, για προϊόντα και υπηρεσίες που καλύπτουν βασικές ανάγκες τους όπως η υγειονομική περίθαλψη (Mendoza & Thelen, 2008). Καινοτόμες πρωτοβουλίες που αναπτύχθηκαν στην ύπαιθρο σε τομείς όπως η υγειονομική περίθαλψη (Best & Myers, 2019) στήριξαν την τοπική ανάπτυξη (Corpus et al, 2017). Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της καινοτομίας στις αγροτικές περιοχές (Jungsberg et al, 2020; Richter, 2019).

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 6.1. Εισαγωγή

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάς πολλές έρευνες που ασχολούνται με τους εξωτερικούς παράγοντες της επιχειρηματικότητας. Σύμφωνα με τους Raco & Tanop, (2014) λίγες είναι οι έρευνες που ασχολούνται με τις εμπειρίες των ίδιων των επιχειρηματιών όταν μάλιστα η ουσία της επιχειρηματικότητας αναδύεται από τους ίδιους τους επιχειρηματίες, τις εμπειρίες τους και την οπτική που διαμορφώνει τη στάση και τη δράση τους. Η επιχειρηματικότητα στον τομέα υγείας στην ύπαιθρο είναι ένα θέμα που δεν έχει μέχρι σήμερα απασχολήσει συστηματικά τους ερευνητές. Τα χαρακτηριστικά της υπαίθρου, οι ανάγκες των ανθρώπων της υπαίθρου για υγεία-φροντίδα-μέριμνα και οι επενδύσεις στον τομέα αυτό από επιχειρηματικά κεφάλαια είναι ένα θέμα που πρέπει να φωτιστεί πολύπλευρα και αυτό επιδιώκει η παρούσα έρευνα της διδακτορικής διατριβής για την ελληνική περίπτωση.

Στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώνεται η ερευνητική μας φιλοσοφία, η μεθοδολογία που ακολουθήσαμε, ο καθορισμός του δείγματος και οι στρατηγικές, ο χρόνος και ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας, η επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων και το σκεπτικό μας πίσω από κάθε επιλογή. Ταυτόχρονα αποτυπώνονται τα ηθικά πρωτόκολλα που ακολουθήσαμε στη διεξαγωγή της ερευνάς μας.

#### 6.2. Ερευνητικός στόχος και επιμέρους στόχοι

Στην Ελλάδα έχουμε αρκετές έρευνες που ασχολούνται με το εθνικό σύστημα υγείας, με την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την κατάσταση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με τις κρατικές και ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις του συστήματος υγείας και κοινωνικής μέριμνας, με την περίθαλψη την περίοδο της οικονομικής κρίσης, με τον κύκλο του χρήματος στον χώρο της υγείας, με τις περικοπές της χρηματοδότησης την περίοδο της κρίσης, με τον ιατρικό τουρισμό κ.ά. οι οποίες έχουν διαφορετικό ερευνητικό προσανατολισμό απ' αυτό που εστιάστηκε η παρούσα διδακτορική διατριβή<sup>23</sup>. Οι μέχρι τώρα έρευνες κινούνται σε δυο άξονες. Στον άξονα των ερευνών που ασχολούνται με τη διοίκηση των μονάδων υγείας και τον άξονα των ερευνών που ασχολούνται με τα οικονομικά της υγείας. Αυτή η έρευνα για πρώτη φορά

---

<sup>23</sup> Ενδεικτικά αναφέρουμε έξι έρευνες που αφορούν θέματα υγείας και περίθαλψης στην Ελλάδα: Η έρευνα των Chatzaras & Yfantopoulos (2018) ερευνά τις περικοπές χρηματοδότησης και τα μέτρα επιβάρυνσης στους ασθενείς την περίοδο της κρίσης. Η έρευνα του Challoumis (2019) εξετάζει τον κύκλο του χρήματος στον χώρο της υγείας, η έρευνα των Sarantopoulos, Vicky & Geitona (2014) που εξετάζει τον ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα. Η έρευνα των Siskou et al (2009) που εξετάζει το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και των φορέων παροχής και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που την διαμορφώνουν καθώς και τις μελλοντικές τάσεις. Η έρευνα των Ifanti et al (2013) που εξετάζει τον αντίκτυπο στις πολιτικές προώθησης της υγείας στην Ελλάδα την περίοδο της κρίσης. Η έρευνα Entzeridou, Markopoulou, Mollaki (2018) που ερευνά προσδοκίες και ανησυχίες των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας για το ηλεκτρονικό αρχείο υγείας.

στην Ελλάδα εστιάζει στην επιχειρηματικότητα (ιδιωτική και κοινωνική) που αναπτύσσεται στην ελληνική ύπαιθρο της ηπειρωτικής Ελλάδας. Η μόνη έρευνα με αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η έρευνα των Apostolopoulos, et al (2018) που εξετάζει αν η στήριξη των κοινωνικών επιχειρήσεων στην ελληνική ύπαιθρο στα χρόνια της οικονομικής και νομισματικής κρίσης του 2009 έχει οδηγήσει σε ανθεκτικά οικονομικά συστήματα. Η έρευνα αποτύπωσε στοιχεία που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων και με τις μετασχηματιστικές δυνατότητες. Στο δείγμα υπήρχαν και εξετάστηκαν διάφορες κοινωνικές επιχειρήσεις μεταξύ των οποίων ήταν και επτά του τομέα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς και αυτή η έρευνα δεν εστιάζεται στο σύνολο των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας που λειτουργούν στην περιφέρεια παρά μόνο στις κοινωνικές επιχειρήσεις και αυτές ενταγμένες για εξέταση σε ένα ευρύτερο σύνολο κοινωνικών επιχειρήσεων με διαφορετικά απασχολούμενα αντικείμενα.

Η παρούσα πρόταση διδακτορικής διατριβής έλαβε υπόψη της πριν διαμορφώσει και πριν οριστικοποιήσει τον κεντρικό ερευνητικό στόχο και τους επιμέρους στόχους και την έρευνα των Farmer et al (2012a) που στηρίχθηκε στις ερευνητικές εμπειρίες τριών «γενεών» ερευνητών της υγείας στην ύπαιθρο και ερεύνησε πώς η περιφέρεια επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ερευνητές προσεγγίζουν και διεξάγουν την έρευνά τους και ερμηνεύουν τα ευρήματά τους. Με βάση τον κεντρικό στόχο που είναι το πώς η ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα αναπτύσσεται στην ελληνική ύπαιθρο, πώς συνδέεται με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και ποιες τάσεις-προκλήσεις-προοπτικές διαμορφώνονται η παρούσα έρευνα στοχεύει να συνεισφέρει προτείνοντας στρατηγικές και πολιτικές για την ενίσχυση της επιχειρηματικότητας του συγκεκριμένου τομέα στην ελληνική ύπαιθρο. Πάνω στον κεντρικό στόχο διαμορφώθηκαν πέντε άξονες με επί μέρους στόχους (RQ-βλέπε Πίνακα 3) στους οποίους στηρίχθηκε το πλαίσιο ερωτήσεων των ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

1. Ανάπτυξη και λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο (στόχοι, σχεδιασμοί, επιλογές, εμπόδια και προβλήματα)
2. Χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξης και πρόσβαση σε αυτά
3. Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την κοινότητα, τους πολίτες και την ανάπτυξη κοινωνικών στόχων
4. Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου και τις ιδιαιτερότητες της υπαίθρου
5. Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις

Πίνακας 3: Ερευνητικός στόχος και επιμέρους στόχοι

<p><b>RQ:</b> Πώς η ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα στην υγεία-φροντίδα-μέριμνα αναπτύσσεται στην ελληνική ύπαιθρο, πώς συνδέεται με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και ποιες τάσεις-προκλήσεις-προοπτικές διαμορφώνονται</p>
---

## **ROs**

*Ανάπτυξη και λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο (στόχοι, σχεδιασμοί, επιλογές, εμπόδια και προβλήματα).*

- Ο σκοπός της επιχείρησης και τα κίνητρα που οδήγησαν στη δημιουργία της επιχείρησης μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα
- Τι προϋπήρχε στην περιοχή πριν από την ίδρυση της επιχείρησης, πώς οι κάτοικοι κάλυπταν τις ανάγκες τους και αν η επιχείρηση κάλυψε κενό που είχε δημιουργηθεί πριν από την οικονομική κρίση του 2008
- Οι επιχειρηματικές δραστηριότητες και δεξιότητες που θεωρούνται απαραίτητες στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας
- Η μακροχρόνια διατήρηση σημαντικών υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική περιφέρεια σε σχέση με τους στόχους της επιχείρησης
- Ο σχεδιασμός της επιχείρησης (Αν υπάρχει αρχικό ολοκληρωμένο σχέδιο ή υπάρχει πειραματισμός για να εξεταστεί τι λειτουργεί καλύτερα στα θέματα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην περιοχή και ανάλογα να λειτουργήσει η επιχείρηση)
- Επαφές/δίκτυα για την υποστήριξη των δραστηριοτήτων στην ύπαιθρο

*Χρηματοδοτικά εργαλεία στήριξης και πρόσβαση σε αυτά*

- Πόροι-χρηματοδοτικά εργαλεία-πρόσβαση σε αυτά

*Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την κοινότητα, τους πολίτες και την ανάπτυξη κοινωνικών στόχων*

- Οι κάτοικοι και η κοινότητα σε σχέση με τη λειτουργία της επιχείρησης
- Οι κοινωνικοί στόχοι και πόσο η επιχείρηση καθοδηγείται από αυτούς.
- Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τους κατοίκους και την παραμονή αυτών στην ύπαιθρο (Αν οι επιχειρήσεις αυτές συμβάλλουν στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση και αν η λειτουργία των επιχειρήσεων αυτών κάνει την περιοχή ελκυστική και ασφαλή σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη)
- Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με το προσωπικό τους, την υποστήριξη της κοινότητας

*Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου και τις ιδιαιτερότητες της υπαίθρου*

- Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τη συμβολή τους στην τοπική και περιφερειακή ανάπτυξη (εργασία, παροχή υπηρεσιών, ανθεκτικότητα στην ύφεση κ.ά.)
- Η παραπέρα ομαλή λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας σε σχέση με τις επικρατούσες συνθήκες

*Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις*

- Επιπτώσεις στις επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου από τις δημόσιες πολιτικές αντιμετώπισης των κρίσεων όπως του COVID-19
- Κρατική και Ευρωπαϊκή χρηματοδοτική υποστήριξη των επιχειρήσεων υγείας της υπαίθρου για αντιμετώπιση των συνεπειών από κρίσεις
- Τα μέτρα στήριξης σε σχέση με την υποστήριξη των επιχειρήσεων και την ενίσχυση της οικονομίας της υπαίθρου σε περιόδους κρίσεων και αν αυτά θεωρούνται ισχυρά από τον κόσμο των επιχειρήσεων

*Η επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων*

- Ανάπτυξη καινοτόμων ιδεών σε επίπεδο εξυπηρέτησης πολιτών
- Ανάπτυξη καινοτόμων ιδεών στη λειτουργικότητα των δομών της επιχείρησης
- Ανάπτυξη καινοτόμων ιδεών σε εγκαταστάσεις και τεχνολογία

- ο Ανάπτυξη καινοτόμων ιδεών σε κλινικό περιβάλλον
- ο Εμπόδια και αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων

### 6.3. Η ερευνητική φιλοσοφία και η επιλογή της φαινομενολογικής προσέγγισης

Η επιλογή μιας ερευνητικής διαδικασίας είναι μια δύσκολη επιλογή που χρειάζεται ένα υπόβαθρο ερευνητικών γνώσεων αφού η έρευνα σύμφωνα με τον Creswell (2014) είναι η τομή της φιλοσοφίας, των ερευνητικών σχεδίων και των συγκεκριμένων μεθόδων. Χρειάζεται βαθιά γνώση των θετικιστικών και φαινομενολογικών προσεγγίσεων (Aliyu et al, 2014; Davidsen, 2013; Straub et al, 2004; Cavaye, 1996) και τεκμηρίωση της επιλογής. Σύμφωνα με τους Holden & Lynch, (2004) η μεθοδολογική επιλογή πρέπει να είναι επακόλουθο της φιλοσοφικής στάσης του ερευνητή και του φαινομένου που πρέπει να ερευνηθεί. Ο μεθοδολογικός πλουραλισμός είναι μια αποδεκτή πρακτική, δεν είναι όμως αποδεκτός ο φιλοσοφικός πλουραλισμός (Κnox, 2004). Στην έρευνά μας έπρεπε να επιλέξουμε είτε τον δρόμο της θετικιστικής προσέγγισης (Donaldson, 1997) είτε τον δρόμο της φαινομενολογικής προσέγγισης (Byrne, 2001; Hallett, 1995). Βασικά δηλαδή διλήμματα στην ερευνητική φιλοσοφία με αναφορά στις πεποιθήσεις και τις υποθέσεις στην ανάπτυξη της γνώσης (Saunders & Bezzina, 2015). Η θετικιστική προσέγγιση θεωρεί ότι ο κοινωνικός κόσμος υπάρχει εξωτερικά και είναι απαραίτητο να μετρηθούν οι ιδιότητές του μέσω στόχων αφού ο φυσικός και ο κοινωνικός κόσμος λειτουργούν μέσα σε ένα πλαίσιο συγκεκριμένο με αυστηρούς κανόνες τους οποίους η επιστήμη προσπαθεί να ανακαλύψει με εμπειρικές ερευνητικές διαδικασίες (Burton-Jones & Lee, 2017; Easterby-Smith et al, 2012; Guba & Lincoln, 1998). Η φαινομενολογική προσέγγιση επικεντρώνεται στο πώς εμείς κατανοούμε τον κόσμο μέσω της εμπειρίας μας (Howell, 2012). Η κατανόηση των ανθρώπινων εμπειριών είναι η βάση της φαινομενολογικής προσέγγισης στην έρευνα όπως την εισήγαγε ο Γερμανός φιλόσοφος Husserl (Pringle et al, 2011). Οι Sages & Lundsten, (2009) ισχυρίζονται ότι ο ερευνητής συλλέγοντας ελεύθερα εκφρασμένες αφηγήσεις αποκτά πρόσβαση σε όλες τις πτυχές του θέματος με όλο τον πλούτο, την ατομική ιδιαιτερότητα και τα πολιτιστικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Στην παρούσα έρευνα επιλέξαμε την φαινομενολογική προσέγγιση για να ανιχνεύσουμε τις απόψεις των επιχειρηματιών του τομέα υγείας της ελληνικής υπαίθρου για όλα τα προαναφερόμενα και για δυο επιπλέον λόγους. Η φαινομενολογία είναι μια αναγνωρισμένη προσέγγιση διερευνητικών εμπειριών στην έρευνα της υγείας, της περίθαλψης και των θεμάτων που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας (Pringle et al, 2011; Norlyk & Harder, 2010; Thomas & Pollio, 2002; Whiting, 2001; Oiler, 1982). Επίσης χρησιμοποιείται στην επιχειρηματικότητα αφού αυτή μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το περιβάλλον που διαμορφώνει επιχειρηματικές ευκαιρίες και προκλήσεις (Al-Dajani et al, 2019; Cope, 2005). Σύμφωνα με Raco & Tanod, (2014) ο κόσμος και η πραγματικότητα έχουν νόημα μέσω του ατόμου που τα βιώνει, αφού αυτό το νόημα οδηγεί τον επιχειρηματία σε επιχειρηματικές δράσεις. Η φαινομενολογική προσέγγιση δεν είναι άνευ δυσκολιών αφού σύμφωνα με τους Pringle et al, (2011) πολλοί ερευνητές απέτυχαν να αντιμετωπίσουν το χάσμα ανάμεσα στη φιλοσοφική θεωρία και στην ερευνητική πρακτική καθώς και να αντιμετωπίσουν την



υπερβολική συμμετοχή στην μεθοδολογική ευαισθητοποίηση σε σχέση με την πρακτική και την πρόοδο του ερευνητικού έργου. Ο ερευνητής θα πρέπει να εμβαθύνει στη βιώσιμη εμπειρία του επιχειρηματικού κόσμου με μια ισορροπία και να τη χρησιμοποιήσει ως κύρια πηγή πληροφόρησης χωρίς την επίδραση των δικών του επιρροών και προκαταλήψεων (Raco & Tanod, 2014). Η ποιότητα στην ερευνητική φιλοσοφία απαιτεί μετάβαση από την έννοια της εγκυρότητας ως αποτέλεσμα στην επικύρωση της διαδικασίας (Leitch et al, 2010).

Με βάση τα παραπάνω στόχος της έρευνάς μας είναι να ανιχνεύσουμε μέσω φαινομενολογικών προσεγγίσεων τις απόψεις των επιχειρηματιών του τομέα υγείας που έχουν επενδύσει σε επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο για μια σειρά πτυχών για αυτές τις επενδύσεις.

#### 6.4. Το ερευνητικό παράδειγμα

Για την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνάς μας λάβαμε υπόψη μας το ερευνητικό παράδειγμα όπως πρώτος το χρησιμοποίησε ο Kuhn ως μια ερευνητική κουλτούρα πεποιθήσεων, αξιών και υποθέσεων που έχουν διαμορφώσει οι ερευνητές σε σχέση με τη φύση και τη διεξαγωγή της έρευνάς τους (Wray, 2011). Επίσης, λάβαμε υπόψη μας και τα διλήμματα που προκύπτουν στην προσπάθεια αποσαφήνισης της φιλοσοφίας, του παραδείγματος και της μεταθεωρίας (Sefotho, 2015). Σύμφωνα με τους Guba & Lincoln, (1998) και van der Walt, (2020) τέσσερα μεγάλα παραδείγματα ως ερευνητικές μέθοδοι έχουν διαμορφωθεί και είναι ο θετικισμός (positivism), ο μεταθετικισμός (post-positivism), η κριτική θεωρία (critical theory) και ο ερμηνευτισμός/κονστρουκτιβισμός (interpretivism/constructivism). Οι Denzin & Lincoln, (2005) έδειξαν ότι μια έρευνα πρέπει να στηρίζεται στις έννοιες της οντολογίας, της επιστημολογίας και της μεθοδολογίας. Εδώ οι ερευνητές καλούνται να απαντήσουν σύμφωνα με τον Ζάχο (2010):

- i. Στο αιτιολογικό ερώτημα: ποια είναι η φύση της πραγματικότητας και τι είναι δυνατόν να γνωστοποιηθεί γι' αυτή,
- ii. Στο επιστημολογικό ερώτημα: ποια η σχέση μεταξύ του ερευνητή και αυτού που μπορεί να μάθει καθώς και τι να μάθει και
- iii. Στο μεθοδολογικό ερώτημα: πώς μπορεί ο ερευνητής να ανακαλύψει αυτό που πιστεύει ότι μπορεί να μάθει.

Σύμφωνα με τον Krauss (2005) η οντολογία περιέχει τη φιλοσοφία της πραγματικότητας, η επιστημολογία μας καθοδηγεί και μας κατευθύνει στον τρόπο να γνωρίσουμε αυτή την πραγματικότητα και η μεθοδολογία μας παρέχει τα απαιτούμενα εργαλεία που χρειαζόμαστε για να αποκτήσουμε τη γνώση. Αυτό σημαίνει ότι η οντολογία και η επιστημολογία επηρεάζουν την ερευνητική μεθοδολογία και αυτό γίνεται οδηγός στην επιλογή του ερευνητικού σχεδιασμού (Tuli, 2010; Neuman, 2003; Popkewitz et al, 1979).

Οι θετικιστές θεωρούν ότι η πραγματικότητα αποτυπώνεται αντικειμενικά και είναι μια μετρήσιμη κατάσταση (Samy & Robertson, 2017; Gray & Milne, 2015; van den Hoonaard, 2014). Για τους θετικιστές η πραγματικότητα μπορεί να γενικευθεί σε ευρύτερους πληθυσμούς και ο ερευνητής με τον συμμετέχοντα στην έρευνα είναι

ανεξάρτητες οντότητες γι' αυτό και δίνεται η δυνατότητα, ο συμμετέχων και το θέμα, να μπορούν να μελετηθούν από τον ερευνητή αντικειμενικά και χωρίς αλληλοεπηρεασμούς (Scotland, 2012; Ponterotto, 2005). Για τους θετικιστές η κοινωνική και η φυσική πραγματικότητα είναι αληθινή και η κοινωνική πραγματικότητα διέπεται από μια κανονικότητα που διατηρείται στο χρόνο (Ζάχος, 2010). Για τους μετα-θετικιστές υπάρχει η αληθινή πραγματικότητα αλλά αυτή η πραγματικότητα μπορεί να μετρηθεί ατελώς που σημαίνει ότι ο ερευνητής μπορεί να έχει κάποια επιρροή σε αυτό που ερευνά (Ponterotto, 2005). Ο μετα-θετικισμός χρησιμοποιεί διάφορα μέσα προκειμένου να φωτίσει και να εξετάσει το φαινόμενο με σαφήνεια, εξακολουθεί, όμως, να πιστεύει στην ανυπαρξία καθολικής αλήθειας και συνεπώς η έρευνα είναι γι' αυτούς μια προσπάθεια να εξερευνήσει ένα φαινόμενο όσο το δυνατόν μπορεί περισσότερο (Panhwar et al, 2017). Τόσο τα θετικά όσο και τα μετα-θετικά παραδείγματα απαιτούν μια ερευνητική μεθοδολογία που τείνει περισσότερο σε ποσοτική παρά σε ποιοτική διερεύνηση και χρησιμοποιεί συχνά πειράματα, έρευνες και στατιστικά στοιχεία για να δοκιμάσει υποθέσεις μέσω εμπειρικής ανάλυσης (Ponterotto, 2002; Neuman, 2000; Lincoln & Guba, 2000).

Για την κριτική θεωρία η πραγματικότητα δημιουργείται και ταυτόχρονα διαμορφώνεται από κοινωνικές, πολιτικές, πολιτιστικές, οικονομικές και άλλες δυνάμεις που έχουν διαμορφωθεί στην πάροδο του χρόνου σε κοινωνικές δομές (Denzin & Lincoln, 2008; Guba & Lincoln, 1994). Το ίδιο συμβαίνει και με τη διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας η οποία δεν παραμένει αμετάβλητη (Ζάχος, 2010). Η κριτική θεωρία παρέχει περιγραφικές και κανονιστικές βάσεις για την έρευνα στοχεύοντας στη μείωση της κυριαρχίας και στην αύξηση της ελευθερίας (Bohman, 2005). Χαρακτηριστικό της κριτικής θεωρίας είναι η επιμονή της στον αυτοπροβληματισμό για τον τρόπο εξαγωγής της γνώσης σε συγκεκριμένο πλαίσιο (Devetak, 2005). Τα παραδείγματα της κριτικής θεωρίας είναι παραδείγματα ποιοτικής φύσεως αλλά και ποσοτικής και οι ερευνητές χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μεθόδους για να συλλέξουν τα δεδομένα (Ζάχος, 2010). Πολλοί, όμως, ερευνητές ισχυρίζονται ότι το παράδειγμα της κριτικής θεωρίας είναι κυρίως παραδείγματα ποιοτικής φύσεως και χρειάζονται ποιοτικές έρευνες για τη συγκέντρωση των στοιχείων (van der Walt, 2020; Levi-Sanchez & Tourpin, 2014; Williams & Morrow, 2009)

Για τον ερμηνευτισμό/κονστρουκτιβισμό η αλήθεια δεν υπάρχει σε κάποιο εξωτερικό κόσμο αλλά δημιουργείται από τις αλληλοεπιδράσεις του θέματος με τον κόσμο (Guba & Lincoln, 1994). Οι ερευνητές που ασπάζονται αυτό το παράδειγμα θεωρούν ανθρώπινη κατασκευή την κοινωνική πραγματικότητα (Ζάχος, 2010). Ο ερευνητής που επιλέγει τον ερμηνευτισμό/κονστρουκτιβισμό ως ερευνητική μέθοδο πρέπει να μπορεί να εκτιμά την κατάσταση των δεδομένων και των γεγονότων και να έχει βαθιά γνώση των διαφόρων θεωρητικών σκέψεων που περιβάλλουν τη μέθοδο καθώς και τις ιστορικοφιλοσοφικές απόψεις (van der Walt, 2020). Η δυναμική αλληλεπίδραση που διαμορφώνεται ανάμεσα στον ερευνητή και στον συμμετέχοντα στην έρευνα είναι κορυφαίο, κεντρικό ζήτημα για την ερμηνεία της εμπειρίας του συμμετέχοντα (Ponterotto, 2005).

Τα παραδείγματα της κριτικής θεωρίας και του ερμηνευτισμού/ κονστρουκτιβισμού είναι παραδείγματα ποιοτικής φύσεως και χρειάζονται ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους με συνεντεύξεις, συζητήσεις και παρατήρηση συμμετεχόντων (van der Walt, 2020;

Levi-Sanchez & Toupin, 2014; Williams & Morrow, 2009). Στην περίπτωση αυτή ο ερευνητής οφείλει να αποσαφηνίσει το αντιληπτικό περίγραμμα όταν θελήσει να πραγματοποιήσει ποιοτική έρευνα, επιλέγοντας είτε το κριτικό αντιληπτικό περίγραμμα είτε το ερμηνευτικό (Μαντζούκας, 2007). Ταυτόχρονα πρέπει να διευκρινίσει πώς αυτός αντιλαμβάνεται το φαινόμενο που εξετάζει γιατί αν ο ερευνητής δεν έχει μελετήσει και δεν έχει γνώση του φαινομένου που επιθυμεί να εξετάσει, τότε δε θα μπορέσει να ερμηνεύσει τα λεγόμενα των συμμετεχόντων (Bryne, 2001; Chesney, 2000; Clandinin, 1998). Βασικό στοιχείο της κριτικής θεωρίας είναι η πίστη σε μια δομημένη εμπειρία και ότι η γνώση είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και επηρεάζεται από τις υπάρχουσες σχέσεις εξουσίας μέσα στην κοινωνία (Kemmis et al, 2013; Scotland, 2012).

Το παράδειγμα του ερμηνευτισμού/ κονστρουκτιβισμού καλύπτει και την παρούσα έρευνα που επιδιώκει την αποτύπωση των εμπειριών των επιχειρηματιών για τις επενδύσεις τους σε δομές υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Με βάση τους στόχους της παρούσας έρευνας όπως αναλύθηκαν στο πρώτο μέρος και με δεδομένο όσα αναφέρθηκαν για τα αντιληπτικά περιγράμματα επιλέξαμε το ερμηνευτικό περίγραμμα που σημαίνει σε βάθος κατανόηση και ερμηνεία των προσωπικών αντιλήψεων, πεποιθήσεων και εμπειριών των επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Με βάση το ερμηνευτικό αντιληπτικό περίγραμμα διαμορφώσαμε και το πλαίσιο των ερευνητικών ερωτήσεών μας προς τους επιχειρηματίες των μονάδων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Λάβαμε υπόψη μας στην ερευνά μας όλα τα παραπάνω γιατί το ερευνητικό παράδειγμα που εξετάζει τη φιλοσοφική διάσταση ενός συνόλου θεμελιωδών υποθέσεων και πεποιθήσεων που έχουν να κάνουν με το πώς αντιλαμβάνονται τον κόσμο είναι η βάση του πλαισίου σκέψης που καθοδηγεί τη συμπεριφορά του ερευνητή (Wahyuni, 2012; Jonker & Pennink, 2010). Σε όσες έρευνες τα φιλοσοφικά υπόβαθρα δεν αναδειχθήκαν αυτό επηρέασε την πρακτική της έρευνας (Wahyuni, 2012).

## 6.5. Ερευνητικές μέθοδοι-επιλογή μεθόδου

Η συζήτηση για την επιλογή ερευνητικών μεθόδων συνδέεται άμεσα με παραδοχές που συσχετίζονται με την οντολογία, την επιστημολογία και την ανθρώπινη φύση (Morgan & Smircich, 1980). Οι ποσοτικές αντιλήψεις εγκυρότητας και αξιοπιστίας είναι ακατάλληλες για την αξιοποίηση της ποιοτικής έρευνας αφού τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση πρέπει να είναι κατάλληλα για το ερευνητικό παράδειγμα, δηλαδή ποσοτικές ή ποιοτικές (Horsburgh, 2003). Δεν πρέπει να υπάρχει αντίφαση ανάμεσα στο αντιληπτικό περίγραμμα και στην ερευνητική προσέγγιση (Mantzoukas, 2005). Η επιλογή μας, για τους λόγους που προαναφέραμε, της φαινομενολογικής προσέγγισης για την ανίχνευση των απόψεων των επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου καθώς και η επιλογή του ερμηνευτικού περιγράμματος που σημαίνει σε βάθος κατανόηση και ερμηνεία των προσωπικών αντιλήψεων, πεποιθήσεων και εμπειριών των επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, μας κατευθύνει στην επιλογή της ποιοτικής έρευνας. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκουμε να εκπληρωθεί το κριτήριο που απαιτεί την αλληλουχία

με τη διαδοχή το επόμενο βήμα να είναι η συνέχεια του προηγούμενου ερευνητικού μας βηματισμού (Μαντζούκας, 2003).

Η ποιοτική έρευνα είναι αυτή που στοχεύει στην ανάπτυξη της κατανόησης του νοήματος και της εμπειρίας των ανθρώπων (Fossey et al, 2002). Από την άλλη πλευρά η επισκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η έρευνα για θέματα επιχειρηματικότητας στερείται μεθοδολογικής ποικιλομορφίας και ότι τις δυο τελευταίες δεκαετίες πραγματοποιούνται πολλές ποιοτικές έρευνες για θέματα επιχειρηματικότητας ενώ για πολλά χρόνια η πλειοψηφία ήταν ποσοτικές έρευνες (Wiklund et al, 2011; Neergard & Ulhøi, 2007; Gartner & Birley, 2002; Ucbasaran et al., 2001). Αυτή η μετατόπιση για τη εξέταση θεμάτων επιχειρηματικότητας από ποσοτικές έρευνες σε ποιοτικές έρευνες οφείλεται και στην αδυναμία των ποσοτικών ερευνών να δώσουν ορισμένες φορές ερευνητικές απαντήσεις σε πτυχές της επιχειρηματικότητας που σχετίζονται με την ίδια τη φύση της επιχειρηματικότητας (Gartner & Birley, 2002). Η ποσοτική έρευνα αδυνατεί να φωτίσει και να κατανοήσει σε βάθος τις προσωπικές αντιλήψεις, θέσεις, απόψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες προσώπων, όπως είναι τα πρόσωπα που ασχολούνται με την επιχειρηματικότητα, αναφορικά με το φαινόμενο της έρευνας (Parahoo, 2006; Mantzoukas, 2004; Sarantakos, 1998). Επίσης αδυνατεί να εντοπίσει απρόβλεπτους παράγοντες που μπορεί να υποκρύπτονται με ορατό κίνδυνο να χαθεί ο πλούτος των δεδομένων που παρέχουν οι ίδιοι οι επιχειρηματίες (Ali & Birley, 1999). Αντίθετα η ποιοτική έρευνα δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να αναπτύξει μια φαινομενολογική προσέγγιση και κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων στο δικό τους πλαίσιο (Krauss, 2005). Ταυτόχρονα η ποιοτική έρευνα είναι μια προσέγγιση παρά ένα σύνολο τεχνικών και η καταλληλότητα της απορρέει από τη φύση του κοινωνικού φαινομένου που πρέπει να διερευνηθεί (Morgan & Smircich, 1980). Μπορεί η ποιοτική έρευνα να μη χρησιμοποιεί μαθηματικές προσεγγίσεις και αναλύσεις έχει όμως τη δυνατότητα να ανιχνεύσει και να αποτυπώσει τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα και να ερμηνεύσει τη στάση τους, τη συμπεριφορά τους, τα αισθήματά τους, τις επιδιώξεις τους και τα κίνητρά τους (Μαντζούκας, 2007). Επίσης, η ποιοτική έρευνα θεωρείται κατάλληλη στα θέματα επιχειρηματικότητας γιατί προσεγγίζει και κατανοεί τα μοναδικά, ευμετάβλητα και φυσικά χαρακτηριστικά (Van Burg et al, 2020). Βασικό στοιχείο της ποιοτικής έρευνας είναι η επιδίωξη της αξιολόγησης της εμπειρίας, του νοήματος και της ερμηνείας (Tuli, 2010) κάτι που και εμείς επιδιώκουμε στην ανίχνευση των επόψεων των επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας για τα επιχειρηματικά εμπόδια, τις δυσκολίες και τα προβλήματα στην ανάπτυξη των επιχειρηματικών δράσεων τους στην ελληνική ύπαιθρο. Η ποιοτική έρευνα πέρα από το γεγονός της θετικής συμβολής της στην ποικιλομορφία των θεμάτων της επιχειρηματικότητας, προωθεί πλούσιες και νέες ιδέες για το επιχειρηματικό φαινόμενο (Javadian et al, 2020), αποσαφηνίζει και εξηγεί την πολυπλοκότητα του φαινομένου (Neergaard & Ulhøi, 2007), αναλύει σε βάθος την επιχειρηματική δραστηριότητα (Drakopoulou-Dodd et al, 2014) και δίνει έμφαση στις έννοιες, στις εμπειρίες και στις απόψεις των συμμετεχόντων (Al-Busaidi, 2008). Η ποιοτική έρευνα είναι σημαντική στην ανάπτυξη θεωριών σχετικά με τα αναδυόμενα φαινόμενα όπως η τομεακή επιχειρηματικότητα, η κοινή οικονομία, η λιτή επιχειρηματική εκκίνηση, η εναλλακτική χρηματοδότηση και η ψηφιακή επιχειρηματικότητα (Shepherd & Gruber, 2020; Nambisan et al, 2019; Li et al, 2019; De Massis et al, 2018; Short et al, 2017). Επειδή η επιχειρηματικότητα είναι ένας

ετερογενής τομέας με μεγάλες διαφορές στον τύπο και στη δραστηριότητα, όπου οι επιχειρηματίες αντιμετωπίζουν συχνά διαφορετικές συνθήκες και λειτουργούν με διαφορετικούς τρόπους, η ποιοτική έρευνα διαθέτει το πλεονέκτημα της μεγέθυνσης των λεπτομερειών των διαφόρων περιπτώσεων και τη δημιουργία σε βάθος κατανόησής τους φωτίζοντας τρόπους που οι επιχειρηματίες μπορούν να αντιμετωπίσουν με κατάλληλους όρους τις δυσκολίες (Welter et al, 2017; Davidsson, 2016; Dolmans, 2014). Λόγω του γεγονότος ότι επιχειρηματικές προσπάθειες συχνά μεταβάλλονται και οι επιχειρηματίες ενεργούν σε περιβάλλοντα αβεβαιότητας, η ποιοτική έρευνα έχει τη δυνατότητα να φωτίσει τους διάφορους τύπους επιχειρηματικών προσπαθειών που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις επιχειρηματικές διαδικασίες (Kirtley & O'Mahony, 2020; McKelvie et al, 2011; McMullen & Shepherd, 2006). Η ποιοτική έρευνα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε μελέτη πτυχών της επιχειρηματικότητας που είναι δύσκολο να μετρηθούν όπως οι καθημερινές συμπεριφορές, η επιχειρηματική ταυτότητα, η οικογενειακή ενσωμάτωση στην επιχειρηματική λειτουργία, η επιμονή, τα αισθήματα (Van Burg et al, 2020; Welter et al, 2017).

Η ποιοτική έρευνα στα θέματα επιχειρηματικότητας δεν είναι άνευ εμποδίων και προκλήσεων. Η ποιοτική έρευνα δεν ταιριάζει στην εξέταση όλων των πτυχών της επιχειρηματικότητας καθώς υπάρχουν διαφορετικοί τύποι φαινομένων ή και διαφορετικές οντολογικές υποθέσεις (Van Burg et al, 2020). Παρουσιάζονται εμπόδια όταν οι ερευνητές χρησιμοποιούν περιορισμένο αριθμό κυρίαρχων προτύπων για την ποιοτική έρευνα (Köhler et al, 2019; Baker et al, 2017; Eisenhardt, et al, 2016). Τα πρότυπα οδηγούν πολλάκις τους ερευνητές να ακολουθούν συγκεκριμένες διαδρομές αγνοώντας το εύρος των προσεγγίσεων που δίνει η ποιοτική έρευνα και τέλος υπάρχει ασάφεια για ποια χαρακτηριστικά και θεωρίες που σχετίζονται με την επιχειρηματικότητα ταιριάζουν σε ποιοτικές προσεγγίσεις (Van Burg et al, 2020). Σύμφωνα με τους Popay et al, (1998), παρά την αναγνώριση για ποιοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις στις έρευνες που αφορούν θέματα υγείας, υπάρχει έλλειμμα καθορισμού προτύπων για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι και για τα θέματα υγείας-φροντίδας-μέριμνας χρησιμοποιούνται ευρέως ποιοτικές προσεγγίσεις (Morse, 2012; Pope & Mays, 2006; DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Higgins, 1998; Morse, 1992). Η ποιοτική έρευνα εφαρμόζεται και στον τομέα των επιχειρήσεων υγείας και μάλιστα θεωρείται αποτελεσματική (Sharma et al., 2020; Matthews-Trigg et al., 2019; Dieckmann et al 2012). Έχουν διαμορφωθεί τρία αλληλένδετα κριτήρια που εξασφαλίζουν μια καλή ποιοτική έρευνα για τα θέματα υγείας και περίθαλψης (κυρίως για υπηρεσίες υγείας) που είναι η ερμηνεία του υποκειμενικού νοήματος, η περιγραφή του κοινωνικού πλαισίου και η προσοχή στη γνώση (Popay, et al, 1998). Σύμφωνα με τους Pope et al, (2002) η ποιοτική έρευνα προσφέρει μεγάλες δυνατότητες για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τον τρόπο βελτίωσης θεμάτων που άπτονται της περίθαλψης. Στα θέματα υγείας η ποιοτική έρευνα παρουσιάζει μεγαλύτερη ευελιξία σε σχέση με την ποσοτική, χρειάζεται, όμως, οι ερευνητές να την έχουν μελετήσει επαρκώς (Γαλάνης, 2017). Οι Smith et al, (2009) ισχυρίζονται ότι οι εννοιολογικές ισχυρές ποιοτικές παραδόσεις παράγουν διακριτά ερευνητικά ευρήματα που φωτίζουν πολύπλευρά το οργανωτικό πλαίσιο και τη συμπεριφορά των υπευθύνων λήψης αποφάσεων και ότι θα πρέπει να επιδιώκεται συχνότερη χρήση τους από τους ερευνητές ιδιαίτερα όταν εξετάζουν θέματα οικονομικών της υγείας. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ποιοτική έρευνα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε θέματα

που σχετίζονται με την υγεία-φροντίδα-μέριμνα και με την επιχειρηματική δράση σε αυτούς τους τομείς γι' αυτό και στην παρούσα έρευνα επιλέξαμε την ποιοτική έναντι της ποσοτικής.

#### **6.6. Συγκέντρωση ποιοτικών δεδομένων μέσω συνεντεύξεων. Επιλογή του είδους της συνέντευξης.**

Για τη δημιουργία ποιοτικών δεδομένων οι σε βάθος ατομικές συνεντεύξεις συλλογής δεδομένων θεωρούνται από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους (McCracken, 1988). Ο ερευνητής καλείται σε αυτή την περίπτωση να επιλέξει ανάμεσα στις δομημένες συνεντεύξεις, στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις και στις μη δομημένες συνεντεύξεις που η κάθε μια έχει τις δικές της δυνατότητες αλλά και τα δικά της χαρακτηριστικά και τις δικές της ιδιαιτερότητες (Jamshed, 2014; DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Στις δομημένες συνεντεύξεις ο ερευνητής ζητάει από τον ερωτώμενο να απαντήσει σε ερωτήματα για το φαινόμενο που ερευνά μέσα όμως από προκαθορισμένες ερωτήσεις που έχουν συγκεκριμένο αριθμό και συγκεκριμένο περιεχόμενο (Φίλιας, 1993). Η δομημένη συνέντευξη ελέγχεται πλήρως από τον ερευνητή και δίνει ελάχιστα περιθώρια στον ερωτώμενο να είναι ευέλικτος και απλός στις απαντήσεις του και φυσικά ο ερευνητής δεν πρέπει να συμφωνήσει, να διαφωνήσει ή να προτείνει απάντηση (Stuckey, 2013). Σύμφωνα με τον Robson, (2002) η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων είναι ίσως η μόνη ουσιαστική διαφορά από ένα ερωτηματολόγιο δειγματοληπτικής έρευνας βασισμένο σε συνεντεύξεις. Σε όλους τους συμμετέχοντες γίνονται οι ίδιες ερωτήσεις, με την ίδια σειρά και με την ίδια διατύπωση χωρίς περιθώρια για ερωτήσεις παρακολούθησης σε απαντήσεις που απαιτούν περαιτέρω εμβάθυνση με εξηγήσεις ή διευκρινήσεις (Gill et al, 2008). Η χρήση της πλήρους δομημένης συνέντευξης γίνεται πολύ περιορισμένα στις ποιοτικές έρευνες γιατί αδυνατεί να δώσει τη δυνατότητα άντλησης των στοιχείων που αναζητούνται (Γαλάνης, 2017) αλλά είναι ευνοϊκές για ποσοτικά δεδομένα (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα όταν ο ερευνητής επιθυμεί τη συλλογή ποιοτικών ανοιχτών δεδομένων, όταν στοχεύει να διερευνήσει σκέψεις, συναισθήματα, πεποιθήσεις, απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα και όταν σκοπεύει να εμβαθύνει σε προσωπικά και ευαίσθητα θέματα (DeJonckheere & Vaughn, 2019). Σύμφωνα με τους Lincoln & Guba, (1985) οι ερευνητές που χρησιμοποιούν ημι-δομημένες συνεντεύξεις έχουν τη δυνατότητα να συλλέξουν νέα διευρυμένα δεδομένα, να τριγωνίσουν άλλες πηγές δεδομένων ή να επικυρώσουν τα ευρήματα μέσω ελέγχου των μελών. Σε θέματα επιχειρηματικότητας χρησιμοποιούνται με μεγαλύτερη συχνότητα οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις γιατί παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευελιξία και έχουν τη δυνατότητα να διεισδύσουν σε πτυχές της επιχειρηματικής δράσης που δύσκολα φωτίζονται (Creswell & Poth, 2016; Qu & Dumay, 2011) καθώς να διεισδύσουν και στην κατανόηση των αντιλήψεων και των στάσεων των επιχειρηματιών που αβίαστα αφηγούνται τις εμπειρίες τους και τις απόψεις τους σε σχέση με το εξεταζόμενο φαινόμενο (Smith et al, 1995). Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις συμβάλλουν στην αντικειμενικότητα και στην αξιοπιστία του εξεταζόμενου φαινομένου (DeJonckheere & Vaughn, 2019; Kallio et al, 2016) αφού δημιουργούν ένα ευέλικτο πλαίσιο συζήτησης (Patton, 1990). Επίσης, αποτελούν

κατάλληλη επιλογή για τη συλλογή λεπτομερών πληροφοριών όσο αναφορά το είδος και τον αντίκτυπο των δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων στις μη αστικές περιοχές (Steiner & Atterton, 2015). Η ημι-δομημένη σε βάθος συνέντευξη θεωρείται σύμφωνα με τους DeJonckheere & Vaughn, (2019) η πιο συχνή ποιοτική πηγή δεδομένων στην έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας και ότι η ημι-δομημένη συνέντευξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ερευνητές σε διάφορες πτυχές του χώρου της υγείας με μικρούς συγκριτικά πόρους. Σύμφωνα με τους Kallio et al, (2016) ένας οδηγός ημι-δομημένης συνέντευξης πρέπει να περιλαμβάνει πέντε στάδια. Το στάδιο του προσδιορισμού των προϋποθέσεων για να χρησιμοποιηθεί η ημι-δομημένη συνέντευξη. Το στάδιο της ανάκτησης και χρήσης προηγούμενων γνώσεων. Το στάδιο της διατύπωσης ενός προκαταρκτικού ημι-δομημένου οδηγού συνέντευξης. Το στάδιο της πιλοτικής δοκιμής του οδηγού συνέντευξης. Το στάδιο της αποτύπωσης του πλήρους οδηγού της ημι-δομημένης συνέντευξης.

Οι μη δομημένες συνεντεύξεις δεν αντικατοπτρίζουν προκαταρκτικές θεωρίες ή ιδέες και η εκτέλεσή τους πραγματοποιείται χωρίς καμία οργάνωση (May, 1991), είναι χρονοβόρες και η χρήση τους πραγματοποιείται, συνήθως, όπου δεν είναι τίποτα γνωστό για την περιοχή του εξεταζόμενου θέματος (Gill et al, 2008). Στο παρελθόν έχει παρατηρηθεί σε διάφορες μελέτες που έκαναν χρήση μη δομημένων συνεντεύξεων να παρουσιάζουν προβλήματα εγκυρότητας (Dana et al, 2013; DeVaul et al, 1987; Carroll et al, 1982; Milstein et al, 1981). Πάντως οι μη δομημένες συνεντεύξεις προτείνονται για τη διεξαγωγή μακροχρόνιας επιτόπιας εργασίας και δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εκφραστούν με το δικό τους τρόπο και με το δικό τους ρυθμό (Jamshed, 2014; Corbin & Morse, 2003). Οι Adhabi & Anozie, (2017) θεωρούν ότι οι μη δομημένες συνεντεύξεις ανεξάρτητα από την παράτυπη δομή τους εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό εργαλείο συλλογής δεδομένων.

Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά των συνεντεύξεων επιλέξαμε για την παρούσα ποιοτική έρευνα την ημι-δομημένη συνέντευξη αφού αυτή και με βάση τη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα στα θέματα επιχειρηματικότητας με εγκυρότητα και αξιοπιστία (Creswell & Poth, 2016; Qu & Dumay, 2011). Ακολουθήσαμε την πορεία των πέντε σταδίων όπως τα περιγράφει ο οδηγός στην έρευνα των Kallio et al, (2016).

Στην πρώτη φάση προσδιορίσαμε τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για τη χρήση της ημι-δομημένης συνέντευξης με στόχο να αξιολογηθεί η καταλληλότητα της ημι-δομημένης συνέντευξης ως αυστηρή μέθοδο συλλογής των δεδομένων που θέλουμε να ανιχνεύσουμε από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δραστηριοποιούνται στην ελληνική ύπαιθρο σε σχέση πάντα με τις επιλεγμένες ερωτήσεις. Φροντίσαμε να είμαστε σε θέση να προσδιορίσουμε περιοχές του φαινομένου της επιχειρηματικότητας του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας με βάση προηγούμενες γνώσεις και πρακτικές. Διαπιστώθηκε ότι σε σχέση με το ερευνητικό μας θέμα η ημι-δομημένη μέθοδος ήταν κατάλληλη για την ανίχνευση και μελέτη των απόψεων και των αντιλήψεων του επιχειρηματικού κόσμου.

Στη δεύτερη φάση ανακτήσαμε και χρησιμοποιήσαμε προηγούμενες γνώσεις που σχετίζονται με την επιχειρηματικότητα στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Οι προηγούμενες γνώσεις μας βοήθησαν να διαμορφώσουμε ένα προκαθορισμένο πλαίσιο που μας ήταν απαραίτητο για την ερευνά μας. Η κριτική αξιολόγηση των προηγούμενων γνώσεων μέσα από τη βιβλιογραφική επισκόπηση επικεντρώθηκε στο

σκοπό και στους στόχους της δικής μας έρευνας εμβαθύνοντας και στο θεωρητικό υπόβαθρο.

Στην τρίτη φάση διατυπώσαμε έναν προκαταρτικό οδηγό ημι-δομημένης συνέντευξης με στόχο να διαμορφωθεί στη συνέχεια ο οριστικός οδηγός ημι-δομημένης συνέντευξης μέσα στον οποίο να ενσωματωθούν προηγούμενες γνώσεις και να διαμορφωθεί στη βάση των θεματικών μας οι ερωτήσεις που θα απευθυνθούν στους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Είχαμε συνειδητοποιήσει ότι η ποιότητα του οδηγού συνέντευξης επηρεάζει και την εφαρμογή της συνέντευξης και την ανάλυση των δεδομένων που θα συλλέγαμε γι' αυτό και επιμείναμε σε αυτό το σημείο για να έχουμε τα καλύτερα αποτελέσματα. Αυτό εξάλλου έχει επισημανθεί και σε διάφορες έρευνες (Cridland et al, 2015; Rabionet, 2011; Krauss, et al, 2009). Στόχος μας ήταν να διαμορφώσουμε ένα θετικό κλίμα όπου οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα να ήταν αυθόρμητες, να αντικατοπτρίζουν τα συναισθήματα, τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων και ταυτόχρονα να φωτίζουν τις πτυχές της επιχειρηματικότητας. Ο ημι-δομημένος οδηγός διαμορφώθηκε σε δυο επίπεδα ερωτήσεων. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν τις θεματικές μας και τις ερωτήσεις παρακολούθησης. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τις θεματικές μας και στόχευαν στην ανάδυση των θεμάτων και των υποθεμάτων κάλυψαν το σύνολο του ερευνώμενου φαινομένου, ενθαρρύνοντας τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας να εκφραστούν ελεύθερα καταθέτοντας τις αντιλήψεις τους και τις εμπειρίες τους. Υπήρξε προοδευτικότητα στην κατάθεση των ερωτήσεων και προηγήθηκαν ερωτήσεις που δημιούργησαν ένα χαλαρό και φιλικό περιβάλλον. Φροντίσαμε να φωτιστεί επαρκώς όλο το φάσμα των θεματικών μας εισχωρώντας αβίαστα και στις πιο βαθιές πτυχές της επιχειρηματικής δράσης. Τελειώσαμε τη συζήτηση με ελαφρότερα θέματα όπως κάναμε και στην αρχή της συνέντευξης. Οι ερωτήσεις παρακολούθησης φροντίσαμε να είναι τέτοιας μορφής που να διευκολύνουν τη συνέντευξη και χρησιμοποιήθηκαν να βοηθήσουν τον συμμετέχοντα στην έρευνα επιχειρηματία να κατανοεί και να κατευθύνει τη συνομιλία μας στο ερευνητικό θέμα. Ήταν ερωτήσεις άλλοτε προσχεδιασμένες και άλλοτε αυθόρμητες με βάση τις απαντήσεις που λαμβάναμε κατά την ανίχνευση των απόψεων των επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Είχαν έτσι σχεδιαστεί που βοηθούσαν στη συνοχή και στη διατήρηση της ροής της συνέντευξης. Στόχευαν να ζητήσουν περισσότερες πληροφορίες και στοιχεία σε θέματα που αναδύονταν από τη συνέντευξη.

Στην τέταρτη φάση προχωρήσαμε στη δοκιμαστική εφαρμογή του προκαταρτικού οδηγού της ημι-δομημένης συνέντευξης με στόχο να επιβεβαιώσουμε τις δυνατότητες του και να εντοπιστούν αδυναμίες στην εφαρμογή του ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αναδιατυπώσεις. Η πιλοτική μας εφαρμογή ακολούθησε την εσωτερική δοκιμή, την αξιολόγηση και τη δοκιμή πεδίου. Με τις εσωτερικές δοκιμές συγκεντρώσαμε κρίσιμες πληροφορίες για τον οδηγό μας, διορθώσαμε ασάφειες και αδυναμίες στις ερωτήσεις. Καθορίσαμε και το μέσο όρο του χρόνου που απαιτείται για κάθε ημι-δομημένη συνέντευξη. Επίσης, διαπιστώσαμε την ανταπόκριση στους στόχους της μελέτης μας. Η αξιολόγηση δεν έγινε από ειδικούς εκτός ερευνητικής ομάδας όπως σε πολλές περιπτώσεις συνηθίζεται, αλλά πραγματοποιήθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή με την καθοδήγηση του επιβλέποντα της διδακτορικής διατριβής, μετά από πιλοτική εφαρμογή σε τέσσερις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Με την πιλοτική



εφαρμογή υπήρξε και αυτοαξιολόγηση αλλά και απόκτηση εμπειρίας. Η δοκιμή πεδίου μας έδωσε την δυνατότητα και της αξιολόγησης της συνέντευξης και την αυτοαξιολόγηση του ερευνητή. Διαπιστώσαμε ότι πράγματι οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις στη δοκιμή πεδίου προκάλεσαν την αφήγηση των εμπειριών και απόψεων του επιχειρηματικού κόσμου του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Όπου διαπιστώσαμε αδυναμίες προχωρήσαμε σε επαναδιατυπώσεις.

Στην πέμπτη φάση οριστικοποιήσαμε τον οδηγό της ημι-δομημένης συνέντευξης για τη συλλογή των δεδομένων. Ο τελικός οδηγός στον οποίο καταλήξαμε αντικατόπτριζε τις προηγούμενες φάσεις της διαδικασίας ανάπτυξης και ανταποκρινόταν στους στόχους μας ώστε στην εφαρμογή του να μας δώσει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

### 6.7. Καθορισμός του δείγματος και στρατηγικές

Το ερώτημα που τίθεται όταν επιλεγεί η ποιοτική μέθοδος και το ερευνητικό περίγραμμα πάνω στο οποίο αυτή θα βασιστεί είναι πώς ο ερευνητής θα καθορίσει το μέγεθος του δείγματος και ποια στρατηγική θα ακολουθήσει για να το επιλέξει (Burnard, 2004; Henry, 1990). Συχνά οι ποιοτικοί ερευνητές επικρίνονται για το ότι δε δικαιολογούν επαρκώς τις αποφάσεις τους για το μέγεθος του δείγματος στην ερευνά τους (Boddy, 2016), κάτι που δε θέλαμε να συμβεί στην παρούσα έρευνα. Οι Curtis et al (2000) θεωρούν ότι η κατανόηση της δειγματοληπτικής διαδικασίας στην ποιοτική έρευνα είναι θεμελιώδες ζήτημα για την εγκυρότητα της έρευνας. Σε κάθε περίπτωση το μέγεθος του δείγματος στις ποιοτικές έρευνες έχει αποτελέσει αντικείμενο διαρκών συζητήσεων (Vasileiou, et al, 2018; Morse, 2000; Sandelowski, 1995; Morse, 1995). Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το μέγεθος του δείγματος στις ποιοτικές έρευνες πρέπει να είναι μικρό ώστε να διατηρηθούν και να μη χαθούν τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά (Moser & Kostjens, 2018; Moser & Kostjens, 2017; Polit & Beck, 2017; Polit & Hungler, 1999). Σύμφωνα με τον Μαντζούκα (2007) ο ερευνητής στις ποιοτικές έρευνες δε στοχεύει το γενικό και αντικειμενικό αλλά το ειδικό και συγκεκριμένο, γι' αυτό και η ερευνητική ερώτηση στοχεύει την ποιότητα που σημαίνει ότι το δείγμα δε χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο αφού το μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί τους στόχους σε μια ποιοτική έρευνα. Αντίθετα, στο μεγάλο δείγμα είναι ορατός ο κίνδυνος να χαθούν τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά που αναζητά ο ερευνητής (Thompson, 1999). Στις ποιοτικές έρευνες ο καθορισμός του δείγματος στηρίζεται στους παράγοντες της καταλληλότητας και της επάρκειας (Morse & Field, 1996, Morse, 1994). Εξάλλου το δείγμα δεν είναι απαραίτητο να είναι αντιπροσωπευτικό αφού η ποιοτική έρευνα δεν στοχεύει στα γενικά αντικειμενικά χαρακτηριστικά αλλά στην σε βάθος κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών (Μαντζούκας, 2007). Ο Sandelowski, (1995) θεωρεί ότι ο προσδιορισμός του κατάλληλου μεγέθους δείγματος στις ποιοτικές έρευνες είναι ζήτημα κρίσης και εμπειρίας στην αξιολόγηση των πληροφοριών που συλλέγονται. Ένα βασικό ερώτημα που απασχολεί τον ερευνητή στις ποιοτικές έρευνες είναι αν ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να καθορίσει εκ των προτέρων το μέγεθος του δείγματος χωρίς να ακολουθήσει μια προσαρμοστική προσέγγιση που θα του δώσει το μήνυμα του κορεσμού. Ο Sim et al, (2018) θεωρεί ότι ο καθορισμός ενός ποιοτικού μεγέθους δείγματος a priori είναι μια εγγενής προβληματική προσέγγιση. Ο προσδιορισμός a priori έρχεται σε αντίθεση με την αρχή του κορεσμού αφού ο κορεσμός είναι απαραίτητο στοιχείο στην ποιοτική έρευνα και το μέγεθος του δείγματος προσδιορίζεται από αυτόν τον παράγοντα (Fusch, & Ness, 2015). Πολλές φορές

προσδιορισμός εκ των προτέρων δείγματος γίνεται για πρακτικούς κυρίως λόγους, ιδιαίτερα όταν η έρευνα χρηματοδοτείται, αλλά κι αυτό έχει επικριθεί γιατί εκ των προτέρων καθορισμός του δείγματος θεωρείται ασυμβίβαστη πρακτική για τις εννοιολογικές και μεθοδολογικές έννοιες που υποστηρίζουν την ποιοτική έρευνα (Sim et al, 2018). Ο κορεσμός επιτυγχάνεται όταν υπάρχουν ικανοποιητικές πληροφορίες που να καλύπτουν τις ανάγκες της έρευνας και δεν είναι πλέον εφικτή η παραπέρα δυνατότητα πρόσθετων νέων πληροφοριών (Fusch & Ness, 2015; O'reilly & Parker, 2013). Οι Malterud et al, (2016) προτείνουν αντί του κορεσμού την έννοια «Information Power» και θεωρούν ότι το μέγεθος του δείγματος με επαρκή ισχύ πληροφοριών εξαρτάται από πέντε παράγοντες που πρέπει να λαμβάνουν υπόψη οι ερευνητές. Τον στόχο της έρευνας, την ειδικότητα του δείγματος, τη χρήση καθιερωμένης θεωρίας, την ποιότητα του διαλόγου και τη στρατηγική ανάλυση. Ο Mason, (2010) που ερεύνησε το μέγεθος του δείγματος σε διδακτορικές διατριβές που χρησιμοποίησαν ποιοτικές συνεντεύξεις διαπίστωσε ότι η κατευθυντήρια γραμμή πρέπει να η έννοια του κορεσμού. Οι Crick & Crick, (2016) θεωρούν ότι στις ποιοτικές έρευνες η χρήση ενός μικρού δείγματος ή ακόμη και μεμονωμένες περιπτώσιολογικές περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απεικόνιση βασικών ζητημάτων. Αν και ο κορεσμός δεδομένων δεν αφορά αριθμούς, συνήθως ο κορεσμός επιτυγχάνεται σε χαμηλά συγκριτικά δείγματα τα οποία δε χρειάζεται να είναι μεγαλύτερα από εξήντα συμμετέχοντες (Mason, 2010; Charmaz, 2006; Morse, 1994). Τέλος, η έρευνα των Vasileiou, et al, (2018) που εξέτασαν το μέγεθος του δείγματος σε ποιοτικές έρευνες για τον τομέα υγείας για μια περίοδο δεκαπέντε ετών θεωρούν ότι χρειάζεται οι ποιοτικοί ερευνητές στην υγεία να είναι πιο διαφανείς σχετικά με τα αξιολογήσεις της επάρκειας του μεγέθους του δείγματος, να εξετάζουν με κριτικό τρόπο πώς οι παράμετροι κορεσμού που βρέθηκαν σε προηγούμενες μελέτες μπορούν να ενημερώσουν καλύτερα το δικό τους έργο και οι αξιολογήσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία στην ενθάρρυνση και υποστήριξη διαφανών αναφορών.

Με βάση τα παραπάνω στην παρούσα έρευνα δεν καθορίσαμε a priori το μέγεθος του δείγματος. Μια απλή εκτίμηση έγινε στην αρχή και το δείγμα οριστικοποιήθηκε όταν διαπιστώσαμε συνεχή επανάληψη των ίδιων δεδομένων από τους συμμετέχοντες, χωρίς να προσθέτουν νέα στοιχεία ή να φωτίζουν άλλες πτυχές της έρευνάς μας. Βασιστήκαμε στη θεωρία του κορεσμού. Αυτή ήταν η κατευθυντήρια γραμμή μας. Το μέγεθος του δείγματός μας διατηρήθηκε σε τέτοιο σημείο ώστε να μην απολεστούν τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά που αναζητούσαμε. Τα παραπάνω μας οδήγησαν για μεν τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που είναι και η συντριπτική πλειοψηφία σε σχέση με τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας να κρίνουμε σημείο κορεσμού πενήντα πέντε ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Για δε τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας, που στην Ελλάδα είναι πολύ λίγες, σημείο κορεσμού τις δώδεκα επιχειρήσεις. Το μέγεθος του δείγματος αυτού είναι μέσα στο πλαίσιο των προδιαγραφών όπως αποτυπώνονται στη βιβλιογραφία (Mason, 2010; Charmaz, 2006; Morse, 1994; Griffin & Hauser, 1993).

Ένα κομβικό σημείο στην έρευνά μας ήταν η επιλογή του τρόπου εντοπισμού του δείγματός μας. Στην ποιοτική έρευνα στον τομέα υγείας, σύμφωνα με τον Γαλάνη (2017), οι συχνότερες στρατηγικές για τον εντοπισμό του δείγματος χωρίς πιθανότητα είναι η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling), η δειγματοληψία με προκαθορισμένα ποσοστά (quota sampling) και η δειγματοληψία με τη μορφή χιονοστιβάδας (snowball sampling).

Η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) εμπεριέχει τη δειγματοληψία μη πιθανότητας από την οποία είναι και γνωστή (Farrokhi & Mahmoudi-Hamidabad, 2012). Σε αυτού του είδους τη στρατηγική ο ερευνητής συγκεντρώνει το δείγμα του

από άτομα που με ευκολία προσεγγίζονται και έχουν διάθεση να συμμετάσχουν στην έρευνα (Miles et al, 2018; Denzin & Lincoln, 2011; Mack, 2005; Luborsky & Rubinstein, 1995). Ένα δείγμα ευκολίας λαμβάνεται από μια ομάδα ανθρώπων που είναι εύκολη η επαφή ή η προσέγγισή της (Saunders et al, 2012). Η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται ευρέως στις ποιοτικές έρευνες στον τομέα της υγείας γιατί είναι μια εξαιρετικά απλή, ταχεία, εύκολη και με μικρό κόστος μέθοδος εντοπισμού του δείγματος (Γαλάνης, 2017). Λόγω της γρήγορης διαδικασίας σε σχέση με τη συλλογή στοιχείων, μέσω της εφαρμογής αυτής της μεθόδου, μπορεί ο ερευνητής να απομονώσει τις αυξανόμενες τάσεις (Given, 2008). Ένας από τους λόγους που η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται συχνότερα οφείλεται και στα πλεονεκτήματα που παρέχει, όπως το γεγονός ότι ενισχύει την εξοικονόμηση χρόνου ενώ παράλληλα είναι οικονομικά αποδοτική, καθιστώντας την μια ελκυστική επιλογή για τους περισσότερους ερευνητές (Henry, 1990).

Η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling) χρησιμοποιείται κυρίως από τους ερευνητές όταν η έρευνά τους απαιτεί να συμπεριλάβει συμμετέχοντες με ειδικά αυστηρά κριτήρια (Γαλάνης, 2017). Οι ερευνητές καθορίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία απαιτείται να έχουν οι συμμετέχοντες ώστε να μπορέσουν να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα και να φωτίσουν πτυχές που αν ο συμμετέχων δεν έχει αυτά τα χαρακτηριστικά δε φωτίζονται εύκολα (Denzin & Lincoln, 2011; Mack, 2005; Luborsky & Rubinstein, 1995) Στη σκόπιμη δειγματοληψία ο ερευνητής μπορεί να στηριχθεί στη γνώση που έχει επιτευχθεί για το εξεταζόμενο φαινόμενο στη βιβλιογραφία και η επιλογή των συμμετεχόντων στη συνέντευξη να εξυπηρετεί με τον καλύτερο τρόπο τα ερωτήματα (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Η δειγματοληψία με προκαθορισμένα ποσοστά (quota sampling) είναι μια προέκταση της σκόπιμης δειγματοληψίας στην οποία όμως είναι προκαθορισμένα τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα καθώς και τα ποσοστά των συμμετεχόντων (Miles et al, 2018; Mack, 2005; Luborsky & Rubinstein, 1995). Η στρατηγική αυτή είναι μια μορφή στρωματοποιημένης δειγματοληψίας με αναλογικό καταμερισμό που ταυτόχρονα διαφέρει από την στρωματοποιημένη δειγματοληψία αφού δεν πραγματοποιείται με απλή τυχαία δειγματοληψία. Ο αναλυτής στη στρατηγική αυτή συμπεριλαμβάνει στο δείγμα του με αναλογία εκπροσώπους από κάθε κατηγορία πληθυσμού του φαινομένου που ερευνά (Henry, 1990).

Στη δειγματοληψία με τη μορφή χιονοστιβάδας (snowball sampling) ο ερευνητής ξεκινάει με ένα πολύ μικρό δείγμα που είναι σε αυτόν προσβάσιμο και οι συμμετέχοντες στο δείγμα αυτό συστήνουν με βάση τις γνωριμίες τους και τις κοινωνικές τους διασυνδέσεις άλλους για να συμμετάσχουν στην έρευνα ((Miles et al, 2018; Denzin & Lincoln, 2011). Η στρατηγική αυτή ουσιαστικά στηρίζεται στις αναφορές μεταξύ των ατόμων που μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά όπου τα άτομα του αρχικού κύκλου γίνονται σύνδεσμοι επικοινωνίας για έναν διαφορετικό κύκλο με τα ίδια χαρακτηριστικά και έτσι δημιουργείται μια δυναμική αλυσίδα η οποία διακόπτεται από τον ερευνητή όταν επέλθει ο κορεσμός, δηλαδή δεν προστίθενται επιπλέον στοιχεία για το φαινόμενο που εξετάζεται (Πύλλη & Ραφτόπουλος 2012).

Με βάση τα παραπάνω επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε για τον εντοπισμό του δείγματός μας τη στρατηγική της δειγματοληψίας ευκολίας η οποία συνηθίζεται στις ποιοτικές έρευνες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αλλά και στην εξέταση επιχειρηματικών φαινομένων και δίνει τη δυνατότητα στους ερευνητές να απομονώσουν τις τάσεις που διαμορφώνονται και να φωτιστούν οι πτυχές του (Althalathini et al., 2020; Moser & Korstjens 2018; Given, 2008). Στον τομέα της υγείας σύμφωνα με τους Moser & Korstjens (2018), χρησιμοποιούνται οι στρατηγικές της δειγματοληψίας ευκολίας και η δειγματοληψία με τη μορφή χιονοστιβάδας ως οι

πιο κατάλληλες. Αλλά και στις ποιοτικές έρευνες για θέματα επιχειρήσεων χρησιμοποιείται ευρέως η στρατηγική της δειγματοληψίας ευκολίας (Kathiravan et al, 2019; Awan & Ahmad, 2017; Nieuwenhuizen et al, 2016; Fatoki, 2014).

Ακολουθώντας τη στρατηγική της δειγματοληψίας ευκολίας στις μεν ιδιωτικές επιχειρήσεις ο κορεσμός επήλθε στις 55 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, στις δε κοινωνικές επιχειρήσεις ο κορεσμός επήλθε στις 12 ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Χρειάστηκε για μεν τις ιδιωτικές επιχειρήσεις να επικοινωνήσουμε με 70 επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας για δε τις κοινωνικές επιχειρήσεις με 20 κοινωνικούς επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Να σημειωθεί ότι και στις δυο κατηγορίες επιχειρήσεων υπήρξαν επιχειρηματίες που αρχικά δέχτηκαν και στη συνέχεια αρνήθηκαν με διάφορες αιτιολογίες τη συμμετοχή τους στην έρευνα καθώς και επιχειρηματίες που δεν εμφανίστηκαν στο προκαθορισμένο ραντεβού μας για τη συνέντευξη. Το σχήμα 2 αποτυπώνει την πορεία συγκέντρωσης των δεδομένων μέχρι του σημείου του κορεσμού, όπως και αριθμός των επιχειρηματιών που ακύρωσαν τα ραντεβού ή δεν εμφανίστηκαν στη συνέντευξη.

Σχήμα 2: Εμφάνιση της πορείας συγκέντρωσης των δεδομένων μέχρι του σημείου κορεσμού



Πίνακας 4: Επιλεγμένες ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τα χαρακτηριστικά τους και η περιοχή

R	Είδος επιχείρησης	Χαρακτηριστικά επιχείρησης
R1	<b>Νεφρολογικό Κέντρο</b>	Προσφέρει θεραπείες αιμοκάθαρσης και αιμοδιήθησης
R2	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R3	<b>Κέντρο Αποκατάστασης &amp; Αποθεραπείας</b>	Υπηρεσίες αποκατάστασης μετά από κατάγματα, εγκεφαλικά κ.ά.
R4	<b>Γενική κλινική</b>	Παρέχει ιατρικές υπηρεσίες, χειρουργικές παρεμβάσεις & εξωτερικά πολυιατρεία
R5	<b>Κέντρο Αποκατάστασης &amp; Αποθεραπείας</b>	Υπηρεσίες αποκατάστασης από κατάγματα, εγκεφαλικά κ.ά.
R6	<b>Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Παρέχει απεικονιστικές ιατρικές υπηρεσίες
R7	<b>Κέντρο Αποκατάστασης &amp; Αποθεραπείας</b>	Υπηρεσίες αποκατάστασης από κατάγματα, εγκεφαλικά κ.ά.
R8	<b>Κέντρο αιμοκάθαρσης</b>	Μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης
R9	<b>Κέντρο παιδοψυχολογίας</b>	Ψυχιατρική στήριξη παιδιών
R10	<b>Κέντρο Λογοθεραπείας &amp; Συμβουλευτικής</b>	Στήριξη ατόμων με προβλήματα στην ομιλία και στο λόγο
R11	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R12	<b>Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Παρέχει διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας
R13	<b>Κέντρο Αποκατάστασης &amp; Αποθεραπείας</b>	Υπηρεσίες αποκατάστασης από κατάγματα, εγκεφαλικά κ.ά.
R14	<b>Κέντρο Αποκατάστασης &amp; Αποθεραπείας</b>	Υπηρεσίες αποκατάστασης από κατάγματα, εγκεφαλικά κ.ά.
R15	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R16	<b>Διαγνωστικό και Μικροβιολογικό Κέντρο</b>	Παρέχει μικροβιολογικές και διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας
R17	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R18	<b>Κλινική ψυχικής Υγείας</b>	Παρέχει υπηρεσίες ψυχιατρικής στήριξης
R19	<b>Υπηρεσίες ιατρικής &amp; ορθοδοντικής &amp; εξαγωγής υγιονομικού υλικού</b>	Παρέχει οδοντιατρικές υπηρεσίες & εξαγάγει υγειονομικό υλικό
R20	<b>Κέντρο παροχής υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας</b>	Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης
R21	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R22	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R23	<b>Πρότυπο Μικροβιολογικό Κέντρο</b>	Παρέχει μικροβιολογικές και διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας
R24	<b>Κέντρο Διαγνωστικό &amp; Μικροβιολογικό</b>	Παρέχει μικροβιολογικές και διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας
R25	<b>Εργαστήριο Φυσιοθεραπείας</b>	Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης
R26	<b>Κέντρο Λογοθεραπείας</b>	Στήριξη ατόμων με προβλήματα στην ομιλία και στο λόγο
R27	<b>Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Παρέχει διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας
R28	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R29	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R30	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R31	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R32	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R33	<b>Σύγχρονο Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Παρέχει διαγνωστικές υπηρεσίες υγείας
R34	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R35	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R36	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R37	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R38	<b>Ψυχιατρική Κλινική</b>	Παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας
R39	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R40	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R41	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R42	<b>Ψυχιατρική Κλινική</b>	Παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας
R43	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R44	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R45	<b>Πολυιατρείο &amp; Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Διαγνωστικές και ιατρικές υπηρεσίες υγείας
R46	<b>Πολυιατρείο &amp; Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Διαγνωστικές και ιατρικές υπηρεσίες υγείας
R47	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R48	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R49	<b>Πολυιατρείο &amp; Διαγνωστικό Κέντρο</b>	Διαγνωστικές και ιατρικές υπηρεσίες υγείας
R50	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R51	<b>Εργαστήριο Φυσιοθεραπείας</b>	Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης
R52	<b>Καρδιολογικό Κέντρο</b>	Υπηρεσίες υγείας που αφορούν τις καρδιολογικές παθήσεις
R53	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική
R54	<b>Επιχείρηση υγειονομικού υλικού</b>	Παράγει υγειονομικό υλικό αιμοκάθαρσης
R55	<b>Φαρμακείο</b>	Φαρμακευτική φροντίδα και συμβουλευτική

Πίνακας 5: Επιλεγμένες κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τα χαρακτηριστικά τους

R	Είδος επιχείρησης	Χαρακτηριστικά επιχείρησης
R1	Κοινωνική επιχείρηση φροντίδας ηλικιωμένων	Προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας γερόντων με κατάλυμα
R2	Κοινωνική επιχείρηση μέριμνας για τη ζωή των πολιτών	Υπηρεσίες βελτίωσης και αναβάθμισης της ζωής των πολιτών
R3	Κοινωνική επιχείρηση φροντίδας ατόμων με ειδικές ικανότητες	Στήριξη παιδιών με ειδικές ικανότητες
R4	Κοινωνική επιχείρηση φροντίδας ηλικιωμένων	Προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας γερόντων με κατάλυμα
R5	Κοινωνική επιχείρηση παροχής υποστήριξης σε ηλικιωμένους	Παρέχει στήριξη υπηρεσίες φροντίδας & στήριξης ηλικιωμένων
R6	Κοινωνική επιχείρηση υποστήριξης ηλικιωμένων	Παρέχει υπηρεσίες φροντίδα & υποστήριξης ηλικιωμένων
R7	Κοινωνική επιχείρηση ατόμων με αναπηρία	Παρέχει υπηρεσίες φροντίδα & υποστήριξης ΑΜΕΑ
R8	Κοινωνική επιχείρηση προστασίας ειδικών ομάδων	Παρέχει υπηρεσίες προστασίας ευάλωτων ομάδων
R9	Κοινωνική επιχείρηση συλλογικής & κοινωνικής ωφέλειας	Παρέχει υπηρεσίες υποστήριξης της ζωής των πολιτών
R10	Κοινωνική επιχείρηση αλληλεγγύης ευπαθών ομάδων	Παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα
R11	Κοιν. Σ.Επ.	Παρέχει υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας παιδιών με αναπηρία
R12	ΚΟΙΝ.Σ.Επ.	Παρέχει υπηρεσίες νοσηλεύτη

Επιλέξαμε επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου που λειτουργούσαν τουλάχιστον δυο χρόνια γιατί αυτό το κριτήριο περιέχει μια μεγαλύτερη ευκαιρία για τις αναζητούμενες εμπειρικές γνώσεις των συμμετεχόντων (Althalathini, 2020). Οι έδρες των επιλεγμένων επιχειρήσεων βρίσκονταν στην ύπαιθρο των διοικητικών περιφερειών της ηπειρωτικής Ελλάδας: Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Στερεάς Ελλάδας, Αττικής, Θεσσαλίας, Ηπείρου, Δυτικής Μακεδονίας, Κεντρικής Μακεδονίας και Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης.

Μπορεί στις ποιοτικές έρευνες να μην απαιτείται διαστρωμάτωση του δείγματος, όπως γίνεται στις ποσοτικές έρευνες, ούτε να είναι αντιπροσωπευτικό αφού η ποιοτική έρευνα δε στοχεύει στα γενικά αντικειμενικά χαρακτηριστικά, όπως προαναφέραμε, αλλά στην σε βάθος κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών (Μαντζούκας, 2007), στην παρούσα, όμως, έρευνα η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) που εφαρμόσαμε μας έδωσε σχεδόν μια ομοιόμορφη κατανομή του δείγματος στις διάφορες Περιφέρειες της Ελλάδας. Είναι όμως χαρακτηριστικό ότι στην περίπτωση των κοινωνικών επιχειρήσεων κυριαρχούν οι υπηρεσίες φροντίδας και μέριμνας. Αντίθετα στις ιδιωτικές επιχειρήσεις κυριαρχούν οι επιχειρήσεις φαρμακευτικής φροντίδας και συμβουλευτικής. Σε κάθε περίπτωση το δείγμα ήταν μέσα στις αρχές των προδιαγραφών των ποιοτικών ερευνών όπως αυτές έχουν αποτυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

## 6.8. Χρόνος και τρόπος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κάτω από μια δύσκολη συγκυρία αφού η πανδημία του COVID-19 είχε αναγκάσει σχεδόν όλες τις χώρες του πλανήτη, φυσικά και την Ελλάδα, να λάβουν αυστηρά μέτρα περιορισμού της διασποράς της πανδημίας στην κοινότητα που έφταναν μέχρι μέτρα Lockdown. Αυτό μας δυσκόλεψε σημαντικά στη συγκέντρωση των στοιχείων μας αλλά είχε και τη θετική διάσταση αφού μας δόθηκε η δυνατότητα να εξετάσουμε την ανθεκτικότητα των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε περιόδους υγειονομικής κρίσης. Η έρευνά μας

πραγματοποιήθηκε από τις αρχές Οκτωβρίου 2020 έως και τον Μάιο του 2021. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν κατά μέσο όρο μία ώρα.

Για να ξεπεράσουμε το πρόβλημα της απαγόρευσης μετακινήσεων, ακόμη και στον διπλανό δήμο, που για μεγάλα διαστήματα επιβλήθηκε, αναζητήσαμε στη διεθνή βιβλιογραφία αν η χρήση διαδικτυακών επικοινωνιών μας δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα. Οι Deakin & Wakefield, (2014) θεωρούν ότι αν και οι παραδοσιακές προσωπικές συνεντεύξεις παραμένουν εξέχουσες, η χρήση των τεχνολογιών επικοινωνίας άνοιξε και νέους δρόμους. Η έρευνά τους έδειξε ότι η σύγχρονη διαδικτυακή συνέντευξη είναι ένα χρήσιμο συμπλήρωμα ή αντικατάσταση των προσωπικών συνεντεύξεων. Οι Iacono et al (2016) διαπίστωσαν σε έρευνά τους ότι τα δεδομένα που συλλέγονται μέσω Skype είναι εξίσου αξιόπιστα με τη δια ζώσης συλλογή δεδομένων και το διαδίκτυο λειτουργεί θετικά ως ένα βιώσιμο εναλλακτικό εργαλείο συλλογικής δεδομένων για ποιοτικούς ερευνητές. Προβλήματα γεωγραφικής διασποράς, φυσικής κινητικότητας, χρόνου και οικονομικών περιορισμών ξεπερνιούνται με την ανάπτυξη της διαδικτυακής συνέντευξης σε ποιοτικές έρευνες (Janghorban et al, 2014; Hooley et al, 2012; Cater, 2011). Αλλά και για τους συμμετέχοντες σε ποιοτική έρευνα, οι διαδικτυακές μέθοδοι είναι πιο ελκυστικές από τις προσωπικές συνεντεύξεις ιδιαίτερα για την ευκολία και την ευελιξία που παρουσιάζουν (Archibald et al, 2019; Horrell et al, 2015; Hewson, 2008).

Η χρήση του διαδικτύου στη συλλογή δεδομένων παρά τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει, όπως η ευκολία και η δραστικότητα, οι ποιοτικοί ερευνητές έχουν εντοπίσει πρακτικές και αλληλεπιδραστικές δυσκολίες που σχετίζονται με ενδογενή προβλήματα του διαδικτύου όπως η κακή ποιότητα ήχου που παρουσιάζει μερικές φορές, προβλήματα καθυστέρησης συνδεσιμότητας και ξαφνικές παύσεις (Seitz, 2016; Weller, 2015; Deakin & Wakefield, 2014). Ως μειονέκτημα της ηλεκτρονικής επικοινωνίας συγκαταλέγεται η απώλεια των εκφράσεων του προσώπου και του βλέμματος των ματιών που πολλές φορές γίνονται πηγή πληροφοριών (Sedgwick & Spiers, 2009). Υπάρχουν περιοχές, ιδιαίτερα της υπαίθρου, που απουσιάζει το γρήγορο internet αλλά και η απόσυρση του συμμετέχοντα είναι πολύ πιο εύκολη στις διαδικτυακές συνεντεύξεις απ' ότι στις προσωπικές (Janghorban et al, 2014). Οι διαδικτυακές συνεντεύξεις ενδεχομένως να μη δημιουργούν το κλίμα εμπιστοσύνης που δημιουργούν οι δια ζώσης συνεντεύξεις (Iacono et al, 2016; Bertrand & Bourdeau, 2010), ωστόσο στις διαδικτυακές συνεντεύξεις μπορούν να υποβληθούν πιο ευαίσθητες και προσωπικές ερωτήσεις που πιθανόν να υπήρχε δισταγμός να υποβληθούν στη δια ζώσης συνέντευξη και με αυτό τον τρόπο να έχουμε πιο αντανakλαστικές απαντήσεις (Opdenakker, 2006). Ιδιαίτερα, άτομα ντροπαλά ή εσωστρεφή, στη διαδικτυακή συνέντευξη αισθάνονται πιο άνετα και εκφράζουν καλύτερα και πληρέστερα τις απόψεις τους (Orchard & Fullwood, 2010).

Από την άλλη μεριά η τεχνολογία σου δίνει τη δυνατότητα να ακούσεις κατ' επανάληψη και με μεγαλύτερη προσοχή τη φωνή και τον τονισμό λέξεων ή εκφράσεων του συμμετέχοντα στη συνέντευξη και να εξαχθούν έτσι πολύτιμες πληροφορίες (Seitz, 2016). Οι διαδικτυακές συνεντεύξεις παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευελιξία και για τον ερευνητή και για τον συμμετέχοντα σε σχέση με τον χρόνο και τον τόπο αφού αυτές μπορούν να πραγματοποιηθούν από το σπίτι ή σε μέρες αργίας ή απόγευμα χωρίς να υπάρχει η δέσμευση για συγκεκριμένο χώρο και η πίεση του χρόνου (Deakin & Wakefield, 2014; Hanna, 2012).

Αλλά και η χρήση της τηλεφωνικής συνέντευξης είναι εξίσου αξιόπιστη στην ποιοτική έρευνα. Η έρευνα της Sweet, (2002) έδειξε ότι η τηλεφωνική συνέντευξη είναι συμβατή με την ερμηνευτική και φαινομενολογική έρευνα γι' αυτό και θα πρέπει να χρησιμοποιείται από τους ποιοτικούς ερευνητές οι οποίοι δε θα πρέπει να βασίζονται αποκλειστικά στην προσωπική συνέντευξη. Η έρευνα των Sturges & Hanrahan, (2004) σύγκρινε δεδομένα που συγκεντρώθηκαν σε ποιοτική έρευνα μέσω της δια ζώσης συνέντευξης και μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η τηλεφωνική συνέντευξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί παραγωγικά στην ποιοτική έρευνα γιατί δίνει εξίσου αξιόπιστα δεδομένα. Η τηλεφωνική συνέντευξη δίνει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες στην έρευνα να αισθάνονται χαλαροί και να μπορούν να αποκαλύπτουν ευκολότερα ευαίσθητες πληροφορίες και δεν υπάρχουν στοιχεία ότι δίνουν δεδομένα χαμηλότερης ποιότητας (Novick, 2008). Ο Farooq, (2015) που σύγκρινε δεδομένα που συγκεντρώθηκαν μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, μέσω χρήσης διαδικτύου και μέσω προσωπικών συνεντεύξεων καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το τηλέφωνο παρέχει στους ποιοτικούς ερευνητές ένα σωστό όργανο συλλογής δεδομένων. Οι Ward et al, (2015) υποστηρίζουν ότι το τηλέφωνο ως εργαλείο συλλογής δεδομένων στις ποιοτικές μεθοδολογίες δε χρειάζεται να υποβαθμιστεί ως δεύτερη επιλογή αλλά αντίθετα οι ερευνητές μπορούν να θεωρούν την τηλεφωνική συνέντευξη ως πρώτη, πολύτιμη και αξιόπιστη επιλογή συλλογής δεδομένων.

Οι ερευνητές του τομέα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν συχνότατα την τηλεφωνική συνέντευξη για τη συλλογή των δεδομένων (Gonzalo et al, 2014; Musselwhite, 2007; Smith, 2005; Carr & Worth, 2001). Το ίδιο συμβαίνει και με τους ερευνητές στα θέματα επιχειρηματικότητας (Makris & Apostolopoulos, 2021; Azim, 2013; Hough & Scheepers, 2008). Με βάση τα παραπάνω και με δεδομένες επιπλέον τις δημόσιες πολιτικές περιορισμού της διασποράς της πανδημίας COVID-19 που έφθαναν την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας και σε μέτρα Lockdown, οι ημιδομημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν αξιοποιώντας την τεχνολογία (Skype, Viber, Whats App) αλλά και τις τηλεπικοινωνίες. Χρησιμοποιήθηκε το διαδίκτυο ή το τηλέφωνο ανάλογα με τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων. Η διαδικασία που ακολουθήσαμε ήταν να επικοινωνήσουμε με τους συμμετέχοντες στο δείγμα μας πριν από τη συνέντευξη και να τους ενημερώσουμε για την έρευνά μας και τους σκοπούς της και να τους δώσουμε τη δυνατότητα και την ευκαιρία απαντήσουμε σε απορίες και προβληματισμούς τους. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες μας έστειλαν υλικό για την επιχείρησή τους ή μας παρέπεμψαν στους ιστότοπούς τους ώστε να γνωρίσουμε την επιχείρησή τους και τη δουλειά τους. Αυτό μας βοήθησε να αποσαφηνίσουμε πολλά στοιχεία για τα ερωτήματα των θεματικών μας. Η επικοινωνία μας ολοκληρωνόταν με την οριστικοποίηση του μέσου και του χρόνου που θα πραγματοποιούνταν η συνέντευξη.

## 6.9. Περιεχόμενο συνεντεύξεων

Προκειμένου να διευκολύνουμε και να ενθαρρύνουμε την ελεύθερη συζήτηση ώστε αβίαστα να αποκαλυφθεί το σύνολο των πτυχών της ερευνητικής αναζήτησης, οι ερωτήσεις μας κινήθηκαν πάνω σε θεματικές ενότητες. Για μεν τις ιδιωτικές



επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας πάνω σε επτά θεματικές ενότητες για δε τις κοινωνικές επιχειρήσεις σε τρεις θεματικές ενότητες.

### 6.9.1. Θεματικές ενότητες για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου

Για τον καλύτερο συντονισμό, τη διευκόλυνση και ενθάρρυνση της συζήτησης με τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας οι ερωτήσεις μας αναπτύχθηκαν μέσα σε επτά θεματικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα εντάχθηκαν οι ερωτήσεις που στόχευαν στην ανίχνευση των κινήτρων που οδήγησαν τους επιχειρηματίες να επενδύσουν σε μονάδες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο. Στη δεύτερη θεματική ενότητα στόχευαν οι ερωτήσεις μας στην ανίχνευση της σχέσης των επιχειρήσεων αυτών με την κοινωνία και τους πολίτες. Στην τρίτη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις στόχευαν στη διερεύνηση του ρόλου των επιχειρήσεων αυτών σε σχέση με την ανάπτυξη της περιοχής. Στην τέταρτη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις στόχευαν στην εξέταση του κατά πόσο οι επιχειρήσεις αυτές έχουν ενταγμένους κοινωνικούς στόχους στη λειτουργία τους και πώς αυτοί, αν υπάρχουν, υπηρετούνται. Στην πέμπτη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις στόχευαν να εξετάσουν αν οι επιχειρήσεις αυτές αναπτύσσουν καινοτόμες ιδέες. Στην έκτη θεματική ενότητα ήταν ενταγμένες οι ερωτήσεις που στόχευαν να εξετάσουν τον ρόλο των ευρωπαϊκών και εγχώριων χρηματοδοτήσεων σε σχέση με αυτές τις επιχειρήσεις. Τέλος, στην έβδομη θεματική ενότητα ήταν ενταγμένες οι ερωτήσεις που στόχευαν να ανιχνεύσουν την ανθεκτικότητα των επιχειρήσεων αυτών σε περιόδους κρίσεων, οικονομικών και υγειονομικών, καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων όπως προβλήματα ρευστότητας, μείωσης κύκλου εργασιών κ.ά.

Πίνακας 6: Θεματικές ενότητες για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις

Ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου	Σε σχέση με τα κίνητρα εγκατάστασης και λειτουργίας στην ύπαιθρο
	Σε σχέση με την κοινωνία και τους πολίτες
	Σε σχέση με την ανάπτυξη της περιοχής
	Σε σχέση με τους κοινωνικούς στόχους
	Σε σχέση με την καινοτομία
	Σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία
	Σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις

### 6.9.2. Θεματικές ενότητες για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου

Στις κοινωνικές επιχειρήσεις ανιχνεύτηκαν οι ίδιες με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας πτυχές με τη μόνη διαφορά οι ερωτήσεις, λόγω των ιδιαιτεροτήτων των κοινωνικών επιχειρήσεων, εντάχθηκαν σε τρεις θεματικές ενότητες. Στην πρώτη θεματική ενότητα εξετάστηκαν οι κοινωνικές επιχειρήσεις

υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τα κίνητρα και τους κοινωνικούς στόχους που οδήγησαν στη δημιουργία τους. Στη δεύτερη θεματική ενότητα εξετάστηκαν οι επιχειρήσεις αυτές σε σχέση με τη συμβολή τους στην τοπική ανάπτυξη και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών. Τέλος, στην τρίτη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις στόχευαν να φωτίσουν τις επιπτώσεις των οικονομικών ή υγειονομικών κρίσεων στις επιχειρήσεις αυτές.

Πίνακας 7: Θεματικές ενότητες για τις κοινωνικές επιχειρήσεις

Κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου	Λόγοι και κίνητρα δημιουργίας κοινωνικής επιχείρησης υγείας φροντίδας μέριμνας στην ελληνική υπαίθρο σε σχέση με τους κοινωνικούς της στόχους
	Σε σχέση με τη συμβολή τους στην τοπική ανάπτυξη και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών
	Σε σχέση με την οικονομική και υγειονομική κρίση

## 6.10. Ανάλυση δεδομένων

Για την επεξεργασία των απαντήσεων στα ερωτήματα που τέθηκαν στους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας εφαρμόσαμε θεματική ανάλυση καθώς και ανάλυση περιεχομένου (King & Books, 2017). Με την άδεια των συμμετεχόντων στην έρευνα οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν. Μετά από κάθε μεταγραφή ακούσαμε κατ' επανάληψη την ηχογράφιση ώστε να μην αποτυπωθεί λάθος. Ήταν μια χρονοβόρα, επίπονη και κουραστική διαδικασία. Η κατ' επανάληψη ακρόαση και μεταγραφή μας έδωσε τη δυνατότητα να εξοικειωθούμε με τα δεδομένα. Για την ανάλυση των δεδομένων μας χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό πρόγραμμα επεξεργασίας ποιοτικών δεδομένων NVivo12, ένα πρόγραμμα εφαρμογής το οποίο αξιοποιείται ευρέως από ερευνητές που διεξάγουν ποιοτικές έρευνες σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου και του ερευνητικού πεδίου της επιχειρηματικότητας. (Alharthi et al,2021; DeJonckheere & Vaughn,2019; Wong,2008). Η χρήση του NVivo12 μας βοήθησε να αναλύσουμε και να κωδικοποιήσουμε τα συλλεξιμα δεδομένα ολοκληρώνοντας με αποτελεσματικό τρόπο τη θεματική ανάλυση του περιεχομένου (Lesch & McCmbridge, 2021; Tan, 2020; Abedin et al, 2019). Μέσω αυτής της εξέλιξης ταυτοποιήσαμε και κατανοήσαμε καλύτερα τα στοιχεία των εξεταζόμενων δεδομένων, τα οποία αντλήθηκαν από τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις (Martins et al,2020).

Μετά την ανάγνωση προχωρήσαμε αρχικά στην κατάρτιση μιας περίληψης περίπτωσης περιγράφοντας την ιστορία κάθε συμμετέχοντα. Επιπλέον δημιουργήσαμε λέξεις κλειδιά για κάθε περίληψη και διαμορφώθηκαν οι αρχικοί κωδικοί. Αναζητήσαμε θέματα με ευρύτερα μοτίβα νοήματος. Ακολούθησε έλεγχος θεμάτων για να βεβαιωθούμε ότι ταιριάζουν με τα δεδομένα και πραγματοποιήσαμε τον καθορισμό τους και την ονομασία τους. Δημιουργήσαμε μια συνεκτική αφήγηση που περιλάμβανε αποσπάσματα από τους συμμετέχοντες.

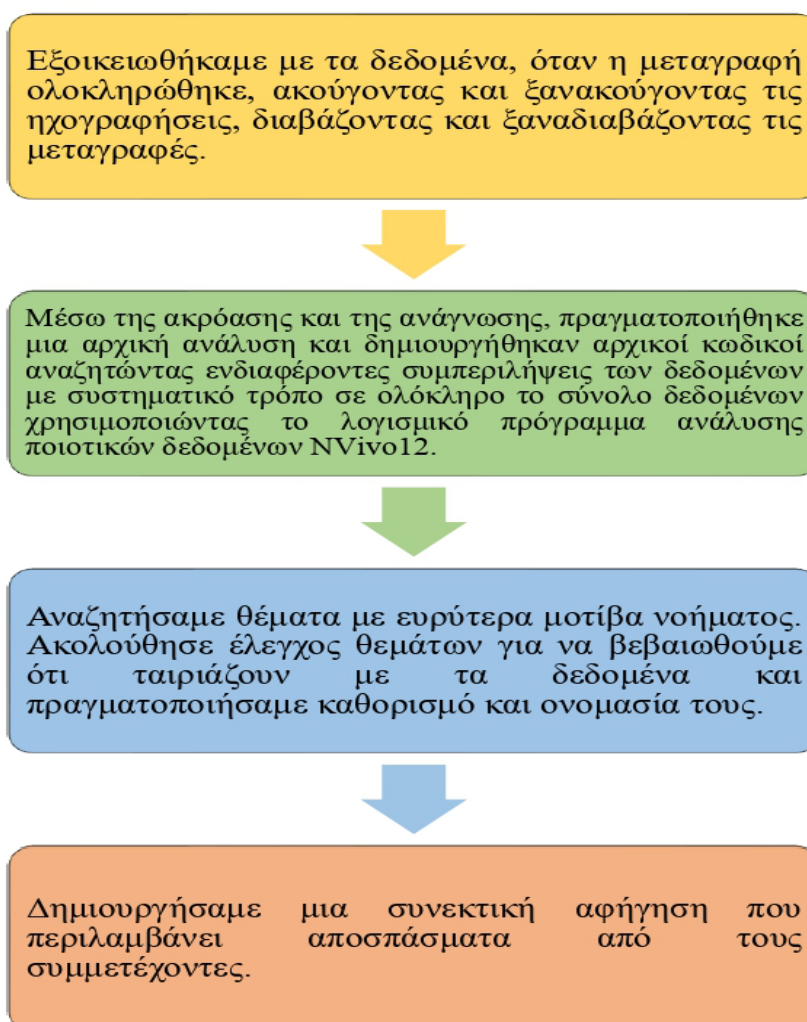
Οι συνεντεύξεις εξετάστηκαν αρχικά μεμονωμένα με επαγωγική προσέγγιση πριν συγκριθούν μεταξύ τους (Thomas, 2006; Creswell, 2005). Αποτυπώθηκαν τα αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα (Gioia et al, 2013). Η δημιουργία των κατηγοριών

προσδιορίστηκε λεπτομερειακά και η κωδικοποίηση ήταν αποκλειστική και ανεξάρτητη (Krippendorf, 2018; Smith, 2001).

Η όλη πορεία μας ακολούθησε τον βηματισμό σύμφωνα με τους Braun & Clarke (2006). Η ανάλυση δηλαδή των δεδομένων πέρασε από δυο επίπεδα. Από το περιγραφικό επίπεδο και από το εννοιολογικό επίπεδο (Friese, 2019).

- i. Το πρώτο επίπεδο περιλάμβανε την ανάγνωση των αντιγράφων συνέντευξης. Δημιουργήθηκαν αρχικοί κωδικοί αναζητώντας σχετικές δυνατότητες των δεδομένων.
- ii. Το δεύτερο επίπεδο περιλάμβανε τη διερεύνηση των δεδομένων με βάση την ερευνητική ερώτηση, τον προσδιορισμό των προτύπων και των σχέσεων θεμάτων και αφηγήσεων.

Σχήμα 3: Διαδικασία θεματικής ανάλυσης



### 6.10.1. Θέματα και υποθέματα για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας

Για τις επτά κατηγορίες ομαδοποιημένων ερωτήσεων που τέθηκαν στους επιχειρηματίες των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας αναδείχθηκαν τα παρακάτω θέματα και υποθέματα:

- i. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τους λόγους και τα κίνητρα που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο καθώς και για τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν για τις επενδύσεις αυτές, τα αναδύομενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 8: Αναδύομενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τους λόγους και τα κίνητρα που οδήγησαν στην επένδυση

Αναδύομενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Λόγοι και κίνητρα εγκατάστασης επιχειρήσεων υγείας φροντίδας μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο	Λόγοι εγκατάστασης	✓ Αδυναμία δημοσίων δομών να καλύψουν ανάγκες του πληθυσμού της υπαίθρου
	Κίνητρα Εγκατάστασης	✓ Επενδυτική ευκαιρία ✓ Κάλυψη υπαρκτής ανάγκης ✓ Επένδυση λόγω εντοπιότητας
	Προβληματισμοί για την επένδυση	✓ Δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων από μεγάλες επιχειρήσεις των αστικών κέντρων ✓ Μικρό λειτουργικό κόστος ✓ Προβληματισμοί για την εύρεση επιστημονικού δυναμικού και για τη φερεγγυότητα του δημοσίου στις συναλλαγές

- ii. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την κοινωνία και τους πολίτες, τα αναδύομενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 9: Αναδύομενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με την κοινωνία και τους πολίτες

Αναδύομενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τους πολίτες και την τοπική κοινωνία	Σε σχέση με τους πολίτες	✓ Διαμόρφωση σχέσεων με τοπικούς φορείς ✓ Διαμόρφωση σχέσεων με αυτοδιοίκηση ✓ Δημιουργία υπηρεσιών προσβάσιμων και αποδοτικών για τους πολίτες
	Σε σχέση με την τοπική κοινωνία	✓ Απρόσκοπτη εξυπηρέτηση πολιτών ✓ Μέριμνα και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

- iii. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την ανάπτυξη της περιοχής, τα αναδυόμενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 10: Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με την ανάπτυξη

Αναδυόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Ο βαθμός σύνδεσης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με την ανάπτυξη της περιοχής	Δημιουργία θέσεων εργασίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Καλύπτουν τις τοπικές ανάγκες και προσελκύουν ασθενείς και από άλλες περιοχές</li> <li>✓ Συγκρατούν τον πληθυσμό στην περιοχή</li> <li>✓ Συμβάλουν στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση</li> <li>✓ Δημιουργούν θέσεις εργασίας</li> <li>✓ Μειώνουν τα κόστη και διευκολύνουν τους ασθενείς</li> <li>✓ Στηρίζουν την τοπική κοινωνία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων</li> <li>✓ Ενδυναμώνουν την τοπική αγορά</li> </ul>
	Συγκράτηση του πληθυσμού στην περιοχή	
	Κάλυψη αναγκών	
	Σύνδεση με αναπτυξιακές διαδικασίες της περιοχής	

- iv. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με το αν αναπτύσσουν ή όχι κοινωνικούς στόχους, τα αναδυόμενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 11: Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τους κοινωνικούς στόχους

Αναδυόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Σύνδεση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας με κοινωνικούς στόχους	Άμεσο τρόπο	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Δωρεάν εξέταση ατόμων με οικονομικά προβλήματα</li> <li>✓ Στήριξη πασχόντων κοινωνικών ομάδων</li> <li>✓ Στήριξη σωματείων</li> </ul>
	Έμμεσο τρόπο	

- v. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων ιδεών, τα αναδυόμενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 12: Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με την καινοτομία

Αναδυόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Υπαρξη η μη καινοτόμων ιδεών στην εγκατάσταση και λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο	Καινοτόμες παρεμβάσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών και στις λειτουργικές δομές των επιχειρήσεων αυτών Εμπόδια και αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Καινοτόμες ιδέες σε επίπεδο εξυπηρέτησης πολιτών</li> <li>➤ Καινοτόμες ιδέες στη λειτουργικότητα των δομών της επιχείρησης</li> <li>➤ Κλινικές καινοτομίες</li> <li>➤ Λόγοι που δεν επέτρεψαν ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων</li> </ul>

- vi. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία, τα αναδυόμενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 13: Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία

Αναδυόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά Χρηματοδοτικά εργαλεία	Εγχώρια χρηματοδοτικά εργαλεία Ευρωπαϊκά Χρηματοδοτικά εργαλεία Κυβερνητικές πολιτικές οικονομικής στήριξης Ευρωπαϊκές πολιτικές οικονομικής στήριξης	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χρηματοδότηση για εγκαταστάσεις</li> <li>✓ Χρηματοδότηση για εισαγωγή νέων τεχνολογιών</li> <li>✓ Χρηματοδότηση για τηλειατρικές υπηρεσίες</li> <li>✓ Ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης</li> <li>✓ Προγράμματα στήριξης σε περιόδους κρίσεων</li> </ul>

- vii. Για την ομάδα ερωτήσεων που αφορούσε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις, τα αναδυόμενα θέματα και υποθέματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 14: Αναδυόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις

Αναδυόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Επιπτώσεις από τις δημόσιες πολιτικές αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης του 2009	Άμεσο τρόπο Έμμεσο τρόπο	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Δημιούργησαν προβλήματα στη λειτουργία τους</li> <li>✓ Αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας</li> <li>✓ Προσαρμόστηκαν άμεσα στις νέες συνθήκες</li> <li>Έδειξαν ανθεκτικότητα</li> </ul>

και του COVID-19		
------------------	--	--

### 6.10.2. Θέματα και υποθέματα για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας

- i. Σε σχέση με τα κίνητρα και τους κοινωνικούς στόχους που οδήγησαν στη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο αναδύθηκαν τα θέματα και τα υποθέματα που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 15: Αναδύόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τη δημιουργία μιας κοινωνικής επιχείρησης υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τους κοινωνικούς της στόχους

Αναδύόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Λόγοι και κίνητρα δημιουργίας κοινωνικής επιχείρησης υγείας φροντίδας μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο σε σχέση με τους κοινωνικούς της στόχους	Λόγοι εγκατάστασης	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Κάλυψη υπαρκτής ανάγκης</li> <li>✓ Αδυναμία κάλυψης αυτής της ανάγκης από δημοσίους και ιδιωτικούς φορείς</li> <li>✓ Ευαισθητοποίηση σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού, φροντίδας και μέριμνας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων</li> <li>✓ Δυσκολίες στην εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων</li> <li>✓ Εμπόδια στην εδραίωση μιας συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας</li> <li>✓ Ανεπαρκή δίκτυα υποστήριξης</li> </ul>
	Κίνητρα Εγκατάστασης	
	Εμπόδια	
	Προβληματισμοί	
	Άμεσο τρόπο	
	Έμμεσο τρόπο	

- ii. Σε σχέση με τη συμβολή των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην τοπική ανάπτυξη καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της ελληνικής υπαίθρου αναδύθηκαν τα θέματα και τα υποθέματα που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 16: Αναδύόμενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με το ρόλο της κοινωνικής επιχείρησης στην ανάπτυξη και στην ποιότητα ζωής των κατοίκων

Αναδύόμενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη
Σε σχέση με τη συμβολή τους στην τοπική ανάπτυξη και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών	Δημιουργία θέσεων εργασίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Καλύπτουν τις τοπικές ανάγκες</li> <li>✓ Συγκρατούν τον πληθυσμό στην περιοχή</li> <li>✓ Συμβάλουν στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση</li> <li>✓ Δημιουργούν θέσεις εργασίας</li> <li>✓ Μειώνουν τα κόστη και διευκολύνουν τους ασθενείς</li> <li>✓ Στηρίζουν την τοπική κοινωνία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων</li> <li>✓ Ενδυναμώνουν την τοπική αγορά</li> </ul>
	Συγκράτηση του πληθυσμού στην περιοχή	
	Κάλυψη αναγκών	
	Σύνδεση με αναπτυξιακές διαδικασίες της περιοχής	

- iii. Σε σχέση με τις συνθήκες λειτουργίας και δράσης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους οικονομικής και υγειονομικής κρίσης αναδύθηκαν τα θέματα και τα υποθέματα που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 17: Αναδύομενα θέματα και υπο-θέματα σε σχέση με τα προβλήματα των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους κρίσεων

Αναδύομενα θέματα	Υπο-θέματα	Περίληψη			
Επιπτώσεις από τις δημόσιες πολιτικές αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης του 2009 και του COVID-19	<table border="1"> <tr> <td>Άμεσο τρόπο</td> <td rowspan="2">✓ Δημιούργησαν προβλήματα στη λειτουργία τους ✓ Αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας ✓ Προσαρμόστηκαν άμεσα στις νέες συνθήκες ✓ Έδειξαν ανθεκτικότητα</td> </tr> <tr> <td>Έμμεσο τρόπο</td> </tr> </table>	Άμεσο τρόπο	✓ Δημιούργησαν προβλήματα στη λειτουργία τους ✓ Αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας ✓ Προσαρμόστηκαν άμεσα στις νέες συνθήκες ✓ Έδειξαν ανθεκτικότητα	Έμμεσο τρόπο	
Άμεσο τρόπο	✓ Δημιούργησαν προβλήματα στη λειτουργία τους ✓ Αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας ✓ Προσαρμόστηκαν άμεσα στις νέες συνθήκες ✓ Έδειξαν ανθεκτικότητα				
Έμμεσο τρόπο					

### 6.11. Ηθικό πρωτόκολλο

Στην παρούσα έρευνα λάβαμε υπόψη μας και εφαρμόσαμε όλα τα ηθικά πρωτόκολλα που είναι αναγκαία σε μια ποιοτική έρευνα (Bell et al, 2020; Peter, 2015; Iphofen, 2005; Oberle, 2002; Ireland & Holloway, 1996). Οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες ενημερώθηκαν λεπτομερώς για την έρευνα και τους στόχους της και τους δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλουν διευκρινιστικές ερωτήσεις. Έγινε κατανοητό ότι είχαν το δικαίωμα να αποσυρθούν, όποτε το επιθυμούσαν από τη συνέντευξη, χωρίς να αναφέρουν τους λόγους της απόσυρσης. Επίσης, έγινε κατανοητό το δικαίωμά τους να μην απαντούν σε ερωτήσεις που για οποιοδήποτε λόγο δεν ήθελαν να απαντήσουν. Δεν ασκήθηκε από την πλευρά μου καμιά επιρροή ή πίεση για τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή για να απαντήσουν σε κάποια ερώτηση που δεν ήθελαν να καταθέσουν την άποψή τους ή την εμπειρία τους. Τους δόθηκε να καταλάβουν ότι δεν υπήρχαν σωστές ή λάθος απαντήσεις αλλά στόχος μας ήταν η αποτύπωση των εμπειριών και των απόψεών τους καθώς και ο φωτισμός πτυχών της επιχειρηματικής δράσης.

Εκεί που δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα ήταν η ανωνυμία των ταυτοτήτων των συμμετεχόντων. Διαβεβαιώθηκαν ότι τα στοιχεία που θα ηχογραφηθούν με τη συναίνεσή τους θα είναι εμπιστευτικά, θα αποθηκευτούν με ασφάλεια, θα προστατευθεί το απόρρητο και το υλικό θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για ακαδημαϊκή χρήση. Διαβεβαιώθηκαν, επίσης, ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα δε θα τους προκαλούσε βλάβη και θα διατηρούσαν την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματά τους.

### 6.12. Σκιαγράφηση της ερευνητικής διαδικασίας και της δομής

Μια περίληψη της διαδικασίας και της δομής της έρευνας περιγράφεται στο παρακάτω σχήμα.



### Σχήμα 1: Ερευνητική διαδικασία και δομή



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η κωδικοποίηση των θεμάτων μέσα από τις συζητήσεις με τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ανέδειξε διακριτά τα ζητήματα των εξεταζόμενων πτυχών. Οι εμπειρίες των ιδιωτών και κοινωνικών επιχειρηματιών αναλύθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν ανά θεματική ενότητα και σε αναδυόμενα υποθέματα. Τα ευρήματα δομήθηκαν σε δέκα θεματικές. Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση και ανάλυση των ευρημάτων των δέκα θεματικών. Η συσχέτιση των ευρημάτων από τους ιδιωτικούς και κοινωνικούς επιχειρηματίες θα πραγματοποιηθεί σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

### 7.1. Εισαγωγή

Μέσα από τις δέκα θεματικές που διαμορφώθηκαν κατά την ανάλυση των δεδομένων φωτίζονται ερευνητικά οι πτυχές της επιχειρηματικότητας στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας όπως καθορίστηκαν αυτές αρχικά στον ερευνητικό στόχο της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Τα ευρήματα δομήθηκαν και πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση και ανάλυση στις παρακάτω θεματικές:

- i. Ευρήματα που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική υπαίθρο καθώς και τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν από πλευράς επιχειρηματιών για τις επενδύσεις αυτές.
- ii. Ευρήματα των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την κοινωνία και τους πολίτες.
- iii. Ευρήματα των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την ανάπτυξη της περιοχής που λειτουργούν και δραστηριοποιούνται.
- iv. Ευρήματα δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με το αν αναπτύσσουν ή όχι κοινωνικούς στόχους.
- v. Ευρήματα των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων ιδεών.
- vi. Ευρήματα των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία.
- vii. Ευρήματα των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις.
- viii. Ευρήματα σε σχέση με τα κίνητρα και τους κοινωνικούς στόχους που οδήγησαν στη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική υπαίθρο.
- ix. Ευρήματα της συμβολής των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην τοπική ανάπτυξη καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της ελληνικής υπαίθρου.

- x. Ευρήματα των συνθηκών λειτουργίας και δράσης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους οικονομικής και υγειονομικής κρίσης.

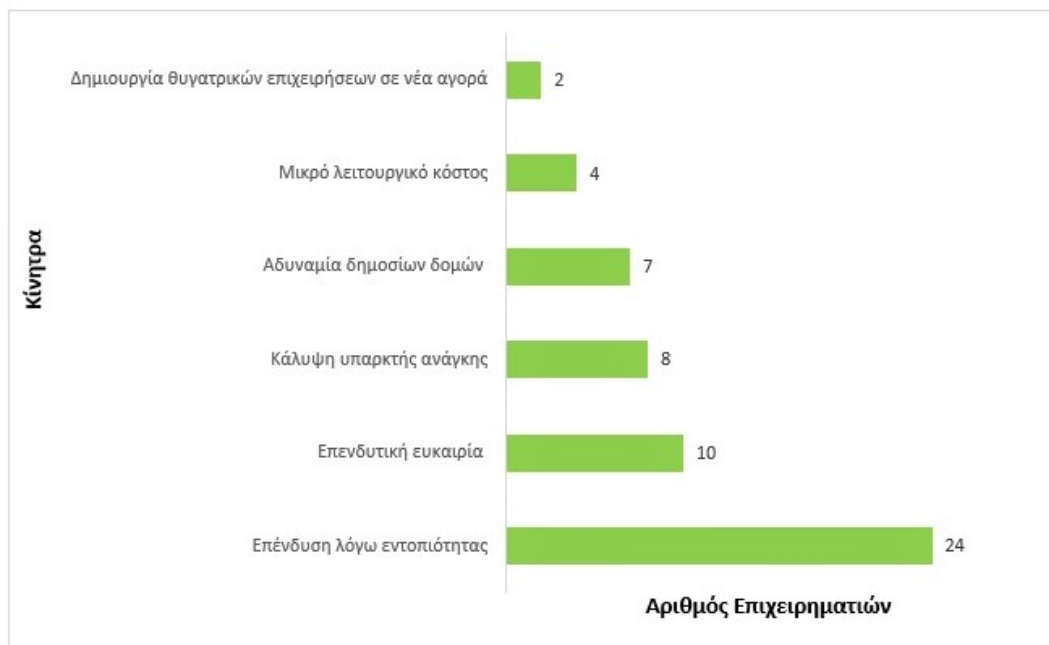
Να σημειωθεί ότι η συσχέτιση των ευρημάτων από τους ιδιωτικούς και κοινωνικούς επιχειρηματίες θα πραγματοποιηθεί σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

## **7.2. Ευρήματα που οδήγησαν τους ιδιωτικούς επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο καθώς και τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν από πλευράς επιχειρηματιών για τις επενδύσεις αυτές**

Η επιλογή του τόπου εγκατάστασης μιας επιχείρησης για την ανάπτυξη επιχειρηματικής δράσης είναι μια δύσκολη απόφαση (Παπαμαργαρίτη & Θεολογίδου, 2013; Καρύδας, 2005), η οποία γίνεται πιο δύσκολη όταν επιλέγεις να επενδύσεις στην ύπαιθρο που έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και τις δικές της ιδιαιτερότητες (Yu & Artz, 2019; Iversen & Jacobsen, 2016; Kinda & Loening, 2010; Driga et al, 2009). Για να κατανοήσουμε τον τρόπο που εκδηλώνεται μια επιχειρηματική δραστηριότητα και οι μηχανισμοί της, πρέπει να φωτιστούν επαρκώς τα κίνητρα που οδήγησαν σε αυτή την επενδυτική διαδικασία (Müller, 2013; Zahra, 2007; Danermark et al, 2002). Εάν σε μια επενδυτική δραστηριότητα ο επιχειρηματίας επιλέξει τον κατάλληλο τόπο για την εγκατάσταση και λειτουργία της επιχείρησής του, αποκτά πλεονεκτήματα έναντι των ανταγωνιστών του (Σαρρής-Τζαμτζής, 2005). Αυτός είναι και ο λόγος που η χωρική διάσταση στην επενδυτική διαδικασία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αναπόσπαστο μέρος της (Welter, 2011; Trettin & Welter, 2011; Hindle, 2010). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η επένδυση στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο δεν ήταν μια εύκολη απόφαση, ούτε άνευ εμποδίων και προβλημάτων στην υλοποίησή της. Η ανάλυση περιεχομένου αποκάλυψε τους καθοριστικούς παράγοντες για την επιλογή επένδυσης στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο. Αυτοί ήταν: η εντοπιότητα του επιχειρηματία και το δέσιμο με τον τόπο καταγωγής του, η διαπίστωση επενδυτικής ευκαιρίας, η κάλυψη υπαρκτών αναγκών, το μικρότερο λειτουργικό κόστος, η μεγιστοποίηση της κερδοφορίας λόγω του απαρχαιωμένου εξοπλισμού των δημόσιων δομών υγείας και την αδυναμία αυτών να καλύψουν τις υπαρκτές ανάγκες σε υγεία-φροντίδα-μέριμνα των κατοίκων της υπαίθρου. Επίσης, ανιχνεύτηκε από επιχειρηματίες ως κίνητρο η δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων στις περιοχές της υπαίθρου με στόχο την επέκτασή τους σε νέες αγορές που υπήρχαν ανάγκες για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Στις απαντήσεις τους κάποιοι επιχειρηματίες αναφέρθηκαν σε έναν συνδυασμό των παραπάνω λόγων. Συνδυασμοί, όπως εντοπιότητα και επενδυτική ευκαιρία ή εντοπιότητα και κάλυψη υπαρκτών αναγκών, ήταν οι πιο συχνοί. Πρότασαν, όμως, τον πρώτο και καθοριστικό λόγο και στη συνέχεια τον εμπλούτιζαν και με έναν ακόμη τουλάχιστον λόγο. Κάποιοι επιχειρηματίες προσπάθησαν να δώσουν μια εξήγηση για τις απαντήσεις τους, ενώ άλλοι απλώς κατέθεσαν τους καθοριστικούς παράγοντες που τους οδήγησαν να επιλέξουν την ύπαιθρο και τον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας για να επενδύσουν. Οι πρώτοι και καθοριστικοί λόγοι για

την επιλογή της επένδυσης, που αναφέρθηκαν στην παρούσα έρευνα, αποτυπώθηκαν στο παρακάτω διάγραμμα:

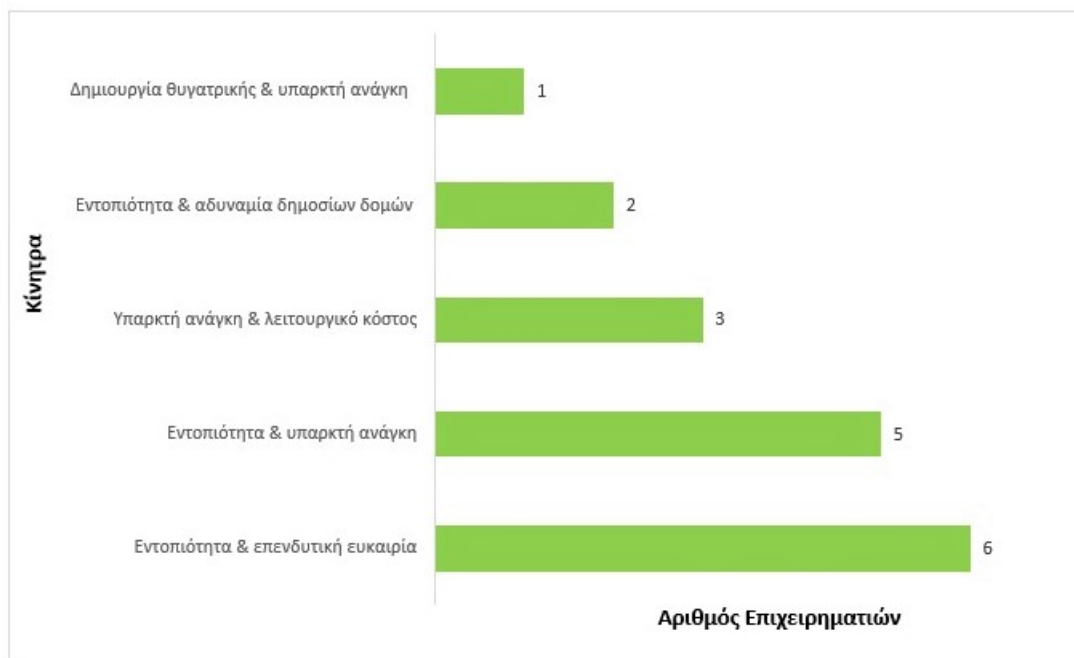
Διάγραμμα 9: Λόγοι που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο



Οι 24/55 επιχειρηματίες, ποσοστό 43,64%, δήλωσαν ως κύριο λόγο εγκατάστασης της επιχείρησής τους στην ελληνική ύπαιθρο την εντοπιότητα και το συναισθηματικό δέσιμο με την περιοχή που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν. Ένας ισχυρός λόγος που κυριαρχεί σε σχέση με τους υπόλοιπους λόγους της εγκατάστασης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο. Ακολουθεί ως κύριο κίνητρο η κάλυψη επενδυτικής ευκαιρίας 10/55 (ποσοστό 18,10%), η κάλυψη υπαρκτής ανάγκης 8/55 (ποσοστό 14,55%), η αδυναμία των δημοσίων δομών να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου σε υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας 7/55 (ποσοστό 12,73%), το μικρό λειτουργικό κόστος κυρίως στη στέγαση 4/55 (ποσοστό 7,27%) και η δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων ή παραρτημάτων επιχειρήσεων που έδρευαν σε αστικά κέντρα 2/55 (ποσοστό 3,64%).

Επίσης, 17 επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα έθεσαν και δεύτερο λόγο που τους οδήγησε να επενδύσουν στον τομέα υγείας- φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Την εντοπιότητα με δεύτερο λόγο την επενδυτική ευκαιρία δήλωσαν 6/55 επιχειρηματίες (ποσοστό 10,91%), την εντοπιότητα με δεύτερο λόγο την υπαρκτή ανάγκη που γνώριζαν λόγω της εντοπιότητας δήλωσαν 5/55 επιχειρηματίες (ποσοστό 9,09%), την υπαρκτή ανάγκη με δεύτερο λόγο το μικρό λειτουργικό κόστος για την επιχείρησή τους ανέφεραν 3/55 επιχειρηματίες (ποσοστό 5,45%), την εντοπιότητα με δεύτερο λόγο τη διαπίστωση ότι οι δημόσιες δομές υγείας αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου σε υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας ανέφεραν 2/55 επιχειρηματίες (ποσοστό 3,64%) και τη δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων από ομίλους υγείας που εδρεύουν στα μεγάλα αστικά κέντρα σε σχέση με την υπαρκτή ανάγκη για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ανέφερε 1/55 (ποσοστό 1,82%).

Διάγραμμα 10: Συνδυασμός λόγων που οδήγησαν τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο



Ανιχνεύτηκε, επίσης, έντονος προβληματισμός από τους επιχειρηματίες, πριν από την έναρξη της επένδυσης, για το αν θα μπορέσουν να στηρίξουν τις επιχειρήσεις τους με το αναγκαίο επιστημονικό προσωπικό κι αν το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία, με τα οποία σκόπευαν να υπογράψουν συμβάσεις για παροχή υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας, θα είναι φερέγγυοι στα συμφωνηθέντα και στις συναλλαγές τους.

### 7.2.1. Η εντοπιότητα του επιχειρηματία και το δέσιμο με τον τόπο καταγωγής του

Υπήρξαν επιχειρηματίες που δήλωσαν ότι βασικό κριτήριο που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο ήταν η εντοπιότητα και η οικειότητα με την περιοχή, κάτι που είναι συμβατό και με την έρευνα των Heath & Tversky (1991), που διαπίστωσαν ότι τα άτομα προτιμούν επενδυτικές επιλογές σε οικεία περιβάλλοντα γι' αυτό και επιλέγουν πολλάκις να επενδύσουν στον τόπο που κατοικούν. Ανιχνεύτηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες ότι η εντοπιότητα σε συνδυασμό με τους δεσμούς αγάπης για τον τόπο που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν καθώς και η προσωπική γνώση για τις ελλείψεις σε παροχές υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην περιοχή τους δημιούργησε ένα «δίχτυ» ικανοποίησης και ασφάλειας για την επιλογή να επενδύσουν στην ιδιαίτερη πατρίδα τους.

*«Το βασικό κίνητρο εγκατάστασης της δικής μου μονάδας υγείας στην περιφέρεια ήταν ότι κατάγομαι από τη συγκεκριμένη περιοχή. Εργαζόμουν στην Αθήνα και επειδή εκεί οι συνθήκες εργασίας δεν ήταν οι κατάλληλες, είχε πάρα πολύ φόρτο εργασίας με πολύ χαμηλές απολαβές και έτσι έπρεπε να σκεφτώ τι ακριβώς θα κάνω. Σαν επόμενο βήμα ήταν η επιστροφή στον τόπο από όπου κατάγομαι, αναζητώντας καλύτερη ποιότητα ζωής*

πλέον δημιουργώντας τη δική μου δομή υγείας μακριά από τα αστικά κέντρα σε γνώριμο, όμως, για μένα περιβάλλον». (R26)

«Λόγοι εντοπιότητας με έκαναν να μετακινηθώ και να δραστηριοποιηθώ επαγγελματικά στην συγκεκριμένη περιοχή από το αστικό κέντρο την Αθήνας όπου διέμενα, καθώς από εδώ κατάγεται ο πατέρας μου. Εδώ είχα και εγώ παιδικά βιώματα και ήταν μια περιοχή που αγαπούσα». (R19)

### 7.2.2. Η διαπίστωση επενδυτικής ευκαιρίας

Ο εντοπισμός της επενδυτικής ευκαιρίας είναι καθοριστικός παράγοντας για τη δυναμική είσοδο στην αγορά και την κερδοφορία μιας επενδυτικής προσπάθειας και ταυτόχρονα είναι το όχημα που οδηγεί από την επενδυτική ιδέα στην επενδυτική πρόταση και στην υλοποίησή της (Καρβούνης, 1993). Ταυτόχρονα η επιχειρηματικότητα είναι ζωτικός μηχανισμός για την αντιμετώπιση των προκλήσεων των περιοχών της υπαίθρου, περιοχές που παρουσιάζουν τις δικές τους επενδυτικές ευκαιρίες (Laukkanen & Niittykangas, 2003). Στην παρούσα έρευνα 10 επιχειρηματίες από τους 55 που συμμετείχαν (ποσοστό 18,10 %) δήλωσαν ότι καθοριστικός παράγοντας για την επένδυση στις περιοχές της υπαίθρου ήταν η διαπίστωση ότι υπήρχαν μεγάλες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας και ήταν μια ευκαιρία να επενδύσουν σε αυτές τις περιοχές. Στην περίπτωση αυτή της μεγάλης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας από πλευράς των κατοίκων της υπαίθρου, οι επιχειρηματίες διέβλεψαν μεγιστοποίηση της κερδοφορίας τους και προχώρησαν στην επένδυση.

«Η έλλειψη αντίστοιχου ιατρικού κέντρου στη συγκεκριμένη περιοχή ήταν το κίνητρο της ίδρυσης και εγκατάστασης της επιχείρησής μας εδώ. Δεν προϋπήρχε κάτι στην περιοχή σε αυτή τη μορφή και σε αυτό το μέγεθος. Ήταν για εμάς μια ευκαιρία και ταυτόχρονα μια πρόκληση να επενδύσουμε εδώ». (R16)

«Ήταν μια μεγάλη ευκαιρία για εμάς. Όταν ξεκινήσαμε εδώ είχαμε ασθενείς από μια ευρύτερη περιοχή γιατί δεν υπήρχαν διαγνωστικά κέντρα με σύγχρονους αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. Εμείς, ως γιατροί το ξέραμε ότι ήταν μια ευκαιρία γι' αυτό και επενδύσαμε. Ήμαστε πρωτοπόροι σε αυτό. Ξεκινήσαμε το διαγνωστικό μας κέντρο στις αρχές του 1990. Μετά άρχισαν και άλλοι να κάνουν το ίδιο σε άλλες περιοχές μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα». (R12)

### 7.2.3. Η κάλυψη υπαρκτών αναγκών της υπαίθρου

Στην ύπαιθρο οι ανάγκες των κατοίκων για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι μεγάλες και μεγεθύνονται περισσότερο και από τη γήρανση του πληθυσμού (Crowther et al, 2010; Sylvestre et al, 2006; Elnitsky & Alexy, 1998), τον τρόπο ζωής και τη μικρότερη χρήση προληπτικής φροντίδας (Bacsu et al, 2012; Kumar et al, 2001). Αυτές οι ανάγκες υπαρκτές και στην Ελλάδα (Economou et al, 2017; Mitropoulos et al, 2016;

Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012, Tountas et al, 2011). χρειάζεται να ικανοποιηθούν είτε από τις δημόσιες δομές υγείας-φροντίδας-μέριμνας είτε από τον αντίστοιχο ιδιωτικό τομέα. Στην παρούσα έρευνα 8 επιχειρηματίες από τους 55 που συμμετείχαν στην έρευνα (ποσοστό 14,55%) διαπίστωσαν την ανάγκη κάλυψης αναγκών στην υγειονομική περίθαλψη που αναζητούσαν οι κάτοικοι της υπαίθρου και ήρθαν να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες αφού διαπίστωσαν ότι η επένδυσή τους θα ήταν και κερδοφόρα και θα στηριζόταν από την κοινότητα και τους πολίτες. Επιπλέον, εκτίμησαν ότι η είσοδός τους στη συγκεκριμένη αγορά υγείας-φροντίδας-μέριμνας μπορεί να μην ήταν προς το παρόν η μεγάλη επενδυτική ευκαιρία, με την πάροδο του χρόνου υπήρχαν οι προϋποθέσεις να διευρυνθεί, πέρα από το γεγονός ότι δε θα ήταν εύκολη η είσοδος ανταγωνιστών. Το γεγονός της στήριξης της επένδυσης από τους πολίτες που θα διαπίστωναν ότι η επένδυση είχε στόχο να καλύψει τις υπαρκτές ανάγκες τους, εξασφάλιζε τη μακροχρόνια στήριξη της κοινότητας, κάτι που είναι αναγκαίο για την επιτυχία των επενδύσεων.

*«Η ανάγκη για την ίδρυση μιας τέτοιας δομής υγείας στην περιοχή ήταν μεγάλη. Θα επέτρεπε στον ασθενή να παραμείνει για τις υπηρεσίες υγείας εδώ και δε θα ταλαιπωρείτο αναγκαζόμενος να μεταβεί στην Αθήνα. Αυτό σήμαινε γι' αυτόν μικρότερο κόστος και λιγότερες χαμένες εργατοώρες. Αυτή την ανάγκη κάλυψε η δομή μας γι' αυτό και αγκαλιάστηκε και στηρίχθηκε από την τοπική κοινωνία». (R49)*

*«Η δομή μας είναι μια οικογενειακή επιχείρηση και πήραμε την απόφαση να έχουμε έδρα τη συγκεκριμένη περιοχή, με όλα τα ρίσκα, όταν διαπιστώσαμε την τοπική ανάγκη για τέτοιου είδους υπηρεσίες που παρέχουμε. Ήταν μικρή η αγορά αλλά δεν το μετανιώσαμε. Συνεχώς διευρύνουμε τις υπηρεσίες μας καλύπτοντας και νέες ανάγκες του πληθυσμού». (R7)*

#### **7.2.4. Η αδυναμία των δημόσιων δομών υγείας να καλύψουν τις υπαρκτές ανάγκες σε υγεία-φροντίδα-μέριμνα των κατοίκων της υπαίθρου**

Το δημόσιο σύστημα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο είναι έντονα υποβαθμισμένο και αυτό έχει αποτυπωθεί σε διάφορες έρευνες (Apostolopoulos et al, 2021b; Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012; Economou, 2010; Sissouras et al, 2000; Kontodimopoulos et al, 2007). Τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και τα αγροτικά ιατρεία αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου (Apostolopoulos et al, 2021a; Economou et al, 2017) και αυτό δημιουργεί επενδυτικές ευκαιρίες. Αυτές οι επενδυτικές ευκαιρίες καταγράφηκαν και στην παρούσα έρευνα και ήταν ένα κίνητρο να επενδύσουν οι επιχειρηματίες στον συγκεκριμένο τομέα. Από τους 55 επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 7 (ποσοστό 12,73%) δήλωσαν ότι εντόπισαν αυτές τις αδυναμίες των δημοσίων δομών υγείας γι' αυτό και προχώρησαν στη δημιουργία της επιχείρησής τους στην ύπαιθρο.

*«Καλύψαμε ένα τεράστιο κενό που υπήρχε από τον δημόσιο τομέα που αδυνατούσε να δώσει λύση. Αυτό το κενό καλύφθηκε από τον ιδιωτικό τομέα που κινείται με γρηγορότερους ρυθμούς, καλύτερα μηχανήματα και καλύτερα αποτελέσματα». (R45)*

*«Στην ευρύτερη περιοχή υπήρχε ένα μικρό περιφερειακό νοσοκομείο που την εποχή που εμείς επενδύσαμε σε αγροτικό περιβάλλον είχε ένα υποτυπώδες ακτινολογικό εργαστήριο το οποίο ήταν εφοδιασμένο με ένα απλό τραπέζι ακτινογραφιών και έναν υπερηχογράφο τον οποίο είχαν πάρει το 1987 νομίζω που ήταν παλαιάς τεχνολογίας. Δεν είχε σύγχρονο υπέρηχο. Δε διέθετε ψηφιακό μαστογράφο, δεν είχε ορθοπαντογράφο για πανοραμικές ακτινογραφίες και εγκεφαλομετρικές ακτινογραφίες. Δεν είχε ούτε αξονικό τομογράφο. Όλα αυτά τα κενά τα κάλυψε η δική μας δομή».* (R33)

### **7.2.5. Το λειτουργικό κόστος**

Το μειωμένο λειτουργικό κόστος είναι σημαντικός παράγοντας για τη βιωσιμότητα και την κερδοφορία μιας επιχείρησης (Stoilova, 2019; Yadav, 2015; Charmel & Frampton, 2008). Στην παρούσα έρευνα 4 από τους 55 επιχειρηματίες που συμμετείχαν δήλωσαν ότι πραγματοποίησαν την επένδυση στην ελληνική ύπαιθρο λαμβάνοντας υπόψη ότι το λειτουργικό κόστος είναι μικρότερο. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα που έθεσαν ως βασικό κριτήριο το μειωμένο λειτουργικό κόστος προέρχονταν από τον χώρο των φαρμακοποιών. Αναφέρθηκαν κυρίως στην απόκτηση ή ενοικίαση στέγης για το φαρμακείο τους σε χωριά της υπαίθρου που είναι πολύ μικρότερο το κόστος απ' αυτό των αστικών κέντρων.

*«Ο ανταγωνισμός μέσα στις πόλεις είναι πάρα πολύ μεγάλος και θέλεις πολλά κεφάλαια είτε για την άδεια είτε για τα άλλα εσωτερικά έξοδα, γι' αυτό και ήρθα στην εδώ που έχει λιγότερα κόστη. Επίσης, στις πόλεις δεν υπάρχουν πλέον διαθέσιμες άδειες για ίδρυση φαρμακείων, έχουν όλες καλυφθεί».* (R2)

*«Το υπάρχον νομικό πλαίσιο κάνει σχεδόν αδύνατη την ίδρυση φαρμακείου στις πόλεις. Επέλεξα αυτό το ορεινό μέρος που έχει γερασμένο πληθυσμό με μεγάλες ανάγκες και βρήκα στέγη με πολύ μικρό κόστος».* (R22)

### **7.2.6. Η δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων ή παραρτημάτων στις περιοχές της υπαίθρου με στόχο την επέκτασή τους σε νέες αγορές**

Η δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων είναι σημαντική για τη φήμη και τη δραστηριότητα του ομίλου (Dewaelheyns et al, 2011) και αυτός είναι ένας από τους λόγους που επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας αναζητούν τη δημιουργία θυγατρικών επιχειρήσεων σε νέες αγορές μακριά πολλάκις από τα αστικά κέντρα. Στην παρούσα έρευνα 2 επιχειρηματίες από τους 55 που συμμετείχαν (ποσοστό 3,64%) δήλωσαν ότι επένδυσαν στην ύπαιθρο στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας με στόχο τη δημιουργία μιας θυγατρικής επιχείρησης επεκτείνοντας τη δράση του ομίλου που εκπροσωπούν και σε περιοχές της υπαίθρου.

*«Αποφασίσαμε να επεκταθούμε και σε άλλες περιοχές, ιδιαίτερα μακριά από τα αστικά κέντρα. Σταδιακά ξεκινήσαμε με λίγα τμήματα και αυτά εμπλουτίστηκαν με την πάροδο των ετών. Η νομοθεσία παλαιότερα δε σου επέτρεπε να δημιουργήσεις παραρτήματα.*



*Σήμερα υπάρχει η δυνατότητα των παρατηρημάτων που είναι πιο γρήγορα, πιο ευέλικτα και γίνεται και με έναν σχεδιασμό που θα το ήθελε ο καθένας που ασχολείται με τα θέματα της υγείας». (R46)*

### **7.2.7. Προβληματισμοί από πλευράς ιδιωτικών επιχειρηματιών για τις επενδύσεις στην ύπαιθρο**

Κατά τη διάρκεια της έρευνας και του σχεδιασμού της επενδυτικής διαδικασίας αναπτύχθηκαν διάφοροι επί μέρους προβληματισμοί για την ομαλή και με κερδοφορία εξέλιξη της επενδυτικής προσπάθειας. Δυο ήταν οι προβληματισμοί. Ο ένας αφορούσε την εύρεση επιστημονικού δυναμικού στην ελληνική ύπαιθρο πάνω στον οποίο θα στηρίζονταν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας και ο άλλος αφορούσε τη φερεγγυότητα του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων με τους οποίους σκόπευαν να υπογράψουν συμβάσεις. Η έρευνα έδειξε ότι οι επιχειρηματίες από την πολύχρονη πείρα τους αλλά και από δημοσιεύσεις γνώριζαν ότι η ύπαιθρος στερείται επιστημονικού δυναμικού όπως είναι οι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Επίσης, γνώριζαν ότι οι παθογένειες της δημόσιας διοίκησης σε σχέση με τις αδειοδοτήσεις θα ήταν γι' αυτούς μια προβληματική κατάσταση. Ιδιαίτερα όπου χρειαζόταν η στήριξη της επενδυτικής προσπάθειας με τη χρήση χρηματοδοτικών εργαλείων εγχώριων ή ευρωπαϊκών γνώριζαν ότι θα υποστούν καθυστερήσεις και γραφειοκρατικά εμπόδια. Ιδιαίτερα προβληματισμένοι ήταν με το αν τελικά θα υπάρχει φερεγγυότητα σε αυτά που θα συμφωνούσαν με το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία αφού οι δημόσιες δομές υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία θα ήταν οι μεγαλύτεροι καταναλωτές των υπηρεσιών τους.

*«Υπήρξε προβληματισμός στον σχεδιασμό ότι ναι μεν υπήρχε η βούληση για ανάπτυξη συγκεκριμένων υπηρεσιών αλλά αυτές έπρεπε να στελεχωθούν με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό που στην επαρχία δε βρίσκεις εύκολα. Όμως με τις γνωριμίες που είχαμε το ξεπεράσαμε». (R16)*

*«Η ευθύνη των εργαζομένων μας είναι πολύ μεγάλη σε αυτές τις δομές υγείας και φροντίδας. Η ευθύνη μιας παρασκευάστριας μικροβιολογικού εργαστηρίου όπως και ενός τεχνολόγου απεικονιστικών μηχανημάτων είναι τεράστια και τελείως διαφορετική σε σχέση με άλλες ειδικότητες. Προβληματιστήκαμε αν θα βρίσκαμε το εξειδικευμένο προσωπικό για την κατάλληλη στελέχωση που θέλουμε. Σαν δομή μπορεί εμείς να βάζουμε στόχους αλλά για να υλοποιηθούν θα πρέπει να υπάρχει το ανθρώπινο δυναμικό που θα το υλοποιήσει. Και σήμερα μετά από τόσα χρόνια λειτουργίας αντιμετωπίζουμε προβλήματα με το εξειδικευμένο προσωπικό». (R45)*

*«Γνωρίζαμε από την αρχή ότι σοβαρότατο πρόβλημα είναι οι καθυστερήσεις στις αποδόσεις δαπανών και τα προβλήματα που υπάρχουν με τον ΕΟΠΥΥ. Γιατί εμείς κατά κύριο λόγο συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ είμαστε και με αυτό το κομμάτι του κράτους έχουμε να κάνουμε. Τελικά οι φόβοι μας επαληθεύτηκαν. Υπάρχουν γραφειοκρατικά θέματα και προβλήματα που μετακινούνται σε εμάς και στις πληρωμές τους και στον τρόπο ελέγχου του νοσηλίου τους και στο πώς συμπεριφέρονται στους ασφαλισμένους τους». (R14)*

### 7.3. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την κοινωνία και τους πολίτες.

Οι κοινότητες της υπαίθρου χαρακτηρίζονται ως μια σφιχτά δεμένη ομάδα ανθρώπων, με κουλτούρα αυτοβοήθειας και εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και στους άλλους (Steinerowski & Steinerowska-Streb, 2012). Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο έντονα στις πιο απομονωμένες και απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου (Müller, 2013). Οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στις περιοχές της υπαίθρου με την πάροδο του χρόνου δημιουργούν στενούς δεσμούς και συνοχή με τους πολίτες και την κοινότητα (Emery & Flora, 2006). Αυτή η σχέση των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας με τους πολίτες και την κοινωνία αναζητήθηκε και στην παρούσα διδακτορική έρευνα. Αναζητήθηκε αν υπάρχει και σε ποια μορφή έχει διαμορφωθεί. Εξετάστηκαν πέντε παράμετροι, πτυχές αυτής της σχέσης. Πώς διαμορφώθηκε η σχέση με τους τοπικούς φορείς, πώς διαμορφώθηκε με την τοπική αυτοδιοίκηση, πόσο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας ήταν προσβάσιμες και αποδοτικές για τους πολίτες, πόσο απρόσκοπτη ήταν η εξυπηρέτηση των πολιτών, υπήρξε μέριμνα και αν ναι ποια για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

#### 7.3.1. Διαμόρφωση σχέσεων με τοπικούς φορείς

Ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που επένδυσαν στην ελληνική υπαίθρο και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα επιδίωξαν και επιδιώκουν να έχουν καλή σχέση με τους τοπικούς φορείς. Εκτιμούν ότι αυτή η σχέση τους συνδέει πιο σταθερά με τους πολίτες και διαχέει την καλή τους φήμη στην τοπική κοινωνία της υπαίθρου. Θεωρούν ότι η σύνδεσή τους με τα τοπικά σωματεία και τους συλλόγους τους δημιουργεί προστιθέμενη αξία για τις δομές τους γι' αυτό και την επιδιώκουν.

*«Συμμετέχουμε σε ό,τι υπάρχει στην περιοχή μας, όπως σε πολιτιστικούς συλλόγους, έχουμε συνδεθεί με αθλητικά σωματεία, έχουμε βοηθήσει την εκκλησία αλλά και άλλους φορείς. Αυτό πάντα οι κάτοικοι το αναγνωρίζουν και το επιβραβεύουν. Σε διάφορες τοπικές εκδηλώσεις είμαστε πάντα χορηγοί παρότι προσπαθούμε να μην το υπερπροβάλουμε. Το γνωρίζει όμως ο κόσμος και οι συντελεστές των φορέων. Βέβαια προς όφελος των κατοίκων αλλά και για τη σύνδεση μαζί τους συμμετείχαμε και σε χρήσιμα προγράμματα υγείας σχετικά με την παρακολούθηση του ασθενή στο σπίτι, πρόληψη και σωστή χορήγηση των φαρμάκων κ.α. που εξελίχθηκαν σε συνεργασία με άλλες ιδιωτικές επιχειρήσεις και τοπικούς φορείς». (R28)*

*«Έχουμε πολλούς συλλόγους και σωματεία εδώ στην περιοχή που βοηθάμε και έχουμε επαφές. Στηρίζουμε αρκετούς φορείς και πάντα εθελοντικά. Αρκετές φορές τους έχουμε στηρίξει και οικονομικά. Έχουμε αναπτύξει κοινωνικότητα στο κομμάτι αυτό, το οποίο είναι συγχρόνως ωφέλιμο και για την επιχείρησή μας». (R15)*

Υπήρξε και μια μειοψηφία από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες της τάξεως του 10% (5/55) που δήλωσαν ότι δεν έχουν σχέση με τους τοπικούς φορείς και

δεν επιδιώξαν να δημιουργήσουν μια τέτοια σχέση γιατί δε δημιουργούν αυτές οι σχέσεις κάποια μορφή προστιθέμενης αξίας στις επιχειρήσεις τους.

*«Εκτιμώ ότι δεν προσφέρει κάτι στις δομές μας η δικτύωση με τους τοπικούς φορείς. Με την κοινότητα γενικά σε επίπεδο προσώπων όμως έχω τις προσωπικές επαφές και φυσικά έχω σχέση εμπιστοσύνης με τους πελάτες μου».* (R31)

### 7.3.2. Διαμόρφωση σχέσεων με αυτοδιοίκηση

Οι επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας θεωρούν την τοπική αυτοδιοίκηση ως τον πιο κοντά σε αυτούς θεσμό με τον οποίο θέλουν και επιδιώκουν αγαστή συνεργασία. Μπορεί η τοπική αυτοδιοίκηση να μην έχει στον ίδιο βαθμό με τις κοινωνικές επιχειρήσεις εμπλοκή παρ' όλα αυτά οι επιχειρηματίες των ιδιωτικών επιχειρήσεων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν υποχρέωσή τους να συνεργάζονται ομαλά και απρόσκοπτα με τις δημοτικές αρχές και τις υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης. Εκεί που υπάρχει διαμορφωμένη σχέση είναι με την περιφερειακή αυτοδιοίκηση αφού οι αιρετές περιφέρειες σήμερα έχουν την ευθύνη αδειοδότησης, ελέγχου και κυρώσεων πολλών επιχειρήσεων υγείας όπως κλινικές, κέντρα αποκατάστασης κ.ά.<sup>24</sup> Επίσης, οι αιρετές περιφέρειες διαχειρίζονται διάφορα προγράμματα στήριξης επιχειρήσεων στα οποία επιδιώκουν να ενταχθούν πολλές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Η εμπλοκή των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα σε διάφορα προγράμματα στήριξης μέσω της περιφερειακής αυτοδιοίκησης ανέδειξε την αναγκαιότητα των χρηματοδοτικών κυρίως εργαλείων που χειρίζονται οι περιφέρειες για την ανάπτυξη και μακροχρόνια βιωσιμότητα των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας, όπως ανέδειξε και τις παθογένειες της διοίκησης. Αντιμετώπισαν γραφειοκρατικά προβλήματα και καθυστερήσεις σε προγράμματα που εντάχθηκαν και κάποιοι άφησαν να εννοηθεί ότι αναγκάστηκαν να προβούν και σε άτυπες πληρωμές για να ξεπεράσουν τα εμπόδια.

*«Όταν ξεκίνησα εντάχθηκα στο πρόγραμμα “Γυναικεία Επιχειρηματικότητα” του ΕΣΠΑ που έδινε η Περιφέρεια το οποίο ήταν εξαιρετικό και κάλυπτε τομείς εξωστρέφειας, χωρίς ιδιαίτερη διαδικασία λήψης. Όμως μετά συμμετείχα στο “Digi Retail” στο οποίο είχα τραυματική εμπειρία και τελικά υπήρξε απένταξη της επιχείρησής μου. Το πρόγραμμα αφορούσε αναβάθμιση τεχνολογιών ψηφιοποίησης-καινοτομίες πληροφορικής το οποίο το είχαμε ανάγκη για την αναβάθμιση των υπηρεσιών μας. Λόγω όμως του προβλήματος δεν πληρωθήκαμε εν τέλει για το παραπάνω πρόγραμμα. Σε κάποια άλλα προγράμματα με μεγαλύτερη γραφειοκρατία που στην συνέχεια εντάχθηκα, διάφορες παραμέτρους τις πλήρωσα τελικά εγώ».* (R28)

*«Με την τοπική αυτοδιοίκηση έχουμε διαμορφώσει μια πολύ καλή σχέση και αυτό μας βοηθάει να επιλύουμε άμεσα πολλά προβλήματα. Η σχέση μας με την Περιφέρεια είναι σημαντική γιατί αυτή διαχειρίζεται προγράμματα αναγκαία για τη λειτουργία μας. Αν δεν*

<sup>24</sup> Νόμος, 4600/2019, Διαδικασία και προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, ΦΕΚ 43/9-3-2019.

*έχεις διαμορφώσει καλές σχέσεις δύσκολα ξεπερνιούνται τα γραφειοκρατικά προβλήματα». (R4).*

### **7.3.3. Δημιουργία υπηρεσιών προσβάσιμων και αποδοτικών για τους πολίτες**

Ως πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας θεωρείται ο τρόπος εισαγωγής σε μια δομή υγείας με σκοπό την επίσκεψη ή τη χρήση των υπηρεσιών της δομής (Levesque et al, 2013). Σύμφωνα με τους επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα για να γίνουν ελκυστικές οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους επένδυσαν στην απρόσκοπτη προσβασιμότητα των πολιτών στις δομές τους. Δημιούργησαν κτηριακές εγκαταστάσεις και περιβάλλοντα χώρο προσιτό στους πολίτες δίνοντας έμφαση στις εισόδους του κτιρίου, στους χώρους στάθμευσης, στους χώρους υγιεινής, στις αίθουσες αναμονής, στα δάπεδα, στους ανελκυστήρες, στα αμαξίδια μεταφοράς ασθενών, στη σήμανση, στην πληροφόρηση, στην επικοινωνία κ.ά. Χρησιμοποιούν σωστά καταρτισμένο προσωπικό με διάθεση να εξυπηρετήσει τον πολίτη. Προσέλαβαν υψηλών προσόντων επιστημονικό δυναμικό και εξασφάλισαν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό που παρέχει αξιόπιστα και ποιοτικά αποτελέσματα. Θεωρούν ότι όσο πιο ευκρινής για τους πολίτες είναι η οριογραμμή που τους ξεχωρίζει από τις δημόσιες δομές τόσο πιο ελκυστικές γίνονται οι δικές τους παρεχόμενες υπηρεσίες. Προχώρησαν σε καινοτόμα σχέδια που έλυσαν εμπόδια που υπήρχαν στην προσβασιμότητα των πολιτών αξιοποιώντας την τεχνολογία.

*«Για την καλύτερη ποιοτική εξυπηρέτηση των κατοίκων εφαρμόσαμε καινοτόμες παρεμβάσεις για την καλύτερη πρόσβαση στις δομές μας μέσω διαδικτύου και επεκταθήκαμε στον χώρο του ηλεκτρονικού εμπορίου, στον χώρο του φαρμάκου και υγειονομικού υλικού. Προσπαθήσαμε να αναβαθμίσουμε τις υπηρεσίες μας κάνοντας παρεμβάσεις ακόμα και στη μηχανογράφηση και σε άλλες λειτουργίες ώστε να εξυπηρετούμε με ποιότητα τους κατοίκους». (R28)*

*«Η απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών σε εμάς είναι καθοριστικής σημασίας, όπως καθοριστικής σημασίας είναι η εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας χωρίς εμπόδια και ταλαιπωρία για τους ασθενείς μας. Αυτό μας ξεχωρίζει και από τις δημόσιες δομές υγείας. Επενδύσαμε πολλά σε τεχνολογία και υψηλού επιπέδου ανθρώπινο δυναμικό με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών». (R4)*

### **7.3.4. Απρόσκοπτη εξυπηρέτηση πολιτών**

Οι επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι στον πυρήνα της επιτυχίας της επενδυτικής τους προσπάθειας βρίσκεται η απρόσκοπτη και ποιοτικά αναβαθμισμένη εξυπηρέτηση του πολίτη. Αυτό είναι και το κλειδί κατ' αυτούς που τους ξεχωρίζει από τις αντίστοιχες δημόσιες δομές και κάνει την παροχή υπηρεσιών τους ελκυστική. Το φιλικό περιβάλλον, το πρόθυμο και ευγενικό προσωπικό, η παροχή υπηρεσιών χωρίς καθυστερήσεις και ταλαιπωρία, η σωστή και αναλυτική ενημέρωση για τα αποτελέσματα εξετάσεων και η λεπτομερής

επεξήγηση για τη θεραπευτική αγωγή αποτελούν για τους επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα καθοριστικά στοιχεία στη βιωσιμότητα και κερδοφορία των επιχειρήσεών τους.

*«Είμαστε πάντα πρόθυμοι να δώσουμε στους ασθενείς μας τη σωστή κατεύθυνση, να τους εξυπηρετήσουμε και να λύσουν το πρόβλημά τους μέσα σε ένα φιλικό γι' αυτούς περιβάλλον. Είναι τέτοιος ο ρόλος μας, ιδίως στην αγροτική περιοχή που λειτουργούμε που οι κάτοικοι λόγω των κρίσεων έχουν οικονομικές δυσκολίες για να εξασφαλίσουν ιατρικές υπηρεσίες, να τους προσφέρουμε με αξιοπρέπεια γι' αυτούς αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας χωρίς καθυστερήσεις και ταλαιπωρίες, κι αυτό κάνουμε» (R30)*

*«Η επιχείρησή μου εξυπηρετεί άμεσα τους κατοίκους της εδώ περιοχής. Αρκετοί μένουν μόνιμα εδώ και σε πολύ μεγάλο ποσοστό είναι ηλικιωμένα άτομα που δυσκολεύονται να μετακινηθούν. Η εξυπηρέτηση που τους προσφέρουμε έχει κάνει αυτούς τους ανθρώπους να μας εμπιστεύονται και να προτιμούν τις δικές μας υπηρεσίες». (R31)*

### **7.3.5. Μέριμνα για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες**

Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα συχνά αναφέρθηκαν και στην ευαισθησία που πρέπει να έχουν οι δομές τους απέναντι στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Την υγεία, την φροντίδα και τη μέριμνα πρέπει να την πλαισιώνει συνεχώς η ευαισθησία των δομών υγείας που ανακουφίζει τον ανθρώπινο πόνο. Είναι ένα στοιχείο που γίνεται αντιληπτό, δήλωσαν οι επιχειρηματίες, από το σύνολο της τοπικής κοινωνίας. Είναι μέσα στους κοινωνικούς στόχους που πρέπει να έχουν οι δομές αυτές ιδιαίτερα στις ευαίσθητες περιοχές όπως είναι οι περιοχές της υπαίθρου. Η παρούσα έρευνα ανέχνευσε τέτοιες πτυχές μέριμνας για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες από πλευράς των δομών υγείας-φροντίδας-μέριμνας του ιδιωτικού τομέα.

*«Βοηθούμε πάρα πολύ κόσμο που έχει μεγάλα προβλήματα χωρίς οικονομική επιβάρυνση γι' αυτούς. Η επαρχία έχει ιδιαιτερότητες λόγω και του ηλικιωμένου πληθυσμού. Έχω πάει νύχτες πολλές φορές να βοηθήσω ανθρώπους που δεν είχαν άλλη λύση. Στηρίζουμε κατάκοιτους ασθενείς ή άλλες έκτακτες περιπτώσεις. (R51)*

*«Προσπαθούμε να βοηθήσουμε ευάλωτα άτομα, ιδίως άτομα που είναι εγγεγραμμένα στην πρόνοια και δυσκολεύονται να καλύψουν τα έξοδά τους στην κλινική μας δεδομένου ότι ούτε η υπηρεσία της πρόνοιας καλύπτει τα έξοδα νοσηλείας τους. Οι δικές μας δομές υγείας διαφέρουν από τις άλλες επιχειρήσεις. Μιλάμε για δύσκολες καταστάσεις. Έχουμε χρέος να επιλύσουμε και τέτοια προβλήματα με ασθενείς που έχουν τεράστια οικονομικά προβλήματα, χωρίς να έχουν ασφαλιστική κάλυψη». (R18)*

### **7.4. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου με την ανάπτυξη της περιοχής που λειτουργούν και δραστηριοποιούνται**

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ της ίδρυσης μιας επιχείρησης και στην ανάπτυξη μιας περιοχής (Baptista et al, 2008; Mueller et al, 2008; Acs & Armington, 2004; Audretsch & Thurik, 2001; Reynolds, 1999). Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε αν αυτό ισχύει και για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Ερευνήθηκαν οι παρακάτω έξι πτυχές. Η πρώτη πτυχή είναι η κάλυψη των τοπικών αναγκών και η προσέλκυση ασθενών από άλλες περιοχές, η δεύτερη πτυχή είναι η συμβολή των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο, η τρίτη πτυχή αφορά τη συμβολή τους στην αποαστικοποίηση και την αποκέντρωση, η τέταρτη πτυχή αφορά τη δημιουργία θέσεων εργασίας, η πέμπτη πτυχή αφορά τη στήριξη της τοπικής κοινωνίας και την ποιότητα ζωής των κατοίκων και η έκτη πτυχή αφορά την ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς.

#### **7.4.1. Κάλυψη τοπικών αναγκών και προσέλκυση ασθενών από άλλες περιοχές**

Ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας καλύπτουν με τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού και προσελκύουν ασθενείς και από την ευρύτερη περιοχή. Ιδιαίτερα τα διαγνωστικά κέντρα, τα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας και οι μονάδες αιμοκάθαρσης προσελκύουν ασθενείς ακόμη και από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Όσο μεγαλύτερη είναι η φήμη των επιχειρήσεων αυτών ότι προσφέρουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες, χωρίς προβλήματα και τλαιπωρίες και με μικρότερη οικονομική επιβάρυνση τόσο μεγαλύτερη είναι η προσέλκυση ασθενών από ευρύτερες περιοχές.

*«Είναι στους βασικούς στόχους της επιχείρησης η κάλυψη του κενού στη συγκεκριμένη περιοχή και επιχειρηματικά αλλά και στην παροχή υγείας συνολικά όσον αναφορά τις ανάγκες του πληθυσμού όπως και η επέκταση της εξυπηρέτησης ασθενών στην ευρύτερη περιοχή κάτι το οποίο ήδη εξελίσσεται. Το κενό αυτό που υπήρχε το καλύψαμε εμείς ως ιδιωτική πρωτοβουλία, κάποιος θα έπρεπε να ταξιδέψει αρκετά χιλιόμετρα για να βρει αντίστοιχη μονάδα υγείας με πρόγραμμα ιατρικής αποκατάστασης και συγχρόνως έχουμε ασθενείς από μεγαλύτερα αστικά κέντρα καθώς και από του γύρω νομούς που εδώ βρίσκουν καλύτερη πρόσβαση και ίσως και καλύτερες υπηρεσίες». (R5)*

*«Έρχονται εδώ ασθενείς όχι μόνο από την περιοχή αλλά και από άλλες μακρινές περιοχές. Δεν προϋπήρχε κάτι ανάλογο στην περιοχή. Καλύψαμε εμείς αυτό το κενό». (R18)*

#### **7.4.2. Συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο**

Οι απόψεις των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα για το αν οι επιχειρήσεις από μόνες τους είναι ικανές να συγκρατήσουν τον πληθυσμό στην ύπαιθρο παρουσιάζουν διαφορετικές αποχρώσεις. Κάποιοι επιχειρηματίες θεωρούν ότι η υγεία των ανθρώπων είναι καθοριστικής σημασίας αγαθό και η κάλυψη των αναγκών τους από υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στον τόπο κατοικίας τους είναι σημαντικός παράγοντας γι' αυτούς στο να συνεχίσουν να δραστηριοποιούνται στις περιοχές της υπαίθρου. Κάποιοι άλλοι πιστεύουν ότι από μόνες τους οι επιχειρήσεις

υγείας-φροντίδας-μέριμνας δεν μπορούν να συγκρατήσουν τον κόσμο στην ύπαιθρο, συνδυαστικά όμως με άλλους παράγοντες συνεισφέρουν και αυτές στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο.

*«Είναι απαραίτητη η παρουσία μας στο να παραμείνει όλος αυτός ο κόσμος στην περιοχή εδώ».* (R28)

*«Μόνο εμείς δεν αρκεί ώστε να συγκρατηθεί ο πληθυσμός στην περιοχή, μπορούν όμως να το κάνουν πολλές ιδιωτικές επιχειρήσεις μαζί. Δύο πράγματα κυρίως απασχολούν τους κατοίκους στα χωριά, η εργασία και η ασφάλεια στα θέματα υγείας. Αν υπάρχουν αυτά ίσως μπορεί κάποιος να μείνει. Εξάλλου και εμείς λόγω δουλειάς μείναμε εδώ».* (R2)

#### **7.4.3. Συμβολή στην αποαστικοποίηση και την αποκέντρωση**

Μεταπολεμικά στην Ελλάδα το φαινόμενο της αστυφιλίας και της συνακόλουθης αστικοποίησης ήταν έντονο με αποτέλεσμα πολλές περιοχές της υπαίθρου και ιδιαίτερα τα ορεινά και απομακρυσμένα χωριά να γνωρίσουν φαινόμενα ερημοποίησης ενώ γιγαντώθηκαν τα αστικά κέντρα (Φίλιας, 1980; Καλεύρας, 1930). Η ανάγκη για αποαστικοποίηση και αποκέντρωση είναι επιτακτική για την Ελλάδα γι' αυτό και ασκούνται πολιτικές σε αυτή την κατεύθυνση (Minatidis, 2021). Στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο συντελούν στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση. Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι επιχειρήσεις τους που καλύπτουν ανάγκες υγείας και φροντίδας στην ύπαιθρο και στις μικρές πόλεις συμβάλουν και στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση και κάνουν τις περιοχές στις οποίες λειτουργούν πιο ελκυστικές.

*«Η επιχείρησή μας λειτουργεί θετικά στο να μετακινηθεί κάποιος εδώ είτε για εργασία είτε για διαμονή με την έννοια ότι κάνει ελκυστική την τοπική περιοχή. Όλες αυτού του τύπου οι υπηρεσίες γενικά και σε άλλες περιφέρειες βοηθούν σε αυτήν την κατεύθυνση, όσες περισσότερες δημιουργούνται τόσο καλύτερο είναι».* (R5)

*«Τα θέματα υγείας είναι πρωτεύοντα για τον άνθρωπο γι' αυτό και η δική μας λειτουργία συντελεί στο να έρθει κάποιος εδώ να ζήσει. Ιδιαίτερα όταν είναι συνταξιούχος. Για τους νεότερους πρέπει να συνδυαστεί με την εξασφάλιση εργασίας και είναι δύσκολο αυτό. Όμως, είναι σίγουρα απαραίτητο να υπάρχουν προσιτές δομές υγείας για να έρθει κόσμος εδώ».* (R28)

#### **7.4.4. Δημιουργία θέσεων εργασίας**

Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ύπαιθρο χρησιμοποιούν επί το πλείστον επιστημονικό ανθρώπινο δυναμικό αλλά και βοηθητικό προσωπικό. Για τη λειτουργία τους δημιουργούν θέσεις εργασίας. Επίσης, συνεργάζονται για προμήθειες υλικών και με άλλες τοπικές επιχειρήσεις ενδυναμώνοντας έτσι την τοπική αγορά. Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα συχνά αναφέρθηκαν ότι δημιουργούν θέσεις εργασίας και βοηθούν

στην αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος. Θεωρούν ότι συντελούν και αυτοί στο να αποκτήσει δυναμική η τοπική αγορά.

*«Δημιουργήσαμε πέντε θέσεις εργασίας κι αυτό είναι σημαντικό για την περιοχή. Το προσωπικό μας προσπαθούμε συνεχώς να το επιμορφώνουμε για να εξυπηρετεί καλύτερα τους κατοίκους».* (R34)

*«Αναζητήσαμε ανθρώπινο δυναμικό από την περιοχή κι αυτό κατά τη γνώμη μας ήταν σωστό και εκτιμήθηκε από την τοπική κοινωνία. Δώσαμε δουλειά σε αρκετό κόσμο».* (R5)

#### **7.4.5. Στήριξη της τοπικής κοινωνίας και ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου**

Οι επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι δομές τους στην ελληνική ύπαιθρο εξυπηρετούν τις ανάγκες των κατοίκων ώστε αυτοί να μην αναγκάζονται να μεταβούν γι' αυτές τις υπηρεσίες στα μεγάλα αστικά κέντρα. Με αυτό τον τρόπο, θεωρούν, ότι οι κάτοικοι απαλλάσσονται από έξοδα μετακίνησης και διαμονής στα αστικά κέντρα αλλά και από πολύωρες ταλαιπωρίες. Πιστεύουν ότι οι επιχειρήσεις τους μειώνουν τα κόστη για τον ασθενή και την οικογένειά του και η πρόσβαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας έγινε εύκολη και απρόσκοπτη.

*«Από εδώ περνάνε όλα τα χωριά της περιοχής. Στηρίζουμε την τοπική κοινωνία. Σε εμάς βασίζονται για τη φαρμακευτική τους αγωγή. Σε εμάς οι κάτοικοι λένε τα προβλήματα υγείας τους και μας ζητούν συμβουλές. Ζούμε μαζί με τους κατοίκους και τις χαρές και τις λύπες τους. Συναντιόμαστε συνέχεια μαζί τους σε πολλές κοινωνικές εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται από τον πολιτιστικό σύλλογο τον οποίο και βοηθάμε στο έργο του».* (R2)

*«Έχουμε δημιουργήσει δεσμούς εμπιστοσύνης με τους κατοίκους της περιοχής στα θέματα υγείας και συντελούμε στην ποιότητα της ζωής τους. Παράλληλα στηρίζουμε την τοπική κοινωνία και τους τοπικούς φορείς. Εδώ γίνεσαι ένα με τους ανθρώπους γιατί οι κοινωνίες είναι μικρές και δε χάνεσαι στην ανωνυμία».* (R34)

#### **7.4.6. Ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς**

Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η επένδυσή τους στην ελληνική ύπαιθρο ενδυναμώνει και ισχυροποιεί την τοπική αγορά. Θεωρούν ότι η δική τους επενδυτική παρουσία στην περιοχή κάνει την περιοχή πιο ελκυστική για την εγκατάσταση κι άλλων επιχειρήσεων ενώ ταυτόχρονα ενισχύει και τις υπάρχουσες επιχειρήσεις και δυναμώνει συνολικά την τοπική αγορά.

*«Συμβάλλουμε στην ενδυνάμωση της τοπικής οικονομίας. Η παρουσία μας εδώ εμπορικά, συμβάλλει θετικά στην τοπική οικονομία».* (R34)



*«Κάθε επιχειρηματική δραστηριότητα ενδυναμώνει με τη λειτουργία της την τοπική αγορά. Όλα είναι μια αλυσίδα. Έτσι κινείται η οικονομία. Συνεπώς και εμείς είμαστε κομμάτι αυτής της αλυσίδας και συντελούμε στην ανάπτυξη της περιοχής».* (R10)

## **7.5. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με το αν αναπτύσσουν ή όχι κοινωνικούς στόχους**

Ανάμεσα στις επιχειρήσεις και στην κοινωνία διαμορφώνεται μια σχέση αλληλοεξάρτησης η οποία οφείλει να διέπεται από κλίμα αμοιβαίου σεβασμού (Παπαδόπουλος, 2002; Καλδής, 2002). Από αυτή την αλληλοεξάρτηση απορρέει και η ηθική υποχρέωση των επιχειρήσεων να μην εστιάζουν αποκλειστικά τις αποφάσεις τους στη μεγιστοποίηση των κερδών τους αλλά να αναπτύσσουν και κοινωνικούς στόχους (Θανόπουλος, 2009; Νίνα-Παζαρζή, 2004; Λεφόπουλος & Αγγελόπουλος, 2003; Τσαγκαρέστου, 2001). Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε αν αυτό ισχύει και για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Αν αναπτύσσουν κοινωνικούς στόχους και σε ποια κατεύθυνση. Ερευνήθηκαν οι παρακάτω τρεις πτυχές. Η πρώτη πτυχή αφορούσε αν παρέχουν δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες για άτομα με οικονομικά προβλήματα που αδυνατούν να ανταποκριθούν στο κόστος των υπηρεσιών αυτών. Η δεύτερη πτυχή αφορούσε αν στηρίζουν τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η τρίτη πτυχή αφορούσε τη σχέση της επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με συλλόγους, σωματεία και ιδρύματα που ασχολούνται με τη στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

### **7.5.1. Παροχή δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες στα άτομα που έχουν οικονομικά προβλήματα**

Ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας προσφέρουν δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες σε άτομα που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα. Οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες ισχυρίστηκαν ότι οι τοπικές κοινωνίες της υπαίθρου είναι μικρές και γνωρίζουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και τα οποία στηρίζουν είτε προσφέροντάς τους υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας δωρεάν είτε με ένα συμβολικό ποσό συμμετοχής για να αισθάνονται πιο άνετα.

*«Ο ρόλος της επιχείρησής μου στην ύπαιθρο έχει πέρα από την κερδοφορία για να είναι βιώσιμη και κοινωνική αποστολή. Αυτά τα δυο συνυπάρχουν και ιδιαίτερα στις μικρές κοινωνίες πάνε παράλληλα. Το έργο μας σαφέστατα έχει κοινωνικές προεκτάσεις και μια κοινωνική ευθύνη. Δεν μπορεί να επιβιώσει κάποιος στον χώρο αυτό αμφισβητώντας την μια ή την άλλη πλευρά. Είναι μια δυναμική ισορροπία».* (R32)

*«Πάρα πολλές φορές προσφέραμε θεραπείες χωρίς αμοιβή ή επιμηκύνουμε το θεραπευτικό πρόγραμμα που απαιτούνταν, δωρεάν ως κοινωνική προέκταση των*

υπηρεσιών μας. Εδώ οι κοινωνίες είναι μικρές και γνωρίζουμε πολύ καλά αυτούς που έχουν οικονομικά προβλήματα ή άλλα προβλήματα και τους στηρίζουμε». (R26)

### 7.5.2. Στήριξη πασχουσών κοινωνικών ομάδων

Ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο μέσα στους κοινωνικούς στόχους που αναπτύσσουν είναι και η στήριξη των πασχουσών κοινωνικών ομάδων και οι οποίες ομάδες έχουν αυξημένες ανάγκες στα θέματα υγείας και φροντίδας. Οι επιχειρηματίες δήλωσαν ότι το ανεπαρκές εισόδημα κάποιων κατοίκων της υπαίθρου, η στέρηση πόρων διαβίωσης, η ανεργία, οι μεγάλες καταστροφές στην αγροτική παραγωγή από τα ακραία καιρικά φαινόμενα σε συνδυασμό με την οικονομική και υγειονομική κρίση διεύρυναν τις πάσχουσες ομάδες οι οποίες και χρειάζονται στήριξη και από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας για να καλύψουν τις ανάγκες τους στα θέματα υγείας, φροντίδας και περίθαλψης. Ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου θεωρούν ότι η ηθική των επιχειρήσεων υγείας απαιτεί τη στήριξη των πασχουσών κοινωνικών ομάδων, κάτι που κάνουν πράξη, έχοντας και προσωπική άποψη λόγω των μικρών και κλειστών κοινωνιών της υπαίθρου.

*«Πολλές φορές έχουμε ανοίξει εκτός ωραρίου, ακόμη και μέσα στην νύχτα, για να δώσουμε φαρμακευτική αγωγή για ευπαθείς ηλικιωμένους. Η υπάλληλός μου έχει έρθει εσπευσμένα γιατί την έχουν ειδοποιήσει έκτακτα ενώ βρισκόταν σε άλλη περιοχή. Δεν υπάρχουν ωράρια για εμάς. Έχουμε πάει έξω από τις κατοικίες συνανθρώπων μας που μένουν εδώ στο χωριό να τους δώσουμε φάρμακα κυριολεκτικά μέσα από τα κάγκελα των αυλών τους.»(R37)*

*«Στο πλαίσιο της κοινωνικής ευθύνης και της ηθικής στηρίζω συχνά ευπαθή άτομα σε οικονομικό επίπεδο και στην άμεση εξυπηρέτησή τους. Αυτό το κάνω όχι ως φιλανθρωπία απέναντι σε ένα ευπαθές άτομο αλλά από ηθική υποχρέωση που πρέπει να διακρίνει τις δομές υγείας.»(R52)*

### 7.5.3. Η σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με συλλόγους, σωματεία και ιδρύματα που ασχολούνται με τη στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων

Στην ύπαιθρο λειτουργούν διάφορα μη κερδοσκοπικά σωματεία, σύλλογοι και ιδρύματα που ασχολούνται με τη στήριξη ατόμων που προέρχονται από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Συνήθως είναι η δράση τους επικεντρωμένη σε ηλικιωμένους, σε άτομα με αναπηρία ή σε άτομα με χρόνιες παθήσεις που χρειάζονται φροντίδα. Αυτά τα σωματεία ή τα ιδρύματα, που πολλές φορές έχουν περιορισμένους πόρους, συχνά απευθύνονται στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και ζητούν τη στήριξή τους. Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συχνά στηρίζουν αυτές τις περιπτώσεις και από ηθική υποχρέωση και από το γεγονός ότι οι πρακτικές στήριξης διευρύνουν τη φήμη και τη διατήρηση του καλού ονόματος των επιχειρήσεών τους στο σύνολο της κοινωνίας της υπαίθρου.

*«Υπάρχει διασύνδεση με διαφόρους συλλόγους όπως για παράδειγμα ο σύλλογος παιδιών με ειδικές ανάγκες. Εμείς τους στηρίζουμε σε επίπεδο εξετάσεων, πάντα δωρεάν. Αυτό βοηθάει το έργο των συλλόγων αλλά διευρύνει και τη δική μας φήμη κι αυτό μας ικανοποιεί. Εκπληρώνουμε την κοινωνική μας ευθύνη απέναντι στην τοπική κοινωνία γι' αυτό και έχουμε κατακτήσει καλό όνομα στην περιοχή».* (R33)

*«Η κλινική μας ήρθε σε επαφή με την τοπική δομή που προσφέρει φιλοξενία σε παιδάκια και προσφέρουμε δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες στο επίπεδο του τακτικού μικροβιολογικού και διαγνωστικού ελέγχου αλλά και των εξωτερικών ιατρείων. Ακόμα ήρθαμε σε επαφή με το Εμπορικό Επιμελητήριο της περιοχής μας και δημιουργήσαμε από κοινού ειδική κάρτα υγείας προνομιακών τιμών για πολλούς δικαιούχους».* (R4)

#### **7.6. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων ιδεών.**

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η καινοτομία συνδέεται άμεσα με την απόδοση και ανάπτυξη μιας επιχείρησης, δημιουργεί ανταγωνιστικό αποτέλεσμα σε σχέση με τους ομόλογους ανταγωνιστές, μετασχηματίζει τα χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες της επιχείρησης, εξασφαλίζει οικονομικά οφέλη και συντελεί στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας της επιχείρησης σε περιόδους οικονομικών και υγειονομικών κρίσεων (Ageron et al., 2013; Koellinger, 2008; Makris, 2008; Garcia & Calantone, 2002; Autio & Parhankangas, 1988). Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν τα παραπάνω ισχύουν και για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Εξετάστηκε αν οι επενδύσεις αυτές περιείχαν καινοτόμες λύσεις. Ερευνήθηκαν τέσσερις πτυχές. Η πρώτη πτυχή αφορούσε τον αν υπήρξαν και εφαρμόστηκαν καινοτόμες ιδέες σε επίπεδο εξυπηρέτησης των πολιτών, η δεύτερη πτυχή αφορούσε το αν υπήρξαν και εφαρμόστηκαν καινοτόμες ιδέες στη λειτουργικότητα των δομών της επιχείρησης, η τρίτη πτυχή αφορούσε το αν υπήρξαν και εφαρμόστηκαν καινοτομίες στο κλινικό περιβάλλον και η τέταρτη πτυχή εξέτασε τους λόγους που εμπόδισαν και απέτρεψαν την ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες το 60% αυτών προχώρησε στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τους και τη λειτουργικότητα των δομών υγείας που δημιούργησαν. Ένα 40% δίστασε να προχωρήσει σε καινοτόμα σχέδια και αρκέστηκε σε παραδοσιακές μορφές λειτουργίας. Δεν ανιχνεύτηκαν κλινικές καινοτομίες. Οι επιχειρηματίες που προχώρησαν σε καινοτόμα σχέδια δήλωσαν ότι αυτά θα τους δώσουν μακροχρόνια κερδοφορία και θα είναι ανταγωνιστικοί με τις αντίστοιχες υπηρεσίες των μεγάλων αστικών κέντρων ενώ αντίθετα οι επιχειρηματίες που προτίμησαν παραδοσιακές μορφές λειτουργίας και εξυπηρέτησης των ασθενών τους το έκαναν φοβούμενοι ότι οι καινοτομίες θα δημιουργούσαν πιθανόν μεγαλύτερα λειτουργικά κόστη. Όπου οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες προχώρησαν στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων δήλωσαν ότι είχαν θετικά αποτελέσματα.

### 7.6.1. Καινοτόμες παρεμβάσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών

Ανιχνεύτηκε ότι οι επιχειρηματίες των μονάδων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου θεωρούν σε ένα ποσοστό της τάξεως του 60% ότι η εφαρμογή καινοτόμων παρεμβάσεων με στόχο την εξυπηρέτηση των ασθενών, μη αρκούμενοι σε παραδοσιακές μορφές εξυπηρέτησης των ασθενών, δημιουργεί προστιθέμενη αξία στην επιχείρησή τους με πολλαπλά θετικά αποτελέσματα.

*«Εκείνο που κάνει τη διαφορά είναι η ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων στην εξυπηρέτηση του πολίτη. Η καινοτομία στον ιδιωτικό τομέα υγείας διευρύνει υπέρ του τη διαφορά από τις δημόσιες δομές υγείας. Εμείς το είδαμε στην πράξη πόσο αποδίδουν τα καινοτόμα σχέδια που είναι προσανατολισμένα στην εξυπηρέτηση του πολίτη. Τολμήσαμε και βγήκαμε κερδισμένοι». (R51)*

*«Στα πλαίσια διαφόρων καινοτόμων ιδεών σχετικά με τη βέλτιστη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής που δραστηριοποιούμαστε δημιουργήσαμε μια νέα διαδικασία μεταφοράς ασθενών με κινητικά προβλήματα αξιοποιώντας σύγχρονο μεταφορικά μέσα και ειδικό εξοπλισμό. Ήταν κάτι που έλλειπε από την περιοχή και όταν ήρθε αγκαλιάστηκε από τους κατοίκους. Έδωσε λύση κι αυτό μας ικανοποίησε». (R3)*

### 7.6.2. Καινοτόμες παρεμβάσεις στις λειτουργικές δομές της μονάδας υγείας

Την ίδια άποψη είχαν οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα και για τα αποτελέσματα της εφαρμογής καινοτόμων παρεμβάσεων στις λειτουργικές δομές των επιχειρήσεών τους.

*«Ψηφιοποιήσαμε και βελτιώσαμε τη λειτουργία των συστημάτων μας στο πεδίο του προγραμματισμού των ιατρικών επισκέψεων, της τιμολόγησης των υπηρεσιών, της διασύνδεσης με δημόσιους οργανισμούς και της καταχώρησης - μετάδοσης πληροφοριακών δεδομένων στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης. Βρήκαμε επίσης λύσεις μέσω της τεχνολογίας όσον αναφορά την προώθηση και προβολή των υπηρεσιών αξιοποιώντας ακόμα περισσότερο το διαδίκτυο και τις ψηφιακές πλατφόρμες των social media στα πλαίσια του digital marketing». (R4)*

*«Κάναμε διαμόρφωση χώρων εμπειρέχοντας καινοτόμα χαρακτηριστικά όσον αναφορά τις εγκαταστάσεις μας. Επίσης, με τη χρήση ενός ειδικού ψηφιακού λογισμικού καταγραφής του ιατρικού ιστορικού και στοιχείων της πορείας της νοσηλείας κάθε ασθενή προχωρήσαμε μέσω tablet στην παροχή αυτών των δεδομένων ανά πάσα στιγμή και σε οποιοδήποτε χώρο προς τους γιατρούς μας ώστε να τα έχουν πάντα διαθέσιμα προς χρήση». (R3)*

### 7.6.3. Καινοτομίες στο κλινικό περιβάλλον

Δεν ανιχνεύτηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δραστηριοποιούνται στην ελληνική ύπαιθρο καινοτομίες στο κλινικό περιβάλλον.

#### 7.6.4 Εμπόδια και αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων

Ανιχνεύτηκε μια πολυπαραγοντική μορφή εμποδίων και προβλημάτων που αντιμετώπισαν οι επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δραστηριοποιούνται στην ελληνική ύπαιθρο στην εφαρμογή των καινοτόμων σχεδίων τους. Αντιμετώπισαν πρόβλημα αβεβαιότητας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις ρυθμίσεις που εκείνοι επέβαλαν, ιδιαίτερα με τους φραγμούς «clawback» και «rebate». Εμπόδιο θεωρούν οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες τα αυστηρά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στην υγεία που δεν αφήνουν μεγάλα περιθώρια για καινοτόμες αλλαγές. Θεωρούν ότι η απουσία ψηφιακών υπηρεσιών του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων που καθημερινά συνεργάζονται δημιουργεί και σε αυτούς εμπόδια στην ψηφιακή μετάβασή τους.

*«Οι συνεχείς αλλαγές στο πλαίσιο των δαπανών όσον αναφορά τα ασφαλιστικά ταμεία και τους όρους των συμβάσεων αποδυναμώνουν την εφαρμογή καινοτόμων πρακτικών αφού εξαιρούνται από την κάλυψη των ασθενών στην παροχή περίθαλψης. Επενδύσαμε και στις ψηφιακές υπηρεσίες αλλά όσο καθυστερεί η ψηφιακή μετάβαση στο δημόσιο τομέα θα δυσκολευόμαστε στη συνεργασία μας και στις συναλλαγές μαζί τους».* (R4)

*«Οι μηχανισμοί συστήματα clawback και rebate και τα αυστηρά πρωτόκολλα που έχουν επιβληθεί στον χώρο της υγείας δημιουργούν ασφυξία και στέκονται εμπόδιο για ανάπτυξη καινοτομιών. Σε αυτά να προσθέσετε και τη δυσκολία εξεύρεσης χρηματοδοτικής στήριξης».* (R27)

#### 7.7. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία

Τα χρηματοδοτικά εργαλεία, ευρωπαϊκά και εγχώρια, και η απρόσκοπτη πρόσβαση των επιχειρήσεων σε αυτά, είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη και επιβίωση των επιχειρήσεων (Makris et al, 2020; Jawarska, 2014; Dziembata, 2017; Funck & Pizzati, 2003; Cappelen et al, 2003, Puigcerver-Peñalver, 2004). Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί ο ρόλος των χρηματοδοτικών εργαλείων, ευρωπαϊκών και εγχώριων, στην ανάπτυξη και λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο. Εξετάστηκαν πέντε πτυχές. Η πρώτη αφορούσε τις χρηματοδοτήσεις για την εγκατάσταση των επιχειρήσεων αυτών, η δεύτερη πτυχή αφορούσε τη χρηματοδότηση για την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, η τρίτη πτυχή αφορούσε τη χρηματοδότηση για τηλεϊατρικές υπηρεσίες, η τέταρτη αφορούσε τον ρόλο των ευρωπαϊκών προγραμμάτων στήριξης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας και η πέμπτη πτυχή αφορούσε τα προγράμματα στήριξης των επιχειρήσεων αυτών σε περιόδους οικονομικών, νομισματικών και υγειονομικών

κρίσεων. Ανιχνεύτηκαν και αποτυπώθηκαν τα θετικά και αρνητικά στοιχεία του συστήματος χρηματοδότησης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας όπως τα αντιλαμβάνεται ο επιχειρηματικός κόσμος που έχει επενδύσει σε αυτές τις επιχειρήσεις.

### **7.7.1. Χρηματοδοτήσεις για εγκαταστάσεις επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας**

Οι επιχειρηματίες της παρούσας έρευνας θεωρούν αναγκαία προϋπόθεση για την εγκατάσταση μιας επιχείρησης υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο την απρόσκοπτη πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία. Η χρηματοδότηση μέσω ευρωπαϊκών ή εγχώριων χρηματοδοτικών προγραμμάτων των επενδυτικών σχεδίων τους, ιδιαίτερα στις εγκαταστάσεις των δομών τους, κρίνεται αναγκαία. Ταυτόχρονα οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ επιφυλακτικοί για χρηματοδοτική στήριξη με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού. Αποτύπωσαν κακές εμπειρίες που είχαν στο παρελθόν με τραπεζικούς δανεισμούς ή χρηματοδοτήσεις με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού.

*«Η επιχείρηση έχει μπει σε επενδυτικούς νόμους και έχει αξιοποιήσει επενδυτικά χρηματοδοτικά προγράμματα στο επίπεδο των εγκαταστάσεων όταν δημιουργήθηκε η εταιρία. Βέβαια σε εμάς έγινε συνδυασμός με ίδια κεφάλαια καθώς και τραπεζικούς δανεισμούς. Η χρηματοδοτική στήριξη είναι αναγκαία για τις επιχειρήσεις όπως η δικιά μας. Η εμπειρία μας όμως από τον τραπεζικό δανεισμό και από τη γραφειοκρατία ήταν αρνητική». (R5)*

*«Αντλήσαμε τέτοια κεφάλαια για τον κτιριακό χώρο και τον αρχικό εξοπλισμό που ωφέλησε τις υπηρεσίες μας και την εταιρία. Αυτού του είδους τα χρηματοδοτικά εργαλεία είναι σημαντικά, χρειάζεται, όμως, απλοποίηση των διαδικασιών». (R7)*

### **7.7.2. Χρηματοδοτήσεις για εισαγωγή νέων τεχνολογιών**

Η ραγδαία εξέλιξη των νέων τεχνολογιών, ιδιαίτερα των ιατρικών τεχνολογιών, αναγκάζει τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας να ανανεώνουν διαρκώς τον τεχνολογικό τους εξοπλισμό, κάτι που απαιτεί την ύπαρξη κεφαλαίων. Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν αναγκαίο την ύπαρξη χρηματοδοτικών εργαλείων για να μπορούν να είναι ανταγωνιστικές, προσφέροντας αναβαθμισμένες υπηρεσίες. Χωρίς χρηματοδοτικές ενισχύσεις δύσκολα μπορούν να εξασφαλίσουν την τεχνολογική αναβάθμιση των επιχειρήσεών τους.

*«Ενισχυθήκαμε για την ψηφιοποίηση και την αναβάθμιση πληροφοριακών συστημάτων και επικοινωνιών καθώς και στη διάθεση νέου εργατικού δυναμικού με τη μορφή επιδότησης. Αυτό βοήθησε σημαντικά την ανταγωνιστική λειτουργία μας». (R3)*

*«Θα ενταχθώ σε ένα πρόγραμμα για την ψηφιακή αναβάθμιση και την ανανέωση της μηχανογράφησης. Έχω ήδη ξεκινήσει τις διαδικασίες ένταξης γιατί θεωρώ ότι χωρίς την ψηφιακή μετάβαση η επιχείρησή μου δε θα έχει μέλλον». (R22)*

### 7.7.3. Χρηματοδοτήσεις για τηλεϊατρικές υπηρεσίες

Οι ιδιαιτερότητες της υπαίθρου με τους πολλούς απομακρυσμένους οικισμούς απαιτούν και την ανάπτυξη των τηλεϊατρικών υπηρεσιών από τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Όμως, η τηλεϊατρική όπως και η τηλε-υγεία και η ηλεκτρονική υγεία, απαιτούν μεγάλο κόστος σε τεχνολογικό εξοπλισμό όπως και μεγάλο κόστος στην τεχνολογική κατάρτιση του επιστημονικού προσωπικού καθώς και περισσότερο χρόνο συνεδρίας με το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (Moffatt & Eley, 2011). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες θεωρούν αναγκαία τη χρηματοδοτική στήριξη από εγχώρια ή ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία τηλεϊατρικής τεχνολογίας προκειμένου να δημιουργήσουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που θα δίνουν λύση στις ανάγκες κατοίκων, ιδιαίτερα δύσβατων και απομακρυσμένων οικισμών της υπαίθρου.

*«Η παροχή τηλεϊατρικών υπηρεσιών είναι κάτι που θα βοηθούσε πολύ τους κατοίκους δύσβατων και απομακρυσμένων περιοχών οι οποίοι έχουν χαμηλή προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Αν μπορούσαν να κατευθυνθούν χρηματοδοτικοί πόροι ώστε να αναπτυχθούν αυτού του είδους οι υπηρεσίες, εμάς θα μας ενδιέφερε πολύ».*(R17)

*«Υπάρχουν οι δυνατότητες και η θέληση από την πλευρά μας να μπούμε στο πεδίο των τηλεϊατρικών υπηρεσιών, αν υπάρξει και η αντίστοιχη χρηματοδότηση από εθνικά ή ευρωπαϊκά προγράμματα επιδοτήσεων αφού η αγορά του εξοπλισμού αλλά και το δίκτυο λειτουργίας που θα πρέπει να δημιουργηθεί έχουν πολύ μεγάλο κόστος δεδομένου και της δύσκολης εποχής που διανύουμε».*(R3)

### 7.7.4. Ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης

Η ΕΕ από πολύ νωρίς αναγνώρισε τη μεγάλη σημασία και βαρύτητα που διαδραματίζει ο τομέας υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ανάπτυξη και στην ανταγωνιστικότητα γι' αυτό και στήριξε και στηρίζει έμπρακτα τον συγκεκριμένο τομέα με χρηματοδοτικά εργαλεία, προγράμματα, πρωτοβουλίες και δράσεις (Makris et al, 2020; Jawarska, 2014). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο στηρίχθηκαν και στηρίζονται και οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Makris et al, 2020). Στηρίχθηκαν και χρηματοδοτήθηκαν υποδομές, εξοπλισμός, έρευνες, μικρομεσαίες επιχειρήσεις, ηλεκτρονικά συστήματα υγείας, δράσεις για την ενεργό και υγιή γήρανση, την άρση των ανισοτήτων, τη στήριξη των εργαζομένων στον χώρο της υγείας και πολλά άλλα (European Commission, 2019). Με την παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκαν οι απόψεις των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας που δραστηριοποιούνται στην ελληνική ύπαιθρο σχετικά με τα ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης και πόσο αυτά στηρίζουν και ενισχύουν τις συγκεκριμένες επιχειρήσεις. Αποτυπώθηκε η αναγκαιότητα των προγραμμάτων αυτών αλλά και τα μεγάλα εμπόδια που αντιμετώπισαν στην προσπάθεια πρόσβασης σ' αυτά τα προγράμματα. Τα περισσότερα εμπόδια εντοπίστηκαν στη γραφειοκρατία, στην ανυπαρξία ενημέρωσης και στις χρόνιες παθογένειες της δημόσιας διοίκησης.

*«Όπως σας προανέφερα είχα λάβει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω ΕΣΠΑ. Ήταν στο πεδίο της προώθησης και προβολής των υπηρεσιών. Δεν είναι εύκολη η πρόσβαση σε αυτά τα προγράμματα. Υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης, ασυνέπεια ως προς τα χρονοδιαγράμματα και μεγάλη γραφειοκρατία». (R28)*

*«Προσπάθησα να ενταχθώ στο παρελθόν σε κάποιο πρόγραμμα ενίσχυσης επιχειρήσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά δεν πληρούσα τα κριτήρια και τελικά δεν μπόρεσα να συμμετάσχω. Τώρα κοιτάω για ένα αντίστοιχο πρόγραμμα και νομίζω ότι θα ενταχθώ. Θεωρώ αυτά τα προγράμματα στήριξης σημαντικά αν και γνωρίζω ότι θα υπάρξουν προβλήματα κι αν ακόμη καταφέρω να ενταχθώ από τις παθογένειες της δημόσιας διοίκησης». (R41)*

#### **7.7.5. Προγράμματα στήριξης σε περιόδους κρίσεων**

Οι κρίσεις δημιουργούν προβλήματα στην κοινωνία, στην υγεία των πολιτών, στην οικονομία, στις επιχειρήσεις και σε όλες τις δομές του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Brada et al, 2021; Apostolopoulos et al, 2019). Ιδιαίτερα οι επιχειρήσεις είναι ευάλωτες σε περιόδους κρίσεων (Cole & Damm, 2020; Kennickell et al., 2017; Cowling & Ledger, 2012). Με την παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε αν τα προγράμματα στήριξης των επιχειρήσεων που εφαρμόστηκαν στην οικονομική και νομισματική κρίση του 2008 καθώς και στην υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19 ωφέλησαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ενισχύοντας την ανθεκτικότητά τους.

*«Υπήρξαν προγράμματα χρηματοδότησης με αφορμή την οικονομική κρίση που στήριξαν τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Ήταν κάτι που βοήθησε να μείνουμε ζωντανοί μέσα σε αυτή τη δίνη». (R43)*

*«Υπήρξαν κάποια προγράμματα που μας ενίσχυσαν όσο αφορά το εργατικό προσωπικό μας στην περίοδο της πανδημίας covid-19. Νομίζω ότι χρειαζόταν μεγαλύτερη προσπάθεια στήριξης των επιχειρήσεών μας από την πολιτεία. Έστω κι αυτά τα προγράμματα στήριξης βοήθησαν σημαντικά στην ανθεκτικότητά μας». (R28)*

#### **7.8. Ανάλυση δεδομένων των σχέσεων των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε σχέση με οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις**

Η ανθρωπότητα τα τελευταία χρόνια βρέθηκε μπροστά σε δυο κρίσεις. Στην οικονομική κρίση του 2008 και στην υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19. Οι δυο κρίσεις δημιούργησαν προβλήματα στην οικονομία, στην κοινωνία, στους πολίτες, στις επιχειρήσεις και σε όλες τις δομές του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (Apostolopoulos et al, 2022; Brada et al, 2021; Shamasunder et al, 2020; Tulumello et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2019). Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν υπήρξαν και σε τι βαθμό επιπτώσεις από τις κρίσεις στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Εξετάστηκαν τρεις πτυχές. Η



πρώτη αφορούσε τις επιπτώσεις στη λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Η δεύτερη αφορούσε τη ρευστότητα των επιχειρήσεων και σε τι βαθμό επηρεάστηκε. Η τρίτη αφορούσε τον βαθμό προσαρμογής στα μέτρα και στις δημόσιες πολιτικές που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση των συνεπειών των κρίσεων και αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου έδειξαν ανθεκτικότητα απέναντι στις κρίσεις. Ανιχνεύτηκαν οι απόψεις του επιχειρηματικού κόσμου που λειτουργούν αυτές τις επιχειρήσεις και στις τρεις προαναφερόμενες πτυχές.

### 7.8.1. Επιπτώσεις στη λειτουργία των επιχειρήσεων

Οι κρίσεις, σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία, επηρεάζουν τη λειτουργία των επιχειρήσεων οι οποίες αναγκάζονται να αλλάξουν ή να περιορίσουν τη λειτουργία τους για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες των κρίσεων. Συνήθως αντιμετωπίζουν προβλήματα μείωσης του κύκλου εργασιών τους, προβλήματα ρευστότητας και εμπόδια στην προμήθεια και μεταφορά των αγαθών και σε πολλούς ακόμη τομείς (Musumeci et al, 2021; Williams, 2020; Kruse & Jeurissen, 2020; Cowling et al, 2012; Fidrmuc & Korhonen, 2010). Ιδιαίτερα στην υγειονομική κρίση ο τομέας της υγείας βρέθηκε μπροστά σε πρωτόγνωρες καταστάσεις με τις δημόσιες πολιτικές για τη μη διασπορά της πανδημίας στην κοινότητα (McFadden et al, 2021; Kuwahara et al, 2020; Sethi et al, 2020; Williams, 2020; Pang et al, 2020). Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκαν οι επιπτώσεις της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου και διαπιστώθηκε ότι οι επιπτώσεις στη λειτουργία τους ήταν σημαντικές.

*«Η οικονομική ύφεση έχει επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη λειτουργία μας και τις δραστηριότητές μας. Από τον δημόσιο τομέα που λαμβάνουμε τα περισσότερα χρήματα όπως εξελίχθηκαν τα πράγματα την τελευταία δεκαετία έχουμε επηρεαστεί αρνητικά πάρα πολύ. Αν είχαμε ξεκινήσει τη λειτουργία μας δέκα χρόνια νωρίτερα από την οικονομική κρίση θα είχαμε αναπτυχθεί και εξελιχθεί σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό και σίγουρα θα απασχολούσαμε πολύ περισσότερο προσωπικό, με παρά πολύ καλύτερους μισθούς ενώ και οι υπηρεσίες που θα παρείχαμε θα ήταν ακόμα υψηλότερου επιπέδου. Δυστυχώς τύχαμε σε πολύ δύσκολη δεκαετία». (R13)*

*«Η δική μου επιχείρηση γράφει μέχρι και 55% μείωση του κύκλου εργασιών μέσα στα χρόνια της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης. Οι επιπτώσεις των κρίσεων στη λειτουργία μας ήταν μεγάλες. Ο σημαντικότερος παράγοντας της μείωσης του κύκλου εργασιών ήταν η τιμολογιακή μείωση της διατίμησης των φαρμάκων και ο ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων. Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν, καθώς και άλλα οριζόντια μέτρα γύρω από τα φαρμακευτικά σκευάσματα, οδήγησαν σε αυτήν τη μεγάλη μείωση σε συνδυασμό με τη μείωση της αγοραστικής ικανότητας των πολιτών και τις αλλαγές στην καταναλωτική συμπεριφορά τους». (R17)*

### 7.8.2. Το πρόβλημα ρευστότητας

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία σε περιόδους κρίσεων ένα από τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιχειρήσεις είναι η έλλειψη ρευστότητας στις ταμειακές ροές τους, καθιστώντας δύσκολη ως ανύπαρκτη την πρόσβαση σε πιστώσεις και εκπτώτικες προσφορές από τους προμηθευτές τους (Černohorský et al., 2010). Εξετάζοντας στην παρούσα έρευνα αν αυτό ισχύει και για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ανιχνεύτηκε ότι τόσο η οικονομική κρίση του 2008 όσο και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 δημιούργησαν πιέσεις ρευστότητας στις επιχειρήσεις αυτές γι' αυτό και αίτημά τους ήταν να εφαρμοστούν μέτρα στήριξης της ρευστότητάς τους. Αναγκάστηκαν να μειώσουν τη δραστηριότητά τους καθώς και πολλές από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

*«Είμαστε προσεκτικοί γι' αυτό και επιβιώσαμε μέσα στην υγειονομική κρίση, με δυσκολίες. Το επιχειρηματικό περιβάλλον δεν είναι καλό σήμερα. Δεν υπάρχουν σχέδια για μεγαλύτερη ανάπτυξη ή επέκταση δραστηριοτήτων. Ο συνδυασμός της πανδημίας του COVID-19 με την ύφεση που ήδη επικρατούσε, δημιούργησε τεράστια προβλήματα στην ρευστότητα σε όλες τις επιχειρήσεις όχι μόνο στην υγεία».* (R18)

*«Σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό επηρέασε η οικονομική κρίση την επιχείρησή μας. Μεγάλο μέρος των εσόδων του τομέα της υγείας προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, όταν αυτός συμπίεστηκε και μπήκε το “clawback” και το “rebate” δημιουργήθηκε πολύ μεγάλο πρόβλημα και ακόμα υφίσταται γιατί αυτοί οι μηχανισμοί που επέβαλε το κράτος δεν έχουν εξαλειφθεί στον τομέα της υγείας. Αυτή η εξέλιξη δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα ρευστότητας στην εταιρεία όπως και οι καθυστερήσεις στις πληρωμές των δαπανών από τα ασφαλιστικά ταμεία λόγω και των ευρύτερων δημοσιονομικών δυσχερειών».* (R16)

### **7.8.3. Προσαρμογή και ανθεκτικότητα**

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου στις κρίσεις έδειξαν ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα στις συνθήκες που διαμόρφωσαν οι κρίσεις. Ανιχνεύτηκε από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ότι παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι επιχειρήσεις τους, αυτές έδειξαν ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα.

*«Ο αντίκτυπος της υγειονομικής κρίσης δυσκόλεψε διάφορα σχέδια που είχαμε και προσπαθήσαμε να προσαρμοστούμε αναδιοργανώνοντας την εργασία μας και μειώνοντας τα έξοδα. Τελικά τα καταφέραμε και αντέξαμε και σε αυτή την κρίση όπως είχαμε δείξει ανθεκτικότητα και στη διάρκεια της δεκαετούς οικονομικής κρίσης”* (R49)

*«Προσπαθούμε οι κρίσεις να μην επηρεάζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες μας. Να προσαρμοζόμαστε στις αλλαγές που γίνονται απροειδοποίητα μέσα στο δυσχερές οικονομικό περιβάλλον. Περνάμε κι αυτή τη φουρτούνα αγωνιζόμενοι να μειώσουμε τις απώλειες και να αντέξουμε. Θέλουμε να διατηρήσουμε την ποιότητα και αξιοπιστία των υπηρεσιών μας όπως τις είχαμε ορίσει εξ αρχής, οπότε κάνουμε συγκεκριμένες κινήσεις όσον αφορά την αγορά του εξοπλισμού αλλά και τα υλικά και τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε. Είναι πολύ μεγάλα τα κόστη που επικρατούν αλλά δε σκοπεύουμε να*

*μειώσουμε την ποιότητά μας. Μέχρι σήμερα δείξαμε ανθεκτικότητα και νομίζω ότι και στη συνέχεια θα τα πάμε καλά».* (R13)

## **7.9. Ανάλυση δεδομένων για τα κίνητρα και τους κοινωνικούς στόχους που οδήγησαν στη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο**

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας, στις περιοχές της υπαίθρου, διαφοροποιούνται στη λειτουργία τους από τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες και διαφορετικά είναι τα κίνητρα ίδρυσης καθώς και οι κοινωνικοί τους στόχοι (Calo et al, 2019; Best & Myers, 2019; Millar et al., 2016; Borzaga & Fazzi, 2014; Whitelaw & Hill 2013; Steinerowski & Steinerowski-Stab, 2012; Munoz, 2011; Farmer et al, 2008). Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν και στην ελληνική ύπαιθρο οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας παρουσιάζουν την ίδια εικόνα με αυτή που έχει αποτυπωθεί από έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία. Εξετάστηκαν έξι πτυχές. Η πρώτη αφορούσε το αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου καλύπτουν υπαρκτές ανάγκες υγείας-φροντίδας-μέριμνας των κατοίκων των συγκεκριμένων περιοχών. Η δεύτερη πτυχή αφορούσε το αν οι δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου αδυνατούν να καλύψουν τις υπαρκτές ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου με αποτέλεσμα το κενό να το καλύπτουν οι αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις. Η τρίτη πτυχή αφορούσε στο πόσο οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι ευαίσθητοποιημένες σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού, φροντίδας και μέριμνας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Η τέταρτη πτυχή αφορούσε στο πόσο δύσκολο είναι σε μια επιχείρηση υγείας-φροντίδας-μέριμνας να έχει πρόσβαση σε χρηματοδοτική στήριξη. Τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στην εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων για την ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία της. Η πέμπτη πτυχή αφορούσε τα εμπόδια και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια κοινωνική επιχείρηση υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου στην εδραίωση μιας συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας. Η έκτη πτυχή αφορούσε το πόσο επαρκή ή μη είναι τα δίκτυα υποστήριξης αυτών των επιχειρήσεων στην ελληνική ύπαιθρο.

### **7.9.1. Κάλυψη υπαρκτών αναγκών**

Η ύπαρξη αναγκών σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας από έναν γερασμένο επί το πλείστον πληθυσμό που κατοικεί στις περιοχές της ελληνικής υπαίθρου ήταν το βασικό κίνητρο που οδήγησε τους κοινωνικούς επιχειρηματίες να έρθουν να καλύψουν το κενό αυτό. Ένα κενό που δεν μπορούσε να καλυφθεί χωρίς την παρουσία και λειτουργία κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας.

*«Οι κοινωνικές επιχειρήσεις από τη φύση τους έρχονται να καλύψουν υπαρκτές ανάγκες των κατοίκων που ιδιαίτερα στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές είναι δύσκολα*

να καλυφθούν με άλλο τρόπο. Οι άνθρωποι εδώ έχουν προβλήματα γι' αυτό και αναζητούν από εμάς φροντίδα». R5

«Ειλικρινά δεν ξέρω τι θα έκανε αυτός εδώ ο γερασμένος και ξεχασμένος θα έλεγα πληθυσμός αν δεν υπήρχαν οι δικές μας κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας. Ο κόσμος έφυγε για τις πόλεις και οι εδώ κάτοικοι δεν έχουν ποιος να τους στηρίξει. Εμείς καλύπτουμε τις ανάγκες τους». R9

### **7.9.2. Αδυναμία κάλυψης υπαρκτών αναγκών από δημόσιες υπηρεσίες**

Ανιχνεύτηκε ότι οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που δημιούργησαν κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο διαπίστωσαν, πριν πάρουν την απόφασή τους, ότι οι περιοχές αυτές στερούνταν τέτοιων υπηρεσιών αφού ούτε ο δημόσιος τομέας υγείας και περίθαλψης, ούτε ο ιδιωτικός τομέας υγείας διέθεταν τέτοιες δομές στις περιοχές αυτές. Κάποιοι κοινωνικοί επιχειρηματίες δήλωσαν ότι η παρουσία του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα σε περιοχές της υπαίθρου ήταν υποβαθμισμένη, οπότε η δική τους παρουσία κάλυψε ανάγκες των κατοίκων της περιοχής σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας.

«Σ' αυτές τις περιοχές, τις απομακρυσμένες αγροτικές και κτηνοτροφικές περιοχές, οι ανάγκες του γερασμένου επί το πλείστον πληθυσμού είναι μεγάλες και η παρουσία του δημοσίου είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Αυτό μας οδήγησε να έρθουμε να φροντίσουμε αυτό τον ξεχασμένο πληθυσμό». R2

«Ποιος επιχειρηματίας έρχεται σε αυτές τις περιοχές να επενδύσει; Εδώ δεν υπάρχει κερδοφορία. Μόνο οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορούν να καλύψουν ανάγκες των ανθρώπων αυτών. Μόνο εμείς που δε στοχεύουμε σε κερδοφορία αλλά στην εξυπηρέτηση του ανθρώπου μπορούμε να δίνουμε απάντηση στις ανάγκες των ανθρώπων αυτών». R1

### **7.9.3. Ευαισθητοποίηση σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού ευάλωτων κοινωνικών ομάδων**

Ανιχνεύτηκε από τους κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα η ύπαρξη έντονης ευαισθητοποίησης από την πλευρά τους σε θέματα φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού που συχνά συναντούν στις περιοχές της υπαίθρου που δραστηριοποιούνται. Φαινόμενα που χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα για να αντιμετωπιστούν. Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις τους έχουν γίνει ελκυστικές για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αφού μειώνουν την κοινωνική απομόνωση και την περιθωριοποίησή τους.

«Οι κοινωνικές επιχειρήσεις στον πυρήνα τους έχουν τη φροντίδα και τη μέριμνα για ανθρώπους κοινωνικά απομονωμένους και αποκλεισμένους, για άτομα με ειδικές ανάγκες. Στις αγροτικές περιοχές συχνά βρισκόμαστε μπροστά σε τέτοια φαινόμενα και

κάνουμε ό,τι είναι δυνατόν να τα αντιμετωπίσουμε. Δεν είναι εύκολες αυτές οι περιπτώσεις». R7

«Αν δεν υπάρχει ευαισθησία απέναντι στα φαινόμενα φτώχειας, κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησης τότε δεν μπορείς να υπηρετείς κοινωνικές επιχειρήσεις. Κοινωνική επιχείρηση σημαίνει πάνω απ' όλα ευαισθητοποίηση απέναντι στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε αδιέξοδα. Αυτό τον στόχο υπηρετούμε». R11

#### 7.9.4. Εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων

Από τις συνεντεύξεις με τους κοινωνικούς επιχειρηματίες διαπιστώθηκε ότι ένα από τα μεγάλα τους προβλήματα είναι η εξασφάλιση οικονομικών πόρων για τη λειτουργία τους και την επίτευξη των στόχων τους. Θεωρούν ότι αυτός είναι και ο λόγος που δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα σε μεγάλο βαθμό η κοινωνική επιχειρηματικότητα. Θεωρούν, επίσης, ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρειάζονται επιπλέον χρηματοδοτική στήριξη ώστε να διευκολυνθούν στο έργο τους και στην επίτευξη των στόχων τους, ιδιαίτερα στο έργο των εθελοντών και των μελών του προσωπικού τους.

«Μπορεί η κοινωνική επιχείρηση να έχει έξω από τη λογική της το κέρδος, αυτό δε σημαίνει ότι δεν έχει ανάγκη από πόρους για να καλύψει τα λειτουργικά της κόστη και αυτό είναι ένα τεράστιο θέμα. Με δυσκολία και οριακά τα φέρνουμε βόλτα». R8

«Είναι το μεγάλο μας πρόβλημα και πιθανόν ο λόγος που στην Ελλάδα δεν έχουν ιδρυθεί πολλές κοινωνικές επιχειρήσεις όπως σε χώρες του εξωτερικού. Το πάθος μας και η αγάπη μας για τους ανθρώπους των απομακρυσμένων από τα αστικά κέντρα μας κρατάει εδώ σταθερούς στον στόχο μας» R12

#### 7.9.5. Εδραίωση μιας συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι μέχρι σήμερα δεν έχει οικοδομηθεί στην Ελλάδα σε μεγάλο βαθμό μια συλλογική μη κερδοσκοπική κουλτούρα. Αισιοδοξούν ότι τα πράγματα θα αλλάξουν στο άμεσο μέλλον προς θετική κατεύθυνση. Το ό,τι δεν έχουν σε μεγάλο βαθμό αναπτυχθεί στην Ελλάδα οι κοινωνικές επιχειρήσεις το αποδίδουν στην έλλειψη πόρων και στην έλλειψη συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας.

«Θέτετε δύσκολες ερωτήσεις. Θα σας πω ξεκάθαρα ότι δεν υπάρχει συλλογική κουλτούρα στην Ελλάδα και μάλιστα μη κερδοσκοπική. Υπάρχουν άνθρωποι που με ευχαρίστηση προσφέρουν χρήματα και βοήθεια σε συνανθρώπους και ιδρύματα, αλλά συλλογική καθημερινή λειτουργία σε μη κερδοσκοπικές δομές είναι μια δύσκολη υπόθεση». R3

«Αυτό είναι που απουσιάζει από την ελληνική κοινωνία σε μεγάλο βαθμό και το οποίο είναι αναγκαίο να οικοδομηθεί. Τα πράγματα στον τομέα αυτό αλλάζουν και στην Ελλάδα αλλά με πολύ αργούς ρυθμούς». R10

### 7.9.6. Δίκτυα υποστήριξης

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα ισχυρίστηκαν ότι υπάρχει έλλειμμα στα δίκτυα υποστήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε τοπικό περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο, όπως υπάρχει και έλλειμμα δικτύων πληροφόρησης και ενημέρωσης. Το αποδίδουν στο ότι ο θεσμός των κοινωνικών επιχειρήσεων με τη σημερινή μορφή ξεκίνησε στην Ελλάδα μόλις το 2011.

*«Οι κοινωνικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα είναι θεσμός των τελευταίων χρόνων με αποτέλεσμα να μην έχουν ακόμη συγκροτηθεί ισχυρά δίκτυα στήριξης τους όπως αυτά σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Δε λέω ότι δεν έχουν γίνει βήματα, αλλά ότι χρειάζονται πολύ περισσότερα».* R4

*«Χωρίς ισχυρά δίκτυα στήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο δύσκολα μπορούν να φέρουν σε πέρας το έργο τους. Χρειάζονται και στη χώρα μας να γίνουν πολλά ακόμη».* R12

### 7.10. Ανάλυση δεδομένων της συμβολής των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην τοπική ανάπτυξη καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της ελληνικής υπαίθρου

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στις περιοχές της υπαίθρου συμβάλλουν στην τοπική ανάπτυξη, συγκρατούν τον πληθυσμό της περιοχής από μεταναστευτικές τάσεις, δημιουργούν θέσεις εργασίας και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των κατοίκων (Woolard & Steigner, 2020; van Twuijver et al, 2020; Caló et al, 2019; Steiner et al, 2019; Morrison et al, 2017; Macaulay, 2016; Munoz et al, 2015; Roy et al, 2014;Whitelaw & Hill, 2013; Barraket & Archer, 2010; Farmer & Kilpatrick, 2009; Fritsh & Mueler, 2004). Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν τα παραπάνω ισχύουν και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο. Εξετάστηκαν επτά πτυχές. Η πρώτη αφορούσε την κάλυψη ή μη τοπικών αναγκών. Η δεύτερη αφορούσε στο αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις συντελούν και αυτές στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο. Η τρίτη αφορούσε στο αν συμβάλλουν ή όχι στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση. Η τέταρτη αφορούσε στο αν δημιουργούν θέσεις εργασίας. Η πέμπτη αφορούσε στο αν μειώνουν τα κόστη για υγεία, φροντίδα και μέριμνα και αν διευκολύνουν τους αναζητούντες αυτών των υπηρεσιών κατοίκους της υπαίθρου. Η έκτη αφορούσε στο αν στηρίζουν την τοπική κοινωνία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων. Η έβδομη αφορούσε στο αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις ενδυναμώνουν την τοπική αγορά.

### 7.10.1. Κάλυψη τοπικών αναγκών

Σύμφωνα με τους κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα οι τοπικές ανάγκες για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι στην ελληνική ύπαιθρο αυξημένες. Η ύπαρξη δημόσιων δομών υγείας και φροντίδας είναι πολύ περιορισμένες και υποβαθμισμένες, κάτι που αυξάνει την κάλυψη τέτοιων υπηρεσιών από τις δικές τους κοινωνικές δομές. Θεωρούν ότι σε αυτές τις περιπτώσεις οι κοινωνικές επιχειρήσεις γίνονται εναλλακτικοί πάροχοι υγείας-φροντίδας-μέριμνας δημιουργώντας ισχυρούς δεσμούς με την κοινότητα και συμβάλλοντας καθοριστικά στην κάλυψη των τοπικών αναγκών, στην ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα της κοινότητας.

*«Μακριά από τα αστικά κέντρα η ζωή είναι δύσκολη. Ο κόσμος έχει εγκαταλείψει τα χωριά και οι ανάγκες όσων έχουν μείνει σε αυτά σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας είναι μεγάλες. Η τοπική κοινωνία έχει ανάγκες τις οποίες κάνουμε ό,τι μπορούμε για να τις καλύψουμε». R8*

*«Οι τοπικές ανάγκες στις αγροτικές περιοχές για υγεία και φροντίδα είναι μεγάλες. Αυτές τις ανάγκες καλούνται να καλύψουν σε πολλές περιπτώσεις οι κοινωνικές επιχειρήσεις, ιδιαίτερα σε χωριά που δεν υπάρχουν κοντά τους δημόσιες δομές υγείας». R10*

### 7.10.2. Συγκράτηση του πληθυσμού στην περιοχή

Με κατηγορηματικό τρόπο οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι οι δομές τους συντελούν καθοριστικά στο να παραμείνει ο πληθυσμός της υπαίθρου στις εστίες του και να μη μετακινηθεί στα αστικά κέντρα.

*«Όταν σε ένα χωριό οι κάτοικοί του δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους σε φροντίδα και υγεία αναγκαστικά θα αναζητήσουν λύση μακριά από το χωριό τους. Πολλοί φεύγουν στα παιδιά τους που είναι στις πόλεις. Η δικιά μας παρουσία στις αγροτικές περιοχές διευκολύνει τη συγκράτηση του πληθυσμού». R5*

*«Όταν ο κόσμος στην ύπαιθρο έχει δουλειά και ικανοποιεί τις ανάγκες του στα θέματα υγείας μένει στον τόπο του. Το ίδιο ισχύει και για τους συνταξιούχους που τόσο τους αρέσουν τα χωριά τους. Κοινωνικές δομές σαν τη δική μας συντελούν να μένουν στα χωριά τους οι άνθρωποι». R1*

### 7.10.3. Συμβολή στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση

Σύμφωνα με τους κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα όταν υπάρχουν δομές υγείας και περίθαλψης προσιτές στους κατοίκους των χωριών της ελληνικής υπαίθρου είναι κίνητρο να μένουν στον τόπο τους. Πέρα απ' αυτό και πολλοί κάτοικοι αστικών κέντρων, ιδιαίτερα συνταξιούχοι που διατηρούν κατοικία στα χωριά απ' όπου κατάγονται, έρχονται και διαμένουν στα χωριά τους είτε μόνιμα είτε για

μεγάλα χρονικά διαστήματα και σ' αυτό συντελούν οι υπάρχουσες κοινωνικές δομές υγείας και φροντίδας. Επίσης, δήλωσαν ότι έχουν και περιπτώσεις νέων παιδιών που όταν βρίσκουν μόνιμη δουλειά στην ύπαιθρο έρχονται και διαμένουν μόνιμα κοντά στη δουλειά τους.

*«Η ύπαρξη δομών υγείας στα ελληνικά χωριά δημιουργεί μια ασφάλεια όχι μόνο στους μόνιμους κατοίκους αλλά και στους επισκέπτες που λόγω καταγωγής διατηρούν σπίτι στα χωριά. Μένουν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα ή και μόνιμα όταν συνταξιοδοτούνται και δίνουν ζωή σ' αυτά τα χωριά». R2*

*«Για να φύγει κάποιος από την πόλη και να έρθει εδώ αν δεν έχει εξασφαλίσει ότι μπορεί να στηρίξει τα θέματα υγείας του δεν το κάνει. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις σαν τη δικιά μας τους δίνουν τη δυνατότητα να εγκατασταθούν και μόνιμα στα χωριά τους, στα πατρικά τους σπίτια που διατηρούν. Έχουμε πολλές τέτοιες περιπτώσεις». R6*

#### **7.10.4. Δημιουργία θέσεων εργασίας**

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η δική τους παρουσία στην ελληνική ύπαιθρο και οι δομές τους δημιουργούν θέσεις εργασίας αλλά και έναν οικονομικό κύκλο που με τη σειρά του δημιουργεί κι αυτός θέσεις εργασίας. Είναι γι' αυτούς σημαντικό, σε χωριά ορεινά ή παραθαλάσσια με κατοίκους επί το πλείστον μεγάλης ηλικίας, να δημιουργούνται και θέσεις εργασίας παράλληλα με αυτές που δημιουργεί ο αγροτοκτηνοτροφικός και σε κάποιες περιπτώσεις και ο τουριστικός τομέας. Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που υποστηρίζουν προγράμματα με θετικό αντίκτυπο στον άνθρωπο, στην υγεία του και στην απασχόληση, συντελούν στη μείωση της οικονομικής και κοινωνικής παρακμής, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων καθώς και στη δημιουργία θέσεων εργασίας. Ισχυρίζονται ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις διαθέτουν ευελιξία, αξιοποιούν καλύτερα τις επιχειρηματικές ευκαιρίες και έχουν τη δυνατότητα να προσλαμβάνουν εργατικό δυναμικό χωρίς ιδιαίτερες γραφειοκρατίες. Ως μειονέκτημα θεωρούν τη δυσκολία που έχουν στην ύπαιθρο να εξασφαλίσουν εξειδικευμένο σε γνώσεις εργατικό δυναμικό.

*«Είναι σημαντικό στα χωριά της πατρίδας μας να δημιουργούνται θέσεις εργασίας και να μένουν τα νέα παιδιά στον τόπο τους. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις δημιουργούν θέσεις εργασίας και στηρίζουν τα χωριά μας».R9*

*«Κάθε δομή που λειτουργεί στα μικρά ή μεγάλα χωριά δημιουργεί έναν οικονομικό κύκλο με θέσεις εργασίας. Το ίδιο κάνουν και οι κοινωνικές επιχειρήσεις».R7*

#### **7.10.5. Διευκόλυνση ασθενών και μείωση του κόστους για υγεία, φροντίδα και μέριμνα**

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ισχυρίστηκαν ότι οι κοινωνικές τους επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας απαλλάσσουν τους



κατοίκους της υπαίθρου από κόστη που θα επιβαρύνονταν αν ζητούσαν την κάλυψη των αναγκών τους σε αυτές τις υπηρεσίες στις δομές των αστικών κέντρων. Οι δικές τους κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν δίπλα τους, τους παρέχουν άμεση στήριξη, χωρίς μετακινήσεις και χαμένο χρόνο και χωρίς κόστος γι' αυτούς. Οι κάτοικοι της υπαίθρου συνδέονται με σχέσεις εμπιστοσύνης με τις κοινωνικές επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους σε αυτές.

*«Φανταστείτε ένα ηλικιωμένο και μοναχικό άτομο που έζησε όλη τη ζωή του στο χωριό σε τι περιπέτεια θα έμπαινε και τι κόστος θα είχε αν αναζητούσε την κάλυψη των αναγκών του που εμείς παρέχουμε, στα αστικά κέντρα. Θα ήταν γι' αυτόν ένας πραγματικός γολγοθάς». R1*

*«Είμαστε κοντά στους ηλικιωμένους κατοίκους της περιοχής και τους στηρίζουμε. Κοντά μας βρίσκουν κάλυψη στην ανάγκη τους και δεν τρέχουν στις πόλεις. Δεν είναι εύκολες οι μετακινήσεις. Έχουν κούραση και οικονομική επιβάρυνση». R4*

#### **7.10.6. Στήριξη της τοπικής κοινωνίας και της ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου**

Ανιχνεύτηκε από τις συνεντεύξεις των κοινωνικών επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην έρευνα ότι πεποιθήσή τους είναι ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που ιδρύονται και λειτουργούν στην ύπαιθρο, ανεξάρτητα από το μέγεθός τους και τη δομή τους, συνδέονται με την κοινότητα και συντελούν στην ανάπτυξη της υπαίθρου. Δίνουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί η επιχειρηματική δραστηριότητα συμβάλλοντας στη βιωσιμότητα της κοινότητας και στην τοπική ανάπτυξη, στηρίζοντας τον κοινωνικό ιστό των κοινοτήτων της υπαίθρου και συμβάλλοντας στην αειφορία. Θεωρούν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας βασισμένες στην κοινότητα μπορούν να προσφέρουν μια σειρά αποτελεσμάτων υγείας, φροντίδας, μέριμνας και ευεξίας σε όλο το κοινωνικό σύνολο της περιοχής.

*«Οι κοινωνικές επιχειρήσεις δίνουν μια δυναμική στην τοπική κοινωνία και ένα αίσθημα ασφάλειας και συντελούν στην ανάπτυξη της περιοχής». R7*

*«Καθοριστικός είναι ο ρόλος των κοινωνικών επιχειρήσεων στην ανάπτυξη της περιοχής, όπως η δική μας κοινωνική επιχείρηση φροντίδας γερόντων. Συμβάλλουμε και στηρίζουμε τον κοινωνικό ιστό ολόκληρης περιοχής». R4*

#### **7.10.7. Ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς**

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι η λειτουργία των επιχειρήσεών τους συντελεί στην τόνωση και ενδυνάμωση της τοπικής οικονομίας είτε αυτές λειτουργούν αυτόνομα είτε σε συμπαραγωγή με άλλους φορείς της υπαίθρου. Δημιουργούν δυναμική στην τοπική αγορά και συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους κατοίκους της υπαίθρου.

*«Η τοπική αγορά στην ύπαιθρο έχει ιδιαιτερότητες και προβλήματα. Κάθε επιχειρηματική δράση συντελεί στην ενδυνάμωσή της. Αυτό συμβαίνει και με τη δική μας κοινωνική επιχείρηση. Δεν είμαστε ξεκομμένοι από την τοπική αγορά. Το αντίθετο, συντελούμε σημαντικά στην ενδυνάμωσή της».* R3

*«Κάθε κοινωνική επιχείρηση δημιουργεί δράση με θετικό αντίκτυπο και στην τοπική αγορά. Δημιουργεί κινητικότητα. Το ίδιο συμβαίνει και με τη δική μας κοινωνική επιχείρηση».* R11

### **7.11. Ανάλυση δεδομένων των συνθηκών λειτουργίας και δράσης των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους οικονομικής και υγειονομικής κρίσης.**

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε περιόδους κρίσεων, όπως η οικονομική κρίση του 2008 και υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19, είναι καλύτερα ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία, παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα, έχουν θετική επίδραση στην υγεία των πολιτών, μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα κοινωνικά προβλήματα όπως η ανεργία, η φτώχεια, η μοναξιά, ο απομόνωση, ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση (Ratten, 2020a; Bao et al., 2020; Bacq & Lumpkin, 2020; Steiner et al, 2019; Macaulay et al, 2018; Millar et al, 2016; Mason et al, 2015; Danaldson et al, 2014; Farmer et al, 2012). Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν τα παραπάνω ισχύουν και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο. Εξετάστηκαν τέσσερις πτυχές. Η πρώτη αφορούσε τις επιπτώσεις των κρίσεων στη λειτουργία τους. Η δεύτερη αφορούσε αν αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας. Η τρίτη αφορούσε την εξέταση του βαθμού προσαρμοστικότητας που έδειξαν την περίοδο της κρίσης. Η τέταρτη εξέτασε τον βαθμό ανθεκτικότητας που παρουσίασαν στην κρίση.

#### **7.11.1. Προβλήματα στη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων**

Σύμφωνα με τους κοινωνικούς επιχειρηματίες την περίοδο της κρίσης οι κοινωνικές επιχειρήσεις αν και διέθεταν ευελιξία, εύκολη προσαρμοστικότητα και αξιοποιούσαν καλύτερα τις επιχειρηματικές ευκαιρίες χωρίς γραφειοκρατίες, επηρεάστηκε σημαντικά η λειτουργία τους. Ιδιαίτερα την περίοδο της πανδημίας COVID-19 οι δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν για τον περιορισμό της πανδημίας στην κοινότητα δημιούργησαν προβλήματα στη λειτουργία των κοινωνικών τους επιχειρήσεων. Αλλά, κατ' αυτούς, και η συμπεριφορά των πολιτών άλλαξε με αποτέλεσμα να διαμορφωθεί ένα νέο τοπίο λειτουργίας.

*«Κάθε κρίση επηρεάζει τα πάντα και εμείς δεν εξαιρούμαστε αυτού του κανόνα. Τόσο η οικονομική κρίση που βιώσαμε στην Ελλάδα με τα μνημόνια όσο και το COVID-19 μας δημιούργησαν προβλήματα στη λειτουργία μας και δυσκόλεψαν σημαντικά το έργο μας».* R8

*«Ένα νέο τοπίο δημιούργησαν και οι δυο κρίσεις για τις οποίες με ρωτάτε. Δημιούργησαν μεγάλα προβλήματα στην καθημερινή μας λειτουργία. Το ό,τι αντέξαμε κάτω από αυτές τις αντίξοες συνθήκες είναι ένα θαύμα. Το πείσμα και η αγάπη γι' αυτό που κάνουμε ήταν η γέφυρα να περάσουμε το τσουνάμι. Αντέξαμε όμως, χωρίς εκπτώσεις στο έργο μας».*  
R10

### **7.11.2. Προβλήματα ρευστότητας**

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ισχυρίστηκαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στο σύνολό τους είχαν πρόβλημα με τους οικονομικούς πόρους για την ομαλή λειτουργία τους και ότι την περίοδο της κρίσης αντιμετώπισαν και αυτοί πρόβλημα ρευστότητας, χωρίς αυτό να είναι το μοναδικό. Ιδιαίτερα οι κοινωνικές επιχειρήσεις που στηρίζονταν αποκλειστικά σε συμβάσεις ήταν κατ' αυτούς, πιο ευάλωτες στις κυβερνητικές αποφάσεις που πάρθηκαν την περίοδο των κρίσεων.

*«Ανάμεσα στα άλλα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε ήταν και το πρόβλημα της ρευστότητας που συχνά μας οδηγούσε σε αδιέξοδα. Είναι που είναι δύσκολα τα οικονομικά στις μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις, οι κρίσεις διόγκωσαν το πρόβλημα».* R3

*«Οι δυο κρίσεις άλλαζαν τα πάντα και δημιούργησαν προβλήματα στα οικονομικά μας και κυριότερο αυτό της ρευστότητας. Οι κυβερνητικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση των κρίσεων είχαν πολλαπλές επιπτώσεις στις κοινωνικές επιχειρήσεις».* R1

### **7.11.3. Βαθμός προσαρμοστικότητας**

Σύμφωνα με τους κοινωνικούς επιχειρηματίες, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, υποχρεώθηκαν να προσαρμόσουν τη λειτουργία και τη δράση των κοινωνικών τους επιχειρήσεων στα νέα δεδομένα που δημιούργησε η οικονομική κρίση του 2008 και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19, προκειμένου να μη διακόψουν τη λειτουργία τους ή να κάνουν εκπτώσεις στους στόχους τους. Αυτό, κατ' αυτούς, ήταν μια δύσκολη υπόθεση, με οικονομικό και εργασιακό κόστος και χρειάστηκε επίμονη και επίπονη δουλειά για να γίνει η προσαρμογή στο νέο τοπίο που δημιουργήθηκε, τόσο κατά τη διάρκεια των κρίσεων όσο και στη συνέχεια. Όλοι δήλωσαν ότι τα κατάφεραν χωρίς να διακόψουν τη λειτουργία και τη δράση τους και χωρίς να αμβλύνουν τους κοινωνικούς τους στόχους.

*«Δεν έχεις άλλη επιλογή από το να προσαρμοστείς στα νέα δεδομένα. Το ζήτημα είναι οι όροι και το κόστος της προσαρμογής. Τα καταφέραμε χωρίς να λοξοδρομήσουμε από τους στόχους μας. Χρειάστηκε όμως να προβούμε άμεσα σε αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο εργαζόμασταν μέχρι τότε. Δεν ήταν εύκολη υπόθεση».* R11

*«Οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν μια μεγάλη δυνατότητα ευελιξίας και προσαρμογών γιατί λειτουργούν χωρίς να καθορίζει την πορεία τους κάποια κερδοφορία. Δε σημαίνει*

*αυτό ότι η προσαρμογή που δείξαμε ήταν μια εύκολη ιστορία. Το αντίθετο θα έλεγα. Σημασία όμως είναι ότι τα καταφέραμε». R2*

#### **7.11.4. Βαθμός ανθεκτικότητας**

Σύμφωνα με τους κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα η ανθεκτικότητα των επιχειρήσεων είναι ένα ζήτημα που κρίνεται εκ του αποτελέσματος. Θεωρούν ότι έστω και με δυσκολίες μπόρεσαν και άντεξαν και στην οικονομική κρίση του 2008 και στην υγειονομική κρίση του COVID-19 και συνέχισαν να παράγουν υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας χωρίς διακοπή, κάτι που δείχνει την ανθεκτικότητα των κοινωνικών τους επιχειρήσεων.

*«Το ό,τι είμαστε σε λειτουργία χωρίς διακοπή δείχνει την ανθεκτικότητα που δείξαμε την περίοδο της κρίσης. Κρατηθήκαμε ζωντανοί μέσα σε δύσκολες συνθήκες προσαρμόζοντας τη λειτουργία μας». R9*

*«Δείξαμε ευελιξία και αυτό μας έδωσε ανθεκτικότητα απέναντι στην κρίση. Χρειάστηκε να κάνουμε έξυπνες και καινοτόμες μεταβολές στη λειτουργία μας και αυτό ήταν το αντίδοτο απέναντι στην κρίση». R7*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται συζήτηση εστιασμένη στα κύρια αποτελέσματα της έρευνας, ανακεφαλαιώνοντάς τα και ερμηνεύοντάς τα. Γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με εκείνα της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Αποτυπώνονται τα δυνατά σημεία της έρευνας και οι περιορισμοί. Παρουσιάζεται πώς τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων και προσεγγίσεων στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών, στη βελτίωση της επιχειρηματικής δράσης στον τομέα της υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου καθώς και στη βελτίωση προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται χωριστά η συζήτηση για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και χωριστά για τις αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις.

### 8.1. Ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας

#### 8.1.1. Κίνητρα και προβληματισμοί

Η σχέση χώρος, τόπος και επιχειρηματικότητα είναι μια σύνθετη, ζωτικής σημασίας σχέση, απαραίτητη όμως για την κατανόηση της επιχειρηματικότητας της υπαίθρου (Müller, 2013). Η χωρικότητα σε συνδυασμό με την τοπική κουλτούρα, τον τοπικό κώδικα δεοντολογίας, τα τοπικά πρότυπα, τις τοπικές ηθικές αξίες είναι μια σημαντική σχέση για την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας (Johansson, 2009; Westlund & Bolton, 2003), στοιχεία που αναδείχθηκαν και στην παρούσα διδακτορική διατριβή. Το περιβάλλον, τοπικό και κοινωνικό, αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες ότι είναι σημαντικό για την ανάπτυξη της επιχειρηματικής τους δράσης και το οποίο καθόρισε την τελική τους απόφαση. Αυτό είναι στοιχείο συμβατό με πολλές έρευνες (Berglund & Johansson, 2007; Julien, 2007; Garofoli, 1994). Οι επιχειρηματίες που επένδυσαν στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ανέφεραν πέντε κριτήρια καθοριστικά για την τελική τους απόφαση που τους οδήγησε να επενδύσουν σε περιοχές της υπαίθρου.

Πρώτο κριτήριο ήταν η εντοπιότητα και η οικειότητα που είχαν με την περιοχή. Αυτό το δέσιμο με τον τόπο που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν τους οδήγησε στην ισχυρή βούληση να επενδύσουν στο δικό τους οικείο περιβάλλον. Το κριτήριο αυτό είναι συμβατό με την έρευνα των Heath & Tversky (1991) που ισχυρίζονται ότι τα άτομα προτιμούν επενδυτικές επιλογές σε οικεία περιβάλλοντα γι' αυτό και επιλέγουν να επενδύσουν στον τόπο που κατοικούν. Το κριτήριο αυτό στην επενδυτική ψυχολογία ονομάζεται σφάλμα οικειότητας (Familiarity) και θεωρείται ότι είναι ένας συναισθηματικός επηρεασμένος συλλογισμός (emotional reasoning) που μπορεί να οδηγήσει σε λάθος επενδυτική απόφαση (Nofsinger, 2014; Pompian, 2012). Ο Tuan (2007) θεωρεί ότι η ενσωμάτωση σε ένα μέρος μπορεί να οδηγήσει σε μια μορφή «τύφλωσης» επειδή η οικειότητα αναπαριστά τον χώρο χωρίς σκέψη και προβληματισμό γι' αυτό μια μικτή ενσωμάτωση είναι πιο ασφαλής σε μια επιχειρηματική δράση. Μικτή ενσωμάτωση αποκτά κάποιος που έχει αποκτήσει οικεία

εμπειρία με περισσότερα από ένα μέρη (Csikszentmihalyi, 1996; Swidler, 1986). Στην περίπτωση της παρούσας έρευνας των επενδύσεων στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο δεν επιβεβαιώθηκε ούτε το σφάλμα οικειότητας ούτε ο κανόνας των συναισθημάτων (affect heuristic) όπως περιγράφεται από τους Kuhnen & Knutson (2011) και τους Dowling & Lucey (2010). Δε διαπιστώθηκε ότι η επένδυση στον τόπο καταγωγής τους ήταν μια λανθασμένη, συναισθηματικά φορτισμένη, επιλογή. Αντίθετα οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες έδειξαν ικανοποίηση από την επιλογή τους. Η έρευνα της Müller (2013) έδειξε ότι οι τεχνολογίες και οι βελτιωμένες υποδομές επιτρέπουν πλέον στον επιχειρηματία να επενδύσει κοντά στην ύπαιθρο, στον τόπο καταγωγής του και να συνεχίσει να απολαμβάνει τον τρόπο ζωής που του αρέσει και ταυτόχρονα να διευθύνει την επιχείρησή του. Εξάλλου οι γιατροί που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν σε περιοχές της υπαίθρου έχουν περισσότερες πιθανότητες, λόγω εντοπιότητας, να δραστηριοποιηθούν επαγγελματικά δημιουργώντας τα δικά τους ιατρεία ή τις δομές υγείας στην ύπαιθρο (Matsumoto et al, 2005; Chan et al, 2005; Easterbrook et al, 1999).

Δεύτερο κριτήριο ήταν η διαπίστωση από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ότι η επένδυση στην ελληνική ύπαιθρο είναι μια επιχειρηματική ευκαιρία που εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα και την κερδοφορία στην επιχειρηματική τους δράση. Όλες οι μορφές επιχειρηματικότητας έχουν και τη χωρική τους διάσταση (Hudson, 2010; Hudson, 2001) και η ύπαιθρος με τα δικά της χαρακτηριστικά παρουσιάζει τις δικές της επιχειρηματικές ευκαιρίες (Müller, 2014; Korsgaard et al, 2011; Kalantaridis & Bika, 2006). Η κατάλληλη τοποθεσία σε μια περιοχή της υπαίθρου μπορεί κάλλιστα να είναι μια επενδυτική ευκαιρία και κίνητρο για οικονομικά αποτελέσματα (Müller, 2013). Οι περιοχές της υπαίθρου, κυρίως στον ευρωπαϊκό χώρο, μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο έχουν υποστεί αλλαγές και από αγροτικές κυρίως περιοχές έχουν μετατραπεί σε πολυλειτουργικές περιοχές (Savitska et al, 2020; Markantoni & van Hoven, 2012; Stathopoulou et al., 2004; Dopfer et al, 2004; Marsden, 1999; Ilbery, 1998). Υπήρξαν περιοχές της υπαίθρου που από αγροτικές περιοχές μετατράπηκαν σε τουριστικές πολυδύναμες περιοχές. Η έρευνα των Bryden & Bollman (2000) έδειξε ότι σε πολλές περιοχές της υπαίθρου η μειωμένη απασχόληση στη γεωργία αντισταθμίστηκε στην απασχόληση στις υπηρεσίες και στις μεταποιητικές δραστηριότητες. Αυτή η μεταβολή της υπαίθρου έδωσε τη δική της δυναμική ανάπτυξης και παρουσιάζει συνεχείς ευκαιρίες και για τον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας, κάτι που εντόπισαν και οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες στην παρούσα διδακτορική διατριβή γι' αυτό και αποφάσισαν να επενδύσουν στην ύπαιθρο. Το σημαντικό είναι ότι οι κοινωνίες της υπαίθρου έγιναν πιο καταναλωτικές σε προϊόντα και υπηρεσίες (Bairagi et al, 2020; Halfacree, 2006; Marsden, 1999; Joseph & Cloutier, 1990) και αυτό από μόνο του δημιουργεί επενδυτικές ευκαιρίες.

Τρίτο κριτήριο ήταν η διαπίστωση από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ότι στην ύπαιθρο υπάρχουν ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συνεχώς διευρύνονται, ιδιαίτερα λόγω του γερασμένου πληθυσμού που κατοικεί σε αυτές τις περιοχές (Rhubart et al, 2021; Jensen et al, 2020; Thiede et al, 2017; Zhong, 2011; Bull, 1998). Η χρήση προληπτικής φροντίδας από πλευράς κατοίκων, που ήταν στο παρελθόν πολύ μικρή (Bacsu et al, 2012; Oikonomou & Tountas, 2011; Kumar et al, 2001) με αποτέλεσμα οι κάτοικοι της υπαίθρου να αναζητούν περίθαλψη όταν τα προβλήματα υγείας και περίθαλψης οξύνονταν

(Oikonomou & Mariolis, 2010), άρχισε να μεταβάλλεται και όλο και περισσότερος κόσμος της υπαίθρου στρέφεται στην πρόληψη στα θέματα υγείας. Η κάλυψη αυτής της ανάγκης ικανοποιείται σήμερα και από την εγκατάσταση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο (Apostolopoulos et al, 2020). Αλλά και ο τρόπος ζωής των κατοίκων της υπαίθρου δημιουργεί ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας (Bacsu et al, 2012; Kumar et al, 2001). Αυτού του είδους οι ανάγκες υπάρχουν και στην ελληνική ύπαιθρο (Economou et al, 2017; Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012, Tountas et al, 2011) και είναι αυτές που ανιχνεύτηκαν από τους συμμετέχοντες επιχειρηματίες και στην παρούσα διδακτορική διατριβή και ήταν ένας από τους βασικούς λόγους που κάποιοι επιχειρηματίες επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της ανάγκης για φαρμακευτική φροντίδα σε περιοχές της ελληνικής υπαίθρου που είχε ως αποτέλεσμα την ίδρυση και λειτουργία φαρμακείων σε σχεδόν όλα τα μεγάλα χωριά της υπαίθρου (Apostolopoulos et al, 2021a; Makris & Apostolopoulos 2021).

Τέταρτο κριτήριο ήταν η διαπίστωση από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ότι οι δημόσιες δομές υγείας αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες του συνόλου των κατοίκων της υπαίθρου και το γεγονός αυτό δημιουργεί από μόνο του περιθώρια για ανάπτυξη επιχειρηματικής δράσης στην ελληνική ύπαιθρο, κάτι που εκμεταλλεύτηκαν επιχειρηματικά. Οι δημόσιες δομές υγείας στην ελληνική ύπαιθρο που είναι στηριγμένες στα περιφερειακά νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και στα αγροτικά ιατρεία τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζουν κυρίως προβλήματα με την έλλειψη προσωπικού, τον απαρχαιωμένο ιατρικό εξοπλισμό και με τις υποδομές τους (Apostolopoulos et al, 2021b; Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012; Economou, 2010; Sissouras et al, 2000; Kontodimopoulos et al, 2007). Αυτή η αδυναμία των δημοσίων δομών υγείας δημιούργησε και συνεχίζει να δημιουργεί την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα προκειμένου να καλυφθεί το κενό (Apostolopoulos et al, 2020; Liaropoulos et al, 2008; Kondilis, 2007; Tountas et al, 2005). Αυτός είναι και ο λόγος που διογκώθηκε ο ιδιωτικός τομέας και στην ελληνική ύπαιθρο και έγινε ο κυριότερος πάροχος των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (Apostolopoulos et al, 2021b; Vozikis & Kaskareli, 2012; Kondilis et al, 2011). Από αυτά τα φαινόμενα δημιουργήθηκε το παράδοξο όπου θεωρητικά όλοι οι πολίτες που κατοικούν στον ελλαδικό χώρο έχουν καθολική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης και ταυτόχρονα ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα διογκώνεται γιατί οι δημόσιες δομές υγείας αδυνατούν να ανταποκριθούν στην αποστολή τους (Apostolopoulos et al, 2021b; Oikonomidou et al, 2010; Siskou et al, 2008; Markaki et al, 2006). Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η διόγκωση και σε περιοχές της υπαίθρου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και των κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας. Στις περιοχές της υπαίθρου οι δημόσιες δομές υγείας παρουσιάζουν μεγάλες ελλείψεις και η επίσκεψη στα περιφερειακά νοσοκομεία απαιτεί πολύωρες αναμονές για εξετάσεις και οι ξενοδοχειακές υποδομές τους σε πολλές περιπτώσεις είναι υποβαθμισμένες όπως και οι συνθήκες νοσηλείας, γεγονότα που στρέφουν τους κατοίκους στον ιδιωτικό τομέα για να καλύψουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας (ICAP, 2008; Σίσσουρας, 2000). Στον χώρο της αποκατάστασης στην Ελλάδα το δημόσιο σύστημα υγείας διαθέτει μόνο 200 κλίνες ενώ ο ιδιωτικός τομέας πάνω από 1.800 κλίνες (Michail, 2018). Αλλά και η μεγάλη αύξηση των διαγνωστικών υπηρεσιών από ιδιωτικές επιχειρήσεις οφείλεται στην αυξημένη ζήτηση

για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες φροντίδας που προέκυψε με τον μεγάλο χρόνο αναμονής για τέτοιου τύπου διαγνωστικών υπηρεσιών στις δημόσιες δομές και από τη συγκέντρωση στις ιδιωτικές διαγνωστικές επιχειρήσεις υψηλής βιοϊατρικής και απεικονιστικής τεχνολογίας (Souliotis, 2000). Τόσο μεγάλη είναι η ζήτηση που η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που πραγματοποιούν τον υψηλότερο αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών σε σχέση με τον πληθυσμό (Kanavos, 2017; Theodorakis, 2013). Από την παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε ότι ένας αριθμός επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην έρευνα επένδυσε στην ελληνική υπαίθρο επειδή γνώριζε τις αδυναμίες των δημοσίων δομών υγείας, δεν υπήρχαν ανταγωνιστές και στηρίχθηκε στην αναμενόμενη χρησιμότητα της επένδυσης που μεγιστοποιεί την κερδοφορία. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί και με βάση τη θεωρία της προοπτικής (Prospect Theory) όπως διατυπώθηκε από τους Kahneman & Tversky (1979) και μοντελοποιήθηκε με βάση τη θεωρία αναμενόμενης χρησιμότητας (Kahneman, 2009). Πέμπτο κριτήριο ήταν η διαπίστωση από επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ότι περιοχές της υπαίθρου είχαν μικρότερο λειτουργικό κόστος για μια επιχείρηση σε σύγκριση με τις περιοχές των αστικών κέντρων. Αυτό το κριτήριο εκφράστηκε από φαρμακοποιούς που επένδυσαν σε περιοχές της υπαίθρου αφού στην Ελλάδα ο φαρμακοποιός εξυπηρετεί έναν τριπλό ρόλο. Τον ρόλο του ιδιοκτήτη-επιχειρηματία, τον ρόλο του διαχειριστή και τον ρόλο του διευθυντή. Υπάρχει όμως μια ιδιαιτερότητα με τα φαρμακεία που έχει να κάνει με τους περιορισμούς για την ίδρυση ενός φαρμακείου (Theodoridis, 2012). Στην Ελλάδα έχουν επιβληθεί στα φαρμακεία περιορισμοί στη νομική μορφή της επιχείρησης, πληθυσμιακοί περιορισμοί, ηλικιακοί περιορισμοί, περιορισμοί στην απόσταση μεταξύ των φαρμακείων και περιορισμοί στα τετραγωνικά των φαρμακείων. Κάποιοι από τους παραπάνω περιορισμούς καταργήθηκαν με τον νόμο 4613/2019 αλλά ο νόμος δεν έχει στο σύνολό του εφαρμοστεί, τουλάχιστον μέχρι την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, λόγω της προσφυγής των φαρμακοποιών στο Συμβούλιο της Επικρατείας. Οι παραπάνω περιορισμοί δημιούργησαν κορεσμό στα αστικά κέντρα γι' αυτό και υπήρξε σε μεγάλη έκταση δημιουργία φαρμακείων σε οικισμούς της υπαίθρου. Τα φαρμακεία της υπαίθρου προσεγγίζουν μια εξειδικευμένη αγορά που εξυπηρετεί, αναλογικά υψηλότερα από ό, τι σε αστικές τοποθεσίες, ηλικιωμένους κατοίκους με μεγαλύτερη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, αν και εξυπηρετούν σχετικά μικρό πληθυσμό ενδέχεται να αντιμετωπίζουν υψηλή ζήτηση υπηρεσιών. Η επιβίωση και η κερδοφορία των φαρμακείων της υπαίθρου ενισχύεται περαιτέρω από τα σημαντικά χαμηλότερα από ό, τι σε αστικές τοποθεσίες, ενοίκια στέγασης ή αγοράς κτιρίων εγκατάστασης αλλά και από το συνολικό λειτουργικό κόστος. Πράγματι, αυτά τα χαρακτηριστικά καθιστούν τα φαρμακεία της υπαίθρου μια βιώσιμη επιχειρηματική επιλογή, κάτι που ανιχνεύτηκε και στην παρούσα έρευνα, αφού οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες φαρμακοποιοί ανέφεραν ότι το βασικό κριτήριο που επένδυσαν σε φαρμακείο της υπαίθρου ήταν το μικρό λειτουργικό κόστος. Αυτό είναι στοιχείο συμβατό και με άλλες έρευνες που έδειξαν ότι το μειωμένο λειτουργικό κόστος είναι σημαντικός παράγοντας για τη βιωσιμότητα και την κερδοφορία μιας επιχείρησης (Stoilova, 2019; Yadav, 2015; Charmel & Frampton, 2008).

Έκτο κριτήριο ήταν η διαπίστωση από επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην έρευνα και εκπροσωπούσαν σχήματα ομίλων υγείας



ότι μπορούσαν να επεκταθούν στην ελληνική ύπαιθρο προκειμένου να δημιουργήσουν θυγατρική ή παράρτημα με δεδομένο ότι η ύπαιθρος είναι μια νέα αγορά με επενδυτικές ευκαιρίες. Αυτό ήταν και το κύριο κριτήριο που τους οδήγησε να επενδύσουν στην ελληνική ύπαιθρο στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Μια τέτοια επένδυση είναι μάλιστα σύνδεσης σε υπηρεσίες υγείας ανάμεσα στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο κι αυτό είναι σημαντικό στοιχείο για τη φήμη, τη δυναμική και την κερδοφόρα δραστηριότητα του κάθε ομίλου (Dewaelheyns et al, 2011).

Σύμφωνα με τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ο σχεδιασμός για επένδυση σε αντίστοιχες δομές της ελληνικής υπαίθρου δημιούργησε προβληματισμούς για δυο τουλάχιστον παράγοντες. Ο πρώτος αφορούσε την εύρεση υψηλού επιπέδου επιστημονικού δυναμικού με εξειδικευμένες γνώσεις και ο δεύτερος το κατά πόσο θα υπήρχε φερεγγυότητα από το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία στην πιστή τήρηση των συμφωνημένων στη μεταξύ τους σύμβαση που θα υπέγραφαν. Το δημόσιο με τις δομές του και τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι μεγαλύτεροι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και η όποια αφερεγγυότητα στα συμφωνηθέντα επιδρά καθοριστικά στη βιωσιμότητα των δομών αυτών (Apostolopoulos et al, 2020; Kondilis et al., 2011).

Η δυσκολία για την εξασφάλιση εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού που θα στελεχώσει τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο έχει εντοπιστεί και σε άλλες έρευνες που έδειξαν ότι στην Ελλάδα υπάρχει γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού και εξειδικευμένου προσωπικού σε βάρος των περιοχών της υπαίθρου (Makris & Apostolopoulos, 2021; Economou et al, 2017; Vardiampasis et al, 2014; Oikonomidou et al, 2010). Το ιατρικό προσωπικό αποφεύγει να εργαστεί στην ύπαιθρο λόγω των ιδιαιτεροτήτων της υπαίθρου, το υπέρμετρο φόρτο εργασίας που διαμορφώνεται στις μικρές και κλειστές κοινωνίες που αναζητούν υπηρεσίες υγείας χωρίς ωράρια, την επαγγελματική απομόνωση και την αίσθηση ότι δε θα έχει την ίδια επαγγελματική καριέρα με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στα αστικά κέντρα (Vardiampasis et al, 2014; Snow et al, 2014; Lu et al, 2008).

Η αδυναμία να στελεχωθούν οι δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο, αφού αυτό το προσωπικό συνήθως βρίσκεται εγκατεστημένο στα μεγάλα αστικά κέντρα, δεν είναι ελληνικό φαινόμενο. Είναι μια κατάσταση που την εντοπίζεις σε διάφορες χώρες και έχει ανιχνευτεί σε διάφορες έρευνες και είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα στον χώρο της υγείας και της περίθαλψης (Lu & Zeng, 2018; Haskins et al, 2017; Holte et al, 2015). Είναι ένα πρόβλημα για τις κυβερνήσεις και όσων θέλουν να δραστηριοποιηθούν στην ύπαιθρο που συναντάμε και στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες (Vardiampasis et al, 2014). Η έρευνα των Bem et al, (2019) έδειξε ότι οι δομές υγείας και υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές παρέχουν λιγότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες κυρίως λόγω των προβλημάτων που έχουν με την εύρεση για πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού. Η έρευνα των Schoo et al, (2016) έδειξε ότι οι μεγάλες αποστάσεις από τα αστικά κέντρα δημιουργούν προβλήματα στην πρόσληψη και στη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στις περιοχές της υπαίθρου. Οι Holuby et al, (2015) ισχυρίζονται ότι υπάρχει ανησυχία στις περιοχές της υπαίθρου στα θέματα υγειονομικής περίθαλψης αφού όλο και λιγότεροι επαγγελματίες υγείας αναζητούν εργασία στις αγροτικές περιοχές. Η ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού σε

παγκόσμιο επίπεδο είναι πολύ μεγάλη αφού μόνο το 24% εργάζεται σε περιοχές της υπαίθρου (World Health Organization, 2010).

Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκαν και οι φοβίες από πλευράς επιχειρηματιών ότι τόσο το ελληνικό δημόσιο όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία δε θα ήταν συνεπή σε σχέση με τους όρους της σύμβασης συνεργασίας που θα υπέγραφαν με τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Οι φοβίες των επιχειρηματιών της παρούσας έρευνας έχουν βάση αφού διάφορες έρευνες στο παρελθόν έδειξαν ότι υπήρξαν μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές από πλευράς δημοσίου και ασφαλιστικών ταμείων που είχαν σοβαρές συνέπειες στις δομές υγείας των παρόχων (Bembekidis, 2019; Kentikelenis et al, 2014; Economou & Giorno, 2009). Το νομικό πλαίσιο της Ελλάδας ευνοεί τις συμβάσεις ανάμεσα στις επιχειρήσεις υγείας και στα ασφαλιστικά ταμεία Grigorakis et al, 2016; Papatheodorou & Mousidou, 2011; Siskou et al, 2009) και αυτό οδήγησε στο να είναι το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία οι μεγαλύτεροι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας (Apostolopoulos et al, 2020; Kondilis et al., 2011; Νιάκας, 2002). Το γεγονός αυτό δημιούργησε και τη μεγάλη εξάρτηση των επιχειρήσεων υγείας από το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία που συχνά επιβάλλουν τους δικούς τους όρους, όπως για παράδειγμα επέβαλαν τους μηχανισμούς «clawback» και «rebate»<sup>25</sup> υποχρεώνοντας τις επιχειρήσεις να προβαίνουν σε απομείωση των απαιτήσεών τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ (Kampouris, 2019; Palamari, 2018). Ταυτόχρονα σε πολλές περιπτώσεις οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας βρίσκονται μπροστά σε φαινόμενα καθυστέρησης πληρωμών από τον ΕΟΠΥΥ ή σε γραφειοκρατικά προβλήματα με αποτέλεσμα να δημιουργείται πιστωτικός κίνδυνος από έλλειψη ρευστότητας (Μπαλάφας, 2017; Μπερούτης, 2017). Η έρευνα του Μπερούτη (2017) που πραγματοποιήθηκε στον φαρμακευτικό κλάδο έδειξε ότι το 83% των επιχειρήσεων που συνεργάζονται με τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα με τις καθυστερήσεις στις πληρωμές από πλευράς ασφαλιστικών ταμείων. Τα φαινόμενα αφερεγγυότητας διογκώθηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Karamanolis, 2015; Niakas, 2013; Minogiannis, 2012).

### 8.1.2. Κοινωνία και πολίτες

Οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη του κοινωνικού ιστού στις περιοχές της υπαίθρου και συμβάλλουν στην τοπική αειφορία (Farmer et al, 2012a). Από την άλλη πλευρά οι ιδιωτικές δομές υγείας που λειτουργούν στην ύπαιθρο δεν μπορούν να αναπτυχθούν και να γίνουν βιώσιμες και κερδοφόρες αν δεν στηριχθούν από τους πολίτες, τους τοπικούς φορείς, την αυτοδιοίκηση και γενικά την τοπική κοινωνία (Apostolopoulos et al, 2020; Kelly et al, 2019; Henderson et al, 2019; Vardiampasis et al, 2014). Η ανάγκη στήριξης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας από τους πολίτες και την κοινωνία ανιχνεύτηκε και από τους επιχειρηματίες

---

<sup>25</sup> Νόμος 4172/2013, Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 167/Α/23.7.2013. Υπουργική Απόφαση, αρ. Υ9/οικ 91813/27.9.2013: Καθορισμός, διαδικασία και τρόπος απόδοσης του ποσού «επιστροφής» (rebate) του άρθρου 100 παρ. 5 του Ν. 4172/2013 (ΦΕΚ 167 Α), ΦΕΚ 2511/Β/7.10.2013

που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα που εξέτασε τέσσερις πτυχές αυτής της σχέσης. Η πρώτη αφορούσε τη διαμόρφωση των σχέσεων με τους τοπικούς φορείς, η δεύτερη αφορούσε τη διαμόρφωση των σχέσεων με την τοπική και περιφερειακή αυτοδιοίκηση, η τρίτη αφορούσε τη δημιουργία ή μη υπηρεσιών προσβάσιμων και αποδοτικών για τους πολίτες, η τέταρτη αφορούσε την εξυπηρέτηση των πολιτών και η πέμπτη αφορούσε τη μέριμνα ή μη για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες της υπαίθρου.

Εξετάζοντας τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου με τους τοπικούς φορείς ανιχνεύτηκε ότι η πλειοψηφία των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα επιδιώκουν να έχουν καλές σχέσεις με τους πολίτες της περιοχής και τους τοπικούς φορείς όπως τοπικά σωματεία, συλλόγους, αθλητικούς φορείς και ιδρύματα. Θεωρούν ότι αυτή η σχέση διευρύνει τη φήμη τους, δημιουργεί θετική εικόνα στην κοινή γνώμη, διευρύνει τον κύκλο των εργασιών τους και διασφαλίζει τη μακροχρόνια βιωσιμότητα της επιχείρησής τους. Γενικά δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης με την τοπική κοινωνία και δημιουργεί προστιθέμενη αξία για την επιχείρησή τους. Θεωρούν ότι οι χορηγίες, οι ενημερωτικές εκδηλώσεις για θέματα υγείας και φροντίδας, οι οικονομικές ενισχύσεις στους τοπικούς φορείς για δικές τους δράσεις και οι προσφορές υπηρεσιών φέρνουν την επιχείρησή τους κοντά στους πολίτες και συνδέονται φιλικά μαζί τους. Αυτές οι πτυχές που ανιχνεύτηκαν στην παρούσα έρευνα είναι συμβατές και με άλλες έρευνες. Η έρευνα των Vardiampasis et al, (2014) έδειξε ότι η διαμόρφωση των καλών σχέσεων με τους κατοίκους της υπαίθρου που καλύπτει η υγειονομική μονάδα είναι σημαντικός παράγοντας και αποδεικνύει την αναγνώριση από πλευράς κατοίκων της υπαίθρου της προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι επιχειρηματικές δράσεις επηρεάζονται και επηρεάζουν τις τοπικές κοινωνίες στις οποίες αναπτύσσονται και είναι σημαντικό για τη βιωσιμότητα των επιχειρήσεων να χαίρουν αυτές εκτίμησης και να διατηρούν την καλή τους φήμη από την τοπική κοινωνία, τους τοπικούς φορείς και τους πολίτες (Θανόπουλος, 2003). Οι επιχειρήσεις στηρίζουν την μακροπρόθεσμη επιβίωσή τους και στο να δημιουργούν δυναμικές σχέσεις με τους τοπικούς φορείς και την τοπική κοινωνία έχοντας χρέος να διαχειρίζονται με υπευθυνότητα τη δράση τους στην περιοχή (Μπαμπούρας, 2011). Παράλληλα οι προσφερόμενες υπηρεσίες από πλευράς επιχειρήσεων πρέπει να γίνεται με φιλικό και δεοντολογικό τρόπο και να ανταποκρίνονται στις επιθυμίες του πολίτη, με αξιοπιστία και ποιότητα ώστε να διασφαλίζεται η οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης με τους πολίτες, τους τοπικούς φορείς και την κοινωνία (Μπάρδα, 2014). Σύμφωνα με την έρευνα των Galvão et al, (2020) η αλληλεπίδραση με τους τοπικούς φορείς της υπαίθρου βοηθάει τις υφιστάμενες στην περιοχή επιχειρήσεις και συμβάλλει στην ανάπτυξη της περιοχής. Μια τέτοια άσκηση πολιτικής από πλευράς των επιχειρήσεων δημιουργεί μια θετική εικόνα στους πολίτες και γενικά στην κοινή γνώμη για τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους, βελτιώνει τη φήμη τους και διευρύνει τον κύκλο των εργασιών τους (Μπάρδα, 2014).

Εξετάζοντας τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου με την αυτοδιοίκηση πρώτου και δεύτερου βαθμού διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες επιδιώκουν να έχουν καλές σχέσεις με την αυτοδιοίκηση. Θεωρούν ότι με την τοπική αυτοδιοίκηση, θεσμό που τον αισθάνονται πολύ κοντά τους, οι καλές σχέσεις τους εξασφαλίζει τη δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος για τη λειτουργία της επιχείρησής τους και τους δίνει τη δυνατότητα να επιλύουν άμεσα και

αποτελεσματικά προβλήματα που προκύπτουν. Με τις αιρετές περιφέρειες έχουν πιο άμεση εξάρτηση, λόγω αρμοδιοτήτων των περιφερειών, αφού αυτές έχουν από τον νόμο σε πολλές επιχειρήσεις υγείας, όπως οι κλινικές, την αρμοδιότητα αδειοδότησης, ελέγχου και διοικητικών κυρώσεων<sup>26</sup> και ταυτόχρονα οι περιφέρειες διαχειρίζονται διάφορα προγράμματα, εγχώρια ή ευρωπαϊκά, στήριξης επιχειρήσεων στα οποία επιδιώκουν να ενταχθούν. Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν αυτά τα προγράμματα στήριξης σημαντικά για τη βιωσιμότητα των επιχειρήσεών τους. Ταυτόχρονα από την έρευνα ανιχνεύτηκαν παθογένειες της διοίκησης όπως γραφειοκρατίες, καθυστερήσεις, εμπλοκές από ερμηνείες νόμων και διατάξεων αλλά ακόμη και άτυπες πληρωμές.

Τον σημαντικό ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης στη λειτουργία των επιχειρήσεων έχουν ανιχνεύσει και διάφορες άλλες έρευνες. Η έρευνα των Nimegeer & Farmer, (2016) έδειξε ότι η τοπική εξουσία μπορεί να επηρεάσει με τις δημόσιες πολιτικές της τη διαμόρφωση του περιβάλλοντος των επιχειρήσεων καθώς και τα αποτελέσματα των υγειονομικών υπηρεσιών που αυτές προσφέρουν. Η έρευνα του Strautmanis (2013) έδειξε ότι η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί με καλύτερο τρόπο να προωθήσει την επιχειρηματικότητα και την απασχόληση και να διασφαλίσει υψηλής ποιότητας ζωής στην κοινότητα. Η έρευνα των Makris et al, (2020) που εξέτασε τις χρηματοδοτήσεις από τα ευρωπαϊκά διαρθρωτικά και επενδυτικά ταμεία στον τομέα της υγείας έδειξε τη σημαντικότητα που αυτά έχουν στους φορείς υγείας. Οι τοπικές αυτοδιοικήσεις ενθαρρύνουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Isoraité,2015) και με παρεμβάσεις τους συμβάλουν στην προσβασιμότητα των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη στηρίζοντας και τις ιδιωτικές δομές υγείας (Fauser,2014). Έχουμε πολλές συνεργασίες των ιδιωτικών δομών υγείας με την τοπική αυτοδιοίκηση, τους κατοίκους και άλλους τοπικούς φορείς για την κοινή συμμετοχή σε συνέδρια που αφορούν θέματα υγείας, ποιότητας ζωής και τοπικής ανάπτυξης (Pulselli et al., 2006).

Η επίδραση, ιδιαίτερα του δεύτερου βαθμού αυτοδιοίκησης, φαίνεται μέσα και από το νομοθετικό πλαίσιο και τις αρμοδιότητες που έχουν παραχωρηθεί από την Πολιτεία στην αυτοδιοίκηση σε σχέση με τη δημόσια υγεία, τις αδειοδοτήσεις λειτουργίας ιδιωτικών δομών υγείας και τη στήριξη επιχειρήσεων υγείας με χρηματοδοτικά εργαλεία. Λίγα χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ ήρθε ο νόμος 1579/85<sup>27</sup> που προσπάθησε να καλύψει κενά του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ 1397/83<sup>28</sup>. Ανάμεσα στα θέματα που ρύθμιζε ήταν η μεταφορά αρμοδιοτήτων στον δεύτερο βαθμό αυτοδιοίκησης για θέματα του ιδιωτικού τομέα υγείας. Καθορίστηκε ότι την ευθύνη για την εποπτεία και τον έλεγχο λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών θα την είχε πλέον ο Νομάρχης ο οποίος θα είχε τη βοήθεια μιας ειδικής επιτροπής αποτελούμενη από έναν εκπρόσωπο των κλινικαρχών, έναν εκπρόσωπο της Τοπικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων, έναν εκπρόσωπο του ιατρικού συλλόγου, έναν εκπρόσωπο του Ιατρικού Κέντρου και δυο εκπροσώπους γιατρούς του τοπικού νοσοκομείου (Τζέκου, 2012). Από τότε μέχρι σήμερα μια σειρά από νόμους και προεδρικά διατάγματα έχουν δημιουργήσει μια ομφάλια σχέση με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας είτε αυτές λειτουργούν στα αστικά κέντρα είτε στην ύπαιθρο. Αυτή η σχέση έγινε πιο ουσιαστική όταν για πολλές ιδιωτικές δομές υγείας την ευθύνη αδειοδότησης, ελέγχου και

---

<sup>26</sup> Νόμος, 4600/2019, Διαδικασία και προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, ΦΕΚ 43/9-3-2019.

<sup>27</sup> Νόμος 1579, Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 217/Α/1985

<sup>28</sup> Νόμος 1397/83, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ 143/Α/1983

διοικητικών κυρώσεων<sup>29</sup> έχουν οι αιρετές περιφέρειες που αντικατέστησαν τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις (Κοσμαδάκη Ε., 2017).

Εξετάζοντας τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου με τη δημιουργία ή μη υπηρεσιών προσβάσιμων και αποδοτικών για τους πολίτες διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες θεωρούν ότι για να γίνουν ελκυστικές οι προσφερόμενες από αυτούς υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας και να ξεχωρίζουν από τις αντίστοιχες υπηρεσίες των δημοσίων δομών πρέπει να υπάρχει απρόσκοπτη προσβασιμότητα των πολιτών στις δικές τους δομές. Για να το πετύχουν αυτό έδωσαν μεγάλη έμφαση στις κτηριακές υποδομές και στον περιβάλλοντα χώρο τους (είσοδοι κτιρίων, χώρους υγιεινής, θέσεις στάθμευσης, αίθουσες συγκέντρωσης, δάπεδα, σηματοδότηση κ.ά), προσέλαβαν υψηλών προσόντων επαγγελματίες υγείας και σωστά καταρτισμένο προσωπικό με διάθεση να εξυπηρετήσουν τον πολίτη και εξασφάλισαν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό που παρέχει αξιόπιστα και ποιοτικά αποτελέσματα. Επίσης, προχώρησαν σε καινοτόμα σχέδια που έλυσαν εμπόδια που υπήρχαν στην προσβασιμότητα των πολιτών αξιοποιώντας την τεχνολογία. Τις πρακτικές αυτές από πλευράς του ιδιωτικού τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας τις συναντάμε ως αναγκαιότητα για τη βιωσιμότητα των επιχειρήσεων και σε άλλες έρευνες (Neely & Ponshunmugam, 2019; Legido-Quigley et al, 2019, Farmer et al, 2012a; Brems et al, 2006a; Crim et al, 2007). Η αντιμετώπιση της προσβασιμότητας θεωρείται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες ότι τους δίνει το συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των δημοσίων δομών υγείας και κάνει τις δικές τους υπηρεσίες ελκυστικές από τους κατοίκους της υπαίθρου. Η πρόσβαση σε δομές υγείας και η παροχή υπηρεσιών υγείας συχνά στις περιοχές της υπαίθρου είναι προβληματικές (Barjjs et al, 2013). Εμπόδια και δυσκολίες στην προσβασιμότητα των κατοίκων της υπαίθρου στις δομές υγείας έδειξε η έρευνα των Weinhold & Gurtner, (2014). Η ελκυστικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών των περιοχών της υπαίθρου μεταξύ των οποίων και οι υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και η προσβασιμότητα σε αυτές είναι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους κατοίκους ακόμη και στο αν θα συνεχίσουν να κατοικούν στην ύπαιθρο ή θα μετακινηθούν στα αστικά κέντρα (Novák et al, 2020). Η έννοια της δίκαιης πρόσβασης είναι ένα θέμα που συζητείται πολλά χρόνια, χωρίς να έχει λυθεί, γι' αυτό παραμένει ανοιχτό (Gulliford et al, 2002; Rogers et al, 1999). Η έρευνα των Neely & Ponshunmugam, (2019) που ασχολήθηκε με το σύστημα υγείας και περίθαλψης στην ύπαιθρο έδειξε ότι αυτό συνδέεται άρρηκτα με τα μοντέλα πρόσβασης που σχετίζονται με αποστάσεις, φτώχεια, μεταφορές και οικογενειακά δίκτυα, χαρακτηριστικά δηλαδή καθοριστικά για την προσβασιμότητα των κατοίκων της υπαίθρου στις δομές υγείας. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των κατοίκων της υπαίθρου και η έλλειψη προσωπικού στις δομές υγείας είναι δυο μεγάλα προβλήματα που χρίζουν αντιμετώπισης (Farmer et al, (2012b). Η έρευνα των Legido-Quigley et al, (2019) έδειξε ότι κύρια εμπόδια στην πρόσβαση των κατοίκων της υπαίθρου στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας είναι η κακή ποιότητα των εγκαταστάσεων, η απασχολησιμότητα των γιατρών, οι αποστάσεις, οι χρόνοι αναμονής και το κόστος των υπηρεσιών. Κάποιες μελέτες που ασχολήθηκαν με την πρόσβαση των κατοίκων στις υπηρεσίες ποσοτικοποίησαν ή έθεσαν κατώτερα όρια στην κακή πρόσβαση (Hyndman et al, 2000; Martin et al, 1998). Σε πολλές χώρες οι κάτοικοι της

---

<sup>29</sup> Νόμος, 4600/2019, Διαδικασία και προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, ΦΕΚ 43/9-3-2019, Νόμος 2072/1992, ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 125/Α/23-7-1992, Υ.Α ΔΥΒ/Γ.Π.οικ. 57483, Τεχνικές προδιαγραφές για την δημιουργία Ιδιωτικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, ΦΕΚ Β 1804/02.07.2014

υπαίθρου δεν είναι ικανοποιημένοι από την πρόσβαση στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης και δηλώνουν ότι συχνά στερούνται πρόσβαση σε ασφαλή, έγκαιρη, αποτελεσματική και δίκαιη υγειονομική φροντίδα, κάτι που λαμβάνει μεγαλύτερη διάσταση σε ξαφνική και απροσδόκητη ασθένεια ή σε τραυματισμό (Baier et al, 2020; Hewitt et al, 2019). Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στις περιοχές της υπαίθρου επηρεάζονται από την προσβασιμότητα, τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, την τεχνολογία, τη δυνατότητα επιλογής του επαγγελματία υγείας και τις συνθήκες εργασίας (Cabhainn et al, 2001). Τέλος, η έρευνα των Goddard & Smith, (2001) διέκρινε τέσσερα στοιχεία που δημιουργούν ανισότητες στην πρόσβαση και αυτά είναι η διαθεσιμότητα, το κόστος, η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και οι πληροφορίες. Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας των περιοχών της υπαίθρου έχει έντονα προβλήματα με το θέμα της προσβασιμότητας των πολιτών στις δομές του Penchansky & Thomas, 1981). Η έρευνα της Τσιουλάκη (2015) έδειξε ότι στην πλειοψηφία τους οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν εμπόδια στην πρόσβαση των κατοίκων σε αυτές με πιο έντονο το πρόβλημα να εντοπίζεται στις δομές της περιφέρειας.

Εξετάζοντας τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε σχέση με την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των πολιτών διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες θεωρούν καθοριστικό στοιχείο την απρόσκοπτη και ποιοτικά αναβαθμισμένη εξυπηρέτηση των κατοίκων της υπαίθρου. Θεωρούν ότι αυτό είναι χαρακτηριστικό που ξεχωρίζει τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους από τις αντίστοιχες των δημοσίων δομών και τις κάνει ελκυστικές στους πολίτες. Γι' αυτούς το φιλικό περιβάλλον, το πρόθυμο και ευγενικό προσωπικό, η παροχή υπηρεσιών χωρίς καθυστέρηση και ταλαιπωρία, η σωστή και αναλυτική ενημέρωση για τα αποτελέσματα εξετάσεων και η λεπτομερής επεξήγηση για τη θεραπευτική αγωγή είναι στοιχεία που δίνουν δυναμική στην επένδυσή τους, ισχυροποιούν τη φήμη τους στην αγορά και συντελούν στη μακροχρόνια βιωσιμότητα και κερδοφορία των επιχειρήσεών τους. Θεωρούν ότι η απρόσκοπτη εξυπηρέτηση του πολίτη, η ανεμπόδιστη πρόσβαση στις επιχειρήσεις τους και οι ποιοτικά αναβαθμισμένες προσφερόμενες υπηρεσίες τους είναι καθοριστικά στοιχεία που δίνουν προστιθέμενη αξία στην επένδυσή τους. Τον καθοριστικό ρόλο της απρόσκοπτης εξυπηρέτησης των πολιτών στη βιωσιμότητα των επενδύσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο συναντάμε σε διάφορες έρευνες (Larasanty et al, 2019; Aliman & Mohamad, 2016; Jandavath & Byram, 2016; Zarei et al, 2015; Mekoth et al, 2012). Η έρευνα των Panda & Kondasani, (2017) έδειξε ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας ικανοποιεί καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών γιατί είναι αξιόπιστος, διαθέτει επαγγελματισμό και αναβαθμισμένη τεχνολογία γι' αυτό και οι πολίτες, ιδιαίτερα αυτοί που διαθέτουν αυξημένο εισόδημα, είναι πρόθυμοι να μεταναστεύσουν σε αυτόν. Η έρευνα των Aliman & Mohamad, (2016) που εξέτασε την ικανοποίηση των πολιτών από ιδιωτικές μονάδες υγείας έδειξε ότι απαιτούνται ισχυροί διαχειριστικοί προσανατολισμοί προκειμένου οι δομές αυτές να παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που να αυξάνουν την ικανοποίηση των πολιτών και να ενθαρρύνουν την επίσκεψη σε αυτές καθώς και να τις συστήνουν σε άλλους πολίτες. Η έρευνα των Larasanty et al (2019) έδειξε ότι οι πολίτες έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φαρμακευτικής φροντίδας σε σχέση με την εμπειρία που αποκόμισαν από τις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας που χρησιμοποίησαν. Σε σύγκριση με τις δημόσιες δομές υγείας η έρευνα των Shabbir et al (2016) έδειξε ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων του ιδιωτικού τομέα βρέθηκαν πιο ικανοποιημένοι από τους αντίστοιχους του δημοσίου τομέα. Η

ικανοποίηση έχει ισχυρά θετικά αποτελέσματα στη συμπεριφορά πρόθεσης των ασθενών (Aliman & Mohamad, 2016). Η έρευνα των Fatima et al (2018) έδειξε ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης προσπαθούν να παράσχουν στους πελάτες τους υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για να δημιουργήσουν ικανοποίηση και πίστη στους ασθενείς τους αφού το φιλικό περιβάλλον, η ανταπόκριση, η επικοινωνία, η ιδιωτικότητα και η ασφάλεια που σχετίζονται με την αφοσίωση των ασθενών είναι στοιχεία που δημιουργούν ικανοποίηση. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα του Siriripatthanakul (2021) που αποτύπωσε την έμφαση στη διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης των ιδιωτικών οδοντιατρικών κλινικών αφού η ικανοποίηση των πολιτών δημιουργεί μια θετική εικόνα που μεταφέρεται από στόμα σε στόμα. Η ποιότητα των εγκαταστάσεων, η αλληλεπίδραση με το ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης δημιουργούν θετική επίδραση στην αντίληψη των πολιτών (Kondasani & Panda, 2016). Η αντιληπτή ποιότητα υπηρεσιών μαζί με την εταιρική εικόνα έχουν θετική και μάλιστα άμεση επίδραση στη συμπεριφορά του ασθενή τόσο για δημόσια όσο και για ιδιωτικά νοσοκομεία (Rahman et al, 2018). Ανάμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας και της ικανοποίησης του ασθενή υπάρχει ένας καθοριστικός ομφάλιος λώρος που διαμορφώνει τη συνολική αντίληψη του πολίτη για τις δομές αυτές (Zarei et al., 2015). Η ποιότητα υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης έχει θετική επίδραση στην πίστη των ασθενών (Shabbir et al, 2016 Kitapci et al., 2014) γι' αυτό και οι διαδικασίες εισαγωγής, ο χρόνος αναμονής για ιατρική επίσκεψη, οι διαδικασίες χειρουργικών παρεμβάσεων, οι δεξιότητες φροντίδας, οι επικοινωνιακές διαδικασίες, η σωστή και επεξηγηματική ενημέρωση, οι λογικές τιμές και η ανάπτυξη φιλικού περιβάλλοντος έχουν σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών (Zarei et al., 2015). Οι προτιμήσεις των ανθρώπων για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης και η αντίληψη που έχουν διαμορφώσει για την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών από συγκεκριμένες δομές, επηρεάζουν καθοριστικά την προθυμία τους να χρησιμοποιήσουν αυτές τις υπηρεσίες (Woods et al, 2005). Τέλος, η έρευνα των Rajbhandari & Intravisit (2017) έδειξε ότι οι επιχειρηματίες των ιδιωτικών δομών υγείας για να πετύχουν την ικανοποίηση των ασθενών τους θα πρέπει να εξατομικεύουν την κάθε περίπτωση για να μεγιστοποιήσουν την ικανοποίηση των ασθενών και να βελτιώσουν την αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.

Εξετάζοντας τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε σχέση με τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες της υπαίθρου η παρούσα έρευνα ανίχνευσε ευαισθησίες στήριξης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων των περιοχών της υπαίθρου από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα και οι οποίοι έχουν επενδύσει στην ελληνική υπαίθρο. Οι συγκεκριμένοι επιχειρηματίες θεωρούν ότι η τοπική κοινωνία αντιλαμβάνεται θετικά αυτές τις ευαισθησίες στήριξης. Αυτές οι πρωτοβουλίες θεωρούν ότι δημιουργούν θετικό αντίκτυπο για τις δομές τους. Τον χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ευπαθών ομάδων από τις δομές υγείας, κυρίως δημόσιες, έχουν αποτυπώσει διάφορες έρευνες, κάτι που λαμβάνουν υπόψη τους οι επιχειρηματίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας για δυο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά ότι οι ευπαθείς ομάδες, όπως ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρία, έχουν αυξημένες ανάγκες για υγεία-φροντίδα-μέριμνα, άρα επισκέπτονται συχνά τις δομές υγείας και ο δεύτερος λόγος είναι ότι η αυξημένη ευαισθησία σε αυτές τις ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες δημιουργούν θετική εικόνα στους πολίτες και στην κοινωνία και διευρύνουν τη φήμη των δομών τους. Εξάλλου, σύμφωνα με τον Goodin (1985), η ευαλωτότητα πηγάζει

από τις υποχρεώσεις και το αίσθημα ευθύνης που έχει ο άνθρωπος για την υποστήριξη ευπαθών ομάδων. Ο ηθικός χαρακτήρας που έχει επιβληθεί στην αναζήτηση βοήθειας για θέματα υγείας και φροντίδας έχει κάνει τους ανθρώπους ιδιαίτερα ευαίσθητους στις προτιμήσεις τους (Woods et al., 2005). Από την άλλη πλευρά υπηρεσίες προσφερόμενες από διάφορους παρόχους που δεν είναι «πορώδεις» αλλά περιβάλλονται από λιγότερα διαπερατά στοιχεία τείνουν να είναι απρόσιτες από κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούντα άτομα Dixon-Woods et al, 2006; George & Rubin, 2003; Sharp & Hamilton, 2001; Macleod et al, 2000; McClure et al, 1996). Η έρευνα των Passa et al (2018) που εξέτασε τις εμπειρίες και τις απόψεις των πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας ανέδειξε τα πολλαπλά εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην πρόσβασή τους στις δομές υγείας και στην εξυπηρέτησή τους από αυτές, με αποτέλεσμα να είναι χαμηλός ο βαθμός ικανοποίησής τους αφού τα εμπόδια αντιμετωπίζονται κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας και το οικείο περιβάλλον τους. Από διάφορες έρευνες προκύπτει ότι οι κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούντες άνθρωποι βρίσκονται σε μειονεκτική θέση στην αναζήτηση της κάλυψης των αναγκών τους σε υγειονομική περίθαλψη (Dixon-Woods et al, 2006; LeGrand, 1978). Οι πάροχοι υγείας συχνά σχεδιάζουν με βάση έναν «ιδανικό χρήστη» στον οποίο προορίζεται να χρησιμοποιηθούν οι παρεχόμενες από αυτούς υπηρεσίες υγείας και του οποίου οι προτιμήσεις είναι σύμφωνες με τον τρόπο οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών και αυτό μπορεί να δημιουργήσει χαμηλή διαπερατότητα για ομάδες ασθενών και να αποξενωθούν ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Woods et al, 2005). Η έρευνα των Davidsson, N., & Södergård, B. (2016) που εξέτασε τον βαθμό ικανοποίησης ατόμων με αναπηρία από τις παρεχόμενες δομές και υπηρεσίες υγείας και φροντίδας έδειξε ότι τα ευπαθή άτομα με αναπηρία στις περιοχές της υπαίθρου αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών τους από τις δομές υγείας μεταξύ των οποίων είναι η πρόσβαση σε αυτές, η έλλειψη εξειδικευμένης φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, η έλλειψη γνώσεων, τα όρια της ασφαλιστικής κάλυψης και η έλλειψη οικονομικών πόρων γι' αυτό και ο βαθμός ικανοποίησής τους είναι χαμηλός. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα της Αρβανίτη (2019) που εξέτασε τον βαθμό ικανοποίησης των ατόμων με αναπηρία από τις δομές υγείας της Ελλάδας.

### 8.1.3. Ανάπτυξη

Η επιχειρηματικότητα είναι ένα προωθημένο μέσο δημιουργίας και διατήρησης της ζωτικότητας και στις περιοχές της υπαίθρου που συμβάλλει στην περιφερειακή ανάπτυξη δημιουργώντας θέσεις εργασίας (Fritsch & Mueller, 2008; Fuller-Love et al, 2006; Audretsch & Keilbach, 2005). Οι Berglund & Johansson, (2007) ισχυρίζονται ότι η ανάπτυξη δεν αφορά μόνο τον οικονομικό μετασχηματισμό αλλά και την κοινωνική αλλαγή ενός τόπου ή μιας περιοχής. Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε αν αυτό ισχύει και για τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Από την εξέταση των πτυχών: κάλυψη των τοπικών αναγκών και προσέλκυση ασθενών από άλλες περιοχές, συμβολή των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο, συμβολή στην αποαστικοποίηση και την αποκέντρωση, δημιουργία θέσεων εργασίας, στήριξη της τοπικής κοινωνίας και ποιότητα ζωής των κατοίκων και ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς αναδείχθηκε ότι και οι επιχειρήσεις αυτές συντελούν στην ανάπτυξη των περιοχών που δραστηριοποιούνται. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με ευρήματα



άλλων ερευνών που δείχνουν τη θετική σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με την τοπική ανάπτυξη (Apostolopoulos et al, 2021a; Seddiky, 2020; Bem et al, 2019; Woodie, 2018; Jana & Harata, 2016; Gordon, 2011; Farmer & Kilpatrick, 2009; Bachtler & Yuill, 2001).

Εξετάζοντας αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου καλύπτουν τις τοπικές ανάγκες με τις υπηρεσίες που προσφέρουν και αν προσελκύουν ασθενείς και από άλλες περιοχές, ανιχνεύτηκε ότι η επιχειρηματική δράση του συγκεκριμένου τομέα στην ελληνική υπαίθρο καλύπτει υπάρχουσες ανάγκες των κατοίκων της περιοχής και προσελκύουν ασθενείς και από την ευρύτερη περιοχή. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η φήμη των επιχειρήσεων αυτών ότι προσφέρουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες, χωρίς προβλήματα και ταλαιπωρίες και με μικρότερη οικονομική επιβάρυνση τόσο μεγαλύτερη είναι η προσέλκυση ασθενών από ευρύτερες περιοχές γι' αυτό και οι επιχειρηματίες δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην απόκτηση φήμης με θετικό πρόσημο. Υγειονομικές μονάδες, όπως τα διαγνωστικά κέντρα, τα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας και μονάδες αιμοκάθαρσης προσελκύουν ασθενείς ακόμη και από τα μεγάλα αστικά κέντρα, ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες που κάτοικοι των μεγάλων αστικών κέντρων κάνουν διακοπές στα χωριά της υπαίθρου. Θεωρούν ότι προγραμματισμένες εξετάσεις μπορούν να γίνουν καλύτερα, χωρίς ιδιαίτερη ταλαιπωρία και με λιγότερο κόστος, σε αυτές τις μονάδες της υπαίθρου. Σύμφωνα με τον World Health Organization (2008) οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι παράγοντες που διατηρούν τους ανθρώπους υγιείς με ποιότητα ζωής στις δικές τους κοινότητες (World Health Organization, 2008). Οι Amarasinghe et al (2009) ισχυρίζονται ότι το περιβάλλον είτε αυτό είναι περιβάλλον αστικό είτε περιβάλλον υπαίθρου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των πολιτών. Μεταξύ υγείας, βιωσιμότητας και περιβάλλοντος υπάρχει αλληλεπίδραση (Baum, 1998). Αυτός είναι ο λόγος που κάνει απαραίτητες τις δομές υγείας στην υπαίθρο για να καλύπτουν τις ανάγκες των κατοίκων. Η έρευνα της Farmer et al, (2005) έδειξε οι πολίτες θεωρούν ότι η υπαίθρος πρέπει να έχει καλές υπηρεσίες υγείας έστω και αν αυτές είναι δαπανηρές (Farmer et al, 2005). Πολλές έρευνες δείχνουν έλλειμμα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην υπαίθρο και πολλά προβλήματα στην κάλυψη των αναγκών και στην εξυπηρέτηση των πολιτών (Weinhold & Gurtner, 2014; Haggerty et al, 2014). Αυτός είναι και ο λόγος που η κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας κοντά στον τόπο κατοικίας καθορίζει πολλάκις κι αν θα παραμείνουν οι κάτοικοι στην υπαίθρο ή θα μεταναστεύσουν στα αστικά κέντρα (Apostolopoulos et al, 2021a). Αντίθετη άποψη με αυτή έχει ο Deaton (1999) που θεωρεί ότι τα θέματα υγείας των πολιτών είναι σύνθετα και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες δεν ακολουθούν την ίδια διαδρομή με τις ανισότητες στην υγεία. Γενικά οι κοινότητες που διαθέτουν πολλές μικρές επιχειρήσεις υγείας παρουσιάζουν καλύτερη προσφερόμενη υγεία και ποιοτικότερες συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού (Blanchard et al, 2012). Η κάλυψη των αναγκών των πολιτών με απρόσκοπτη εξυπηρέτησή τους είναι καθοριστικός παράγοντας για τις επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου (Aliman & Mohamad, 2016; Zarei et al, 2015; Mekoth et al, 2012). Ταυτόχρονα η σωστή και ποιοτικά αναβαθμισμένη κάλυψη των αναγκών δημιουργεί μια εικόνα με θετικό πρόσημο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τις επιχειρήσεις υγείας που μεταφράζεται σε μια διάχυτη φήμη που μεταφέρεται από άτομο σε άτομο (Siripipatthanakul 2021). Η κάλυψη των αναγκών και η εξυπηρέτηση των πολιτών

χωρίς προβλήματα και ταλαιπωρία έχει επίδραση θετική στη βιωσιμότητα της δομής που παρέχει τις υπηρεσίες (Kondasani & Panda, 2016) όταν μάλιστα οι κάτοικοι της υπαίθρου στερούνται αξιόπιστων δημόσιων υπηρεσιών υγείας (Vardiampasis et al, 2014) και στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας ο οποίος είναι πιο δημοφιλής απ' αυτούς (Tountas et al, 2011). Στην κάλυψη των τοπικών αναγκών σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας έχουν σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών οι διαδικασίες εισαγωγής, ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη, οι διαδικασίες χειρουργικών παρεμβάσεων, οι δεξιότητες φροντίδας, οι επικοινωνιακές διαδικασίες, η σωστή και επεξηγηματική ενημέρωση, οι λογικές τιμές και η ανάπτυξη φιλικού περιβάλλοντος (Zarei et al., 2015).

Στο ερώτημα αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο συντελούν στη συγκράτηση του πληθυσμού, οι απόψεις των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα παρουσιάζουν διαφορετικές αποχρώσεις. Κάποιοι θεωρούν ότι η υγεία των ανθρώπων είναι καθοριστικής σημασίας αγαθό και η κάλυψη των αναγκών τους από υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στον τόπο κατοικίας τους είναι σημαντικός παράγοντας γι' αυτούς στο να συνεχίσουν να δραστηριοποιούνται στις περιοχές της υπαίθρου. Κάποιοι άλλοι πιστεύουν ότι από μόνες τους οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας δεν μπορούν να συγκρατήσουν τον κόσμο στην ύπαιθρο, συνδυαστικά όμως με άλλους παράγοντες συνεισφέρουν και αυτές στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο. Στην ουσία και οι δυο αποχρώσεις συμφωνούν ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συντελούν στη συγκράτηση του πληθυσμού και διαφοροποιούνται στο αν αυτό μπορεί να γίνει μόνο με τις ίδιες ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες. Από διάφορες άλλες έρευνες προκύπτει ότι κάθε επιχειρηματική δράση που αναπτύσσεται σε μια περιοχή είναι παράγοντας συγκράτησης του πληθυσμού (Σπανουδάκη, 2008) Hoy, 1983; Bem et al, 2019; Ajala et al, 2005). Πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι οι οικονομικές και επιχειρηματικές δραστηριότητες στην ύπαιθρο ενισχύουν την απασχόληση στην περιοχή, δημιουργούν θέσεις εργασίας, αξιοποιούν το ανθρώπινο δυναμικό, συγκρατούν τον πληθυσμό στον τόπο του και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του (Σάρρος-Παπαλιάγκας, 2018; Schilling et al, 2012). Η έρευνα των Pritchard et al (2012) έδειξε ότι η χωρική δικτύωση οικονομικών σχέσεων μεταξύ επιχειρήσεων στην ύπαιθρο διατηρούν ζωντανούς τους οικισμούς και μετριάζουν την οικονομική παρακμή. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα της Σπανουδάκη (2008) που επισήμανε ότι οι επιχειρηματικές δράσεις συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη των περιοχών της υπαίθρου και είναι παράγοντες που δημιουργούν θέσεις εργασίας, αποτροπής της εγκατάλειψης και ερήμωσης της υπαίθρου. Οι θέσεις εργασίας που δημιουργούνται από επιχειρήσεις στην ύπαιθρο εμποδίζουν τη μετανάστευση του τοπικού πληθυσμού στα αστικά κέντρα γι' αυτό και από πλευράς κρατών υπάρχουν προγράμματα βοήθειας και στήριξης αυτών των επιχειρήσεων (Hoy, 1983). Η έρευνα των Farmer et al, (2012a) έδειξε ότι οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη στήριξη του κοινωνικού ιστού των εύθραυστων κοινοτήτων της υπαίθρου καθώς και στη βιωσιμότητα της κοινότητας. Στην ίδια κατεύθυνση είναι και τα ευρήματα της έρευνας των Apostolopoulos et al, (2021a) που πραγματοποιήθηκε σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας και έδειξε ότι οι επιχειρήσεις υγείας συντελούν στην ανάπτυξη των περιοχών που λειτουργούν, δημιουργούν θέσεις εργασίας και συγκρατούν τον πληθυσμό στην ύπαιθρο ώστε να μη μεταναστεύσουν στα αστικά κέντρα. Υπάρχουν έρευνες που

δείχνουν ότι οι υγειονομικές μονάδες ανεξάρτητα αν είναι ιδιωτικές, δημόσιες ή κοινωνικές συμβάλλουν στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο, στην τοπική ανάπτυξη, στην αύξηση της παραγωγικότητας, στη μείωση της θνησιμότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Bem et al, 2019; Ajala et al, 2005).

Στο ερώτημα αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο συντελούν στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση οι συμμετέχοντες στην έρευνα εκφράστηκαν με καταφατικό τρόπο. Θεωρούν ότι οι επιχειρήσεις τους που καλύπτουν ανάγκες υγείας και φροντίδας στην ύπαιθρο συμβάλλουν και στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση και κάνουν τις περιοχές στις οποίες λειτουργούν πιο ελκυστικές. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με άλλες έρευνες που έχουν επικεντρωθεί στις θετικές επιπτώσεις που έχει η αποαστικοποίηση και η αντιαστικοποίηση στην κοινωνική και οικονομική ζωή της υπαίθρου αλλά και στην ίδια τη ζωή των κατοίκων (Stockdale & Findlay, 2004; Halfacree, 1994). Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (2017) στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια διαμορφώνεται μια τάση επιστροφής κατοίκων στην ύπαιθρο, ιδιαίτερα από άτομα με οικογενειακές ρίζες από αυτές τις περιοχές πρώτης και δεύτερης γενιάς με στόχο να δραστηριοποιηθούν και επιχειρηματικά. Η αντιαστικοποίηση και η δημιουργία θέσεων εργασίας στην ύπαιθρο μέσω ατόμων που μεταναστεύουν εκεί και δημιουργούν επιχειρήσεις συμβάλλουν στην προσφορά και στη ζήτηση της τοπικής και περιφερειακής οικονομίας (Bosworth, 2006; Local Futures, 2005). Διάφορες έρευνες έδειξαν τους ισχυρούς θετικούς συσχετισμούς που έχουν διαμορφωθεί μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και της αύξησης του πληθυσμού σε μια περιοχή (Findley et al, 2000; Stockdale & Findlay, 2004). Η άποψη των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην έρευνα ότι παρατηρούν μετακινήσεις πληθυσμού στην επαρχία (οι ίδιοι την αποδίδουν και στη δική τους επιχειρηματική δραστηριότητα) είναι ένα υπαρκτό φαινόμενο που έχουν εντοπίσει και άλλες έρευνες (Anthoroulou et al, 2017; Gkartzios, 2013). Κάποιοι ερευνητές εντοπίζουν περιορισμένης έντασης μετακινήσεις στην ύπαιθρο συγκρινόμενες με άλλες χώρες (Gkartzios, 2013; Ντυκέν, 2009) και κάποιοι την αποδίδουν στην οικονομική κρίση και στις ευκαιρίες που άρχισαν να παρουσιάζονται στην ελληνική ύπαιθρο λόγω διαφόρων οικονομικών και επιχειρηματικών δραστηριοτήτων (Anthoroulou et al, 2017; Remoundou et al, 2016). Άλλοι ερευνητές έχουν εντοπίσει αυτή την τάση να έρχεται στην Ελλάδα με καθυστέρηση πολλών χρονών σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Πέτρου & Κουτσού, 2014) και την αποδίδουν στο γεγονός ότι η ελληνική ύπαιθρος από αγροτική που ήταν απέκτησε πολυδιάστατο και πολύ-λειτουργικό χαρακτήρα με πολλές οικονομικές και επιχειρηματικές δραστηριότητες που την κάνουν ελκυστική (Ανθοπούλου & Γούσης, 2007; Παπαδόπουλος, 2004; Kayser, 1990). Πάντως για την ένταση, τις αιτίες, τις επιπτώσεις και τη δυναμική που δίνει το φαινόμενο στις αγροτικές περιοχές της υπαίθρου σε διάφορες χώρες έχουν καταγραφεί πολλές απόψεις με διάφορες αποχρώσεις (Remoundou et al, 2016; Gkartzios, 2013; Halfacree, 2008; Milbourne, 2007; Kayser, 1990; Champion & Illeris, 1990).

Στο ερώτημα αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο δημιουργούν θέσεις εργασίας οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες δήλωσαν ότι δημιουργούν θέσεις εργασίας και βοηθούν στην αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος. Θεωρούν ότι συντελούν και αυτοί στο να αποκτήσει δυναμική η τοπική αγορά γι' αυτό και συνεργάζονται για προμήθειες υλικών και με

άλλες τοπικές επιχειρήσεις ενδυναμώνοντας έτσι την οικονομική δραστηριότητα της περιοχής. Οι ίδιοι χρησιμοποιούν στις επιχειρήσεις τους επί το πλείστον επιστημονικό ανθρώπινο δυναμικό αλλά και βοηθητικό προσωπικό. Για την εξεύρεση του εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά και με άλλες έρευνες που δείχνουν ότι η επιχειρηματική δραστηριότητα στην ύπαιθρο ενισχύει την απασχόληση (Σάρρος-Παπαλιάγκας, 2018; Schilling et al, 2012). Μάλιστα στον χώρο της υγείας το ιατρικό προσωπικό που γεννήθηκε και μεγάλωσε σε περιοχές εκτός μεγάλων αστικών κέντρων, σε μεγάλο βαθμό επιθυμεί να εργαστεί σε περιοχές της υπαίθρου (Matsumoto et al, 2005; Chan et al, 2005; Easterbrook et al, 1999). Η έρευνα των Apostolopoulos et al (2022a) έδειξε ότι οι επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο, με τη δραστηριότητα που αναπτύσσουν, δημιουργούν θέσεις εργασίας και στηρίζουν τον κοινωνικό ιστό της υπαίθρου. Απόρροια των μεγάλων αλλαγών και διαφοροποιήσεων που έχουν επέλθει στην ελληνική ύπαιθρο δημιούργησαν ανακατανομή και στη διάρθρωση της απασχόλησης με στροφή σε εξωγεωργικές δραστηριότητες και εργασία σε άλλους τομείς εκτός αγροτοκτηνοτροφικού τομέα όπως το εμπόριο και οι ιδιωτικές υπηρεσίες (Kasimimis et al, 2005; Ανθοπούλου, 2001; Ευστρατόγλου 1998). Αυτή η τάση για εξωγεωργική εργασία συντελεί στη στήριξη με ανθρώπινο δυναμικό των επιχειρήσεων. Από την άλλη πλευρά οι επιχειρηματικές δράσεις συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη της υπαίθρου, δημιουργούν θέσεις εργασίας και αποτρέπουν την εγκατάλειψη της υπαίθρου (Σπανουδάκη, 2008). Η έρευνα των Wiggins & Proctor (2001) έδειξε ότι ορισμένες περιοχές της υπαίθρου παρουσιάζουν οικονομική ανάπτυξη που με τη βελτίωση των επικοινωνιών και των μεταφορών έχουμε επέκταση αστικών δραστηριοτήτων που δημιουργούν νέες αστικοπροσανατολισμένες ευκαιρίες για αγροτικές υπηρεσίες και εργασία. Η δυσκολία εξεύρεσης επιστημονικού δυναμικού που δήλωσαν οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελεί ένα στοιχείο που συναντάμε και σε άλλες έρευνες (Stiel et al, 2020; Abbasi, 2019; Laveaga, 2013; Gao et al, 1999). Σύμφωνα με World Health Organization (2010) σε παγκόσμιο επίπεδο το 76% των γιατρών εργάζονται σε αστικές περιοχές και μόνο το 24% εργάζεται στην ύπαιθρο. Η έρευνα των Jones et al (2019) έδειξε ότι υπάρχει πρόβλημα και με την πρόληψη και διατήρηση εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στην ύπαιθρο. Ως αποτρεπτικούς παράγοντες να εργαστεί το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό σε μονάδες υγείας και φροντίδας της υπαίθρου οι έρευνες αναδεικνύουν τον φόρτο εργασίας, την επαγγελματική απομόνωση, την έλλειψη ευκαιριών για την εξέλιξη της καριέρας τους και τη γενικότερη υποστελέχωση που έχουν όλες οι μονάδες υγείας και φροντίδας της υπαίθρου (Snow et al, 2011; Lu et al, 2008). Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι και στην Ελλάδα παρουσιάζονται στις δομές υγείας και φροντίδας της υπαίθρου ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας (Economou et al, 2017; Vardiampasis et al, 2014; Tountas et al, 2011; Douka, 2002; Lionis & Merkouris (2001), κάτι που έρχεται να επιβεβαιώσει τις απόψεις των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα επιχειρηματιών που δήλωσαν ότι δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό για να στελεχώσουν τις δομές τους.

Ανιχνεύοντας αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο στηρίζουν την τοπική κοινωνία, εξυπηρετούν με τις υπηρεσίες τους τους κατοίκους και συντελούν στην ποιότητα ζωής τους διαπιστώθηκε ότι οι

επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρούν ότι οι δομές τους δίνουν λύση στα προβλήματα υγείας και φροντίδας των κατοίκων ώστε αυτοί να μην αναγκάζονται να αναζητούν αυτές τις υπηρεσίες στα αστικά κέντρα. Έτσι, απαλλάσσονται από έξοδα μετακίνησης και διανομής στα αστικά κέντρα αλλά και από πολύωρες ταλαιπωρίες. Θεωρούν ότι οι επιχειρήσεις τους μειώνουν τα κόστη για τον ασθενή και την οικογένειά του και η πρόσβαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στις δικές τους δομές είναι εύκολη και απρόσκοπτη και αυτό συντελεί στην ποιότητα ζωής των κατοίκων. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι επιχειρήσεις υγείας που λειτουργούν στην ύπαιθρο συντελούν στην εξυπηρέτηση των πολιτών, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, στηρίζουν την τοπική κοινωνία και προωθούν την ανάπτυξη εντός της κοινότητας (Sung et al, 2010; Wong et al, 2010; Crim et al, 2007). Σε αντίθετη κατεύθυνση είναι η έρευνα των Nimegeer et al (2011) που ασχολήθηκε με τους παρόχους υγείας στην ύπαιθρο και διαπίστωσε ότι σε κάποιες περιπτώσεις οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι αναποτελεσματικές λόγω της αντίστασης της κοινότητας σε μεταβολές και αλλαγές. Η έρευνα των Ajala et al (2005) έδειξε ότι η έλλειψη εγκαταστάσεων υγείας οδηγεί στην αναποτελεσματική παραγωγή, στη μείωση της παραγωγικότητας και στη μείωση του προσδόκιμου ζωής ιδίως στις αγροτικές περιοχές (Ajala et al, 2005). Σε ίδρυμα υποστήριξης και φροντίδας ηλικιωμένων στην ύπαιθρο της Ιρλανδίας η έρευνα των Walsh & O'shea (2008) έδειξε τη σημαντικότητα του στην ευημερία των μελών του και στην κοινωνική συνοχή των κατοίκων. Η έρευνα των Crim et al (2007) έδειξε ότι οι φορείς υγείας μπορούν να βελτιώσουν την υγεία των κατοίκων της υπαίθρου και να προωθήσουν την ανάπτυξη εντός της κοινότητας. Ταυτόχρονα οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν από την πλευρά τους στην ενίσχυση της ανάπτυξης της επιχειρηματικότητας της υπαίθρου στον χώρο της υγείας καθώς και στην συνεχή ανάπτυξη νέων υπηρεσιών (Sindakis & Kitsios, 2016). Η απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των πολιτών και η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι συγκοινωνούντα δοχεία με την ενίσχυση της επιχειρηματικής δράσης στον τομέα της υγείας και της φροντίδας. Η διάχυση της καλής φήμης, του καλού ονόματος από τους πολίτες δημιουργεί το θετικό αντίκτυπο στις ίδιες τις περιοχές αλλά και σε γειτονικές περιοχές (Cole, 1996). Όμως επειδή οι καλύτεροι αξιολογητές της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι οι ίδιοι οι καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών, σε μελλοντική έρευνα πρέπει να ζητηθεί και η δική τους άποψη αφού αυτοί αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας όπως η προσβασιμότητα, η διαπροσωπική επικοινωνία, ο σεβασμός, η συνέχεια και η συνέπεια, η οικογενειακή και ατομική φροντίδα, η ευαισθησία, η ποιότητα, η ασφάλεια και το κόστος (Wang et al, 2017; Souliotis, 2016; Haggerty et al, 2007). Πάντως στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης διαπιστώνουν καλύτερη προσβασιμότητα και αποκτούν καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις (Sung et al, 2010; Wong et al, 2010) αν και υπάρχουν έρευνες όπως των Mayo-Bruinsma et al (2013) που δεν εντόπισαν διαφορές στην παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς. Στην έρευνα των Powers et al (2020) που αξιολογήθηκαν οι αγροτικές κλινικές που θεραπεύουν ασθενείς με χαμηλό εισόδημα, αποτυπώθηκε η θετική άποψη των ασθενών, κάτι που δείχνει και την εμπιστοσύνη τους. Είναι ενδεικτικό ότι διάφορες έρευνες έδειξαν ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να βεβαιωθεί ο βαθμός εμπιστοσύνης των κατοίκων της υπαίθρου στις ιδιωτικές

επιχειρήσεις υγείας και στην ποιότητα των παρεχόμενων απ' αυτές υπηρεσίες (Ozawa & Walker, 2011; Tuan et al, 2005). Στην Ελλάδα μην μπορώντας οι δημόσιες δομές υγείας και περίθαλψης της υπαίθρου να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων, να τους εξυπηρετήσουν προσφέροντας υπηρεσίες ανεμπόδιστα και να συντελέσουν στην ποιότητα ζωής τους το κενό κάλυψε ο ιδιωτικός τομέας (Liaropoulos et al, 2008; Siskou et al, 2008) ο οποίος μέσα σε λίγα χρόνια εδραιώθηκε σε διάφορες περιοχές της υπαίθρου και έγινε πιο δημοφιλής στους κατοίκους των περιοχών αυτών που τον προτιμούν έναντι του δημοσίου (Tountas et al, 2011; Souliotis et al, 2019; Tountas et al, 2005). Βέβαια οι ελλείψεις σε υψηλού επιπέδου εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού στην ύπαιθρο είναι και παραμένει ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας (Lu & Zeng, 2018; Haskins et al, 2017; Holte et al, 2015).

Στο ερώτημα αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συντελούν και με ποιό τρόπο στην ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα επιχειρηματίες θεωρούν ότι η επένδυσή τους στην ελληνική ύπαιθρο ενδυναμώνει και ισχυροποιεί την τοπική αγορά. Θεωρούν ότι η δική τους επενδυτική παρουσία στην περιοχή κάνει την περιοχή πιο ελκυστική για την εγκατάσταση κι άλλων επιχειρήσεων και ταυτόχρονα ενισχύει και τις υπάρχουσες επιχειρήσεις και δυναμώνει συνολικά την τοπική αγορά. Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι η επιχειρηματικότητα είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση μιας υγιούς οικονομίας και μιας ισχυρής τοπικής αγοράς στις περιοχές της υπαίθρου (Robinson et al, 2004). Ταυτόχρονα κάνει τις περιοχές της υπαίθρου που αναπτύσσεται πιο ισχυρές και πιο ανθεκτικές (Hudson, 2010; Bristow, 2010). Η έρευνα των Doeksen et al, (1998) που εξέτασε τις επιπτώσεις του τομέα υγείας στην απασχόληση, στο εισόδημα, στις λιανικές πωλήσεις υγειονομικού υλικού και φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, στην είσπραξη φόρων και στην ανάπτυξη της τοπικής οικονομίας έδειξε ότι ο τομέας υγείας είναι καθοριστικός παράγοντας στην ανάπτυξη της κοινότητας. Ο βαθμός ανάπτυξης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται σημαντικός δείκτης ανάπτυξης μιας περιοχής ή μιας χώρας (Seddiky, 2020; Jana, & Harata, 2016). Η έρευνα των Doeksen et al, (1998) που εξέτασε μεταξύ των άλλων παραγόντων και την ανάπτυξη της τοπικής οικονομίας έδειξε ότι ο τομέας υγείας είναι καθοριστικός παράγοντας στην ανάπτυξη της κοινότητας. Από την άλλη πλευρά η αγροτική βιωσιμότητα που υποστηρίζεται από καλές οικονομικές συνθήκες των μονάδων υγείας της υπαίθρου συμβάλλει στην καλύτερη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες των κατοίκων της υπαίθρου (Bem et al, 2019).

#### **8.1.4. Κοινωνικοί στόχοι**

Με την ανίχνευση των κοινωνικών στόχων στην παρούσα έρευνα επιδιώξαμε να ερευνήσουμε τη σχέση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο με την τοπική κοινωνία, την ευαισθητοποίησή τους απέναντι στους πολίτες και στις πάσχουσες κοινωνικές ομάδες με τέτοιο τρόπο που να δημιουργείται αντιστάθμιση της συμβολής της κοινωνίας της υπαίθρου προς τις παραπάνω αναφερόμενες επιχειρήσεις. Να εξετάσουμε αν οι επιχειρήσεις αυτές περιορίζονται στην οικονομική δραστηριότητά τους μέσω των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που προσφέρουν στους κατοίκους της υπαίθρου ή αισθάνονται την εταιρική

κοινωνική ευθύνη τους και προχωρούν και σε κοινωνικές δράσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Προωθούν δηλαδή κοινωνικούς στόχους που έχουν θετικό αντίκτυπο στην κοινωνία και με ποιο τρόπο; Έχει η δράση τους κοινωνικό αποτύπωμα; Αναζητήσαμε την ύπαρξη κοινωνικού αποτυπώματος ερευνώντας τις πτυχές αν παρέχουν δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες για άτομα με οικονομικά προβλήματα που αδυνατούν να ανταποκριθούν στο κόστος των υπηρεσιών αυτών, αν στηρίζουν πάσχουσες κοινωνικές ομάδες και αν έχουν δημιουργήσει σχέσεις στήριξης με συλλόγους, σωματεία και ιδρύματα που ασχολούνται με τη στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Ανιχνεύοντας αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας παρέχουν δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες για άτομα με οικονομικά προβλήματα που αδυνατούν να ανταποκριθούν στο κόστος των υπηρεσιών αυτών, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες ισχυρίστηκαν ότι οι τοπικές κοινωνίες της υπαίθρου είναι μικρές και γνωρίζουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και τα οποία στηρίζουν είτε προσφέροντάς υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας δωρεάν είτε με ένα συμβολικό ποσό συμμετοχής για να αισθάνονται πιο άνετα. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ανάμεσα στις επιχειρήσεις και στην κοινωνία αναπτύσσεται μια αλληλεξάρτηση από την οποία απορρέει και η ηθική υποχρέωση των επιχειρήσεων να μην εστιάζουν αποκλειστικά τις αποφάσεις τους στη μεγιστοποίηση των κερδών τους αλλά να αναπτύσσουν και κοινωνικούς στόχους (Θανόπουλος, 2009; Νίνα-Παζαρχή, 2004; Λεφόπουλος & Αγγελόπουλος, 2003; Τσαγκαρέστου, 2001). Ιδιαίτερα οι άνθρωποι του τομέα υγείας οφείλουν το κοινό όραμα για το κοινό καλό να είναι έντονα αναπτυγμένο και είναι, έδειξε η έρευνα των Brandão et al (2013). Γι' αυτό αυξάνεται η πεποίθηση ότι η υγειονομική περίθαλψη όπως και άλλες πτυχές της κοινωνικής ζωής θα πρέπει να είναι σύμφωνες με οικουμενικές ηθικές αρχές, με σεβασμό στον άνθρωπο και στα δικαιώματά τους και με ευαισθησία και κατανόηση των δυσκολιών τους (Brandão et al, 2013; Pratley, 1995). Οι κοινωνικοί τους στόχοι, ως απόρροια της κοινωνικής τους ευθύνης, θα πρέπει να εφαρμόζονται εθελοντικά να διέπονται από αξίες ευεργεσίας (Barnea & Rubin, 2010). Αν και οι υπηρεσίες που παρέχονται από τον τομέα υγείας θεωρούνται ως άμεση εξυπηρέτηση του ανθρώπου (Lubis, 2018), τα περιθώρια για ανάπτυξη ευρύτερων κοινωνικών στόχων είναι πολλά και για τον τομέα υγείας και περίθαλψης (Pratley, 1995). Σύμφωνα με τον Archie (1997) η κοινωνική δράση μια επιχείρησης αναφέρεται και σε ενέργειες και δράσεις εθελοντικές και φιλανθρωπικές. Ανάμεσα σε αυτές τις ενέργειες μπορούν να ενταχθούν και οι ενέργειες που αναφέρθηκαν από τους επιχειρηματίες της παρούσας έρευνας, δηλαδή παρέχοντας δωρεάν ή με μικρότερο κόστος υπηρεσίες για άτομα με οικονομικά προβλήματα που αδυνατούν να ανταποκριθούν στο κόστος των υπηρεσιών αυτών. Υπάρχουν και έρευνες που θεωρούν ότι οι κοινωνικοί στόχοι των επιχειρήσεων, σε κάποιες περιπτώσεις, δεν κινούνται με μοναδικό ισχυρό ηθικό πλαίσιο φιλανθρωπίας και εθελοντισμού αλλά έχουν και αντισταθμιστικό υπόβαθρο (Hiswåls et al, 2020). Σύμφωνα με την έρευνα των Turyakira et al (2014) η ανάπτυξη κοινωνικών στόχων αυξάνει τη φήμη και την ανταγωνιστικότητα της επιχείρησης. Παράλληλα έχει θετικό αντίκτυπο και στους εργαζόμενους στην ίδια επιχείρηση που αισθάνονται εργασιακή ικανοποίηση (Pedersen & Neergaard 2008; Weiss, 2003). Ανιχνεύοντας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες που λειτουργούν στην ελληνική υπαίθρο αν έχουν εντάξει μέσα στους κοινωνικούς τους στόχους την στήριξη πασχουσών κοινωνικών ομάδων που έχουν αυξημένες ανάγκες σε θέματα

υγείας και φροντίδας, οι επιχειρηματίες ισχυρίστηκαν ότι το ανεπαρκές εισόδημα κάποιων κατοίκων της υπαίθρου, η στέρηση πόρων διαβίωσης, η ανεργία, οι μεγάλες καταστροφές στην αγροτική παραγωγή από τα ακραία καιρικά φαινόμενα σε συνδυασμό με την οικονομική και υγειονομική κρίση διέυρυναν τις ευάλωτες ομάδες οι οποίες και χρειάζονται στήριξη και από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας για να καλύψουν τις ανάγκες τους στα θέματα υγείας, φροντίδας και περίθαλψης και ότι στην πολιτική λειτουργία των επιχειρήσεων τους είναι η στήριξη αυτών των κοινωνικών ομάδων που το πράττουν ποικιλοτρόπως. Θεωρούν ότι η ηθική των επιχειρήσεων υγείας απαιτεί τη στήριξη των συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων, κάτι που κάνουν πράξη έχοντας και προσωπική άποψη λόγω των μικρών και κλειστών κοινωνιών της υπαίθρου. Μελετώντας τη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε τέτοιους κοινωνικούς στόχους από επιχειρήσεις. Η έρευνα του Mullins (2009) έδειξε ότι μερικά από τα οφέλη που απολαμβάνει το κοινωνικό σύνολο από την ανάπτυξη κοινωνικών στόχων που απορρέουν από την κοινωνική ευθύνη είναι η ενίσχυση οικονομικά αδύναμων ομάδων, η υποστήριξη εκπαιδευτικών και πολιτιστικών ενεργειών, η παραγωγή ασφαλών και ποιοτικών αγαθών και η προστασία του περιβάλλοντος. Εξάλλου η εικόνα της συμπεριφοράς από τέτοιες πράξεις των επιχειρήσεων καθώς και ο βαθμός ηθικών πρακτικών που εφαρμόζουν στη δράση της αποτελούν πηγή και δύναμη στήριξης και για τις ίδιες δημιουργώντας προστιθέμενη αξία στη μακροχρόνια βιωσιμότητά τους (Wattanasupachoke, 2017; Zairi, 2012). Γενικά οι επιχειρήσεις επιθυμούν και στοχεύουν σε πρωτοβουλίες στήριξης της αξιακής αλυσίδας (Macassa et al, 2017). Σύμφωνα με την έρευνα των Kotler & Keller, (2009) όταν οι επιχειρήσεις με προγραμματισμό, αποφασιστικότητα και σοβαρότητα σχεδιάζουν κοινωνικούς στόχους και τους υλοποιούν αποκτούν ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα από την ίδια την κοινωνία που επικροτεί αυτές τις πολιτικές.

Ανιχνεύοντας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στηρίζουν διάφορους συλλόγους και ιδρύματα που ασχολούνται με ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και γενικά κοινωνικά προβλήματα, διαπιστώθηκε ότι οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συχνά στηρίζουν αυτές τις περιπτώσεις και από ηθική υποχρέωση αλλά και από το γεγονός ότι οι πρακτικές στήριξης διευρύνουν τη φήμη και τη διατήρηση του καλού ονόματος των επιχειρήσεών τους στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας. Αυτές τις πρακτικές στήριξης σωματείων και ιδρυμάτων συναντάμε και στη διεθνή βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Kotler & Keller, (2009) οι δραστηριότητες που αναλαμβάνει μια επιχείρηση για να εκπληρώσει κοινωνικούς στόχους συμβάλλουν σε διάφορους τομείς και λαμβάνουν διάφορες μορφές όπως δωρεές σε ιδρύματα και φορείς, μετρητά, προσφορές, επιχορηγήσεις αγαθών ή υπηρεσιών, εθελοντικές παρεμβάσεις κ.ά. Πολλά φιλανθρωπικά προγράμματα επιχειρήσεων έχουν δημιουργηθεί για να διευρύνουν και εδραιώσουν τη φήμη τους, να βελτιώσουν το ηθικό των εργαζομένων τους και να εξασφαλίσουν τη θετική επιρροή της κοινωνίας (Hukkinen, 2012; Cohen, 2011). Η έρευνα του Zairi (2000) που εξέτασε τα αποτελέσματα που μπορούν παραχθούν από μια κοινωφελή ή φιλανθρωπική κίνηση μιας επιχείρησης έδειξε ότι οι πολίτες και η κοινωνία αναζητούν ηθικές πράξεις στήριξης, επικροτούν κάθε προσπάθεια κοινωνικού στόχου και ανταμείβουν με την προτίμησή τους την επιχείρηση αυτή. Υπάρχουν και άλλες έρευνες που δείχνουν ότι πολλές φορές, μέσα από φιλανθρωπικές και άλλες κινήσεις των επιχειρήσεων, αυτές



κατορθώνουν να υποβάλλονται σε λιγότερους ελέγχους από τα αρμόδια κρατικά και αυτοδιοικητικά όργανα και έτσι αποκτούν μεγαλύτερη ελευθερία δράσης (Fletcher, 2003).

### 8.1.5. Καινοτόμα σχέδια

Με την παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν οι επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που αναπτύσσουν επιχειρηματική δράση στην ελληνική υπαίθρο εφάρμοσαν καινοτόμα σχέδια για την ίδια τη λειτουργία της επιχείρησής τους και για την καλύτερη, ευκολότερη και απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των κατοίκων της υπαίθρου. Να διερευνήσει αν τα καινοτόμα σχέδια, που πιθανόν αναπτύχθηκαν, απέδωσαν. Να εξετάσει αν υπήρξαν εμπόδια που απέτρεψαν την ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων. Ερευνήθηκαν πτυχές όπως η ύπαρξη ή μη καινοτόμων παρεμβάσεων στην εξυπηρέτηση των ασθενών, στις λειτουργικές δομές της μονάδας υγείας-φροντίδας-μέριμνας καθώς και στο κλινικό περιβάλλον. Επίσης, ερευνήθηκε αν υπήρξαν εμπόδια και αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων. Ανιχνεύτηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες ότι το 60% αυτών προχώρησε στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τους και τη λειτουργικότητα των δομών υγείας που δημιούργησαν. Ένα 40% αυτών δίστασε να προχωρήσει σε καινοτόμα σχέδια και αρκέστηκε σε παραδοσιακές μορφές λειτουργίας. Δεν ανιχνεύτηκαν κλινικές καινοτομίες. Αναζητώντας το τι αναμένουν οι επιχειρηματίες αυτοί από τα καινοτόμα σχέδια που ανέπτυξαν, ανιχνεύτηκε ότι προσδοκούν πως θα τους παράσχουν μακροχρόνια κερδοφορία και θα είναι ανταγωνιστικοί με τις αντίστοιχες υπηρεσίες των μεγάλων αστικών κέντρων ενώ αντίθετα οι επιχειρηματίες που προτίμησαν παραδοσιακές μορφές λειτουργίας και εξυπηρέτησης των ασθενών τους ανιχνεύτηκε ότι δίστασαν να υλοποιήσουν κάποιο καινοτόμο σχέδιο φοβούμενοι ότι οι καινοτομίες θα δημιουργούσαν μεγαλύτερα λειτουργικά κόστη. Όπου οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες προχώρησαν στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων δήλωσαν ότι είχαν θετικά αποτελέσματα για την επιχείρησή τους. Μελετώντας τη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίσαμε ερευνητικό κενό, με εξαίρεση δυο περιπτώσεων, στις μελέτες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων από τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου εστιασμένες στο επίπεδο εξυπηρέτησης πολιτών, στη λειτουργικότητα των δομών της επιχείρησης, στο κλινικό περιβάλλον καθώς και στα εμπόδια και τις αδυναμίες ανάπτυξης καινοτόμων σχεδίων. Η έρευνα των Makris & Apostolopoulos (2021) έδειξε την αναγκαιότητα εφαρμογής καινοτόμων σχεδίων στις επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας της ελληνικής υπαίθρου και τη διάθεση των επιχειρηματιών του τομέα αυτού να προχωρήσουν σε καινοτόμες παρεμβάσεις. Αλλά και η έρευνα των Apostolopoulos et al (2022b) που πραγματοποιήθηκε στις επιχειρήσεις υγείας της ελληνικής υπαίθρου έδειξε ότι υπάρχει η βούληση από πλευράς επιχειρηματιών κάτω από προϋποθέσεις να προχωρήσουν στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων και όσοι το τόλμησαν είχαν θετικά αποτελέσματα.

Ανιχνεύοντας αρχικά αν και σε άλλες μελέτες εντοπίζονται φόβοι και δισταγμοί από επιχειρηματίες στην ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων διαπιστώσαμε την ύπαρξη τέτοιων αποτελεσμάτων. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η έρευνα των Simpson et al (2006) που ερεύνησε τις θετικές και αρνητικές πλευρές των καινοτόμων σχεδίων όπου μεταξύ των αρνητικών στοιχείων συγκαταλέγεται ο φόβος για την αύξηση του

επιχειρηματικού κόστους, ο φόβος μήπως δε βρει το σχέδιο αποδοχή στην αγορά και ο φόβος που προκαλεί κάθε αλλαγή. Η καινοτομία σε σχέση με το κόστος είναι ένας ευαίσθητος παράγοντας που στις περισσότερες φορές λειτουργεί θετικά και προσθετικά σε σχέση με το κόστος της ίδιας της διαδικασίας και σε κάποιες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες, λειτουργεί αποθαρρυντικά (INBET, 2013; Gelijns & Rosenberg, 1994). Οι επενδυτές στον τομέα υγείας και φροντίδας γνωρίζουν ότι οι καινοτόμες παρεμβάσεις που στηρίζονται στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, σε πολλές περιπτώσεις, πέρα από το κόστος κεφαλαίου υποκρύπτουν και άλλα απροσδιόριστα κόστη όπως τα κόστη εμπειρογνωσίας και εκπαίδευσης προσωπικού, πρόσληψης εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού, συντήρησης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ανταλλακτικών κ.ά. Τα παραπάνω στοιχεία είναι συμβατά με τους φόβους που εκφράστηκαν από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι οι καταναλωτές θέλουν ουσιαστικές καινοτομίες και όχι απλά καινοτομίες (Im & Workman, 2004; Cooper, 1994). Εξάλλου οι δισταγμοί και οι φόβοι είναι φυσιολογικοί ως ένα σημείο αφού όλα τα καινοτόμα σχέδια των επιχειρήσεων δεν οδηγούν σε επιτυχία αλλά υπάρχει και η πλευρά της αποτυχίας (Hawn, 2004; Han et al, 2001). Ο Cooper (1994) αναφέρει ότι επιχειρήσεις που εισάγουν καινοτόμα σχέδια μακριά από τις ικανότητές τους έχουν μικρότερο του προσδοκώμενου μεριδίου της αγοράς και συνεπώς μικρότερη κερδοφορία. Το ίδιο ισχυρίζονται και άλλοι ερευνητές (Laurson & Salter, 2006; Olson et al, 2005; Manu & Sriram, 1996). Να σημειωθεί ότι οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στις μεγάλες δυνατότητες που προσφέρουν τα καινοτόμα σχέδια στις επιχειρήσεις και στους πολίτες καταναλωτές αγαθών ή υπηρεσιών (Ortiz-Villajos et al, 2018; Makris, 2016; Makris, 2015; Makris, 2010; Zhang et al, 2006; Simpson et al, 2006; Zhou et al, 2005; Pae et al, 2002; Tidd, 2001; Hurley & Hult, 1998; Subramanian & Nilakanta, 1996).

Ειδικότερα, ανιχνεύοντας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο και που εφάρμοσαν καινοτόμα σχέδια για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τους πόσο αυτά απέδωσαν, οι επιχειρηματίες θεωρούν ότι δημιούργησαν προστιθέμενη αξία στην επιχείρησή τους με πολλαπλά θετικά αποτελέσματα. Δημιούργησαν τα σχέδια αυτά, κατ' αυτούς, ένα περιβάλλον φιλικό στους πολίτες που αναζητούσαν από τις δομές αυτές τις υπηρεσίες τους και συνετέλεσαν στην χωρίς εμπόδια και ταλαιπωρίες πρόσβαση των ασθενών. Ταυτόχρονα αναβάθμισαν τη σχέση ασθενή με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κάτι που άμβλυσε και την ασύμμετρη πληροφόρηση ενώ δημιούργησε ικανοποίηση στους ασθενείς. Κατά τους επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα το περιβάλλον της υπαίθρου ήταν έτοιμο να υποδεχθεί και υποδέχθηκε με θετικό τρόπο τα καινοτόμα προγράμματα που εφάρμοσαν. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία οι επιχειρηματίες είναι παράγοντες της αγοράς και διαμορφώνουν το περιβάλλον της. Έτσι η ενθάρρυνση των επιχειρήσεων να καινοτομούν είναι ζωτικής σημασίας για την επιχείρηση, για την ανάπτυξη, για τους πολίτες και για τη χώρα (Makris, 2016). Οι Varkey et al, (2008) ισχυρίζονται ότι ακόμη και οι καλύτερες των καινοτομιών μπορεί να αποτύχουν να δώσουν θετικά αποτελέσματα αν το περιβάλλον ή η αγορά δεν είναι έτοιμη να τις εγκρίνει. Μεταξύ ποιότητας και ιδεών καινοτομίας υπάρχει αλληλεπίδραση (Björk & Magnusson, 2009) αφού η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών ποτέ δεν είναι τυχαία αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας

προσπάθειας. Σύμφωνα με τον καθηγητή Τσέκο (2007) η ποιότητα είναι πράξη που ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών με ακρίβεια, ταχύτητα, καταλληλότητα χώρων εξυπηρέτησης και αναμονής, επάρκεια πληροφόρησης καθώς και κατάλληλη συμπεριφορά και διάθεση εξυπηρέτησης εκ μέρους του υπαλληλικού προσωπικού. Η έρευνα των Donaldson & Mohr, (2014) που εξέτασε την καινοτομία σε σχέση με τη βελτίωση της ποιότητας στα μικροσυστήματα υγειονομικής περίθαλψης και πώς αυτά μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς έδειξε τη μεγάλη σημασία των καινοτόμων σχεδίων στα μικροσυστήματα που επιδρούν στη διευκόλυνση των ασθενών, στην αλληλοεπίδραση με την κοινότητα και στη στήριξη των ασθενών. Οι επιχειρήσεις για να μπορέσουν να πετύχουν στόχους βιώσιμης ανάπτυξης οφείλουν να παρακολουθούν τις τρέχουσες τάσεις της αγοράς, να υιοθετούν νέες πρακτικές και να προσαρμόζουν την καθημερινή δράση των υπηρεσιών τους σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις της κοινωνίας και της οικονομίας (Denton, 1990). Μέσω των καινοτόμων σχεδίων μπορούν να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να αποτελέσουν βασικό μοχλό για νέες δραστηριότητες που σχετίζονται με την οικονομική ευημερία και την εξυπηρέτηση των πολιτών (Mensch, 1975). Σύμφωνα με τους Tang et al (2006) η καινοτομία είναι σημαντικός παράγοντας στην οικονομική και παραγωγική ανάπτυξη και συντελεί αποτελεσματικά στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Η ανάγκη για καινοτομία στη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα είναι κρίσιμος παράγοντας και αυξάνεται εκθετικά καθώς γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες, ιδιαίτερα για τους γηράσκοντες πληθυσμούς (Varkey et al 2008). Γενικά από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι υπηρεσίες ιδιωτικές, δημόσιες και κοινωνικές είναι τομείς στους οποίους η καινοτομία είναι απαραίτητη και μπορεί να δώσει λύσεις στην εξυπηρέτηση και ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Makris & Apostolopoulos, 2021; Osborne & Brown, 2013; Djellal et al., 2013; Djellal & Gallouj, 2012; Gallouj & Djellal, 2010; Windrum & Koch, 2008; Albury, 2005). Από την άλλη πλευρά άλλες έρευνες έδειξαν ότι αν και σημειώθηκαν μέχρι σήμερα μεγάλες βελτιώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας εξακολουθεί να υπάρχει αναποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων με τη χρήση καινοτόμων παρεμβάσεων (Puertas et al, 2020; Thakur, 2012; Hawn, 2004; Manu & Sriram, 1996). Αυτό σε πολλές χώρες όπως την Ελλάδα είναι πιο έντονο με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν κακές επιδόσεις στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων στην υγεία (OECD Health Statistics, 2020a).

Ανιχνεύοντας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο και που εφάρμοσαν καινοτόμα σχέδια στις λειτουργικές δομές της επιχείρησής τους, οι ίδιοι θεωρούν ότι βελτίωσαν τις δομές τους και έκαναν πιο αποτελεσματικές τις υπηρεσίες τους μειώνοντας ταυτόχρονα και τα κόστη λειτουργίας. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η καινοτομία συνδέεται άμεσα με την απόδοση και ανάπτυξη μιας επιχείρησης, δημιουργεί ανταγωνιστικό αποτέλεσμα σε σχέση με τους ομόλογους ανταγωνιστές, μετασχηματίζει τα χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες της επιχείρησης, εξασφαλίζει οικονομικά οφέλη και συντελεί στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας της επιχείρησης ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικών και υγειονομικών κρίσεων (Ageron et al., 2013; Koellinger, 2008; Makris, 2008; Garcia & Calantone, 2002; Autio & Parhankangas, 1988). Να σημειωθεί πως η μέριμνα και η χάραξη της στρατηγικής της καινοτομίας συνδέονται άρρηκτα με επενδυτικές αποφάσεις, καθώς και με την

οργανωτική μορφή των λειτουργιών της επιχείρησης (Porter & Stern, 2001). Σύμφωνα με τους Damanpour & Gopalakrishnan, (2001) η λειτουργική αποτελεσματικότητα και η οργανωτική απόδοση που προκύπτουν από καινοτόμες ενδοοργανωτικές διαδικασίες έχουν θετικό αντίκτυπο σε επίπεδο επιχείρησης με την πάροδο του χρόνου. Σημαντικές επιδράσεις στα μέτρα της οργανωτικής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας έχει η υλοποίηση των καινοτόμων σχεδίων σύμφωνα με την έρευνα των Subramanian & Nilakanta (1996). Οι Damanpour & Gopalakrishnan (2001) θεωρούν ότι πρέπει να πραγματοποιείται ταυτόχρονα η επένδυση σε καινοτόμα προϊόντα ή υπηρεσίες με την επένδυση σε ενδοεπιχειρησιακό επίπεδο γιατί έτσι υπάρχει ουσιαστική βελτίωση της απόδοσης της επιχείρησης. Όπως, σύμφωνα με τους Pae et al (2002), υπάρχει μια άμεση σχέση ανάμεσα στο επίπεδο διάχυσης της καινοτομίας στη διαδικασία της οργανωτικής απόδοσης και στον αντίκτυπο της επιχείρησης που υιοθετεί την καινοτομία μέσω του υψηλού επιπέδου ενδοοργανωτικής διάχυσης. Από την άλλη πλευρά οι επιχειρήσεις που έχουν προχωρήσει σε καινοτόμες παρεμβάσεις στη λειτουργία τους και στην παραγωγή τους, οι έρευνες έδειξαν ότι απέκτησαν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών τους (Anning-Dorson, 2018; Schlegelmilch et al, 2003; Lyon & Ferrier, 2002; Tidd, 2001). Οι Hurley και Hult (1998) ισχυρίζονται ότι οι επιχειρήσεις που έχουν δυνατότητες μεγαλύτερης καινοτομίας έχουν καλύτερη και πιο πετυχημένη ανταπόκριση στο περιβάλλον τους, στην ανάπτυξη νέων ικανοτήτων και στη λειτουργία τους, κάτι που τις οδηγεί σε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα με μεγάλες αποδόσεις. Την ίδια άποψη εκφράζει και ο Tidd (2001) όταν ισχυρίζεται ότι το μερίδιο της αγοράς έχει ισχυρότερο αντίκτυπο στην κερδοφορία σε καινοτόμους τομείς. Όλα αυτά είναι συμβατά με τις απόψεις των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δηλώνοντας ότι τα καινοτόμα σχέδια που ανέπτυξαν ήταν πετυχημένα, απέδωσαν τα αναμενόμενα και ισχυροποίησαν τη θέση της επιχείρησή τους στην αγορά. Διάφορες έρευνες έδειξαν, ακόμη, ότι οι καινοτόμες παρεμβάσεις στην εσωτερική λειτουργία των επιχειρήσεων βοηθάει και στην ικανοποίηση του εργατικού δυναμικού και στην απόδοσή του (Simpson et al, 2006; Gallivan, 2003; Cozijnsen, 1993). Η έρευνα των Zhou et al. (2005) αποτυπώνει την εργασιακή ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού των επιχειρήσεων που είναι προσανατολισμένες στην καινοτομία. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με κάποιους επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα και δεν προχώρησαν στην υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων φοβούμενοι τις αλλαγές και τις δυσκολίες προσαρμογής του ανθρώπινου δυναμικού στο νέο περιβάλλον που διαμορφώνουν τα καινοτόμα σχέδια.

Ανιχνεύοντας από τους επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα αν στην εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων που υλοποίησαν αντιμετώπισαν εμπόδια και προβλήματα διαπιστώθηκε ότι βρέθηκαν μπροστά σε πολυπαραγοντικής μορφής εμπόδια. Αντιμετώπισαν πρόβλημα αβεβαιότητας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις ρυθμίσεις που εκείνοι επέβαλαν, ιδιαίτερα με τους φραγμούς «clawback» και «rebate». Εμπόδιο θεωρούν οι συμμετέχοντες επιχειρηματίες και τα αυστηρά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στην υγεία τα οποία δεν αφήνουν μεγάλα περιθώρια για καινοτόμες αλλαγές. Θεωρούν, επίσης, ότι η απουσία ψηφιακών υπηρεσιών του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων, που καθημερινά συνεργάζονται, δημιουργεί και σε αυτούς εμπόδια στην ψηφιακή μετάβασή τους. Η αναντιστοιχία στη διαμόρφωση καινοτόμων

παρεμβάσεων σε διαφορετικά περιβάλλοντα δημιουργεί, κατ' αυτούς, ασυμβατότητες που περιθωριοποιούν καινοτόμα σχέδια που κάτω από άλλες συνθήκες, χωρίς αναντιστοιχίες, θα απέδιδαν σοβαρά θετικά αποτελέσματα και για τις επιχειρήσεις τους αλλά και για την εξυπηρέτηση και ποιότητα ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Τα παραπάνω στοιχεία είναι συμβατά με τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών (Raghavan et al, 2021; Mosig et al, 2021; Makris & Apostolopoulos, 2021; Desveaux et al, 2017; Talegeta, 2014; D'Este et al, 2012; Manso, 2011; Madrid-Guijarro et al, 2009; Daim et al, 2008; Herzlinger, 2006). Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας (INBT, 2013) η διαμορφωμένη αναντιστοιχία καινοτόμων παρεμβάσεων σε διαφορετικά περιβάλλοντα δημιουργούν συχνά ασυμβατότητες αφού οι καινοτόμες λύσεις που σχεδιάστηκαν σε μια δομή δεν καλύπτουν το πλαίσιο κάποιας άλλης. Πολλά συστήματα περιορίζονται στην ανταλλαγή πληροφοριών μόνο σε έναν μικρό κύκλο και δεν υπάρχει συμβατότητα μεταξύ θεσμικών ορίων με αποτέλεσμα να υστερεί η ανατροφοδότηση (Daim et al, 2008; Ash et al, 2003; Anderson, 1994). Η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας δημιουργεί εμπόδια σε κάποιες περιπτώσεις στις καινοτόμες παρεμβάσεις (Desveaux et al, 2017). Αυτές τις ασυμβατότητες που προαναφέρθηκαν, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες, στην Ελλάδα τις εντοπίζουν κυρίως στη σχέση τους με τα ασφαλιστικά ταμεία. Το νομικό πλαίσιο της Ελλάδας ευνοεί την υπογραφή συμβάσεων παροχής υπηρεσιών ανάμεσα στον ιδιωτικό τομέα υγείας και στα ασφαλιστικά ταμεία (Grigorakis et al, 2016; Paratheodorou & Mousidou, 2011; Siskou et al, 2009), γεγονός που βοήθησε στην κερδοφορία του ιδιωτικού τομέα, τα οποία όμως ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν τέτοιες παροχές καινοτόμων υπηρεσιών, όπως ισχυρίζονται οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα επιχειρηματίες. Όμως, στην Ελλάδα οι μεγαλύτεροι καταναλωτές υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υγείας, είναι οι δημόσιες δομές υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία (Apostolopoulos et al, 2020; Kondilis et al., 2011) και συνεπώς εφ' όσον αυτοί οι μεγάλοι καταναλωτές δεν καλύπτουν με τις συμβάσεις που έχουν υπογράψει με τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας καινοτόμες υπηρεσίες δεν υπάρχει ενδιαφέρον για ανάπτυξη καινοτόμων υπηρεσιών από πλευράς των επιχειρήσεων. Το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία ως μεγάλοι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και φροντίδας δημιουργούν και πολλές φορές επιβάλλουν τους όρους των σχέσεών τους. Η βιωσιμότητα των ιδιωτικών μονάδων υγείας έχει άμεση εξάρτηση από τους δυο αυτούς μεγάλους καταναλωτές υπηρεσιών. Εφ' όσον λοιπόν δεν καλύπτουν καινοτόμες υπηρεσίες στους ασφαλισμένους, δυσκολεύονται οι επιχειρηματίες να επενδύσουν σε καινοτόμα σχέδια, φοβούμενοι ότι θα διευρύνουν το κόστος υπηρεσιών χωρίς να μπορούν να κάνουν απόσβεση αυτού του κόστους. Η έρευνα των Katehakis et al (2018b) έδειξε ότι για να λειτουργήσουν τα σύγχρονα συστήματα υγείας χρειάζεται αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων όπως είναι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και το δημόσιο και η διαλειτουργικότητα των συστημάτων τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Το δημόσιο ως μεγάλος καταναλωτής υπηρεσιών επέβαλε και όρους, όπως τους μηχανισμούς clawback και rebate, υποχρεώνοντας τις επιχειρήσεις στον χώρο της υγείας να προβούν σε απομείωση των απαιτήσεών τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Οι μηχανισμοί αυτοί επηρέασαν την καινοτομία στην ελληνική αγορά (Γιανναράς, 2018), τη στιγμή που το νομικό πλαίσιο και οι ασκούμενες πολιτικές έπρεπε να στηρίζουν και όχι να εμποδίζουν την ανάπτυξη καινοτόμων σχεδίων. Οι Team et al, (2010) ισχυρίζονται ότι οι θεσμικές δομές είναι ζωτικής σημασίας για τη βιωσιμότητα των καινοτομιών στον χώρο της υγείας. Οι στρατηγικές πολιτικής πρέπει να στηρίζουν τις ανάγκες των χρηστών (Desveaux et al,

2018). Πολλές έρευνες έδειξαν ότι όπου εφαρμόστηκαν πολιτικές μηχανισμού «clawback» αυτό επηρέασε τις επενδύσεις καθώς και την έρευνα και ανάπτυξη (Babenko et al, 2019; Biddle et al, 2017; Chen & Vann, 2017; Brown et al, 2015; Chan et al, 2012). Σύμφωνα με την έρευνα των Deng et al (2021) μετά την υιοθέτηση του μηχανισμού clawback οι διευθυντές έγιναν ιδιαίτερα προσεκτικοί με τις δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη. Η έρευνα του Holmstrom (1989) έδειξε ότι οι δραστηριότητες καινοτομίας είναι επιρρεπείς στις διοικητικές αλλαγές όπου λειτουργούν μηχανισμοί «clawback». Το ίδιο διαπίστωσαν και οι Babenko et al (2019) επισημαίνοντας την απροθυμία να αναληφθούν επιχειρηματικοί κίνδυνοι λόγω της ύπαρξης μηχανισμών «clawback». Για να ξεπεράσουν το εμπόδιο οι επιχειρήσεις μετατοπίζουν τις επενδύσεις τους εκτός του πεδίου της έρευνας και της τεχνολογίας και στρέφονται σε επενδύσεις κεφαλαίου (Biddle et al, 2017; Chan et al, 2012). Η έρευνα των Apostolopoulos et al (2022a) που πραγματοποιήθηκε στην ελληνική ύπαιθρο σε ιδιωτικές δομές υγείας έδειξε ότι υπάρχει ανησυχία στις μονάδες των διαγνωστικών κέντρων ότι οι μηχανισμοί «clawback» και «rebate» θα έχουν επιπτώσεις στη βιωσιμότητα των δομών αυτών. Επίσης, η έρευνα των Apostolopoulos et al (2022b) που εξέτασε τον βαθμό υλοποίησης καινοτόμων σχεδίων στις μονάδες υγείας εντόπισε δυσκολίες στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων λόγω των αυστηρών πρωτοκόλλων που υπάρχουν στον χώρο της υγείας και λόγω των μηχανισμών clawback και rebate που έχουν επιβληθεί στις δομές τους. Την ύπαρξη εμποδίων στην ανάπτυξη και διάχυση της καινοτομίας στις ελληνικές επιχειρήσεις αναγνωρίζει και αναφέρει στις εκθέσεις της και η Γενική Γραμματεία Έρευνας και Καινοτομίας<sup>30</sup> του υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων (ΓΓΕΤ, 2020).

#### **8.1.6. Χρηματοδοτικά εργαλεία**

Με την παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί ο ρόλος των χρηματοδοτικών εργαλείων, ευρωπαϊκών και εγχώριων, στην ανάπτυξη και λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Ανιχνεύτηκαν οι απόψεις των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα σε πτυχές όπως: χρηματοδοτήσεις για την εγκατάσταση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο, χρηματοδοτήσεις για την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, χρηματοδοτήσεις για τηλεϊατρικές υπηρεσίες, χρηματοδοτήσεις μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων στήριξης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνα, προγράμματα στήριξης των επιχειρήσεων αυτών σε περιόδους οικονομικών, νομισματικών και υγειονομικών κρίσεων.

Εξετάζοντας τις χρηματοδοτήσεις για την εγκατάσταση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο διαπιστώθηκε ότι οι επιχειρηματίες θεωρούν αναγκαία προϋπόθεση για την εγκατάσταση των επιχειρήσεων τους την απρόσκοπτη πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία. Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η χρηματοδότηση μέσω ευρωπαϊκών ή εγχώριων χρηματοδοτικών προγραμμάτων των επενδυτικών σχεδίων τους ιδιαίτερα στις εγκαταστάσεις των δομών τους ήταν αναγκαία. Ταυτόχρονα οι επιχειρηματίες ήταν πολύ επιφυλακτικοί για χρηματοδοτική στήριξη με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού. Αφηγήθηκαν κακές εμπειρίες που είχαν

<sup>30</sup> Μέχρι στις 06.01.2021 ονομαζόταν Γενική γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας (ΓΓΕΤ)

στο παρελθόν με τραπεζικούς δανεισμούς ή χρηματοδοτήσεις με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού. Να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα το σύστημα υγείας και περίθαλψης χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία), από την κοινωνική ασφάλιση, από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, από την ιδιωτική δαπάνη (απευθείας πληρωμές) και από την παραοικονομική δραστηριότητα στην υγεία (Κονδύλης, 2009; Μωραΐτης 2001; Liaporoulos, 1995; Κυριόπουλος & Καράλης, 1992; Κυριόπουλος & Νάκας, 1991; Ρομπόλης, 1991; Νιάκας κ.ά, 1990). Παράλληλα πολλές επιχειρήσεις υγείας και μονάδες φροντίδας μπορούν να ενταχθούν σε αναπτυξιακούς νόμους<sup>31</sup> και άλλα προγράμματα στήριξης και να χρηματοδοτήσουν τη στέγασή τους και τον εξοπλισμό τους (Καράλης, 2013; Ρουμελιώτης, 2013; Αναστασοπούλου, 2009). Μέσα στα χρηματοδοτικά εργαλεία είναι και η πρόσβαση στον χρηματοπιστωτικό τομέα. Τα στοιχεία που ανιχνεύτηκαν από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα επιχειρηματίες είναι συμβατά και με άλλες έρευνες που διαπίστωσαν ότι τα χρηματοδοτικά εργαλεία, ευρωπαϊκά και εγχώρια, και η απρόσκοπτη πρόσβαση των επιχειρήσεων σε αυτά, είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη και επιβίωση των επιχειρήσεων (Makris et al, 2020; Jawarska, 2014; Dziembata, 2017; Funck & Pizzati, 2003; Cappelen et al, 2003, Puigcerver-Peñalver, 2004). Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Dimogerontas et al (2017) έδειξε ότι η χρηματοδότηση από μόνη της δεν είναι ικανός παράγοντας να επιλύσει ζητήματα και να απαντήσει στις προκλήσεις των συστημάτων υγείας, απαιτούνται και άλλες συνοδευτικές παρεμβάσεις. Η έρευνα των Apostolopoulos et al (2021a) έδειξε ότι οι επιχειρηματίες που επενδύουν στην υγεία στην ελληνική ύπαιθρο θεωρούν αναγκαία τη δυνατότητα πρόσβασή τους στα χρηματοδοτικά εργαλεία, την ενίσχυσή τους μέσω προγραμμάτων για την εγκατάσταση των μονάδων τους στην ύπαιθρο και εκφράζουν την απογοήτευσή τους από την εμπλοκή τους με τραπεζικούς δανεισμούς. Να σημειωθεί ότι η πολύχρονη οικονομική κρίση στην Ελλάδα ανάγκασε πολλές επιχειρήσεις να προσφύγουν σε τραπεζικούς δανεισμούς αφού οι τράπεζες προχώρησαν την περίοδο εκείνη σε προγράμματα χαμηλής εκκίνησης, επιμήκυνσης της διάρκειας των δανείων, πώληση προσημειωμένου ακινήτου, εισαγωγή μεθόδου lease back κ.ά (Βατός, 2017; Σκαρλάτου, 2013). Πολλά απ' αυτά ήταν δάνεια κεφαλαίου κίνησης για να βελτιώσουν τη ρευστότητά τους. Πολλά δάνεια απαιτούσαν είτε ενοχικές, είτε εμπράγματες εξασφαλίσεις ανάλογα του είδους και του ποσού του δανείου. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα δεν ήταν παροδική αλλά κράτησε πάνω από δέκα χρόνια και στη συνέχεια τη διαδέχτηκε η υγειονομική κρίση με αποτέλεσμα πολλές επιχειρήσεις να αδυνατούν να αποπληρώσουν τα επιχειρηματικά τους δάνεια ενώ ταυτόχρονα ήταν αναγκασμένες να πειθαρχούν στους δημοσιονομικούς κανόνες που επιβλήθηκαν (Karadima & Lourí, 2021; Popescu, 2012). Αυτός είναι ο λόγος που στην παρούσα έρευνα οι επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας εξέφρασαν απροθυμία να χρησιμοποιήσουν τραπεζικούς δανεισμούς ή χρηματοδοτήσεις με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού. Η ένταξη των επιχειρήσεων υγείας και φροντίδας σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα στήριξης δεν ήταν προσανατολισμένη μόνο στις υποδομές αλλά επεκτεινόταν και στον ιατρικό εξοπλισμό. Ο εξοπλισμός μιας επιχείρησης υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο της Ελλάδας (το ίδιο καθεστώς ισχύει και για τα αστικά κέντρα) στηρίζεται συνήθως στα ίδια κεφάλαια των μετόχων, στον τραπεζικό δανεισμό, στην χρηματοδότηση μέσω επιχορηγήσεων όπως οι αναπτυξιακοί νόμοι, στη

<sup>31</sup> Νόμοι: 3908/2011, 4399/2016, 4712/2020

χρηματοδότηση μέσα από τα κοινοτικά πλαίσια στήριξης και μέσα από τις ευρωπαϊκές χορηγήσεις μικρομεσαίων επιχειρήσεων. Η ραγδαία εξέλιξη των νέων τεχνολογιών, ιδιαίτερα των ιατροτεχνολογιών, αναγκάζει τις δομές υγείας-φροντίδας-μέριμνας να ανανεώνουν διαρκώς των τεχνολογικό τους εξοπλισμό, κάτι που απαιτεί την ύπαρξη κεφαλαίων και την εξασφάλιση οικονομικής στήριξης μέσω ευρωπαϊκών και εγχώριων προγραμμάτων χρηματοδότησης (Σαούλος, 2019; Πουλής & Μειμέτη 2017; Αποστολάκης & Μαστρογιάννη, 2003). Ανιχνεύοντας τις απόψεις των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα για την αναγκαιότητα προγραμμάτων στήριξης στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, διαπιστώθηκε ότι θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη χρηματοδοτικών εργαλείων για να μπορούν να είναι ανταγωνιστικές, προσφέροντας αναβαθμισμένες υπηρεσίες, ενώ χωρίς χρηματοδοτικές ενισχύσεις δύσκολα μπορούν να εξασφαλίσουν την τεχνολογική αναβάθμιση των επιχειρήσεών τους. Η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία στην Ελλάδα πέρασε σε μεγάλο βαθμό στα χέρια του ιδιωτικού τομέα ο οποίος προσαρμόστηκε πιο εύκολα στις ιατρικές τεχνολογίες επενδύοντας πόρους και αξιοποιώντας τα υπάρχοντα χρηματοδοτικά εργαλεία (Σουλιώτης, 2000; Sissouras et al, 1999). Σύμφωνα με τους Makris et al (2020) η χρηματοδότηση για νέες τεχνολογίες στον τομέα υγείας (δημόσιο και ιδιωτικό) όπως η ηλεκτρονική υγεία, η ηλεκτρονική πληροφόρηση και ενημέρωση, οι τηλεϊατρικές υπηρεσίες, ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι κορυφαία ζητήματα για τον εκσυγχρονισμό του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα της υγείας γιατί κάνουν τις υπηρεσίες υγείας πιο προσβάσιμες και αποδοτικές με μειωμένο κόστος, δημιουργούν επιστημονική τεκμηρίωση, υπάρχει αλληλεπίδραση και διαμόρφωση ηθικών κανόνων. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιχειρηματίες θεωρούν αναγκαία τη χρηματοδοτική στήριξη από εγχώρια ή ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία τηλεϊατρικής τεχνολογίας προκειμένου να δημιουργήσουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που θα δίνουν λύση στις ανάγκες κατοίκων, ιδιαίτερα δύσβατων και απομακρυσμένων οικισμών της υπαίθρου. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι οι ιδιαιτερότητες της υπαίθρου με τους πολλούς απομακρυσμένους οικισμούς απαιτούν και την ανάπτυξη των τηλεϊατρικών υπηρεσιών από τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Chu et al, 2021; Ajami & Lamoochi, 2014; Fraser & St John, 2000; Preston et al, 1992). Όμως η τηλεϊατρική όπως και η τηλε-υγεία και η ηλεκτρονική υγεία απαιτούν μεγάλο κόστος σε τεχνολογικό εξοπλισμό όπως και μεγάλο κόστος στην τεχνολογική κατάρτιση του επιστημονικού προσωπικού καθώς και περισσότερο χρόνο συνεδρίας με το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (Moffatt & Eley, 2011). Η δυνατότητα πρόσβασης σε χρηματοδοτικές πηγές και χρηματοδοτικά εργαλεία για τεχνολογικό εξοπλισμό επιχειρήσεων είναι ένα θέμα που απασχολεί τον επιχειρηματικό κόσμο και έχει αποτυπωθεί σε διάφορες έρευνες (Makris et al, 2020; Moro Visconti, & Morea, 2019; Barroco & Herrera, 2019; Lionis & Petelos, 2016; Liargovas & Apostolopoulos, 2014; Prodan, 2007).

Ειδικά για τα ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης ανιχνεύτηκαν οι απόψεις των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου για το αν αυτά είναι προσβάσιμα και σε τι βαθμό στηρίζουν και ενισχύουν τις επιχειρήσεις τους και αν αντιμετώπισαν προβλήματα και εμπόδια στην προσπάθεια πρόσβασης σ' αυτά τα προγράμματα. Διαπιστώθηκε ότι οι επιχειρηματίες θεωρούν τα ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά προγράμματα απαραίτητα αλλά όσοι εντάχθηκαν σε αυτά βρέθηκαν μπροστά στη γραφειοκρατία, στην ανυπαρξία ενημέρωσης και στις χρόνιες



παθογένειες της δημόσιας διοίκησης. Μέσα από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η ΕΕ από πολύ νωρίς αναγνώρισε τη μεγάλη σημασία και βαρύτητα που διαδραματίζει ο τομέας υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ανάπτυξη και στην ανταγωνιστικότητα γι' αυτό και στήριξε και στηρίζει έμπρακτα τον συγκεκριμένο τομέα με χρηματοδοτικά εργαλεία, προγράμματα, πρωτοβουλίες και δράσεις (Makris et al, 2020; Jawarska, 2014). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο στηρίχθηκαν και στηρίζονται και οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Makris et al, 2020). Στηρίχθηκαν και χρηματοδοτήθηκαν με ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις υποδομές, εξοπλισμός, έρευνες, ηλεκτρονικά συστήματα υγείας, δράσεις για την ενεργό και υγιή γήρανση, την άρση των ανισοτήτων, τη στήριξη των εργαζομένων στον χώρο της υγείας και πολλά άλλα (European Commission, 2019). Τον σημαντικό ρόλο των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων στον τομέα της υγείας των κρατών-μελών και στις επενδυτικές ευκαιρίες που δημιουργούν έδειξε η έρευνα των Neagu et al, (2017). Αντίθετα η έρευνα των (Stegeman & Kuipers, 2013) έδειξε ότι ο τομέας υγείας από πλευράς ΕΕ περιορίζεται συχνά σε έναν περιθωριακό ρόλο στην εφαρμογή της πολιτικής συνοχής και των χρηματοδοτήσεων του στόχου αυτού. Η έρευνα του McCarthy (2013) έδειξε ότι πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα οι ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στη στήριξη της υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων που λόγω ηλικίας αντιμετωπίζουν και περισσότερα προβλήματα. Η έρευνα της Dziembała, (2017) που εξέτασε τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στον τομέα της υγείας αποτύπωσε τις ευκαιρίες και τις προκλήσεις που δημιουργούν αυτές οι χρηματοδοτήσεις στον χώρο της υγείας στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα των Murauskiene & Karanikolos, (2017) που αποτύπωσε τις βελτιώσεις που δημιουργούν οι ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στο σύστημα της υγείας αλλά και τα αδύνατα σημεία τους. Η έρευνα των Denjoy, & Okninski, (2014) που ασχολήθηκε με τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στις ιατρικές τεχνολογίες για τη μείωση των ανισοτήτων τους, διαπίστωσε τον ουσιαστικό τους ρόλο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων στα αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο των κρατών-μελών. Το ίδιο διαπίστωσε και η έρευνα των Neagu et al (2017) που εξέτασε την αντιμετώπιση των ανισοτήτων μέσα από τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις αποτυπώνοντας την ευκαιρία που αυτές οι χρηματοδοτήσεις παρέχουν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στον χώρο της υγείας και της φροντίδας αν υιοθετηθεί μια μετασχηματιστική προσέγγιση και υπάρξει προσήλωση στους κοινούς στόχους ΕΕ και κρατών-μελών. Η έρευνα των McCarthy et al (2013) έδειξε ότι τα κράτη της Ευρώπης έχουν ανάγκη από μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα και των εθνικών αλλά και των περιφερειακών συστημάτων έρευνας, ιδιαίτερα στα θέματα χρηματοδότησης, προκειμένου να αξιολογηθούν τα κριτήρια και η προσαρμογή στις απαιτούμενες αλλαγές οι οποίες πρέπει να γίνονται έγκαιρα και αποτελεσματικά. Στην Ελλάδα η έρευνα των Makris et al (2020) που εξέτασε τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις στα συστήματα υγείας έδειξε ότι αυτές οι χρηματοδοτήσεις είναι καθοριστικές για το σύνολο της υγειονομικής περίθαλψης ιδιωτικού και δημοσίου τομέα και λειτουργούν συμπληρωματικά στην εθνική πολιτική υγείας. Επίσης, η έρευνα των Christodoulakis & Kalyvitis (1998) που εξέτασε τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις έργων και δράσεων στην Ελλάδα αποτύπωσε τη ζωτική σημασία τους στην πορεία της σύγκλισης. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Apostolopoulos et al, (2021c).

Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε αν τα προγράμματα στήριξης των επιχειρήσεων που εφαρμόστηκαν στη οικονομική και νομισματική κρίση του 2009 καθώς και στην υγειονομική κρίση του COVID-19 ωφέλησαν τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ενισχύοντας την ανθεκτικότητά τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι υπήρξαν προγράμματα στήριξης των επιχειρήσεών τους τις περιόδους των κρίσεων που βοήθησαν στην ανθεκτικότητα των δομών τους. Στο ερώτημα αν τα μέτρα στήριξης πέρα από την ενίσχυση των επιχειρήσεών τους συνετέλεσαν και στην ανάπτυξη της οικονομίας της υπαίθρου έδωσαν διφορούμενες οπτικές. Κάποιοι θεωρούν ότι η πολύχρονη οικονομική κρίση και η μετέπειτα υγειονομική κρίση δημιούργησαν μεγάλο πρόβλημα στην οικονομία και στην επιχειρηματικότητα της υπαίθρου που δύσκολα ανατρέπεται. Οι πιο αισιόδοξοι ελπίζουν ότι μακροπρόθεσμα θα υπάρξει μια αντιστροφή του κλίματος και για τις επιχειρήσεις και για την οικονομία της υπαίθρου αρκεί να στηριχθούν στο έργο τους. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κρίσεις δημιουργούν προβλήματα στην κοινωνία, στην υγεία των πολιτών, στην οικονομία, στις επιχειρήσεις και σε όλες τις δομές του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Brada et al, 2021; Apostolopoulos et al, 2019). Ιδιαίτερα οι επιχειρήσεις είναι ευάλωτες σε περιόδους κρίσεων (Cole & Damm, 2020; Kennickell et al., 2017; Cowling & Ledger, 2012) γι' αυτό και χρειάζονται στήριξη για να μπορέσουν να επιβιώσουν με συγκεκριμένα χρηματοδοτικά προγράμματα (Apostolopoulos et al, 2022a). Η έρευνα των Phillipson et al, (2020) έδειξε ότι οι επιχειρήσεις της υπαίθρου λόγω των επιπτώσεων της κρίσης χρειάζονται μέτρα στήριξης προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη ζήτηση και τις προκλήσεις της προσφοράς. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Makris et al (2020) που αποφάνθηκε ότι τα προγράμματα στήριξης στις επιχειρήσεις φάνηκαν ιδιαίτερα χρήσιμα την περίοδο των κρίσεων που πραγματοποιήθηκαν μεγάλες περικοπές χρηματοδοτήσεων στο σύστημα υγείας από τους εθνικούς προϋπολογισμούς. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι τα χρόνια της οικονομικής κρίσης του 2009 και της υγειονομικής κρίσης με την πανδημία COVID-19 υπέστησαν σημαντικές μεταβολές και χρειαζόταν πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων μέσα από τομές και μεταρρυθμίσεις (Apostolopoulos et al, 2021a; Bakola et al, 2018; Economou, 2015; Niakas, 2013).

#### **8.1.7. Οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις**

Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν υπήρξαν και σε τι βαθμό επιπτώσεις από τις κρίσεις (οικονομική και υγειονομική) στις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Ανιχνεύτηκαν οι απόψεις και οι εμπειρίες των επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα για τις επιπτώσεις των κρίσεων πάνω στη λειτουργία και στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων αυτών, στο πόσο οι κρίσεις επηρέασαν τη ρευστότητα και τον κύκλο εργασίας τους και αν έδειξαν ανθεκτικότητα. Να σημειωθεί ότι η Ελλάδα βίωσε μια δεκαετή και πλέον οικονομική κρίση την οποία στη συνέχεια διαδέχτηκε η υγειονομική κρίση του COVID-19. Οι δυο αυτές κρίσεις μεταξύ των άλλων δημιούργησαν προβλήματα στις επιχειρήσεις, πολλές από τις οποίες αναγκάστηκαν να σταματήσουν τη λειτουργία τους ή να υπολειτουργούν (Apostolopoulos et al, 2022a; Brada et al, 2021; Shamasunder et al, 2020; Tulumello et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2019). Στην παρούσα έρευνα αναζητήσαμε να

φωτίσουμε το πώς συμπεριφέρθηκαν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου στις δυο αυτές κρίσεις.

Ειδικότερα ανιχνεύοντας τις επιπτώσεις των κρίσεων πάνω στη λειτουργία, στην ανάπτυξη και στην προσφορά υπηρεσιών των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας διαπιστώθηκαν σημαντικές επιπτώσεις που δυσκόλεψαν τη λειτουργία τους. Οι επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα διηγήθηκαν δεκάδες εμπόδια που σε καθημερινή βάση βίωναν όλα αυτά τα χρόνια. Προβλήματα με το ανθρώπινο δυναμικό τους, τους προμηθευτές τους, τις μεταφορές των απαραίτητων για τη λειτουργία τους υλικών, τη ρευστότητα, τους τραπεζικούς δανεισμούς και τις υποχρεώσεις προς τρίτους, τις δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν για να αντιμετωπίσουν τις κρίσεις και πολλά άλλα. Μελετώντας τη διεθνή βιβλιογραφία τα στοιχεία που ανιχνεύτηκαν στην παρούσα έρευνα εντοπίζονται και σε πολλές ακόμη έρευνες. Σε περιόδους κρίσεων έρευνες έδειξαν ότι συνήθως οι επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν προβλήματα μείωσης του κύκλου εργασιών τους, προβλήματα ρευστότητας, εμπόδια στην προμήθεια και μεταφορά των αγαθών, δυσκολίες στην πρόσβαση σε χρηματοδοτικά εργαλεία (Musumeci et al, 2021; Williams, 2020; Kruse & Jeurissen, 2020; Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Rachiotis et al, 2014; Cowling et al, 2012; Fidrmuc & Korhonen, 2010). Ιδιαίτερα στην υγειονομική κρίση του COVID-19 ο τομέας της υγείας βρέθηκε μπροστά σε πρωτόγνωρες καταστάσεις με τις δημόσιες πολιτικές για τη μη διασπορά της πανδημίας στην κοινότητα (McFadden et al, 2021; Apostolopoulos et al, 2021b; Winston, 2020; Liguori & Pittz, 2020; Kuwahara et al, 2020; Sethi et al, 2020; Williams, 2020; Pang et al, 2020). Ιδιαίτερα έντονα ήταν τα προβλήματα των κρίσεων στους ιδιωτικούς και δημοσίους παρόχους υγείας της υπαίθρου (Phillipson et al, 2020; Anthopoulos et al, 2017; Oikonomou et al, 2010; Lionis et al, 2009). Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι η πολύχρονη οικονομική κρίση που βίωσε η Ελλάδα και η αναγκαστική ένταξή της στους μηχανισμούς σταθερότητας και εποπτείας είχε επιπτώσεις στις δημόσιες δομές υγείας λόγω των περικοπών των χρηματοδοτήσεων (Apostolopoulos et al, 2019, Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Kotsiou et al, 2018; Anthopoulos, et al, 2017) που στην ελληνική υπαίθρο οι κάτοικοι στερήθηκαν ακόμη και βασικά είδη εξοπλισμού για την περίθαλψή τους (Rachiotis et al, 2014; Oikonomou et al, 2010; Lionis et al, 2009). Ταυτόχρονα οι ασθενείς περιορίστηκαν στις άκρως αναγκαίες επισκέψεις στις ιδιωτικές μονάδες υγείας λόγω της συμπίεσης των οικογενειακών εισοδημάτων με αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας υγείας να έχει μικρότερη ζήτηση και πολλά προβλήματα στην ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία τους (Kyriopoulos, 2010; Kyriakopoulos & Tsiantou, 2010). Από τη μια μεριά δηλαδή η υποβάθμιση των δημοσίων δομών υγείας στην ελληνική υπαίθρο δημιουργούσε ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας και από την άλλη η κατακόρυφη μείωση των εισοδημάτων περιόρισε στις άκρως αναγκαίες επισκέψεις σε ιδιωτικές δομές υγείας. Αλλά και η εξάπλωση της πανδημίας COVID-19 σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία είχε τεράστιες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας (Kuckertz, 2020; Gates, 2020; Winston, 2020; Liguori & Pittz, 2020). Η έρευνα των Ponticello et al, (2020) έδειξε ότι πολλά άτομα της υπαίθρου απέφευγαν την περίοδο του COVID-19 να επισκεφτούν ιδιωτικές ή δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας για εξετάσεις ή θεραπείες από φόβο, που αν δεν υπήρχε η πανδημία COVID-19 θα πραγματοποιούσαν. Αντίστοιχα ευρήματα ανιχνεύτηκαν και στην παρούσα έρευνα. Παρ' όλα αυτά οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας

προσάρμοσαν τη λειτουργία τους στις νέες συνθήκες και μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν πολλές δύσκολες οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις (Steiner et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016). Η έρευνα των Leskovic et al (2020) έδειξε ότι την περίοδο του COVID-19 σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων της υπαίθρου αυξήθηκαν τα σύνδρομα εξουθένωσης του προσωπικού καθώς και η συναισθηματική εξάντλησή του. Η έρευνα των Sethi et al, (2020) έδειξε ότι οι εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας την περίοδο του COVID-19 αντιμετώπισαν υπερβολικό φόρτο εργασίας με επιπτώσεις στην υγεία τους. Το ίδιο έδειξαν και άλλες έρευνες (McFadden et al, 2021; Bagcchi, 2020; Kaye et al, 2020; Rana et al, 2020) και το ίδιο ανιχνεύτηκε και στην παρούσα έρευνα. Είναι όμως σημαντικό ότι έρευνες έδειξαν πως η επιχειρηματικότητα δημιουργεί θέσεις εργασίας, συντελεί στην επίλυση προβλημάτων με κοινωνικές διαστάσεις και βοηθάει στην ανοικοδόμηση των οικονομιών μετά από κρίσεις ή βίαιες συγκρούσεις (Tobias et al, 2013; Welsh et al, 2013; Tobias & Boudreaux, 2011; Naudé, 2007). Προβλήματα στην εφοδιαστική αλυσίδα την περίοδο των κρίσεων που ανιχνεύτηκαν στην παρούσα έρευνα έχουν ανιχνευτεί και σε άλλες έρευνες (Butt et al, 2021; Armani et al, 2020; Cox & Koepsell, 2020; Iyengar et al, 2020). Προβλήματα στην αλυσίδα εφοδιασμού των δομών υγείας εντόπισε και η έρευνα των Govindan et al, (2020). Όπως και προβλήματα με τους προμηθευτές σε περιόδους κρίσεων, όπου η εμπορική πίστη δοκιμάζεται, έχουν εντοπιστεί και σε άλλες έρευνες (Ardebili et al, 2021; Armani et al, 2020; Bastos & Pindado, 2013; Yang, 2011). Οι επιχειρήσεις της υπαίθρου μεταξύ των οποίων και οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας την περίοδο της πανδημίας COVID-19 αντιμετώπισαν προβλήματα με τον ανεφοδιασμό τους και την επικρατούσα την περίοδο εκείνη αβεβαιότητα (Apostolopoulos, 2021a, Aday & Aday, 2020; Dai et al., 2020; Béné, 2020; Phillipson et al., 2020; Lakuma et al., 2020). Σε κάθε κρίση εκτός από αλλαγές στην οικονομία και στις δημόσιες πολιτικές (Tasnim, 2020; Elleby et al., 2020; Blay-Palmer et al., 2020; Reardon et al., 2019) επιφέρονται αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά (Di Vaio et al., 2020), στη νοοτροπία των πολιτών (Altieri & Nicholls, 2020), στη σκέψη και στον τρόπο ζωής των πολιτών (Desa & Jia, 2020). Αυτές οι αλλαγές στον τρόπο συμπεριφοράς και νοοτροπίας, στον τρόπο σκέψης και στάση ζωής σε συνδυασμό με περιοριστικές δημόσιες πολιτικές ανιχνεύτηκαν και στην παρούσα έρευνα ότι είχαν μεγάλη επίπτωση στην ομαλή λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Η έρευνα των Lucaci & Nastase, (2020) που εξέτασε το επιχειρηματικό περιβάλλον της υπαίθρου στην Ευρώπη την περίοδο του COVID-19 διαπίστωσε ότι η πανδημία επηρέασε αρνητικά τη ζωή των κατοίκων της υπαίθρου καθώς και την επιχειρηματική δραστηριότητα των περιοχών αυτών. Σημειώθηκε μείωση της παραγωγικότητας της εργασίας, υψηλότερο κόστος εργασίας και μεταφοράς, σημαντική απώλεια εισοδήματος για τους αγρότες και ελλείψεις τροφίμων και υγειονομικού υλικού (Mishra et al., 2021).

Εξετάζοντας στην παρούσα έρευνα αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου την περίοδο της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης αντιμετώπισαν προβλήματα μείωσης του κύκλου εργασιών τους και ρευστότητας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν καταφατικά, επισημαίνοντας ότι αναγκάστηκαν για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά, να μειώσουν τη δραστηριότητά τους καθώς και πολλές από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτός ήταν και ο λόγος που πολλές φορές απευθύνθηκαν στην κυβέρνηση για να

εφαρμοστούν πολιτικές στήριξης της ρευστότητάς τους. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία σε περιόδους κρίσεων ένα από τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιχειρήσεις είναι η έλλειψη ρευστότητας στις ταμειακές ροές τους, καθιστώντας δύσκολη ως ανύπαρκτη την πρόσβαση σε πιστώσεις και εκπτώτικές προσφορές από τους προμηθευτές τους (Černohorský et al., 2010). Οι πολιτικές μείωσης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης μαζί με άλλα περιοριστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν την περίοδο των κρίσεων, όπως η οριοθέτηση *plafond* στον μηνιαίο αριθμό επισκεπτών ανά γιατρό, η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών στα εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα και σε κάθε άλλη ιδιωτική δομή υγείας, όπως κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, οι περιορισμοί στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες και ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας, οι περιορισμοί των αμοιβών των γιατρών σε πολύ χαμηλά επίπεδα, η εφαρμογή συστημάτων «rebate» στα φαρμακεία της υπαίθρου και σε άλλες δομές υγείας, οι καθυστερήσεις πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία είχαν επιπτώσεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας της υπαίθρου όπως και επιπτώσεις σε ολόκληρα τα ιδιωτικά συστήματα χωρών με σημαντικότερο το πρόβλημα της ρευστότητας (Petmesidou, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Avgerinos et al, 2017; Karagiannis, 2017; Maresso et al, 2015; Niakas, 2014; Stabile et al, 2013). Στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής και νομισματικής κρίσης του 2009 οι ασθενείς περιορίστηκαν στις άκρως αναγκαίες επισκέψεις στις ιδιωτικές μονάδες υγείας λόγω της συμπίεσης των οικογενειακών εισοδημάτων με αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας υγείας να έχει μικρότερη ζήτηση και πολλά προβλήματα ρευστότητας (Kyriakopoulos, 2010; Kyriakopoulos & Tsiantou, 2010). Βασικά προβλήματα που αντιμετώπισαν οι επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου, έρευνες έδειξαν ότι ήταν η ανασφάλεια, η δυσκολία ανεφοδιασμού, η δυσκολία εξασφάλισης χρηματοδότησης, η μείωση του κύκλου εργασιών, τα προβλήματα ρευστότητας και η ματαίωση επενδυτικών σχεδίων (Apostolopoulos et al, 2021a; Williams et al, 2021). Κρίση ρευστότητας στις επιχειρήσεις υγείας αποτυπώθηκε και στην έρευνα του Williams, (2020). Μείωση του κύκλου εργασιών αποτυπώθηκε και σε πολλές ακόμη επιχειρήσεις διάφορων τομέων την περίοδο της πανδημίας COVID-19 (Musumeci et al, 2021; Kruse & Jeurissen, 2020).

Επίσης, στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε αν οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου στις προαναφερόμενες κρίσεις έδειξαν ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα στο περιβάλλον που αυτές διαμόρφωσαν. Ανιχνεύτηκε από τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην έρευνα ότι παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν, οι επιχειρήσεις τους έδειξαν ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με ευρήματα και άλλων ερευνών. Παρά τις επιπτώσεις που επήλθαν στις επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου από την οικονομική κρίση του 2009, έρευνες έδειξαν ότι αυτές είχαν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στην κρίση (Steiner et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016). Η έρευνα των Apostolopoulos et al (2021b) έδειξε ότι οι επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου αντιμετώπισαν πολλά προβλήματα την περίοδο της υγειονομικής κρίσης αλλά έδειξαν ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα απέναντι στις δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν για τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας στην κοινότητα.

## 8.2. Κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας

### 8.2.1. Κίνητρα ίδρυσης και κοινωνικοί στόχοι

Με την παρούσα έρευνα αναζητήθηκαν να φωτιστούν δυο στοιχεία:

- i. Αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν και στην ελληνική ύπαιθρο οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας παρουσιάζουν την ίδια εικόνα με αυτή που έχει αποτυπωθεί από έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία.
- ii. Αν τα κίνητρα για ίδρυση και λειτουργία στην ύπαιθρο των κοινωνικών επιχειρήσεων είναι τα ίδια με αυτά των ιδιωτικών επιχειρήσεων ή έρχονται να καλύψουν κενά που δεν καλύπτει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Αν δηλαδή ο κοινωνικός στόχος υπερίσχυσε όλων των άλλων.

Εξετάστηκαν οι πτυχές:

- i. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου καλύπτουν υπαρκτές ανάγκες υγείας-φροντίδας-μέριμνας των κατοίκων των συγκεκριμένων περιοχών.
- ii. Αν οι δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου αδυνατούν να καλύψουν τις υπαρκτές ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου με αποτέλεσμα το κενό να το καλύπτουν οι αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις.
- iii. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι ευαισθητοποιημένες σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού, φροντίδας και μέριμνας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και αν αυτός είναι από τους βασικούς λόγους ίδρυσης των κοινωνικών επιχειρήσεων στην ύπαιθρο.
- iv. Αν είναι δύσκολο σε μια επιχείρηση υγείας-φροντίδας-μέριμνας να έχει πρόσβαση σε χρηματοδοτική στήριξη. Τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στην εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων για την ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία της μια κοινωνική επιχείρηση στην ύπαιθρο.
- v. Αν υπάρχουν εμπόδια και προβλήματα σε μια κοινωνική επιχείρηση υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου στην εδραίωση μιας συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας.
- vi. Αν είναι επαρκή τα δίκτυα υποστήριξης αυτών των επιχειρήσεων στην ελληνική ύπαιθρο.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες επένδυσαν στην ύπαιθρο μετά τον εντοπισμό υπαρκτών αναγκών των πολιτών διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη αναγκών σε υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας, ιδιαίτερα από έναν γερασμένο επί το πλείστον πληθυσμό που κατοικεί στις περιοχές της ελληνικής υπαίθρου, ήταν το βασικό κίνητρο που οδήγησε τους κοινωνικούς επιχειρηματίες να έρθουν να καλύψουν το κενό αυτό. Ένα κενό που χωρίς τη δράση των κοινωνικών επιχειρηματιών δε θα μπορούσε να καλυφθεί. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στον χώρο της υγείας και της μέριμνας, στις περιοχές της υπαίθρου,

διαφοροποιούνται στα κίνητρα για την ίδρυσή τους καθώς και στους κοινωνικούς στόχους από τις δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις (Steiner et al, 2021; Caló et al, 2019; Best & Myers, 2019; Millar et al., 2016). Οι κοινότητες της υπαίθρου από τη μια πλευρά παρουσιάζουν μεγάλη κοινωνική συνοχή με ισχυρούς δεσμούς αυτοβοήθειας (Farmer et al, 2008), με συλλογική δράση και αμοιβαιότητα (Richter, 2019) καθώς και προθυμία αντιμετώπισης από κοινού των προκλήσεων (Zografos, 2007) και από την άλλη μεριά παρουσιάζουν διόγκωση προβλημάτων με τον γερασμένο πληθυσμό τους και τις περιορισμένες ευκαιρίες απασχόλησης (O'Shaughnessy et al, 2011). Η ύπαιθρος έχοντας πολλούς μικρούς και διασκορπισμένους οικισμούς δε δημιουργεί εύκολα επενδυτικό ενδιαφέρον αλλά και για το δημόσιο το κόστος των υπηρεσιών σ' αυτές τις περιοχές είναι αρκετά υψηλό και λόγω της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης παρατηρείται συγκέντρωση υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης σε μεγάλα περιφερειακά κέντρα, με αποτέλεσμα οι ανάγκες των ανθρώπων σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας να διογκώνονται και να δυσκολεύονται να ικανοποιηθούν (Steiner et al, 2021; Farmer & Nimegeer, 2014). Αυτές τις υπαρκτές ανάγκες έρχονται να ικανοποιήσουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις αφού βασικό κίνητρο για εγκατάστασή τους σε μια περιοχή είναι η κάλυψη αναγκών, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει επενδυτικό ενδιαφέρον από άλλες επιχειρήσεις και φορείς (Borzaga & Fazzi, 2014; Whitelaw & Hill 2013; Steinerowski & Steinerowski-Stab, 2012; Munoz, 2011). Αυτά τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες επένδυσαν στην ύπαιθρο με βάση την αδυναμία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα να καλύψουν στο σύνολο τους τις ανάγκες των κατοίκων των περιοχών αυτών, ανιχνεύτηκε ότι οι κοινωνικοί επιχειρηματίες διαπίστωσαν, πριν πάρουν την απόφασή τους, ότι οι περιοχές αυτές στερούνταν τέτοιων υπηρεσιών αφού ούτε ο δημόσιος τομέας υγείας και περίθαλψης, ούτε ο ιδιωτικός τομέας υγείας διέθεταν τέτοιες δομές στις περιοχές αυτές. Κάποιοι κοινωνικοί επιχειρηματίες δήλωσαν ότι η παρουσία του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα σε περιοχές της υπαίθρου ήταν υποβαθμισμένη, οπότε η δική τους παρουσία κάλυψε ανάγκες των κατοίκων της περιοχής σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στις περιοχές της υπαίθρου διαφοροποιούνται στη λειτουργία τους απ' αυτή του δημόσιου τομέα και ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις έρχονται να καλύψουν τα κενά που αφήνουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Calo et al, 2019; Best & Millar, 2019; Roy et al, 2016; Millar et al., 2016; Munoz et al, 2015). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν τη δυνατότητα να δώσουν λύσεις στα προβλήματα των πολιτών εκεί που ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας υγείας αδυνατούν να δώσουν (Amin,2009), γεγονός που ανιχνεύτηκε και στην παρούσα έρευνα. Έχουν τη δυνατότητα οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας να καλύψουν ανάγκες των ανθρώπων της υπαίθρου, να στηρίξουν τον κοινωνικό ιστό των αγροτικών κοινοτήτων και να συμβάλλουν στην αειφορία της κοινότητας (Farmer et al 2012a). Οι περιοχές της υπαίθρου, που έχουν υποστεί τη μετανάστευση των νέων και πλέον κατοικούνται από γερασμένο πληθυσμό, παρουσιάζουν δυσκολίες στη βιωσιμότητα ιδιωτικών επενδύσεων, με ταυτόχρονη απροθυμία του δημόσιου τομέα να παράσχει αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας λόγω περιορισμένων πόρων, με αποτέλεσμα η ύπαιθρος να βρίσκεται σε μειονεκτική θέση (Shucksmith et al, 2021; Christmann, 2016). Αυτή τη μειονεκτική θέση έρχεται να θεραπεύσει η κοινωνική επιχείρηση που λειτουργεί

προωθητικά, ιδιαίτερα στην ύπαιθρο, για παραχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας (Roy et al, 2013; Hall et al, 2012; Millar, 2012). Η δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων καλύπτει το κενό και μπορεί να δημιουργήσει βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, εμπιστοσύνης και ενδυνάμωσης (Calò et al, 2018). Αλλά και στην Ελλάδα διάφορες έρευνες έδειξαν ότι οι υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ύπαιθρο είναι υποβαθμισμένες, ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση του 2008 που έγιναν μεγάλες περικοπές στη χρηματοδότηση των δημόσιων δομών υγείας (Siettos et al, 2021; Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020). Αυτή η υποβάθμιση που συνοδευόταν με ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, με προβλήματα στις κτιριακές υποδομές και με ξεπερασμένο ιατρικό εξοπλισμό (Economou et al, 2017; Mitropoulos et al, 2016) δημιούργησε κενό που σε πολλές περιπτώσεις κάλυψαν, ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας και της μέριμνας, οι κοινωνικές επιχειρήσεις. Αυτή την υστέρηση στις περιοχές της υπαίθρου και ιδιαίτερα των απομακρυσμένων περιοχών σε σχέση με τις αστικές περιοχές σε υποδομές και πόρους την αναγνωρίζει και η ΕΕ (Commission of the European Communities, 2008). Τα παραπάνω ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες έχουν ευαισθητοποιηθεί σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού, ιδιαίτερα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, ανιχνεύτηκε η ύπαρξη έντονης ευαισθητοποίησης από την πλευρά των κοινωνικών επιχειρηματιών σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού. Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες έδειξαν ότι είχαν θέσει ως κοινωνικό στόχο και την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων, θεωρώντας ότι τα φαινόμενα αυτά χρίζουν ιδιαίτερης μέριμνας κάτι, που όπως δήλωσαν, είναι στη φιλοσοφία των κοινωνικών επιχειρήσεων. Μάλιστα θεωρούν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις τους έχουν γίνει ελκυστικές για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αφού μειώνουν την κοινωνική απομόνωση και την περιθωριοποίησή τους. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας που λειτουργούν στην ύπαιθρο βοηθούν στη βελτίωση της υγείας των κατοίκων των περιοχών αυτών, καθώς και στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων όπως για παράδειγμα η απομόνωση που έχει επιπτώσεις στην υγεία και ταυτόχρονα με τη δράση τους στηρίζουν τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Kelly et al, 2019; Henderson et al, 2019a; Macaulay et al, 2018; Miles et al, 2009). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις επιδρούν σε διάφορες διαστάσεις της υγείας των πολιτών (Macaulay et al, 2018) και έχουν θετική επίδραση στην αντιμετώπιση προβλημάτων όπως η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά (Kelly et al 2019). Θετική επίδραση των κοινωνικών επιχειρήσεων σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι κάτοικοι της υπαίθρου, έχει αποτυπωθεί στην έρευνα των Henderson et al (2019a). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις θεωρούνται λύση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων όπως έτομα με αναπηρία, ρομά, γυναίκες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων είναι άνευ εμποδίων και προβλημάτων (Kiss et al, 2020). Η παροχή δίκαιων υπηρεσιών σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, προσανατολισμένες στην ευπάθεια των καταναλωτών χαμηλού εισοδήματος στην πρόσβαση σε υπηρεσίες δεν αντιμετωπίζεται μόνο μέσω της αυξημένης πρόνοιας ή μέσω πρωτοβουλιών εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, αλλά απαιτείται και η δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων (Wilson, 2012). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις αποδεικνύονται βιώσιμα εργαλεία για την αναζωογόνηση των τοπικών οικονομιών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξη και στην απασχόληση σε ευάλωτα



άτομα (Burcea, 2014). Χρήστες των κοινωνικών επιχειρήσεων της υπαίθρου μεταξύ των άλλων είναι οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι που ζούνε μόνοι τους στις απομακρυσμένες περιοχές και τα οφέλη που αποκομίζουν από τις υπηρεσίες των κοινωνικών επιχειρήσεων είναι η αυξημένη ανεξαρτησία, η μειωμένη απομόνωση και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και συναφούς φροντίδας (O'Shaughnessy, 2011). Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι της υπαίθρου έχουν ανάγκη την στήριξη των κοινωνικών επιχειρήσεων ώστε να ικανοποιήσουν τις καθημερινές ανάγκες τους και έτσι να στηριχθεί συνολικά η κοινωνική συνοχή και η κοινωνική ευημερία (Walsh & O'shea, 2008). Στον χώρο της υγείας των ευάλωτων κατοίκων της υπαίθρου που διαθέτουν χαμηλό εισόδημα, οι κοινωνικές επιχειρήσεις λειτουργούν θετικά στην προώθηση των θεμάτων υγείας τους και υγειονομικής περίθαλψής τους (Best & Myers (2019). Έρευνες έδειξαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στην ύπαιθρο αμβλύνουν τους παράγοντες που συντελούν στη μοναξιά και στην απομόνωση, ακόμη και στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι στους άμεσους στόχους τους (Kelly et al, 2019). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις βοηθούν στην εργασιακή κοινωνική ένταξη και των πιο ευάλωτων μεταναστών συμβάλλοντας στην επίτευξη μιας κοινωνίας χωρίς αποκλεισμούς (Aretxabala, 2011). Μάλιστα όταν οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνεργάζονται με την τοπική αυτοδιοίκηση σε περιοχές της υπαίθρου, τότε οι προσφερόμενες υπηρεσίες τους έχουν μεγάλη ζήτηση από μεμονωμένους ευάλωτους κατοίκους που έχουν ανάγκη φροντίδας (Handerson et al, (2019b). Ιδιαίτερα οι κοινωνικές επιχειρήσεις συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους κατοίκους της υπαίθρου (Whitelaw & Hill, 2013). Τα παραπάνω ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία αποτυπώνουν τον σημαντικό ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων για τη στήριξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων καθώς και την ευαισθητοποίηση των κοινωνικών επιχειρηματιών στα θέματα αντιμετώπισης της περιθωριοποίησης και απομόνωσης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, κάτι που ανέδειξε και η παρούσα έρευνα.

Εξετάζοντας τους χρηματοδοτικούς πόρους των κοινωνικών επιχειρήσεων η στόχευση ήταν να εξεταστεί πώς οι κοινωνικοί επιχειρηματίες ευθυγραμμίζουν στόχους και δραστηριότητες που καθοδηγούνται από την αποστολή τους με τη στρατηγική της χρηματοδότησης της κοινωνικής επιχείρησης και την οικονομική βιωσιμότητά της. Πώς οι επιτυχημένοι κοινωνικοί επιχειρηματίες ξεπερνούν τα εμπόδια της χρηματοδότησης και πώς χρησιμοποιούν τους πόρους για να πετύχουν τους κοινωνικούς στόχους με τη μικρότερη δυνατή οικονομική επιβάρυνση. Με την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι ένα από τα μεγάλα προβλήματα των κοινωνικών επιχειρήσεων που δημιουργούν εμπόδια στην απρόσκοπτη λειτουργία τους και την επίτευξη των στόχων τους είναι και η εξασφάλιση οικονομικών πόρων. Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι αυτός είναι και ο λόγος που δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα σε μεγάλο βαθμό η κοινωνική επιχειρηματικότητα. Θεωρούν, επίσης, ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρειάζονται επιπλέον χρηματοδοτική στήριξη ώστε να διευκολυνθούν στο έργο τους και στην επίτευξη των στόχων τους. Με την κατάλληλη χρήση των πόρων, έστω και αυτών των περιορισμένων, θεωρούν ότι φέρνουν σε πέρας την επίτευξη των κοινωνικών τους στόχων. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας για το θέμα των οικονομικών πόρων των κοινωνικών επιχειρήσεων προκύπτει ότι αυτοί επηρεάζουν τη λειτουργία τους και πολλές φορές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη βιωσιμότητά τους και στον κύκλο ζωής τους (Kickul & Lyons, 2015). Μάλιστα οι

κοινωνικές επιχειρήσεις που στηρίζονται σε συμβάσεις με δημόσιους φορείς είναι πιο ευάλωτες στις πολιτικές αλλαγές και στις κυβερνητικές αποφάσεις (Hall et al, 2016). Έχει καταγραφεί ότι πολλοί κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι η κρατική χρηματοδότηση δημιουργεί πέρα από την εξάρτηση και βλάβη στη φήμη και στον κοινωνικό ρόλο των κοινωνικών επιχειρήσεων (Apostolopoulos et al, 2019). Όταν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης της υπαίθρου είναι συνδεδεμένες με χρηματοδοτικά προγράμματα όσο αυτά είναι σε ισχύ, οι κοινωνικές επιχειρήσεις λειτουργούν καλύτερα από τις αντίστοιχες του δημόσιου τομέα, αλλά όταν σταματήσουν τα προγράμματα αυτά ή μειωθούν οι χρηματοδοτήσεις, αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης γιατί η όλη τους δράση είναι εξαρτημένη από τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα (Caló et al, 2019). Η χρηματοδότηση των κοινωνικών επιχειρήσεων καθοδηγείται από τους ανθρώπινους και φυσικούς πόρους για την υλοποίηση της πρότασης της κοινωνικής αξίας των επιχειρήσεων, οι οποίες με τη σειρά τους καθοδηγούνται από τις δραστηριότητες των κοινωνικών στόχων, που σημαίνει ότι απαιτούνται κεφάλαια για τη δράση τους και την επιβίωσή τους (Dees et al, 2002). Η τελική αποστολή των κοινωνικών επιχειρήσεων είναι να αντιμετωπίσουν τα πιο πιεστικά προβλήματα για την κοινωνία και τους πολίτες αλλά για να επιτευχθεί αυτό οι πόροι πρέπει να είναι προσανατολισμένοι στην απόδοση των κοινωνικών επιχειρήσεων, γι' αυτό και απαιτείται να βοηθήσουν πρώτα τον εαυτό τους, εξασφαλίζοντας την οικονομική βιωσιμότητά τους, πριν βοηθήσουν τους άλλους μέσα από την κοινωνική τους δράση (Cheah et al, 2019). Αυτός είναι και ο λόγος που οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρειάζονται επιπλέον χρηματοδοτική στήριξη ώστε να διευκολυνθούν στο έργο τους και στην επίτευξη των στόχων τους, ιδιαίτερα στο έργο των εθελοντών και των μελών του προσωπικού τους (Kelly et al, 2019). Η καλύτερη χρηματοδότηση των κοινωνικών επιχειρήσεων είναι οι επενδύσεις κοινωνικού αντίκτυπου, οι οποίες συνδυάζουν κοινωνικές και οικονομικές επενδύσεις, γιατί οι επενδύσεις κοινωνικού αντίκτυπου αντιμετωπίζουν πολλούς από τους περιορισμούς της παραδοσιακής χρηματοδότησης των κοινωνικών επιχειρήσεων και δίνουν τη δυνατότητα στους κοινωνικούς επιχειρηματίες να επιδιώκουν διπλές και τριπλές αποδόσεις (Kickul & Lyons, 2015). Οι επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στις περιοχές της υπαίθρου είναι βασικό στοιχείο στην υλοποίηση των στόχων των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας και φροντίδας (Best & Myers, 2019) και συνήθως οι συνθήκες παρουσιάζουν δυσκολίες στη λειτουργία, στην έλλειψη υποστήριξης από την πολιτική ηγεσία καθώς και στην προσβασιμότητα σε πηγές χρηματοδότησης (Farmer et al, 2008). Η απουσία πολιτικών κατευθύνσεων, οι ασάφειες και οι κακές υποστηρικτικές δομές είναι εμπόδια στις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και κοινωνικής μέριμνας της υπαίθρου (Farmer et al, 2008). Οι οικονομικές επενδύσεις των κοινωνικών επιχειρήσεων έχουν άμεση εξάρτηση από τον επιχειρηματικό προσανατολισμό τους και την κοινωνική επιρροή τους (Cheah et al, 2019). Από την άλλη πλευρά οι παραδοσιακές μορφές χρηματοδότησης δεν αρκούν αφού συχνά έχουν βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα (Kickul & Lyons, 2015). Απαιτούνται οικονομικοί πόροι που να επικεντρώνονται στην επίτευξη της αποστολής της κοινωνικής επιχείρησης σε μια κλίμακα που να επιφέρει τον μετασχηματισμό της (Kickul & Lyons, 2015). Τα παραπάνω ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν αποκτήσει μηχανισμούς εξασφάλισης οικονομικών πόρων που τους έχουν προσανατολίσει στη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων και μάλιστα διαθέτουν μηχανισμούς πέρα από τις παραδοσιακές μορφές

χρηματοδότησης. Αντίθετα, από την ανίχνευση των απόψεων των κοινωνικών επιχειρηματιών, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, προκύπτει ότι στην Ελλάδα η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων για την επίτευξη των στόχων τους στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση από διάφορους, επί το πλείστον, δημόσιους φορείς και από τα χρηματοδοτικά προγράμματα, εγχώρια και ευρωπαϊκά. Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες στην Ελλάδα στοχεύουν για τη λειτουργία τους στην χρηματοδοτική στήριξη του κράτους για να διευκολύνουν το έργο τους και προς τα εκεί είναι προσανατολισμένη η προσπάθειά τους. Η μη αναζήτηση πόρων από άλλες πηγές που υπερβαίνουν την παραδοσιακή στήριξη δεν ανιχνεύτηκε. Αντίθετα οι κοινωνικοί επιχειρηματίες στην Ελλάδα θεωρούν μονόδρομο την κρατική ενίσχυση του έργου τους με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Μάλιστα αποδίδουν τη μη ύπαρξη πολλών και ισχυρών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο ως αποτέλεσμα των κυβερνητικών πολιτικών που δε στηρίζουν τις κοινωνικές επιχειρήσεις με χρηματοδοτικά εργαλεία στον βαθμό που πρέπει.

Εξετάζοντας αν στην Ελλάδα έχει διαμορφωθεί μια συλλογική, μη κερδοσκοπική κουλτούρα, που συντελεί στην εδραίωση των κοινωνικών επιχειρήσεων στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας, ανιχνεύτηκε από τους κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ότι μέχρι σήμερα δεν έχει οικοδομηθεί στην Ελλάδα σε μεγάλο βαθμό μια συλλογική μη κερδοσκοπική κουλτούρα. Αισιοδοξούν ότι τα πράγματα θα αλλάξουν στο άμεσο μέλλον προς θετική κατεύθυνση. Το ό,τι δεν έχουν σε μεγάλο βαθμό αναπτυχθεί στην Ελλάδα οι κοινωνικές επιχειρήσεις στον χώρο της υγείας-φροντίδας-μέριμνας το αποδίδουν στην έλλειψη πόρων, όπως προαναφέραμε, και στην έλλειψη συλλογικής μη κερδοσκοπικής κουλτούρας. Αυτό είναι ένα σημαντικό εύρημα αν αναλογιστεί κανείς ότι η Ελλάδα έχει μεγάλη παράδοση στους συνεταιρισμούς, στη συνεταιριστική πίστη, στους αλληλοασφαλιστικούς φορείς και στα ταμεία αλληλοβοήθειας (Αποστολόπουλος κ.ά., 2020).

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν έρευνες για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και τη συλλογική, μη κερδοσκοπική κουλτούρα, που κινούνται σε τρεις κατευθύνσεις. Η πρώτη αφορά τη διαμόρφωση μιας συλλογικής κουλτούρας από το ανθρώπινο δυναμικό των ίδιων των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας και μέριμνας (Nekula & Koob, 2021). Η δεύτερη αφορά τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας από τις κυβερνητικές και αυτοδιοικητικές πολιτικές που δείχνουν και το στίγμα στήριξης της λειτουργίας του έργου και της δράσης των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας (Lyon & Sepulveda, 2012). Η τρίτη αφορά τη διαμόρφωση από την κοινωνία και τους πολίτες κουλτούρας στήριξης του έργου των κοινωνικών επιχειρήσεων και γενικά της επιχειρηματικότητας, κάτι που είναι βασικό στοιχείο για την εδραίωσή τους και την ανάπτυξη του έργου τους (Godinho et al, 2020; Johansson, 2009; Westlund & Bolton, 2003).

Η κοινωνική επιχείρηση λειτουργεί μέσα σε ένα οικοσύστημα με διάφορους εμπλεκόμενους και μόνο μέσω της συνεργασίας και της διαμόρφωσης κουλτούρας στήριξης του έργου των κοινωνικών επιχειρήσεων δημιουργείται αξία (Moore, 1993). Το οικοσύστημα των κοινωνικών επιχειρήσεων επιτρέπει να συναντηθούν το ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης με διάφορους φορείς προωθώντας τη συμμετοχή και τη συνεργασία μέσα από τη διαμόρφωση μιας συνολικής κουλτούρας για τον ρόλο και τη δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων (Φρονίμου, 2020). Οι επιχειρήσεις που έχουν διαμορφώσει ισχυρή κουλτούρα έχουν υψηλές αποδόσεις (Deal & Kennedy, 1983) γιατί η κουλτούρα είναι παράγοντας που επηρεάζει την απόδοση (Cameron & Quinn, 2006; Gordon & DiTomaso, 1992; Koster & Heskett, 1992). Στις κοινωνικές επιχειρήσεις η κουλτούρα διαφέρει σε σχέση με τις ιδιωτικές στην αποστολή, στη διαχείριση και στους πόρους και επηρεάζει διαφορετικά την οργανωτική απόδοση (Shin & Park, 2019; Doherty et al, 2014; Julie & Mathew, 2014).

Σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού των κοινωνικών επιχειρήσεων η διαμόρφωση μιας συλλογικής κουλτούρας στον χώρο της υγείας γίνεται κομβικό σημείο για τη διαχείριση των κοινωνικών επιχειρήσεων και την επίτευξη των κοινωνικών τους στόχων και ταυτόχρονα δεσμεύει τους εργαζόμενους στην προσήλωσή τους στην οργανωσιακή κουλτούρα<sup>32</sup> ως κινητήρια δύναμη για την επίτευξη των κοινωνικών στόχων (Ravalier, 2018; Newman et al, 2015; Schein, 2010). Στον χώρο των δομών της υγείας η οργανωσιακή κουλτούρα είναι καθοριστικός παράγοντας που σχετίζει τη δέσμευση, την ενδυνάμωση και την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού ώστε να δημιουργείται υποστηρικτικό πλαίσιο για την παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας (Κουράκος & Καυκιά, 2019). Ταυτόχρονα η οργανωσιακή κουλτούρα στον χώρο της υγείας δεν επιδρά μόνο στο ανθρώπινο δυναμικό των επιχειρήσεων υγείας αλλά και στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας (Zhou et al, 2011; Hartmann et al, 2009). Όσες δομές υγείας έχουν αναπτύξει οργανωσιακή κουλτούρα που να επηρεάζει την υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών δημιουργώντας κλίμα ασφαλείας σύμφωνα με την Ross (2011), αυτή κινείται σε τρία επίπεδα:

- i. Στην επιχειρηματική κουλτούρα που απαιτεί την ανάληψη κινδύνων και την ευελιξία
- ii. Την ιεραρχική κουλτούρα που διαποτίζει το σύνολο της ιεραρχίας της δομής υγείας
- iii. Την κουλτούρα της ομάδας που διαποτίζει το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού της δομής υγείας
- iv. Την ορθολογική κουλτούρα που συνδέεται με τους στόχους

Η οργανωσιακή κουλτούρα αλλάζει τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς του ανθρώπινου δυναμικού της κοινωνικής επιχείρησης υγείας συμπεριλαμβανομένου και του τρόπου που αισθάνεται, σκέπτεται, επικοινωνεί και δικαιολογεί τις πράξεις και τις ενέργειές του (Schein, 2010; Hofstede et al, 1991; Duncan, 1989; Sathe, 1983). Μέσα από την οργανωσιακή κουλτούρα αυξάνεται το ενδιαφέρον του ανθρώπινου δυναμικού της επιχείρησης για την επίτευξη των στόχων (Givens, 2012; Petty et al, 1995; Cameron & Quinn, 1988) και ταυτόχρονα αυξάνεται η παραγωγικότητα και η ικανοποίηση (Saffold, 1988; Peters & Waterman, 1982). Μια επιχείρηση που μπόρεσε να διαμορφώσει ισορροπημένες και μεικτές ανταγωνιστικές αξίες πέτυχε καλύτερες επιδόσεις από μια επιχείρηση που κυριαρχεί μόνο μια συγκεκριμένη κουλτούρα (Quinn et al, 1920; Denison & Mishra, 1995; Petty et al, 1995; Cameron & Quinn, 1988). Συνεπώς η διαμόρφωση μιας κουλτούρας υγείας στις κοινωνικές επιχειρήσεις δεν έχει μόνο θετική επίδραση στους ίδιους τους εργαζόμενους αλλά και στη δέσμευσή τους να υιοθετούν τους κοινωνικούς στόχους και να εργάζονται συλλογικά για να τους επιτύχουν (Nekula & Koob, 2021).

Σε επίπεδο διαμόρφωσης κουλτούρας στήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας από κυβερνητικές και αυτοδιοικητικές πολιτικές διαπιστώνεται ότι πολλά κράτη έχουν διαμορφώσει μια τέτοια πολιτική στήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας όπως για παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο (Macaulay, 2016; Teasdale, 2012). Ιδιαίτερα χώρες που πραγματοποίησαν μεγάλης έκτασης ιδιωτικοποιήσεις στον χώρο της υγείας

---

<sup>32</sup> Σύμφωνα με τον Schein (1985) η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το μοτίβο κοινών βασικών υποθέσεων —που επινοήθηκε, ανακαλύφθηκε ή αναπτύχθηκε από μια δεδομένη ομάδα καθώς μαθαίνει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της εξωτερικής προσαρμογής και της εσωτερικής ολοκλήρωσης—που έχει λειτουργήσει αρκετά καλά ώστε να θεωρείται έγκυρη και, επομένως, να μεταφέρεται σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σε σχέση με αυτά τα προβλήματα

και της φροντίδας, στη συνέχεια διαμόρφωσαν μια ισχυρή παράδοση στις κοινωνικές επιχειρήσεις που γνώρισαν άνθηση (Macaulay, 2016). Το Ηνωμένο Βασίλειο μεγάλο μέρος της υγειονομικής περιθάλψης το ανέθεσε στις κοινωνικές επιχειρήσεις διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον στήριξής τους (Munoz, 2011). Ιδιαίτερα οι περιοχές της υπαίθρου του Ηνωμένου Βασιλείου γνώρισαν άνθηση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας (Farmer et al, 2012b). Έτσι, με τη συνεχή στήριξη των κοινωνικών επιχειρήσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο διαμορφώθηκε κουλτούρα ανάπτυξής τους (Αποστολόπουλος κ.ά, 2020) σε τέτοιο βαθμό που πολλά κράτη αναζητούν από το Ηνωμένο Βασίλειο τη συσσωρευμένη εμπειρία για τη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων (Lyon & Sepulveda, 2012). Είναι φανερό ότι δεν έχει διαμορφωθεί σε όλα τα κράτη στον ίδιο βαθμό η συλλογική, μη κερδοσκοπική κουλτούρα, γιατί και διαφορετικό είναι το αξιακό σύστημα και διαφορετική η διαμορφωμένη από το παρελθόν παράδοση (Shin & Park, 2019; Nugroho et al, 2018; Schein, 2010). Η χωρικότητα σε συνδυασμό με την τοπική κουλτούρα, τον τοπικό κώδικα δεοντολογίας, τα τοπικά πρότυπα, τις τοπικές ηθικές αξίες είναι μια σημαντική σχέση για την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας (Johansson, 2009; Westlund & Bolton, 2003). Δεν είναι τυχαίο ότι η ίδια η ΕΕ θεωρεί ότι οι δημόσιες πολιτικές είναι το επίκεντρο δημιουργίας και εξέλιξης του οικοσυστήματος της κοινωνικής οικονομίας, φορέας της οποίας είναι και η κοινωνική επιχείρηση (European Commission 2015). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα κράτη μέλη της ΕΕ έχει συσσωρευτεί μια εμπειρία που διαμορφώνει συλλογική μη κερδοσκοπική κουλτούρα που μπορεί και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία και ανάπτυξη των κοινωνικών επιχειρήσεων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Σε επίπεδο διαμόρφωσης κουλτούρας στήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας από την κοινωνία και τους πολίτες διαπιστώνεται ότι χωρίς τη στήριξη της τοπικής κοινωνίας και των πολιτών είναι δύσκολη η επιβίωση της επιχείρησης και η επίτευξη των στόχων της αφού οι κοινότητες της υπαίθρου χαρακτηρίζονται ως μια σφιχτά δεμένη ομάδα ανθρώπων, με κουλτούρα αυτοβοήθειας και εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και στους άλλους (Steinerowski & Steinerowska-Streb, 2012), στοιχεία απαραίτητα για τις κοινωνικές επιχειρήσεις. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο έντονα στις πιο απομονωμένες και απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου (Müller, 2013). Η έρευνα των Whitelaw & Hill (2013) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η βιωσιμότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων στήριξης ηλικιωμένων είτε αυτοδύναμα είτε σε συμπαραγωγή με παρόχους δημόσιων υπηρεσιών είναι δύσκολη χωρίς να έχουν τη στήριξη της τοπικής κοινωνίας κι αυτό γιατί οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στις περιοχές της υπαίθρου δημιουργούν στενούς δεσμούς και συνοχή με τους πολίτες και την κοινότητα (Emery & Flora, 2006) και αυτό είναι μια αμφίδρομη σχέση.

Ερμηνεύοντας την άποψη των κοινωνικών επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ότι στην Ελλάδα δεν έχει μέχρι σήμερα διαμορφωθεί μια ισχυρή συλλογική, μη κερδοσκοπική κουλτούρα, που να δημιουργεί προστιθέμενη αξία στην ενίσχυση της λειτουργίας των κοινωνικών επιχειρήσεων, αυτό έχει δυο πλευρές εξήγησης. Η πρώτη έχει να κάνει με το γεγονός ότι στα κράτη μέλη της ΕΕ δεν έχει διαμορφωθεί στον ίδιο βαθμό η συλλογική, μη κερδοσκοπική κουλτούρα, που είναι ο πυρήνας των κοινωνικών επιχειρήσεων, γιατί η κουλτούρα στήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων έχει να κάνει με τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τις παραδόσεις, τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τα σύμβολα και τους συμβολισμούς που επικρατούν σε κάθε χώρα, σε

κάθε περιοχή αλλά και πώς μοιράζονται αυτές οι αξίες και οι συμβολισμοί και στο ανθρώπινο δυναμικό των δομών υγείας (Shin & Park, 2019; Nugroho et al, 2018; Schein, 2010; Hofstede et al, 1991; Duncan, 1989). Η δεύτερη έχει να κάνει με το πότε το κάθε κράτος-μέλος της ΕΕ θεσμοθέτησε την κοινωνική οικονομία και τους φορείς της και τι παράδοση έχει διαμορφωθεί γι' αυτές τις μορφές δράσης. Η Ελλάδα άργησε πολύ να θεσμοθετήσει την κοινωνική και αλληλέγγυα οικονομία, αν και στην Ελλάδα άλλοτε με επιτυχία και άλλοτε με προβλήματα και αποτυχημένες προσπάθειες λειτούργησαν συνεταιριστικές οργανώσεις, αλληλασφαλιστικοί οργανισμοί, ιδρύματα, ταμεία αλληλοβοήθειας και ενώσεις (Αποστολόπουλος κ.ά., 2020). Όμως η θεσμοθέτηση των πρώτων κοινωνικών επιχειρήσεων από πλευράς κράτους, με τον νόμο 4019/2011, έδωσε το έναυσμα της ενεργοποίησης μιας συλλογικής, μη κερδοσκοπικής δράσης, αφού αυτή καθόρισε τη μορφή, τους τομείς και το εύρος των δράσεων αυτών και στην Ελλάδα. Συνεπώς είναι μικρό το διάστημα για να διαμορφωθεί στην κοινωνία και στους πολίτες μια κουλτούρα στήριξης των συλλογικών μη κερδοσκοπικών οργανώσεων, ιδιαίτερα αν λάβει κανείς υπόψη του τα προβλήματα που αντιμετώπιζε η ελληνική κοινωνία τα χρόνια που μεσολάβησαν με την οικονομική και υγειονομική κρίση.

Εξετάζοντας τα δίκτυα υποστήριξης των κοινωνικών επιχειρήσεων διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα υπάρχει έλλειμμα τέτοιων δικτύων σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο, όπως υπάρχει και έλλειμμα δικτύων πληροφόρησης και ενημέρωσης. Οι συμμετέχοντες κοινωνικοί επιχειρηματίες στην παρούσα έρευνα το αποδίδουν στο ότι ο θεσμός των κοινωνικών επιχειρήσεων με τη σημερινή μορφή ξεκίνησε στην Ελλάδα μόλις το 2011 και συνεπώς μέσα στην πολύχρονη οικονομική κρίση, την οποία διαδέχτηκε η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19, δεν έγιναν όσα έπρεπε για να δημιουργηθούν ισχυρά δίκτυα. Με τον όρο δίκτυο προσδιορίζεται μια ομάδα ή ένα σύστημα διασυνδεδεμένων ανθρώπων ή πραγμάτων (Oxford Dictionaries, 2018). Τα δίκτυα στην επιχειρηματική δράση βοηθούν στην ανάπτυξη (Hite & Hesterly, 2001), στην απόκτηση πόρων (Witt et al, 2008) και στην επίδοση και επιβίωση των επιχειρήσεων (Littunen, 2000). Η δικτύωση των κοινωνικών επιχειρήσεων έχει ιδιαίτερη βαρύτητα αφού αυτή ενισχύει την επιρροή τους, δημιουργεί αλληλεπίδραση και μεταξύ των ίδιων των κοινωνικών επιχειρήσεων και με τους κρατικούς, αυτοδιοικητικούς και άλλους φορείς (Φρονίμου, 2020). Τα δίκτυα διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση και τη μόχλευση πόρων σύμφωνα με τους Barraket et al, (2019). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν την τάση να δημιουργούν δίκτυα για να ανταλλάσσουν πληροφορίες, να βελτιώνουν την πρακτική τους, να αναπτύσσουν διάλογο με κρατικούς και άλλους φορείς και να αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις (Daniele et al, 2009). Τα δίκτυα είναι σημαντικά και για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και για τις κοινωνικές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, διαφέρουν, όμως, στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούν τα δίκτυα, αφού οι κοινωνικές επιχειρήσεις τείνουν να έχουν πρόσβαση σε περισσότερους άυλους πόρους μέσω των δικτύων από ότι οι ιδιωτικές (Folmer et al, 2018). Για τους κοινωνικούς επιχειρηματίες και τις κοινωνικές επιχειρήσεις, όπως εξάλλου και για κάθε μορφή επιχείρησης, είναι πολύτιμα εργαλεία για να παρέχουν πρόσβαση στο κοινωνικό κεφάλαιο (Stam et al, 2014). Η υβριδική φύση των κοινωνικών επιχειρήσεων επηρεάζει τη σημασία των δικτύων και τον τρόπο που τα χρησιμοποιούν, γι' αυτό και τα δίκτυα αποτελούν στοιχείο οργανωτικών χαρακτηριστικών και διεργασιών (Hoang & Antoncic, 2003).

Οι επιχειρηματίες χρησιμοποιούν τα δίκτυα για τον εντοπισμό ευκαιριών, τη νομιμοποίηση και κινητοποίηση των πόρων (Brass et al, 2004; Adler & Kwon, 2002; Aldrich, & Zimmer, 1986). Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες βασίζονται περισσότερο στα δίκτυά τους για νομιμοποίηση τόσο στη φάση της εκκίνησης όσο και στη φάση της ανάπτυξης της κοινωνικής επιχείρησης (Folmer et al, 2018). Τα δίκτυα εκτός από τη δυνατότητα να παρέχουν πρόσβαση σε πόρους, αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα και γιατί παρέχουν νομιμοποίηση σε επιχειρήσεις για να αποκτήσουν καλή φήμη στην αγορά (Hite & Hesterly, 2001), αφού η νομιμοποίηση είναι σημαντικός παράγοντας για την κοινωνία και τους πολίτες, που μέσω αυτής κατανοούν τον ρόλο της επιχείρησης και τον αντιλαμβάνονται ως σημαντικό και αξιόπιστο (Delmar & Shane, 2004; Suchman, 1995). Ιδιαίτερα η σημασία των δικτύων για τη δημιουργία νέων επιχειρήσεων είναι καθοριστική (Folmer et al, 2018) και αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι το προσωπικό δίκτυο μιας ιδιωτικής ή κοινωνικής επιχείρησης παρέχει πρόσβαση στους επιχειρηματίες σε κρίσιμους πόρους όπως κεφάλαιο κίνησης, προμήθειες, εγκαταστάσεις και ταυτόχρονα βοηθάει στο κεφάλαιο κίνησης με συμμετοχή κι άλλων επενδυτών από το περιβάλλον του επενδυτή (Lechner, et al, 2006; Brüderl & Preisendörfer, 1998). Καθώς οι επιχειρήσεις ωριμάζουν, τα δίκτυα μετατοπίζονται από την παροχή πρόσβασης στα χρηματοδοτικά εργαλεία και στη νομιμοποίηση στην παροχή πρόσβασης σε προηγμένες γνώσεις και σε νέες αγορές (Brass et al, 2004; Stam et al, 2014).

Από τα παραπάνω ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι όσο πιο καλό και ισχυρό δίκτυο διαθέτει μια κοινωνική επιχείρηση τόσο πιο αποτελεσματικό είναι το κοινωνικό της έργο. Στην Ελλάδα το δίκτυο που διαθέτουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις παρουσιάζει εμπόδια κι αυτό ανιχνεύτηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα κοινωνικούς επιχειρηματίες. Εξάλλου όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ δεν παρέχουν τις ίδιες δυνατότητες απόκτησης ισχυρών δικτύων, αν και οι πολιτικές της ΕΕ υποστηρίζουν τις κοινωνικές επιχειρήσεις και τα δίκτυα όσον αφορά τη διασφάλιση επιχορηγήσεων, ανάπτυξη συνεργασιών, πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία της και πρόσβαση στην αγορά (European Commission, 2015). Μόνο μέσα από πολιτικές ευρωπαϊκές και κρατικές μπορεί να αναπτυχθεί δικτύωση και συνεργασίες για να δημιουργηθούν ευκαιρίες για ανταλλαγή τεχνογνωσίας, για πρόσβαση σε χρηματοδοτικά εργαλεία και για ενδυνάμωση των κοινωνικών επιχειρήσεων και αυτό προσδοκούν και οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.

### **8.2.2. Τοπική ανάπτυξη και βελτίωση ποιότητας ζωής των κατοίκων**

Με την παρούσα έρευνα αναζητήθηκαν να φωτιστούν δυο στοιχεία:

- i. Αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο συντελούν και σε ποιο βαθμό στην τοπική ανάπτυξη
- ii. Αναζητήθηκε να διαπιστωθεί αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων

Εξετάστηκαν οι πτυχές:

- i. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου καλύπτουν τις τοπικές ανάγκες
- ii. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου συντελούν και αυτές στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο.
- iii. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου συμβάλλουν ή όχι στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση
- iv. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου δημιουργούν θέσεις εργασίας
- v. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου μειώνουν τα κόστη για υγεία, φροντίδα και μέριμνα και αν διευκολύνουν οι προσφερόμενες υπηρεσίες τους κατοίκους της υπαίθρου
- vi. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου στηρίζουν την τοπική κοινωνία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων
- vii. Αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου ενδυναμώνουν την τοπική αγορά.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, το έπραξαν για να καλύψουν τις τοπικές ανάγκες των κατοίκων ή το έπραξαν στη βάση άλλων κριτηρίων, ανιχνεύτηκε από τους κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην έρευνα ότι οι τοπικές ανάγκες για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι στην ελληνική ύπαιθρο αυξημένες και η ύπαρξη δημόσιων δομών υγείας και φροντίδας είναι πολύ περιορισμένες και υποβαθμισμένες. Αυτό εκτίμησαν ότι αυξάνει το ενδιαφέρον για κάλυψη των αναγκών με υπηρεσίες από τις δικές τους κοινωνικές δομές. Θεωρούν ότι σε αυτές τις περιπτώσεις οι κοινωνικές επιχειρήσεις γίνονται εναλλακτικοί πάροχοι υγείας-φροντίδας-μέριμνας δημιουργώντας ισχυρούς δεσμούς με την κοινότητα και συμβάλλοντας καθοριστικά στην κάλυψη των τοπικών αναγκών, στην ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα της κοινότητας.

Εδώ η προσέγγιση γίνεται μέσα από δυο πτυχές που οδηγούν όμως στο ίδιο αποτέλεσμα, αν και η αφετηρία τους είναι διαφορετική. Η πρώτη προσέγγιση εστιάζει στις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που καλύπτουν τις υπαρκτές ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου ως αυτόνομες κοινωνικές επιχειρήσεις, αφού τις ανάγκες αυτές των κατοίκων δεν μπορούσαν ή δεν ήθελαν ως επιλογή να καλύψουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας (Caló et al, 2018; Kerlin, 2006). Η δεύτερη προσέγγιση εστιάζει στη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων της υπαίθρου σε ρόλο συμπλήρωσης ή υποκατάστασης των δημόσιων και ιδιωτικών συστημάτων υγείας και περίθαλψης (Teasdale 2012; Defourny & Nyssens, 2010). Ανεξάρτητα, όμως, από το αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο αυτόνομα ή συμπληρωματικά με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς προκύπτουν δυο στοιχεία. Το πρώτο έχει να κάνει με την αναγκαιότητα ύπαρξης των κοινωνικών επιχειρήσεων στην ύπαιθρο για την κάλυψη των αναγκών των κατοίκων και το δεύτερο ότι ο δημόσιος ή ο ιδιωτικός τομέας από μόνοι τους δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις στον πυρήνα τους, κατά κύριο λόγο, έχουν την κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου με το μικρότερο δυνατό κόστος γι' αυτούς και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας στην ύπαιθρο (Weinhold & Gurtner, 2014), των οποίων κυρίως



οι χρήστες είναι άνθρωποι ηλικιωμένοι, με αναπηρία, ευάλωτοι πληθυσμοί όπως οι γυναίκες και οι μετανάστες (O'Shaughnessy et al, 2011). Η κοινωνική επιχειρηματικότητα προτείνει και υλοποιεί νέες και αντισυμβατικές λύσεις για την αντιμετώπιση των αναγκών των πολιτών (Gidron & Monnickendam-Givon, 2017). Η φροντίδα των ηλικιωμένων καθώς και άλλων ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων συνεχώς μεταβάλλεται (Bowlby et al, 2010). Σε αυτή την κατεύθυνση η κοινωνική επιχειρηματικότητα έχει τη δυνατότητα να ικανοποιεί τις ανάγκες των ανθρώπων έξω από τα ιδρύματα, μέσα στον δικό τους χώρο, το σπίτι τους (Milligan, 2000). Έχουμε δηλαδή μετακίνηση των ηλικιωμένων ανθρώπων από τους ιδρυματικούς χώρους στο δικό τους προσωπικό περιβάλλον (McKie et al, 2002). Τα παραπάνω ευρήματα είναι συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που έδειξαν την ύπαρξη αναγκών για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στους κατοίκους της ελληνικής υπαίθρου, τις οποίες ανάγκες οι κάτοικοι τις καλύπτουν και μέσα από τις δράσεις των κοινωνικών επιχειρήσεων είτε αυτές λειτουργούν αυτόνομα είτε σε συνεργασία με άλλους φορείς και άλλες δομές.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική υπαίθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, συντελούν στο να παραμείνει ο πληθυσμός της υπαίθρου στις εστίες του και να μη μετακινηθεί στα αστικά κέντρα, ανιχνεύτηκε ότι οι ίδιοι οι κοινωνικοί επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας θεωρούν ότι σε αυτό συνεισφέρουν με τη λειτουργία και τη δράση της κοινωνικής τους επιχείρησης. Καθώς ο πληθυσμός της υπαίθρου γερνάει, με το προσδόκιμο ζωής να μεγαλώνει, οι ηλικιωμένοι γίνονται κύριοι χρήστες πολλών κοινωνικών επιχειρήσεων φροντίδας (Steinerowski & Woolvin, 2012). Ταυτόχρονα παρατηρείται το φαινόμενο η φροντίδα των ηλικιωμένων και άλλων ευάλωτων ομάδων να μεταβάλλεται (Bowlby et al, 2010) και να μετακινείται εκτός ιδρυματικών χώρων, ο ρόλος της φροντίδας εισέρχεται από τον θεσμικό χώρο στον οικιακό χώρο (Skinner & Rosenberg, 2006). Από την άλλη πλευρά η μείωση του πληθυσμού της υπαίθρου οδηγεί αυτές τις περιοχές στην αναποτελεσματική και άνιση κατανομή των εθνικών πόρων (Lipton, 1982) και στερεί τις περιοχές αυτές από το παραγωγικό ανθρώπινο δυναμικό τους αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας (Jones et al, 2019). Πλέον οι περισσότερες περιοχές της υπαίθρου κατοικούνται από ηλικιωμένο πληθυσμό και απαιτούνται μέτρα στήριξης και των νέων ανθρώπων και του γερασμένου πληθυσμού για να μείνουν στην υπαίθρο (Barjis et al, 2013; Davis & Bartlett, 2008; Letvak, 2002). Για να μείνει ο πληθυσμός στην υπαίθρο και να μη μεταναστεύσει, μεταξύ των άλλων, απαιτείται να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις ανάγκες του. Το θέμα της εργασίας του και η εξασφάλιση δομών υγείας και εκπαίδευσης (Riethmuller et al, 2021). Η ανάπτυξη και η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων στην υπαίθρο μπορεί να απαντήσει θετικά στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών δημιουργώντας κάποιες θέσεις εργασίας αλλά κυρίως εξασφαλίζοντας ένα πλαίσιο ασφάλειας στα θέματα υγείας και φροντίδας, κάτι που ενδυναμώνει την αυτοπεποίθηση των κατοίκων και συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής τους (Caló et al, 2019). Αυτό ισχυρίζεται και η έρευνα του Macaulay (2016) επισημαίνοντας ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις, που λειτουργούν στις απομακρυσμένες περιοχές της υπαίθρου καθώς και αυτές των νησιωτικών περιοχών, δημιουργούν ένα πλέγμα εμπιστοσύνης με τους κατοίκους των περιοχών αυτών και τους παρέχουν ασφάλεια, κάτι που είναι αναγκαίο για να παραμείνουν στην περιοχή. Τα παραπάνω ευρήματα είναι συμβατά με την άποψη των κοινωνικών επιχειρηματιών, που

συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, που ισχυρίζονται ότι η κοινωνική επιχειρηματική τους δράση στην ύπαιθρο στηρίζει τον τοπικό πληθυσμό, του παρέχει σιγουριά και ασφάλεια που είναι βασικά στοιχεία για να παραμείνει στην ύπαιθρο και να μη μεταναστεύσει στα αστικά κέντρα.

Εξετάζοντας, επίσης, αν πέρα από τη στήριξη των κατοίκων της υπαίθρου για να μείνουν στις εστίες τους συντελούν οι κοινωνικές επιχειρήσεις και στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση, ανιχνεύτηκε ότι πολλοί κάτοικοι των αστικών κέντρων, ιδιαίτερα συνταξιούχοι, διατηρούν τα πατρικά σπίτια τους στην ελληνική ύπαιθρο και διαμένουν στα χωριά τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα και σ' αυτό συντελούν οι υπάρχουσες κοινωνικές δομές υγείας και φροντίδας. Κάποιοι μάλιστα έχουν εγκατασταθεί και μόνιμα στις περιοχές της υπαίθρου από τότε που συνταξιοδοτήθηκαν. Επίσης, ανιχνεύτηκε ότι και νέα άτομα προερχόμενα από αστικά κέντρα αναζητούν εργασία στην ύπαιθρο όπως και αρκετοί μετανάστες. Αυτό κατά τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα κοινωνικούς επιχειρηματίες δίνει μια νέα δυναμική στην ελληνική ύπαιθρο και καθοριστικό στοιχείο είναι το δίκτυο ασφάλειας που θέλουν να υπάρχει για ικανοποίηση των αναγκών τους στα θέματα υγείας και φροντίδας. Αυτό το δίκτυο ασφάλειας θεωρούν ότι παρέχεται και με τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Η έρευνα των Battaglini & Corrado (2014) έδειξε ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνειδητή κίνηση επιστροφής στις αγροτικές περιοχές της υπαίθρου από ανθρώπους που προέρχονται από άλλες περιοχές αξιοποιώντας τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της υπαίθρου. Μια αντίστοιχη κίνηση έχει ερευνητικά καταγραφεί και από απόφοιτους πανεπιστημίου που επιστρέφουν στις αγροτικές περιοχές της καταγωγής τους (Rérat, 2014). Για να δημιουργηθούν, όμως, συνθήκες απασχόλησης και βιώσιμης ανάπτυξης στις περιοχές αυτές απαιτείται απρόσκοπτη πρόσβαση, με μικρό κόστος, σε μονάδες υγείας και φροντίδας (Woodie, 2018). Πολλοί που μετανάστευσαν οικογενειακά μεταπολεμικά στα αστικά κέντρα για να εξασφαλίσουν εργασία και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης μετά τη συνταξιοδότησή τους επιστρέφουν στις προγονικές εστίες τους στην ύπαιθρο αναζητώντας καθαρή φύση, γαλήνιο περιβάλλον και ασφάλεια, γι' αυτό και είναι ανάγκη να προωθηθούν δομές για τη δημιουργία ενός πλέγματος ασφάλειας γι' αυτούς (Unger, 2015; Jauhiainen, 2009). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις, σύμφωνα με έρευνες, μπορούν να αμβλύνουν τις κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες της υπαίθρου στηρίζοντας τις θέσεις εργασίας (Apostolopoulos et al, 2019; Spear et al. 2001) και ταυτόχρονα να δημιουργήσουν συνθήκες ασφάλειας στα θέματα υγείας και φροντίδας των κατοίκων της υπαίθρου (Farmer, 2021c; Apostolopoulos et al, 2020; Kayingo, 2012). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορούν να αντιμετωπίσουν ακόμη και επείγουσες ανάγκες που οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές επιβάλλουν (Muñoz, 2010). Με βάση τα παραπάνω οι διάφορες επιχειρηματικές δράσεις συμπεριλαμβανομένων και των δράσεων των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι παράγοντες που συντελούν στη μετακίνηση πληθυσμού σε μόνιμη ή εποχιακή βάση από τα αστικά κέντρα στην ύπαιθρο. Οι θέσεις εργασίας που δημιουργούνται από επιχειρήσεις στην ύπαιθρο εμποδίζουν τη μετανάστευση του τοπικού πληθυσμού στα αστικά κέντρα γι' αυτό και από πλευράς κρατών υπάρχουν προγράμματα βοήθειας και στήριξης αυτών των επιχειρήσεων (Hoy, 1983). Η έρευνα των Farmer et al, (2012a) έδειξε ότι οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη στήριξη του κοινωνικού ιστού των εύθραυστων κοινοτήτων της υπαίθρου καθώς και στη βιωσιμότητα της κοινότητας.

Στην ίδια κατεύθυνση είναι και τα ευρήματα της έρευνας των Apostolopoulos et al, (2021a) που πραγματοποιήθηκε σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας και έδειξε ότι οι επιχειρήσεις υγείας συντελούν στην ανάπτυξη των περιοχών που λειτουργούν, δημιουργούν θέσεις εργασίας και συγκρατούν τον πληθυσμό στην ύπαιθρο ώστε να μη μεταναστεύσουν στα αστικά κέντρα. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι υγειονομικές μονάδες ανεξάρτητα αν είναι ιδιωτικές, δημόσιες ή κοινωνικές συμβάλλουν στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο, στην τοπική ανάπτυξη, στην αύξηση της παραγωγικότητας, στη μείωση της θνησιμότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Bem et al, 2019; Ajala et al, 2005).

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, συντελούν στη δημιουργία θέσεων εργασίας, ανιχνεύτηκε ότι δημιουργούν θέσεις εργασίας αλλά και έναν οικονομικό κύκλο που με τη σειρά του δημιουργεί κι αυτός θέσεις εργασίας. Ανιχνεύτηκε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που υποστηρίζουν προγράμματα με θετικό αντίκτυπο στον άνθρωπο, στην υγεία του και στην απασχόληση, συντελούν στη μείωση της οικονομικής και κοινωνικής παρακμής, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων της υπαίθρου καθώς και στη δημιουργία θέσεων εργασίας. Ανιχνεύτηκε ακόμη ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου διαθέτουν ευελιξία, αξιοποιούν καλύτερα τις επιχειρηματικές ευκαιρίες και έχουν τη δυνατότητα να προσλαμβάνουν εργατικό δυναμικό χωρίς ιδιαίτερες γραφειοκρατίες. Τέλος, ανιχνεύτηκε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να εξασφαλίσουν εξειδικευμένο σε γνώσεις ανθρώπινο δυναμικό. Σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων της Ελλάδας (2020) οι κοινωνικές επιχειρήσεις, λόγω των κοινωνικών τους στόχων και του χαρακτήρα τους, δημιουργούν θέσεις εργασίας σε ομάδες που αποκλείονται συχνότερα από την αγορά εργασίας και ταυτόχρονα συντελούν στην επανένταξη στην εργασία μακροχρόνιων ανέργων συμβάλλοντας στη μείωση της ανεργίας και στην προώθηση της κοινωνικής συνοχής. Εξετάζοντας τη διεθνή βιβλιογραφία διαπιστώνεται ότι η επιχειρηματικότητα δημιουργεί θέσεις εργασίας, συντελεί στην επίλυση προβλημάτων με κοινωνικές διαστάσεις και βοηθάει στην ανοικοδόμηση των οικονομιών μετά από κρίσεις (Tobias et al, 2013; Welsh et al, 2013; Tobias & Boudreaux, 2011; Naudé, 2007). Ιδιαίτερα οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας που λειτουργούν στην ύπαιθρο συντελούν στην ανάπτυξη, δημιουργούν θέσεις εργασίας και συγκρατούν τον πληθυσμό στην ύπαιθρο, να μη μεταναστεύσει Apostolopoulos et al, (2021a). Η έρευνα των Buhariwala et al (2015) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις δημιουργούν θέσεις εργασίας που είναι εξυπηρετικές για τους ανθρώπους και ευνοϊκές για τη συνεχή επιτυχία της κοινωνικής επιχείρησης και μάλιστα γίνονται ευνοϊκοί χώροι εργασίας για άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα όπως τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές. Η μεγάλη διαφορά των κοινωνικών επιχειρήσεων από τις ιδιωτικές στο θέμα της δημιουργίας θέσεων εργασίας είναι ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις προσφέρουν εργασία και σε άτομα που αντιμετωπίζουν πολλαπλά, επίπονα εμπόδια και προβλήματα (Shamash, 2010). Σ' αυτό βοηθάει και το γεγονός ότι πολλές φορές οι θέσεις εργασίας μπορεί να επιδοτούνται μόνιμα για τα άτομα με αναπηρία που απασχολούνται στις κοινωνικές επιχειρήσεις (Spear, 2002). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις δημιουργούν θέσεις εργασίας ή οδούς απασχόλησης για άτομα που δύσκολα θα έβρισκαν εργασία στην ελεύθερη αγορά συντελώντας, έτσι, στην

απασχόληση σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Qian et al, 2019). Από τη στιγμή που οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνδυάζουν μια επιχειρηματική δυναμική με την πρωτοκαθεδρία της κοινωνικής αποστολής τις διαφοροποιεί από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και αυτό επηρεάζει θετικά και την ποιότητα των θέσεων εργασίας με χαμηλή ειδίκευση (Brolis & Nyssens, 2020; Grégoire, 2003). Η έρευνα των Park & Kim (2020) προσδιόρισε την οικονομική και κοινωνική αξία που δημιουργούν οι κοινωνικές επιχειρήσεις ως βάση για τη δημιουργία θέσεων εργασίας υψηλής ποιότητας και επιβεβαίωσε τον ρόλο που διαδραματίζουν οι επιχορηγήσεις από το κράτος και η απόδοση των περιουσιακών στοιχείων σ' αυτή τη σχέση. Στην Ελλάδα η διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος των κοινωνικών επιχειρήσεων έδειξε ότι αυτές χαρακτηρίζονται από ένα θετικό εργασιακό κλίμα, ευπρόσδεκτο στους εργαζόμενους, που υιοθετεί μια συνεργατική προσέγγιση (Sdrali et al, 2016). Το πρόβλημα, όμως, για τις επιχειρήσεις της υπαίθρου είτε αυτές είναι ιδιωτικές είτε κοινωνικές παραμένει η δυσκολία εξεύρεσης εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού (Jacuniak-Suda & Mose, 2014). Αυτό γίνεται ακόμη πιο δύσκολο όταν πρόκειται για τον χώρο της υγείας στην ύπαιθρο (Snow et al, 2011; Lu et al, 2008).

Εξετάζοντας τις ετήσιες εκθέσεις της πορείας της κοινωνικής οικονομίας που εκδίδει η Διεύθυνση Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (2020, 2018) για το θέμα της δημιουργίας θέσεων εργασίας από τους φορείς της Κοινωνικής Οικονομίας στην Ελλάδα διαπιστώνεται η συνεχής αύξηση των θέσεων εργασίας. Οι κοινωνικές και αλληλέγγυες επιχειρήσεις, σύμφωνα με τις εκθέσεις, δημιουργούν εργασιακές ευκαιρίες, ιδιαίτερα για άτομα με αναπηρίες, καθώς και για άτομα διαφόρων ευπαθών και μειονεκτούντων κοινωνικών ομάδων. Η καταγραφή της απασχόλησης στους φορείς της Κοινωνικής Οικονομίας στην Ευρώπη έδειξε ότι πάνω από 13,6 εκατομμύρια άνθρωποι εργάζονται στους φορείς αυτούς και ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν από τα μεγαλύτερα ποσοστά. Στην Ελλάδα η έκθεση του έτους 2018 για την κοινωνική οικονομία έδειξε ότι ο συνολικός αριθμός των Ετήσιων Μονάδων Εργασίας (EME) το 2018 ανερχόταν σε 1.164 από τις οποίες οι 248 αφορούσαν εργαζόμενους από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπου ο τριτογενής τομέας μεταξύ των οποίων και οι κοινωνικές υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας, ανερχόταν στο 98%. Με βάση τις προαναφερόμενες εκθέσεις οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας συνεχώς αυξάνονται, μάλιστα το 2016 διπλασιάστηκαν σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο και από τότε παρουσιάζουν συνεχώς αυξητικές τάσεις. Όμως ο αριθμός των εργαζομένων σε αυτές παραμένει μικρός και ελάχιστοι εργαζόμενοι προέρχονται από τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού. Λίγο καλύτερη εικόνα παρουσιάζουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις μέριμνας χωρίς κατάλυμα. Αυτές είναι μικρού μεγέθους, με μικρό κύκλο εργασιών, με λίγο περισσότερους εργαζόμενους σε σχέση με τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας αλλά και αυτές απασχολούν ελάχιστους εργαζόμενους προερχόμενους από ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Τέλος, το 2018 οι κοινωνικές επιχειρήσεις βοήθειας με παροχή υπηρεσιών σε κτίρια και εξωτερικούς χώρους ήταν τρίτες στη σειρά με 153 EME και ποσοστό 25%.<sup>33</sup> Για το ίδιο έτος οι δραστηριότητες βοήθειας με παροχή καταλύματος στην

<sup>33</sup> Οι κλάδοι και η ποσοστιαία συμμετοχή τους στον συνολικό αριθμό των EME παρουσίασαν το 2018 την παρακάτω εικόνα: δραστηριότητες υπηρεσιών εστίασης, 303 EME (26%), δραστηριότητες βοήθειας με παροχή καταλύματος, 291 EME (25%), δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών σε κτίρια και εξωτερικούς χώρους, 153 EME (13%), άλλες δραστηριότητες παροχής προσωπικών υπηρεσιών, 54

απασχόληση ατόμων προερχόμενων από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες κατετάγησαν τρίτες με 93 ΕΜΕ και ποσοστό 12%.<sup>34</sup>

Με βάση τα παραπάνω διαπιστώθηκε από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις και στον χώρο της υγείας και της φροντίδας στην ύπαιθρο δημιουργούν θέσεις εργασίας και μάλιστα κάποιες από αυτές προέρχονται από ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Συνεπώς το εύρημα αυτό είναι συμβατό με την άποψη των κοινωνικών επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα και οι οποίοι ισχυρίζονται ότι οι κοινωνικές τους επιχειρήσεις δημιουργούν θέσεις εργασίας. Με βάση, όμως, την εικόνα που αποτυπώνεται στην Ελλάδα μέσα από τις εκθέσεις της Διεύθυνσης Κοινωνικής και Αλληλεγγύης Οικονομίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων η δημιουργία θέσεων εργασίας για τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας είναι ελάχιστες και ακόμη πιο ελάχιστες είναι οι θέσεις εργασίας που προέρχονται από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Εδώ έχουμε μια ξεχωριστή περίπτωση, που χρειάζεται περαιτέρω έρευνα, για τα αίτια που δεν επιτρέπουν τη δημιουργία μεγάλου αριθμού θέσεων εργασίας σε αυτές τις κοινωνικές επιχειρήσεις. Να εξεταστεί, δηλαδή, μήπως υπάρχει κάποια ελληνική ιδιαιτερότητα.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, συντελούν στη απαλλαγή των κατοίκων της υπαίθρου από κόστη επιβάρυνσης αναζήτησης υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας στα αστικά κέντρα, ανιχνεύτηκε ότι η δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας πράγματι απαλλάσσει τους κατοίκους της υπαίθρου από κόστη που θα επιβαρύνονταν αν ζητούσαν την κάλυψη των αντίστοιχων υπηρεσιών σε δομές μακριά από τον τόπο κατοικίας τους. Ανιχνεύτηκε, επίσης, ότι οι δικές τους κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν δίπλα στους κατοίκους της υπαίθρου, τους παρέχουν άμεση στήριξη, χωρίς μετακινήσεις και χαμένο χρόνο, αναβαθμίζουν την ποιότητα ζωής τους και συνδέονται μαζί τους με σχέσεις εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι της υπαίθρου είναι και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Farmer et al, 2012a) αφού στην ύπαιθρο οι διαρθρωτικές αδυναμίες της προκαλούν σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές προκλήσεις (Baxter et al, 2020). Αυτές τις προκλήσεις μπορούν να αντιμετωπίσουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις της υπαίθρου αφού αυτές αποτελούν σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης κοινωνικών φαινομένων όπως η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά στον τόπο κατοικίας τους (Kelly et al, 2019). Η έρευνα των Macaulay, et al, (2018) έδειξε ότι υπάρχει μια θετική επίδραση των κοινωνικών επιχειρήσεων σε διάφορες πτυχές της υγείας των κατοίκων της υπαίθρου που στηρίζουν την ποιότητα ζωής τους

---

ΕΜΕ (5%), δραστηριότητες οργανώσεων, 45 ΕΜΕ (4%), επιστημονική έρευνα και ανάπτυξη, 44 ΕΜΕ (4%), εκπαίδευση, 43 ΕΜΕ (4%), λιανικό εμπόριο, εκτός από το εμπόριο μηχανοκίνητων οχημάτων και μοτοσικλετών, 31 ΕΜΕ (3%).

<sup>34</sup> Οι κλάδοι και η ποσοστιαία συμμετοχή τους στον συνολικό αριθμό των ΕΜΕ ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων παρουσίασαν το 2018 την παρακάτω εικόνα: δραστηριότητες υπηρεσιών εστίασης, 112 ΕΜΕ ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (38%), δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών σε κτίρια και εξωτερικούς χώρους, 93 ΕΜΕ ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (32%), δραστηριότητες βοήθειας με παροχή καταλύματος, 35 ΕΜΕ ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (12%), άλλες δραστηριότητες παροχής προσωπικών υπηρεσιών, 18 ΕΜΕ ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (6%).

στον τόπο διαμονής τους. Επειδή οι κάτοικοι της υπαίθρου είναι δύσκολο να μετακινούνται λόγω των ιδιαιτεροτήτων των περιοχών της υπαίθρου, όπου για παράδειγμα τα μέσα μαζικής μεταφοράς είναι πολύ περιορισμένα, αλλά και λόγω κόστους, οι κοινωνικές επιχειρήσεις δίνουν λύσεις (Baxter et al, 2020). Είναι χαρακτηριστικό το πόσο διευκολύνουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις τους κατοίκους της υπαίθρου με τις υπηρεσίες τους στο θέμα του κόστους των υπηρεσιών, που σε πολλές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα στη φρονίδα ηλικιωμένων ή στην παιδική μέριμνα που οι χρήστες πολλές φορές πληρώνουν διαφορετικές, προκαθορισμένες τιμές ανάλογα με τα εισοδήματά τους (DIALOG IRS, 2020). Η λεπτομερής γνώση που διαθέτουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις για τις τοπικές ανάγκες και τον τοπικό πληθυσμό οδηγεί στο να χρεώνουν πολλές φορές χαμηλότερες τιμές για τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε άτομα ή ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες, που χωρίς την ύπαρξη αυτών των κοινωνικών επιχειρήσεων, δύσκολα ως αδύνατον θα αντιμετωπίζονταν οι ανάγκες αυτές (DIALOG IRS, 2020). Τέλος η έρευνα των (Kelly et al, 2019) έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις ενισχύουν τη διατήρηση των κοινοτήτων της υπαίθρου και αμβλύνουν προβλήματα που δημιουργεί η γεωγραφική θέση σε σχέση και με τις αποστάσεις από τα αστικά κέντρα. Τα παραπάνω στοιχεία είναι συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που έδειξαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στην ύπαιθρο δίνουν λύση στα προβλήματα υγείας και φροντίδας των πολιτών στον τόπο κατοικίας τους και με το μικρότερο δυνατό κόστος. Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, συντελούν στη στήριξη της τοπικής κοινωνίας και στην ποιότητα ζωής των κατοίκων, ανιχνεύτηκε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις που ιδρύονται και λειτουργούν στην ύπαιθρο, ανεξάρτητα από το μέγεθός τους και τη δομή τους, συνδέονται με την κοινότητα, στηρίζουν τον κοινωνικό της ιστό, συντελούν στην ανάπτυξη της υπαίθρου και συμβάλλουν στη βιωσιμότητα της κοινότητας και στην αειφορία. Ανιχνεύτηκε, επίσης, ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας βασισμένες στην κοινότητα μπορούν να προσφέρουν μια σειρά αποτελεσμάτων υγείας, φροντίδας, μέριμνας και ευεξίας σε όλο το κοινωνικό σύνολο της περιοχής στηρίζοντας έτσι την ποιότητα ζωής των κατοίκων. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και υγειονομικής περίθαλψης της υπαίθρου ενδυναμώνουν την αυτοπεποίθηση των κατοίκων, απαντούν θετικά στις ανάγκες τους και συμβάλλουν στην ποιότητα της ζωής τους (Caló et al, 2019). Αυτό δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας των κατοίκων που αποδέχονται και αντιμετωπίζουν θετικά τη λειτουργία και τη δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων (Macaulay, 2016). Η συμμετοχή των κατοίκων της υπαίθρου στις δράσεις των κοινωνικών επιχειρήσεων συντελεί στην αναβάθμιση της υγείας τους, της ευημερίας τους και της ποιότητας της ζωής τους (Handerson et al, 2019). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης, αυξάνουν τα συναισθήματα ευτυχίας και ικανοποίησης αυτών που αναζητούν τις υπηρεσίες τους για να αντιμετωπίσουν τις ανθρώπινες ανάγκες τους (Kelly et al, 2019). Είναι σημαντικό ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν προγράμματα με θετικό αντίκτυπο στη μείωση της κοινωνικής παρακμής και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πολιτών (Macaulay, et al, 2018). Οι συμμετέχοντες στα προγράμματα των κοινωνικών επιχειρήσεων της υπαίθρου αισθάνονται ασφαλείς και συνδέονται με σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης τόσο με τις υπηρεσίες των κοινωνικών επιχειρήσεων όσο και με τους εργαζόμενους σε αυτές (Caló

et al, 2019). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους κατοίκους στα θέματα υγείας και ευεξίας καθώς και στα θέματα ασφάλειας και θεραπείας σε όσους αναζητούν τις υπηρεσίες τους (Munoz et al, 2015). Ταυτόχρονα οι κοινωνικές επιχειρήσεις δημιουργούν μια βαθιά ενσωμάτωση με την τοπική κοινωνία (Eversole, et al, 2014) γιατί έχουν υιοθετήσει τη λογική να πλησιάζουν όσο γίνεται περισσότερο την τοπική κοινωνία και τους ανθρώπους της και όχι το αντίστροφο (Best, & Myers, 2019). Επειδή διαθέτουν και ευελιξία τις καθιστά εναλλακτικό πάροχο υγείας, κάτι που δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς με την τοπική κοινωνία (Caló et al, 2019). Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις συμβάλλουν καθοριστικά στην ανθεκτικότητα και στη βιωσιμότητα των κοινοτήτων των απομακρυσμένων περιοχών της υπαίθρου ακόμη και σε περιόδους κρίσεων (Apostolopoulos et al, 2019; Morrison et al, 2017). Συντελούν στην ενίσχυση των κοινοτήτων της υπαίθρου και αμβλύνουν τα προβλήματα των κατοίκων των περιοχών αυτών (Kelly et al, 2019). Σε όσες περιπτώσεις οι κοινωνικές επιχειρήσεις δεν μπόρεσαν να ενσωματωθούν στην τοπική κοινωνία γιατί δεν έλαβαν υπόψη τους ότι οι τοπικές κοινωνίες εκφράζουν τις προτεραιότητες και δεσμεύονται σε αυτές, δεν είχαν θετικά αποτελέσματα (Nimegeer et al, 2011). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις που ελέγχονται από την κοινότητα δημιουργούν μέσω της γνώσης συνθήκες ευημερίας στους κατοίκους (Best & Myers, 2019; Macaulay et al, 2018).

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, συντελούν στην ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς, ανιχνεύτηκε ότι η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων συντελεί στην τόνωση και ενδυνάμωση της τοπικής οικονομίας είτε αυτές λειτουργούν αυτόνομα είτε σε συμπαραγωγή με άλλους φορείς της υπαίθρου. Ανιχνεύτηκε, επίσης, ότι δημιουργούν δυναμική στην τοπική αγορά και συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους κατοίκους της υπαίθρου. Οι περιοχές της υπαίθρου χαρακτηρίζονται από περίπλοκες κοινωνικές και οικονομικές σχέσεις (Woods, 2007) καθώς και από ετερογένεια μεταξύ τους (Lang & Fink, 2019), κάτι που διαμορφώνει και την τοπική αγορά. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις λόγω του χαρακτήρα τους ενεργοποιούν νέες λύσεις για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών (Moulaert et al, 2013) και ταυτόχρονα εμπλέκονται με τοπικούς και εξωγενείς παράγοντες και συνδυάζουν κοινωνικοοικονομικές σχέσεις αγοράς, αναδιανομής και αμοιβαιότητας (Olmedo et al, 2021). Όταν οι τοπικές αγορές αντιμετωπίζουν προβλήματα και αποτυχίες, οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορούν να δώσουν λύσεις μέσω των κοινωνικών, εθελοντικών και συνεργατικών δράσεών τους (O'Hara, 2001). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι έντονα ενσωματωμένες στις τοπικές περιοχές, στην τοπική κοινότητα, στην τοπική αγορά και κινητοποιούν πολλαπλούς πόρους και περιουσιακά στοιχεία για να πετύχουν τους κοινωνικούς τους στόχους στηρίζοντας και την τοπική ανάπτυξη (Eversole et al, 2014). Αλλά και με βάση την ετήσια έκθεση 2019-2020 για την κοινωνική οικονομία που εκδίδει η Διεύθυνση Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (2020) προκύπτει ότι οι κοινωνικές και αλληλέγγυες επιχειρήσεις έχουν ισχυρή βάση, κατανοούν καλύτερα τις ειδικές ανάγκες των κατοίκων και της τοπικής αγοράς γι' αυτό και προσφέρουν υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της οικονομικής, κοινωνικής και εδαφικής συνοχής. Τα παραπάνω στοιχεία είναι συμβατά με τα

ευρήματα της παρούσας έρευνας που έδειξαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συντελούν στην ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς.

### 8.2.3. Οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις

Με την παρούσα έρευνα αναζητήθηκε να φωτιστεί αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε περιόδους κρίσεων, όπως η οικονομική κρίση του 2008 και υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19, ήταν ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία, παρουσίασαν ανθεκτικότητα, είχαν θετική επίδραση στην υγεία των πολιτών, μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά προβλήματα όπως η ανεργία, η φτώχεια, η μοναξιά, ο απομόνωση, ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση.

Εξετάστηκαν οι πτυχές:

- i. Οι επιπτώσεις των κρίσεων στη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου
- ii. Τα προβλήματα ρευστότητας
- iii. Ο βαθμός προσαρμοστικότητας που έδειξαν την περίοδο των κρίσεων
- iv. Ο βαθμός ανθεκτικότητας που παρουσίασαν την περίοδο των κρίσεων

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική υπαίθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, αντιμετώπισαν προβλήματα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2008 αλλά και της υγειονομικής κρίσης με την πανδημία COVID-19, ανιχνεύτηκε ότι οι συγκεκριμένες κοινωνικές επιχειρήσεις την περίοδο των κρίσεων αντιμετώπισαν προβλήματα, όπως κάθε επιχειρηματική δραστηριότητα, αλλά έδειξαν ευελιξία, εύκολη προσαρμοστικότητα και αξιοποίησαν τις επιχειρηματικές ευκαιρίες που δημιουργήσαν οι κρίσεις, αναπροσαρμόζοντας τη στρατηγική τους και τη στόχευσή τους χωρίς να εκτραπεί η λειτουργία τους. Ανιχνεύτηκε, ακόμη, ότι την περίοδο των κρίσεων μεταβλήθηκε και η συμπεριφορά των πολιτών με αποτέλεσμα να διαμορφωθεί ένα νέο τοπίο λειτουργίας και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις. Οι περιοχές της υπαίθρου σε περιόδους κρίσεων παρουσιάζουν δυο εικόνες. Η μία θέλει τις περιοχές της υπαίθρου να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στις κρίσεις, στα θέματα υγείας των πολιτών, αφού οι περιοχές αυτές διαθέτουν λιγότερους γιατρούς, λιγότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κακή πρόσβαση στο διαδίκτυο, ελλείψεις στο κοινωνικό κεφάλαιο και περισσότερους ανασφάλιστους (Peters, 2020). Αυτό σημαίνει για παράδειγμα ότι οι περιοχές της υπαίθρου λόγω έλλειψης δομών υγείας και πληροφόρησης μπορεί να συνεχίσουν να είναι επιρρεπείς στις υγειονομικές κρίσεις κι όταν ακόμη υπάρχει φθίνουσα πορεία των κρουσμάτων γιατί δημιουργείται μια λανθασμένη αίσθηση αγροτικής ανοσίας, λόγω του μικρού πληθυσμού, καθώς διαβάζονται λανθασμένα τα στατιστικά στοιχεία (Silver, 2020; Souch & Cossman, 2020). Για τη διαχείριση μιας κρίσης, χρειάζεται να υπάρχει μια συνεχής ροή πληροφοριών που να μεταδίδει νέα δεδομένα (Doern et al., 2019). Ταυτόχρονα, όμως, αναδεικνύεται η σημασία της λειτουργίας των κοινωνικών επιχειρήσεων στις περιοχές της υπαίθρου σε περιόδους κλυδωνισμού. Η δεύτερη θέλει τις περιοχές της υπαίθρου πιο ανθεκτικές στις υγειονομικές κρίσεις επειδή είναι



αραιοκατοικημένες και οι κίνδυνοι εξάπλωσης των πανδημιών στην κοινότητα είναι λιγότερο ανησυχητικές (Peters, 2020). Σε κάθε περίπτωση οι κρίσεις επιδρούν επάνω και στους κατοίκους της υπαίθρου και μεταβάλλουν τις συμπεριφορές τους και τις συνήθειές τους (Alon et al, 2020; Kraus et al, 2020; Ansell & Boin, 2019). Εξάλλου οι αντιδράσεις στις επιπτώσεις των κρίσεων των νοικοκυριών, της κοινότητας και των επιχειρήσεων είναι αλληλένδετες (Karlsson et al, 2014; Bennett & Phillipson, 2004; Phillipson et al, 2004).

Από την άλλη πλευρά οι κρίσεις δημιουργούν αναταραχή όχι μόνο στις ιδιωτικές επιχειρήσεις αλλά και στις κοινωνικές επιχειρήσεις και γενικά σε όλους τους φορείς της κοινωνικής οικονομίας, ανεξάρτητα αν αυτοί βρίσκονται στα αστικά κέντρα ή στις περιοχές της υπαίθρου (Casno & Sloka, 2021; Apostolopoulou et al, 2019). Σε περιόδους κρίσεων και οι κοινωνικές επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν προβλήματα στη λειτουργία τους και στη δράση τους, βιώνουν τη μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών τους με αποτέλεσμα την απώλεια εσόδων, την αστάθεια των ταμειακών ροών (European Union, 2021), κάτι που επιδρά αρνητικά και στην επίτευξη των στόχων τους (Casno & Sloka, 2021). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για να ξεπεραστούν οι διάφορες κρίσεις και λόγω της έμφυτης εστίασής τους στην ευημερία της κοινωνίας (Ratten, 2020b) έχουν τη δυνατότητα να δημιουργούν κοινωνική αξία για την υπέρβαση των κρίσεων (Ratten, 2020a). Οι ακραίες καταστάσεις που δημιουργεί η όξυνση των κρίσεων αντιμετωπίζονται καλύτερα, σύμφωνα με την έρευνα των Apostolopoulos et al, (2019), αν στις περιοχές αυτές λειτουργούν και δραστηριοποιούνται κοινωνικές επιχειρήσεις. Συνεπώς οι κρίσεις φέρνουν και πάλι την αναγκαιότητα λειτουργίας των κοινωνικών επιχειρήσεων και δεν είναι τυχαίο ότι πολλά κράτη θεσμοθέτησαν τις κοινωνικές επιχειρήσεις στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2008 ώστε να αμβλύνουν τις επιπτώσεις της κρίσης, αξιοποιώντας τα ερευνητικά στοιχεία που έδειχναν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι καλύτερα ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία και δρουν πιο αποτελεσματικά (Eversole et al, 2014; Farmer & Kilpatrick, 2009). Σε αυτές τις περιόδους των κρίσεων η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων έχει θετική επίδραση στην υγεία των πολιτών, μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα κοινωνικά προβλήματα (Handerson et al, 2019a; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017) και έχει την ικανότητα να «συμπαράγει» αγαθά και υπηρεσίες υγείας μέσα από συνεργασίες (Handerson et al, 2019a; Hazenberg & Hall, 2016), ιδιαίτερα στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές (Farmer et al, 2012a). Την περίοδο της πανδημίας COVID-19 κάτοικοι της υπαίθρου αναζήτησαν, για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας, τη συνεργασία του εθελοντισμού και των φορέων της κοινωνικής οικονομίας (Mastronardi et al, 2020). Τα παραπάνω ευρήματα είναι συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που έδειξε ότι η λειτουργία των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου επηρεάστηκε από τις κρίσεις (οικονομική και υγειονομική), έδειξε, όμως, ευελιξία και αντοχή στις πιέσεις.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2008 αλλά και της υγειονομικής κρίσης με την πανδημία COVID-19, ανιχνεύτηκε ότι στο σύνολό τους είχαν πρόβλημα με τους οικονομικούς πόρους για την ομαλή λειτουργία τους και ότι την περίοδο της κρίσης αντιμετώπισαν και οι κοινωνικές επιχειρήσεις τους προβλήματα ρευστότητας, χωρίς

αυτό να ήταν το μοναδικό τους πρόβλημα την περίοδο εκείνη. Ανιχνεύτηκε, επίσης, ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας, που στηρίζονταν αποκλειστικά σε συμβάσεις, ήταν πιο ευάλωτες στις κυβερνητικές αποφάσεις που πάρθηκαν την περίοδο των κρίσεων. Την περίοδο των κρίσεων οι κοινωνικές επιχειρήσεις δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν χρηματοδοτήσεις (Battilana et al, 2012), να καθορίσουν τις τιμές και να διαχειριστούν τις ταμειακές ροές τους (Hynes, 2009). Φοβούμενες οι κοινωνικές επιχειρήσεις το αβέβαιο περιβάλλον που διαμορφώνουν οι συνέπειες της κρίσης δεν επιθυμούν δανεισμούς, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει το πρόβλημα της ρευστότητάς τους (Sunley & Pinch, 2012). Επίσης, επειδή οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν και φιλανθρωπικές χρηματοδοτήσεις, την περίοδο των κρίσεων και αυτές περιορίζονται (Lyons & Kickul, 2013). Αυτό έχει ως συνέπεια να δυσκολεύονται οι κοινωνικές επιχειρήσεις να υλοποιήσουν το πρόγραμμα εσόδων τους, να χάνουν πελατεία, να αντιμετωπίζουν πρόβλημα ρευστότητας, με συνέπειες στην επίτευξη των στόχων τους (Casno & Sloka, 2021). Επιπλέον πολλές κοινωνικές επιχειρήσεις δεν μπόρεσαν την περίοδο των κρίσεων να εκμεταλλευτούν πολιτικές στήριξης, εγχώριες και ευρωπαϊκές, αφού δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας, με αποτέλεσμα το πρόβλημα της ρευστότητας να γίνεται εντονότερο (Casno & Sloka, 2021). Η εμπειρία από τις οικονομικές κρίσεις έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις πρέπει να υιοθετούν στρατηγικές λιτότητας για να υποστηρίξουν τα έσοδά τους και να διατηρούν τους υφιστάμενους πόρους για να έχουν ισχυρότερη ανθεκτικότητα σε περιόδους κρίσεων (Bacq & Lumpkin, 2020; Weaver, 2020). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που έδειξαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας ως συνέπεια των κρίσεων αλλά μπόρεσαν και τα ξεπέρασαν χωρίς εκπτώσεις στους κοινωνικούς τους στόχους, δεν έρχονται σε αντίθεση με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Εξετάζοντας αν οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που επένδυσαν στην ελληνική υπαίθρο, στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας, αντιμετώπισαν προβλήματα προσαρμοστικότητας στο νέο τοπίο που δημιούργησαν οι επιπτώσεις των κρίσεων καθώς και οι δημόσιες πολιτικές αντιμετώπισής τους, ανιχνεύτηκε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου για να μη διακόψουν τη λειτουργία τους ή να κάνουν εκπτώσεις στους στόχους τους υποχρεώθηκαν να προσαρμόσουν τη δράση τους στα νέα δεδομένα που δημιούργησε η οικονομική κρίση του 2008 και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19. Ανιχνεύτηκε, επίσης, ότι η προσαρμοστικότητα ήταν μια δύσκολη υπόθεση, με οικονομικό και εργασιακό κόστος και χρειάστηκε επίμονη και επίπονη δουλειά για να γίνει η προσαρμογή στο νέο τοπίο που δημιουργήθηκε, τόσο κατά τη διάρκεια των κρίσεων όσο και στη συνέχεια. Τέλος, ανιχνεύτηκε ότι με την ευελιξία και την προσαρμοστικότητα που έδειξαν κατάφεραν να μη διακόψουν τη λειτουργία και τη δράση τους και να αμβλύνουν τους κοινωνικούς τους στόχους. Οι δημόσιες πολιτικές που επιβλήθηκαν για να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες των κρίσεων (οικονομική και υγειονομική) δημιούργησαν ένα διαφορετικό περιβάλλον και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις που έπρεπε να προσαρμόσουν τη λειτουργία και τη δράση τους στο νέο περιβάλλον (Apostolopoulos et al, 2021a). Αυτή η προσαρμογή δημιούργησε επιπλέον κόστη και προβλήματα στη ρευστότητά τους και στον κύκλο εργασιών τους (Apostolopoulos et al, 2021a). Ιδιαίτερα στην υγειονομική κρίση οι δημόσιες πολιτικές που επιβλήθηκαν,

προκειμένου να επιβραδυνθεί η διασπορά της πανδημίας COVID-19 στον πληθυσμό της κοινότητας ώστε να αντέξουν τα συστήματα υγείας και να μην καταρρεύσουν, δημιούργησαν σημαντικά προβλήματα στις επιχειρήσεις που για να επιβιώσουν και να συνεχίσουν τη δράση τους έπρεπε να δείξουν προσαρμοστικότητα (Kraus, 2020). Η περικοπή στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας ήταν τόσο μεγάλη που στις περιοχές της υπαίθρου στερήθηκαν βασικά είδη εξοπλισμού απαραίτητα για την περίθαλψη του αγροτικού πληθυσμού (Rachiotis et al, 2014; Oikonomou et al, 2010; Lionis et al, 2009), ταυτόχρονα όμως οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου, όπως και οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας, έδειξαν προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα στην κρίση (Apostolopoulos et al, 2019, Steiner et al, 2019) και μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν καλύτερα κοινωνικά φαινόμενα όπως η φτώχεια και η περιθωριοποίηση (Apostolopoulos et al, 2020; Macaulay et al, 2018; Lages et al, 2017; Millar et al, 2016). Λόγω των περιοριστικών μέτρων για τη μη διασπορά της πανδημίας COVID-19 στην κοινότητα οι κοινωνικές επιχειρήσεις έδειξαν ακόμη και όταν δεν έτυχαν κρατικής υποστήριξης ευελιξία, προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα (Casno & Sloka, 2021). Η προσαρμοστικότητα τις κράτησε στη ζωή, γι' αυτό και σε διάφορες έρευνες έχει αποτυπωθεί ότι την περίοδο της υγειονομικής κρίσης COVID-19 οι κάτοικοι της υπαίθρου αναζήτησαν την αντιμετώπιση των επιπτώσεων στη συνεργασία με τον εθελοντισμό και τους φορείς του τρίτου τομέα της οικονομίας, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι κοινωνικές επιχειρήσεις (Mastronardi et al, 2020). Τα ευρήματα και της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου προσαρμόστηκαν γρήγορα στο περιβάλλον που διαμόρφωσε η κρίση γι' αυτό και μπόρεσαν να δείξουν ανθεκτικότητα. Εξετάζοντας αν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου έδειξαν ανθεκτικότητα, ανιχνεύτηκε ότι έστω και με δυσκολία μπόρεσαν και άντεξαν και στην οικονομική κρίση του 2008 και στην υγειονομική κρίση του COVID-19 και συνέχισαν να παράγουν υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας χωρίς διακοπή, γεγονός που δείχνει την ανθεκτικότητά τους. Η ανθεκτικότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων ενισχύθηκε λόγω της ευελιξίας που έχουν να εστιάζονται σε περιόδους κρίσεων σε νέες ευκαιρίες που οι κρίσεις δημιουργούν (European Union, 2021). Η ευελιξία των κοινωνικών επιχειρήσεων σε περιόδους κρίσεων και η προσοχή τους σε οικονομικές πτυχές ισχυροποίησε την ανθεκτικότητά τους για την επιβίωσή τους και την επίτευξη των στόχων τους σε μακροχρόνια βάση (Weaver, 2020). Να σημειωθεί ότι στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι στις περιπτώσεις κρίσεων, από πλευράς των κοινωνικών επιχειρήσεων, δημιουργούνται νέες επιχειρηματικές ιδέες που δημιουργούν κοινωνική αξία και συντελούν στην ανθεκτικότητά τους (Ratten, 2021a). Σημαντικό στοιχείο στην ανθεκτικότητα των κοινωνικών επιχειρήσεων και την ανάκαμψή τους από την κρίση διαδραματίζει το τοπικό περιβάλλον μέσα στο οποίο δραστηριοποιείται η κοινωνική επιχείρηση, καθώς περιοχές με υψηλότερη επιχειρηματική δραστηριότητα είναι πιθανόν να είναι καλύτερα εξοπλισμένες για την αντιμετώπιση κλυδωνισμών, κάτι που υποδουλώνει την ανάγκη στήριξης οικονομικά λιγότερο προηγμένων περιοχών όπως είναι οι περιοχές της υπαίθρου (Weaver, 2020; OECD, 2020). Ιδιαίτερα οι περιοχές αυτές αν διαθέτουν και ισχυρό ανθρώπινο κεφάλαιο που εμπνέει, αντιμετωπίζουν με καλύτερους όρους τις κρίσεις και ανακάμπτουν ευκολότερα από τους κλυδωνισμούς (Dencker et al, 2021; Glaeser & Resseger, 2010). Στην Ελλάδα οι επιχειρήσεις υγείας

της υπαίθρου (ιδιωτικές και κοινωνικές) λειτούργησαν και στην οικονομική κρίση και και στην υγειονομική κρίση μέσα σε ένα δύσκολο περιβάλλον που διαμόρφωσαν οι μηχανισμοί σταθερότητας για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και οι δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν την περίοδο της υγειονομικής κρίσης για να περιορίσουν τη διασπορά της πανδημίας COVID-19 στην κοινότητα (Apostolopoulos et al, 2021a). Έδειξαν, όμως, κατά τη διάρκεια και των δυο κρίσεων ανθεκτικότητα αφού μπόρεσαν και επιβίωσαν στις δύσκολες συνθήκες (Apostolopoulos et al, 2021a). Τα παραπάνω ευρήματα είναι συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας στα οποία αποτυπώθηκε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου και κατά την οικονομική κρίση του 2008 και κατά την υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 έδειξαν ανθεκτικότητα.

### 8.3. Σύγκριση ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων με βάση τα ευρήματα

Με βάση τον αρχικό στόχο η εξέταση των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας, στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου και στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των κατοίκων, αποτυπώθηκε και συγκριτικά, με βάση τα ευρήματα που προέκυψαν από τους ιδιωτικούς και κοινωνικούς επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Υπήρξε ανίχνευση κοινών πτυχών και για τους ιδιωτικούς και για τους κοινωνικούς επιχειρηματίες με στόχο να ερευνηθεί:

- i. Η διαφοροποίησή τους ως προς τα κίνητρα εγκατάστασης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο
- ii. Ο συγκριτικός βαθμός κάλυψης των υπαρκτών αναγκών των κατοίκων της υπαίθρου στα θέματα υγείας-φροντίδας-μέριμνας
- iii. Ο συγκριτικός βαθμός ευαισθητοποίησής τους σε φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού
- iv. Ο συγκριτικός βαθμός στελέχωσης με εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό
- v. Η δυνατότητα πρόσβασης που διαθέτουν στα χρηματοδοτικά εργαλεία
- vi. Η επάρκεια των δικτύων και πόσο καλύπτουν τις επιχειρήσεις αυτές συγκριτικά
- vii. Ο συγκριτικός βαθμός στήριξης της ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου
- viii. Ο συγκριτικός βαθμός συνεισφοράς τους στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο και η συμβολή τους στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση
- ix. Ο συγκριτικός βαθμός συνεισφοράς τους στη δημιουργία θέσεων εργασίας
- x. Ο συγκριτικός βαθμός συνεισφοράς τους στην ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς
- xi. Ο συγκριτικός βαθμός προσαρμοστικότητας και ανθεκτικότητας που έδειξαν στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2008 και της υγειονομικής κρίσης με την πανδημία COVID-19

Μια πρώτη διαπίστωση έχει να κάνει με το ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου είναι επί το πλείστον εστιασμένες σε θέματα υγείας, υγειονομικής περίθαλψης, φαρμακευτικής φροντίδας, αποκατάστασης και αποθεραπείας. Αντίθετα οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της

ελληνικής υπαίθρου είναι επί το πλείστον εστιασμένες στη φροντίδα και στη μέριμνα των ανθρώπων. Μια δεύτερη διαπίστωση έχει να κάνει με τη δυναμική ανάπτυξης που παρουσιάζουν στην ελληνική υπαίθρο οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις. Μπορεί η έλλειψη αναβαθμισμένων δημόσιων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας σε συνδυασμό με την ηλικιακή σύνδεση του πληθυσμού της υπαίθρου, που παρουσιάζει αυξημένες ανάγκες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, να έδωσε τη δυνατότητα στην ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας να αναπτυχθεί, αυτό, όμως, δεν έγινε με την ίδια ένταση και την ίδια δυναμική από τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις παρουσίασαν και συνεχίζουν να παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη δυναμική ανάπτυξης στην ελληνική υπαίθρο η οποία γίνεται ισχυρότερη όσο δε λύνονται τα προβλήματα των δημόσιων δομών υγείας και φροντίδας στις περιοχές αυτές. Όσο τα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου θα είναι υποβαθμισμένα και υποστελεχωμένα με ιατρικό και υγειονομικό δυναμικό και θα συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα υποδομών, οικονομικά και οργανωτικά και η ικανοποίηση των κατοίκων της υπαίθρου από τις δομές αυτές θα είναι χαμηλή (Mitropoulos et al, 2016; Simou et al, 2015; Sbarouni et al, 2012; Economou, 2010; Sissouras et al, 2000), τόσο ο ιδιωτικός τομέας υγείας θα διογκώνεται στην ελληνική υπαίθρο. Όσο θα διαρκεί η υποβάθμιση των δημόσιων δομών στην ελληνική υπαίθρο τόσο οι κάτοικοι θα στρέφονται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας (Tountas et al, 2011). Ιδιαίτερα μετά την δεκαετία του 1990 και σταδιακά ο ιδιωτικός τομέας υγείας και υγειονομικής περίθαλψης εδραιώθηκε στην ελληνική υπαίθρο, απόκτησε παράδοση και δυναμική. Αντίθετα οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική υπαίθρο παρουσιάζουν μικρή δυναμική και είναι προσανατολισμένες κυρίως στη φροντίδα ηλικιωμένων, στη στήριξη ατόμων με ειδικές ικανότητες καθώς και στη στήριξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Αν και στην Ελλάδα υπήρχε μακρά παράδοση στις συνεταιριστικές οργανώσεις, στα ιδρύματα, στις ενώσεις, στα αλληλοασφαλιστικά ταμεία και στα ταμεία αλληλοβοήθειας, αυτή η δυναμική δεν αποτυπώνεται τόσο ισχυρή με τη δεσμοθέτηση και στην Ελλάδα, το 2011, της κοινωνικής οικονομίας αφού πολλοί φορείς με χαρακτηριστικά που δεν άνηκαν στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έμειναν εκτός θεσμοθετημένου πλαισίου φορέων της κοινωνικής οικονομίας. Ιδιαίτερα οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική υπαίθρο είναι λίγες αλλά ο ρυθμός είναι αυξητικός. Να σημειωθεί ότι από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις δε διαφοροποιούνται μόνο από τις δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις αλλά και από τις παραδοσιακές μη κερδοσκοπικές (Evers 2001; Young, 2000).

Εξετάζοντας τα κίνητρα που οδήγησαν στη δημιουργία ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στην ελληνική υπαίθρο διαπιστώθηκε διαφοροποίηση κινήτρων. Οι λόγοι ίδρυσης των ιδιωτικών επιχειρήσεων στην υπαίθρο στον πυρήνα τους είχαν τη βιωσιμότητα, την κατάκτηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου μέρους της αγοράς και την κερδοφορία. Αντίθετα στις κοινωνικές επιχειρήσεις κυριαρχούσε ο κοινωνικός στόχος και η στρατηγική επίτευξής του, χωρίς να παραβλέπεται η βιωσιμότητα της επιχείρησης. Στις ιδιωτικές επιχειρήσεις οι κοινωνικοί στόχοι, αν υπήρχαν, έρχονταν να ενισχύσουν το προφίλ της επιχείρησης και τη φήμη της στην τοπική κοινωνία. Στην ουσία οι κοινωνικοί στόχοι των ιδιωτικών επιχειρήσεων έρχονταν να υπηρετήσουν τη μακροχρόνια στήριξη της κερδοφορίας της επιχείρησης. Αντίθετα οι κοινωνικές

επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου δε θεωρούν τους καταναλωτές ως πελάτες αλλά θεωρούν την καταναλωτική βάση τους ως δικαιούχους. Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι ιδιώτες επιχειρηματίες επένδυσαν στον τομέα της υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου κυρίως για δυο λόγους. Ο πρώτος αφορούσε την εντοπιότητα του επιχειρηματία, την αγάπη του για τον τόπο καταγωγής του καθώς και το γνώριμο σε αυτόν περιβάλλον της υπαίθρου. Ο δεύτερος αφορούσε τη διαπίστωση επενδυτικής ευκαιρίας στην ελληνική υπαίθρο αφού οι δημόσιες δομές υγείας και περίθαλψης αδυνατούσαν να καλύψουν τις υπαρκτές ανάγκες των κατοίκων. Αντίθετα η δραστηριοποίηση των κοινωνικών επιχειρηματιών του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική υπαίθρο ήταν η «γρήγορη» απάντηση στην οικονομική κρίση του 2008 γι' αυτό οι κοινωνικές επιχειρήσεις θεσμοθετήθηκαν στην Ελλάδα στα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Με δεδομένο ότι η υπαίθρος έχει πολύ μικρούς και διασκορπισμένους οικισμούς δε δημιουργεί μεγάλο επενδυτικό ενδιαφέρον, ιδιαίτερα στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές, με αποτέλεσμα σε αυτές τις περιοχές που έχουν πληθυσμιακά μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων οι ανάγκες για υγεία και φροντίδα να είναι οξυμένες (Steiner et al, 2021; Farmer & Nimegeer, 2014). Αυτός είναι ένας βασικός λόγος εγκατάστασης και λειτουργίας των κοινωνικών επιχειρήσεων στις περιοχές αυτές αφού δεν υπάρχει ενδιαφέρον από δημόσιες και ιδιωτικές δομές να λειτουργήσουν σε τέτοια περιβάλλοντα. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με άλλα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας από τα οποία προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στον χώρο της υγείας και της μέριμνας, στις περιοχές της υπαίθρου, διαφοροποιούνται στα κίνητρα για την ίδρυσή τους καθώς και στους κοινωνικούς στόχους από τις δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις (Steiner et al, 2021; Caló et al, 2019; Best & Myers, 2019; Millar et al., 2016). Εξάλλου οι κοινωνικές επιχειρήσεις που είναι φορείς της κοινωνικής οικονομίας και οι οποίες έχουν στον πυρήνα τους κοινωνικά χαρακτηριστικά, που τις διαφοροποιούν από δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις, κινούνται ανάμεσα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα καλύπτοντας συνήθως ανάγκες που ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας αδυνατούν ή δεν επιθυμούν να καλύψουν (Αποστολόπουλος κ.ά., 2020). Αυτό σημαίνει ότι είναι και διαφορετικά τα κίνητρα εγκατάστασής τους στις αγροτικές περιοχές από αυτά του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Κοινό στοιχείο με τον ιδιωτικό τομέα είναι ο εντοπισμός υπαρκτών αναγκών του πληθυσμού της υπαίθρου για υγεία-φροντίδα-μέριμνα με τη μόνη διαφορά ότι ο ιδιωτικός τομέας για να επενδύσει και να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες εξετάζει πρώτιστα τη βιωσιμότητα και την κερδοφορία της επένδυσης. Αν δεν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις δεν επενδύει και δεν ασχολείται πώς αυτοί οι άνθρωποι της υπαίθρου θα καλύψουν τις ανάγκες τους. Αντίθετα ο κοινωνικός επιχειρηματίας θέτει ως πρωτεύον την κάλυψη των αναγκών αυτών παράλληλα με την επιβίωση της επιχείρησης χωρίς να προτάσσει το κέρδος. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις στις περιοχές της υπαίθρου διαφοροποιούνται στη λειτουργία τους απ' αυτές του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα στο ότι έρχονται να καλύψουν τα κενά που αυτοί αφήνουν για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας (Best & Millar, 2019; Roy et al, 2016; Millar et al., 2016; Munoz et al, 2015). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν τη δυνατότητα να δώσουν λύσεις στα προβλήματα των πολιτών εκεί που ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αδυνατούν να δώσουν (Amin, 2009), γεγονός που ανιχνεύτηκε και στην παρούσα έρευνα. Μόνο όταν η κατανάλωση αποφέρει τόσα

έσοδα όσο και η παραγόμενη κοινωνική αξία, τότε οι πελάτες και οι δικαιούχοι ενδέχεται να καταστούν δυσδιάκριτοι (Battiliana et al, 2012), κάτι τέτοιο, όμως, δεν προκύπτει από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Η κοινωνική επένδυση, που γίνεται σε έδαφος της υπαίθρου που δεν επιθυμεί ο ιδιωτικός τομέας να επενδύσει γιατί δεν προβλέπει κερδοφορία, πρέπει να παράγει οικονομικές αποδόσεις για να είναι αυτάρκης και να μπορεί αποτελεσματικά να πετυχαίνει τους κοινωνικούς στόχους ενισχύοντας τον κοινωνικό αντίκτυπο. Αυτός ο διπλός στόχος που εξισορροπεί την οικονομική βιωσιμότητα της κοινωνικής επιχείρησης, χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τους κοινωνικούς στόχους και να μετατοπίζει την αποστολή της, εντοπίστηκε και στην παρούσα έρευνα και είναι συμβατό στοιχείο με άλλα ευρήματα που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία (Santos et al, 2015; Ebrahim et al, 2014; Smith et al, 2013). Είναι χαρακτηριστικό στοιχείο ότι στην παρούσα έρευνα εντοπίστηκαν ότι και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στην ύπαιθρο αναπτύσσουν κοινωνικούς στόχους και έχουν έντονη την αίσθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης πάντα, όμως, μέσα στο πλαίσιο της κερδοφορίας τους. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι τα όσα αναφέρθηκαν για παράδειγμα στην παρούσα έρευνα για το κοινωνικό έργο των φαρμακείων στους μικρούς οικισμούς που προσφέρουν υπηρεσίες σε μικροτραυματισμούς, εμβολιασμούς, μετρήσεις αρτηριακής πίεσης και σακχάρου, συμβουλευτικής καθοδήγησης και πολλών άλλων που είναι έξω από τα στενά όρια των καθηκόντων τους.

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι τόσο οι ιδιωτικές επιχειρήσεις όσο και οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου είναι ευαισθητοποιημένες στη στήριξη ατόμων με ειδικές ικανότητες καθώς και στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Η διαφορά τους είναι ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι προσανατολισμένες αποκλειστικά στη στήριξη αυτών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και δεν το πράττουν ευκαιριακά ή κατά περίπτωση. Τα άτομα με ειδικές ικανότητες και τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, στις περιοχές της υπαίθρου αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους σε υγεία-φροντίδα-μέριμνα, οπότε απαιτείται μια συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος και σε αυτό οι κοινωνικές επιχειρήσεις, όπως έδειξε και η παρούσα έρευνα, τα καταφέρνουν πολύ καλύτερα αφού είναι οι στόχοι τους προσανατολισμένοι σε αυτή την κατεύθυνση χωρίς την προϋπόθεση της κερδοφορίας. Από την άλλη μεριά όμως οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου δεν έχουν αναπτυχθεί σε τέτοιο βαθμό που να καλύπτουν μεγάλες περιοχές της υπαίθρου οπότε ο ρόλος των ιδιωτικών δομών υγείας-φροντίδας-μέριμνας γίνεται καθοριστικός όταν μάλιστα δεν υπάρχουν δημόσιες δομές ή είναι υποβαθμισμένες και υπολειτουργούν. Αυτή η ανισορροπία ανάπτυξης που υπάρχει ανάμεσα στις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο, όπου οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι ελάχιστες σε σχέση με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις, διαμορφώνει ένα τοπίο που είναι αντίστροφο αυτού που συναντάμε στη διεθνή βιβλιογραφία για το Ηνωμένο Βασίλειο (Macaulay, 2016; Teasdale, 2012). Η κάλυψη της ελληνικής υπαίθρου από κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι καθοριστικό στοιχείο γιατί οι κοινωνικές επιχειρήσεις στη φιλοσοφία τους έχουν συμπεριλάβει τη δημιουργία θέσεων εργασίας από άτομα που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, κάτι που τις διαφοροποιεί από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Στην παρούσα έρευνα ανιχνεύτηκε ότι κοινωνικοί επιχειρηματίες είχαν θέσει ως κοινωνικό στόχο και την

αντιμετώπιση φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού και στήριξης ευπαθών κοινωνικών ομάδων, θεωρώντας ότι τα φαινόμενα αυτά χρίζουν ιδιαίτερης μέριμνας, κάτι, που όπως δήλωσαν, είναι στη φιλοσοφία των κοινωνικών επιχειρήσεων. Ο μικρός αριθμός κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο δεν μπορεί να ικανοποιήσει το σύνολο των αναγκών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων γι' αυτό και απαιτείται η περαιτέρω ανάπτυξή τους. Μέχρι να πραγματοποιηθεί αυτό οι δημόσιες πολιτικές πρόνοιας και ο ιδιωτικός τομέας θα βρίσκονται συνέχεια μπροστά σε τέτοια κοινωνικά φαινόμενα τα οποία θα αναζητούν λύση, αν και με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, η παροχή δίκαιων υπηρεσιών σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, προσανατολισμένες στην ευπάθεια των καταναλωτών χαμηλού εισοδήματος στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, δεν αντιμετωπίζεται μόνο μέσω της αυξημένης πρόνοιας ή μέσω πρωτοβουλιών εταιρικής κοινωνικής ευθύνης από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά απαιτείται και η δράση των κοινωνικών επιχειρήσεων (Wilson, 2012).

Τόσο οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας όσο και οι αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο αντιμετωπίζουν προβλήματα εξεύρεσης εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού για να λειτουργήσουν απρόσκοπτα και αποτελεσματικά. Είναι ένα κοινό πρόβλημα και για τις ιδιωτικές και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις αφού παράγοντες όπως η επαγγελματική απομόνωση, η έλλειψη ευκαιριών για την εξέλιξη της καριέρας τους και οι ιδιαιτερότητες της υπαίθρου με τους λίγους κατοίκους και τους πολλούς μικρούς και απομακρυσμένους οικισμούς, χωρίς έντονη κοινωνική ζωή, λειτουργεί αποτρεπτικά για την εγκατάσταση στις περιοχές αυτές του εξειδικευμένου επιστημονικού δυναμικού όπως το ιατρικό προσωπικό. Το φαινόμενο αυτό είναι συμβατό και για τις ιδιωτικές και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Stiel et al, 2020; Abbasi, 2019; Laveaga, 2013; Snow et al, 2011; Gao et al, 1999). Αλλά και στον ελλαδικό χώρο και άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι οι δομές υγείας και φροντίδας της υπαίθρου παρουσιάζουν ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας (Economou et al, 2017; Vardiampasis et al, 2014; Tountas et al, 2011; Douka, 2002; Lionis & Merkuris (2001), κάτι που έρχεται να επιβεβαιώσει τις απόψεις των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα επιχειρηματιών που δήλωσαν ότι δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό για να στελεχώσουν τις δομές τους.

Η πρόσβαση στους μηχανισμούς χρηματοδότησης και στήριξης είναι κορυφαίο ζήτημα για τη μακροχρόνια βιωσιμότητα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας, κάτι που ανιχνεύτηκε και στην παρούσα έρευνα. Αυτό είναι ένα στοιχείο στο οποίο συγκλίνουν οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις. Οι ιδιώτες επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι χρηματοδοτήσεις για την εγκατάσταση των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο, οι χρηματοδοτήσεις για την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, οι χρηματοδοτήσεις για τηλεϊατρικές υπηρεσίες καθώς και οι χρηματοδοτήσεις μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων στήριξης των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι γι' αυτούς αναγκαία προϋπόθεση για την εγκατάσταση των επιχειρήσεών τους στην ελληνική ύπαιθρο και για την επιβίωσή τους με κερδοφορία. Αλλά και οι κοινωνικοί επιχειρηματίες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι μεταξύ των προβλημάτων των κοινωνικών επιχειρήσεων που δημιουργούν εμπόδια στην απρόσκοπτη λειτουργία τους και την επίτευξη των στόχων τους στην ελληνική ύπαιθρο είναι και η εξασφάλιση οικονομικών πόρων για την επιβίωση των κοινωνικών



επιχειρήσεων και την επίτευξη των στόχων τους. Σύγκλιση ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου έχουμε στην επιφυλακτικότητά τους για χρηματοδοτική στήριξη με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού, κάτι που ήταν απόρροια των κακών εμπειριών που είχαν στο παρελθόν με τραπεζικούς δανεισμούς ή χρηματοδοτήσεις με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού. Τα παραπάνω ευρήματα είναι συμβατά με ευρήματα μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας που δείχνουν τα προβλήματα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων που δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία αφού αυτά επηρεάζουν θετικά τη λειτουργία τους και πολλές φορές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη βιωσιμότητά τους και στον κύκλο ζωής τους (Makris et al, 2020; Kickul & Lyons, 2015; Jawarska, 2014; Dziembata, 2017; Funck & Pizzati, 2003). Ιδιαίτερα οι κοινωνικοί επιχειρηματίες αποδίδουν τη μη ύπαρξη πολλών και ισχυρών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική υπαίθρο ως αποτέλεσμα των κυβερνητικών πολιτικών που δε στηρίζουν τις επιχειρήσεις με χρηματοδοτικά εργαλεία στον βαθμό που πρέπει. Επίσης, σύγκλιση απόψεων ιδιωτών και κοινωνικών επιχειρηματιών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα υπάρχει και στο γεγονός της ύπαρξης ελλείμματος πληροφόρησης για τα χρηματοδοτικά εργαλεία και τα ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης για τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Είναι χαρακτηριστική η περίπτωση της δημιουργίας 89 Κέντρων Στήριξης Κοινωνικής Οικονομίας που δεν μπόρεσε να υλοποιηθεί με εξασφαλισμένη χρηματοδότηση και το έλλειμμα πληροφόρησης συνεχίστηκε στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στις περιοχές της υπαίθρου (Αποστολόπουλος κ.ά., 2020). Αυτή η έλλειψη πληροφόρησης αποτυπώθηκε και στην έρευνα του British Council που πραγματοποιήθηκε σε πανελλαδικό επίπεδο (British Council, 2017).

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα δίκτυα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας όσο και για τις αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Εκεί που διαφοροποιούνται είναι ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούν οι επιχειρήσεις αυτές τα δίκτυα για την επίτευξη των στόχων τους. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τα δίκτυα για να έχουν πρόσβαση σε περισσότερους άυλους πόρους απ' ό,τι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις και βασίζονται περισσότερο στα δίκτυα για τη νομιμοποίηση τόσο στη φάση της εκκίνησης της λειτουργίας τους όσο και στη φάση ανάπτυξης της κοινωνικής επιχείρησης. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με ευρήματα άλλων ερευνών που διαπίστωσαν από τη μια πλευρά ότι τα δίκτυα είναι σημαντικά για τις εμπορικές και κοινωνικές επιχειρήσεις και από την άλλη αποκλίνουν στον τρόπο που χρησιμοποιούν τα δίκτυα (Folmer et al, 2018). Η δικτύωση των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων έχει ιδιαίτερη βαρύτητα αφού αυτή ενισχύει την επιρροή τους, δημιουργεί αλληλεπίδραση μεταξύ των επιχειρήσεων με τους κρατικούς, αυτοδιοικητικούς και άλλους φορείς, συντελεί στην ενημέρωση, πληροφόρηση και αλληλοτροφοδότηση και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση και τη μόχλευση πόρων (Barraket et al, 2019). Έρευνες έχουν δείξει ότι το δίκτυο μιας ιδιωτικής ή κοινωνικής επιχείρησης παρέχει πρόσβαση στους επιχειρηματίες σε κρίσιμους πόρους όπως κεφάλαιο κίνησης, προμήθειες, εγκαταστάσεις, χρηματοδοτικά εργαλεία, εγχώρια και ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης, νομιμοποίηση στην παροχή πρόσβασης σε προηγμένες γνώσεις και σε νέες αγορές (Lechner, et al, 2006; Brass et al, 2004; Stam et al, 2014). Για τις κοινωνικές επιχειρήσεις η κερδοφορία, οι πωλήσεις

και η κατάκτηση μεγαλύτερου μεριδίου στην αγορά δεν είναι κύριοι μοχλοί της νομιμοποίησης γι' αυτό και χρησιμοποιούν διαφορετικά δίκτυα προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε ποικιλία πληροφοριών σχετικών με τα χρηματοδοτικά εργαλεία, την επιχειρηματική ανάπτυξη και τον αντίκτυπό τους (Lumpkin et al, 2013; Montgomery et al, 2012). Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία εκείνο που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη σύγκριση ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων είναι η φάση ζωής της επιχείρησης (Wright & Stigliani, 2013; Garnsey, 1998).

Στην παρούσα έρευνα πέρα από την αναγκαιότητα των δικτύων και για τις ιδιωτικές και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις που διαπιστώθηκε, ανιχνεύτηκε ακόμη ότι τα δίκτυα στην ελληνική ύπαιθρο χρειάζονται ενίσχυση, όπως ενίσχυση απαιτείται και στη δημιουργία συνεργατικών σχημάτων (clusters) και δικτύων ώστε και πόροι να εξοικονομηθούν και η προώθηση των υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας να γίνει αποτελεσματική. Η δημιουργία δικτύων για κάθε μορφή μικρομεσαίας επιχείρησης διαμορφώνει προϋποθέσεις συνεργασίας με άλλους οργανισμούς που επηρεάζουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους γι' αυτό και απαιτείται η δημιουργία δικτύων γνώσης για να επιβιώσουν (Valkokari & Helander, 2007).

Από την παρούσα έρευνα αναδείχθηκε ότι τόσο οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας όσο και οι αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Η αδυναμία των δημόσιων δομών υγείας-φροντίδας-μέριμνας να παράσχουν αξιόπιστες και αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας σε κάθε γωνιά της υπαίθρου, όπως προαναφέρθηκε, καλύπεται από τη λειτουργία και τη δράση των αντίστοιχων ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων. Αν αυτές δεν υπήρχαν στις περιοχές της υπαίθρου θα υπήρχε πρόβλημα στον ίδιο τον κοινωνικό ιστό των περιοχών αυτών αφού οι κάτοικοι της υπαίθρου θα έπρεπε να μετακινηθούν στα αστικά κέντρα για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους σε υγεία, περίθαλψη και φροντίδα. Αυτό στην πράξη σημαίνει μεγάλες δαπάνες και ταλαιπωρία, κάτι που ειδικά ο ηλικιωμένος πληθυσμός της υπαίθρου δεν θα μπορούσε να αντέξει. Από την άλλη πλευρά η στήριξη της ποιότητας ζωής των κατοίκων της υπαίθρου δεν προσφέρεται ισότιμα από τις κοινωνικές και ιδιωτικές επιχειρήσεις, ούτε συγκριτική αξιολόγηση μπορεί να επιτευχθεί, όχι γιατί υπάρχει απόκλιση στην ποιότητα των προαναφερόμενων υπηρεσιών αλλά γιατί οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι λίγες στην ελληνική ύπαιθρο και δεν καλύπτουν γεωγραφικά κάθε γωνιά της, σε αντίθεση με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις που η γεωγραφική κάλυψη είναι σχεδόν ολική, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι σε κάθε οικισμό της ελληνικής υπαίθρου λειτουργεί και ιδιωτική μονάδα παροχής τέτοιων υπηρεσιών. Όμως συναντάς εύκολα τέτοιες ιδιωτικές δομές στα κεφαλοχώρια της υπαίθρου που καλύπτουν τις ανάγκες των κατοίκων και των υπόλοιπων μικρών οικισμών που είναι πλησίον σε αυτά τα κεφαλοχώρια. Από την παρούσα έρευνα αναδείχθηκε ο σημαντικός ρόλος των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ελληνική ύπαιθρο, τόσο στη στήριξη της τοπικής κοινωνίας όσο και στην αναβάθιση της ποιότητας ζωής των κατοίκων, αφού με τις υπηρεσίες τους εξυπηρετούν τους κατοίκους, δίνοντας λύσεις στην κάλυψη των αναγκών των κατοίκων της υπαίθρου αφού αυτοί πλέον δεν αναγκάζονται να αναζητούν αυτές τις υπηρεσίες στα αστικά κέντρα. Αυτό τους απαλλάσσει και τους ίδιους και τις οικογένειές τους από έξοδα μετακίνησης και διαμονής στα αστικά κέντρα αλλά και από πολύωρες ταλαιπωρίες. Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι

επιχειρήσεις, ιδιωτικές και κοινωνικές υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ύπαιθρο, συντελούν στην εξυπηρέτηση των πολιτών, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, στηρίζουν την τοπική κοινωνία και προωθούν την ανάπτυξη εντός της κοινότητας (Sung et al, 2010; Wong et al, 2010; Crim et al, 2007). Ενισχύουν τη διατήρηση των κοινοτήτων της υπαίθρου και αμβλύνουν προβλήματα που δημιουργεί η γεωγραφική θέση σε σχέση και με τις αποστάσεις από τα αστικά κέντρα (Kelly et al, 2019). Εξάλλου και στα προβλήματα των μετακινήσεων των κατοίκων για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας στα αστικά κέντρα, με τα μέσα μαζικής μεταφοράς της υπαίθρου που είναι περιορισμένα, οι επιχειρήσεις αυτές δίνουν λύσεις καθώς οι επιχειρήσεις αυτές βρίσκονται δίπλα στους κατοίκους (Baxter et al, 2020). Ταυτόχρονα ενδυναμώνουν την αυτοπεποίθηση των κατοίκων, απαντούν θετικά στις ανάγκες τους και συμβάλλουν στην ποιότητα της ζωής τους (Caló et al, 2019).

Διαφορετικές προσεγγίσεις από πλευράς ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρηματιών αποτυπώθηκαν στην παρούσα έρευνα στο κατά πόσο οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συντελούν στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο. Οι ιδιώτες επιχειρηματίες, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, αποτύπωσαν δυο διαφορετικές αποχρώσεις. Κάποιοι θεωρούν ότι η λειτουργία των επιχειρήσεων αυτών στην ύπαιθρο είναι καθοριστικής σημασίας για να παραμείνουν οι άνθρωποι στην ύπαιθρο και ταυτόχρονα οι περιοχές αυτές της υπαίθρου να γίνουν ελκυστικές για ανθρώπους που θέλουν να εγκαταλείψουν τα αστικά κέντρα και να εγκατασταθούν στην ύπαιθρο. Κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι από μόνες τους οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας δεν μπορούν να συγκρατήσουν τον κόσμο στην ύπαιθρο, συνδυαστικά όμως με άλλους παράγοντες συνεισφέρουν και αυτές στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο. Από την άλλη μεριά οι κοινωνικοί επιχειρηματίες θεωρούν ότι για να μείνει ο πληθυσμός στην ύπαιθρο και να μη μεταναστεύσει στα αστικά κέντρα, απαιτείται οι κάτοικοι της υπαίθρου να μπορούν να εξασφαλίσουν εργασία, να καλύψουν τις ανάγκες τους σε δομές υγείας και φροντίδας καθώς και κάλυψη των αναγκών για εκπαίδευση με την ύπαρξη και λειτουργία εκπαιδευτικού συστήματος στις περιοχές αυτές. Σ' αυτή την κατεύθυνση οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συγκράτηση του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, καθώς πολλές από τις κοινωνικές επιχειρήσεις είναι προσανατολισμένες στους ηλικιωμένους και στα ευπαθή κοινωνικά άτομα, ο ρόλος τους είναι καθοριστικός στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο.

Οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ύπαιθρο δημιουργούν ένα πλέγμα εμπιστοσύνης στους κατοίκους των περιοχών αυτών παρέχοντάς τους ασφάλεια, κάτι που είναι αναγκαίο για να παραμείνουν στην περιοχή. Η ύπαρξη ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας πέρα από τη στήριξη του τοπικού πληθυσμού που προσφέρουν ώστε αυτός να μη μεταναστεύσει στα αστικά κέντρα, συντελούν και στην αποαστικοποίηση. Ανιχνεύτηκε ότι πολλοί κάτοικοι των αστικών κέντρων, ιδιαίτερα συνταξιούχοι, διατηρούν τα πατρικά σπίτια τους στην ελληνική ύπαιθρο και διαμένουν στα χωριά τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα και σ' αυτό συντελούν οι υπάρχουσες ιδιωτικές και κοινωνικές δομές υγείας και φροντίδας. Κάποιοι μάλιστα έχουν εγκατασταθεί και μόνιμα στις περιοχές της υπαίθρου από τότε που συνταξιοδοτήθηκαν. Επίσης, ανιχνεύτηκε ότι και νέα άτομα προερχόμενα από αστικά κέντρα αναζητούν εργασία

στην ύπαιθρο όπως και αρκετοί μετανάστες. Αυτό κατά τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, ιδιωτικούς και κοινωνικούς επιχειρηματίες, δίνει μια νέα δυναμική στην ελληνική ύπαιθρο και καθοριστικό στοιχείο είναι το δίχτυ ασφάλειας που θέλουν να υπάρχει για ικανοποίηση των αναγκών τους στα θέματα υγείας και φροντίδας. Πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι κάθε επιχειρηματική δράση που αναπτύσσεται στην ύπαιθρο είναι παράγοντας συγκράτησης του πληθυσμού (Hoy, 1983; Bem et al, 2019; Ajala et al, 2005) αφού αυτή δημιουργεί δυναμική στην τοπική αγορά και εμποδίζει τη μετανάστευση του τοπικού πληθυσμού στα αστικά κέντρα (Farmer et al, (2012a; Hoy, 1983). Έρευνες έχουν αποτυπώσει τις θετικές επιπτώσεις που έχει η αποαστικοποίηση και η αντιαστικοποίηση στην κοινωνική και οικονομική ζωή της υπαίθρου αλλά και στην ίδια τη ζωή των κατοίκων (Stockdale & Findlay, 2004; Halfacree, 1994). Τόσο οι ιδιωτικές όσο και οι κοινωνικές επιχειρήσεις μπορούν να αμβλύνουν τις κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες της υπαίθρου στηρίζοντας τον τοπικό πληθυσμό να μείνει στην ύπαιθρο και να βρει εργασία (Apostolopoulos et al, 2019; Spear et al. 2001) και ταυτόχρονα να δημιουργήσουν συνθήκες ασφάλειας στα θέματα υγείας και φροντίδας των κατοίκων της υπαίθρου (Farmer, 2021c; Apostolopoulos et al, 2020; Kayingo, 2012).

Εξετάζοντας τον συγκριτικό βαθμό συνεισφοράς στη δημιουργία θέσεων εργασίας από ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας διαπιστώνεται ότι τέτοιος συγκριτικός βαθμός δεν μπορεί να αποτυπωθεί αφού οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο είναι ελάχιστες σε σχέση με τις αντίστοιχες ιδιωτικές επιχειρήσεις που είναι εξαπλωμένες στο μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής υπαίθρου. Τα μεγέθη είναι άνισα και συνεπώς δεν είναι συγκρίσιμα. Κοινό στοιχείο, όμως, είναι ότι και οι ιδιωτικές και οι κοινωνικές επιχειρήσεις δημιουργούν θέσεις εργασίας. Υπάρχουν, όμως, πέρα από τον αριθμό των εργαζομένων που απασχολούν ορισμένες σημαντικές συγκλίσεις και διαφοροποιήσεις. Συγκλίνουν στο γεγονός ότι στην ύπαιθρο δεν είναι εύκολη η εύρεση ατόμων υψηλής ειδίκευσης για την απρόσκοπτη λειτουργία τους. Ιδιαίτερα η εύρεση ιατρικού δυναμικού και εξειδικευμένου προσωπικού για τον χειρισμό ιατρικών, μικροβιολογικών και άλλων εργαστηρίων. Επίσης, συγκλίνουν στο γεγονός ότι οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου διαθέτουν ευελιξία, αξιοποιούν καλύτερα τις επιχειρηματικές ευκαιρίες και έχουν τη δυνατότητα να προσλαμβάνουν εργατικό δυναμικό χωρίς ιδιαίτερες γραφειοκρατίες.

Η μεγάλη διαφορά των κοινωνικών επιχειρήσεων από τις ιδιωτικές βρίσκεται στο γεγονός ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις προσφέρουν εργασία σε μεγάλη έκταση και σε άτομα που αντιμετωπίζουν πολλαπλά, επίπονα εμπόδια και προβλήματα (Shamash, 2010). Σ' αυτό βοηθάει και το γεγονός ότι πολλές φορές οι θέσεις εργασίας μπορεί να επιδοτούνται μόνιμα για τα άτομα με αναπηρία που απασχολούνται στις κοινωνικές επιχειρήσεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας δεν επιδοτείται πολλές φορές για δημιουργία θέσεων από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Όμως, οι κοινωνικές επιχειρήσεις αυτή την παράμετρο, δηλαδή τη δημιουργία θέσεων εργασίας από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ή από άτομα με ειδικές ικανότητες, την έχουν ενσωματώσει στον πυρήνα της κοινωνικής τους δράσης. Πάντως, στην ύπαιθρο της Ελλάδας, ανιχνεύτηκε ότι οι θέσεις εργασίας που δημιουργούν οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας για άτομα από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες ή άτομα με αναπηρία είναι πολύ λίγες. Σε κάθε περίπτωση, όμως, οι κοινωνικές

επιχειρήσεις, λόγω των κοινωνικών τους στόχων και του χαρακτήρα τους, δημιουργούν θέσεις εργασίας σε ομάδες που αποκλείονται συχνότερα από την αγορά εργασίας και ταυτόχρονα συντελούν στην επανένταξη στην εργασία μακροχρόνιων ανέργων συμβάλλοντας στη μείωση της ανεργίας και στην προώθηση της κοινωνικής συνοχής. Από τη στιγμή που οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνδυάζουν μια επιχειρηματική δυναμική με την πρωτοκαθεδρία της κοινωνικής αποστολής τις διαφοροποιεί από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και αυτό επηρεάζει θετικά και την ποιότητα των θέσεων εργασίας με χαμηλή ειδίκευση. Αυτό έχει αποτυπωθεί σε διάφορες έρευνες (Brolis & Nyssens, 2020; Grégoire, 2003), παρ' όλα αυτά πέρα από τις συγκρίσεις ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στη δημιουργία θέσεων εργασίας στην ύπαιθρο πρέπει να ερευνηθούν και πτυχές που έχουν να κάνουν με την εργασιακή εξέλιξη των εργαζομένων, τα κίνητρα απόδοσής τους, το σύστημα προαγωγών και μισθών, τις συμβάσεις κινήτρων, τη σχέση χαμηλής και υψηλής ειδίκευσης, θέματα στα οποία δεν έχει εστιαστεί η παρούσα έρευνα. Τα ευρήματα αυτά για τις θέσεις εργασίας που δημιουργούν οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις είναι συμβατά και με ευρήματα άλλων ερευνών (Apostolopoulos et al, 2021a; Buhariwala et al, 2015; Tobias et al, 2013; Welsh et al, 2013; Schilling et al, 2012).

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι τόσο οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας όσο και οι αντίστοιχες κοινωνικές συντελούν στην ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς, συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους κατοίκους της υπαίθρου και κάνουν τις περιοχές που λειτουργούν πιο ελκυστικές για εγκατάσταση κι άλλων επιχειρήσεων. Δημιουργούν δηλαδή με τη λειτουργία τους και τη δράση τους δυναμική στην τοπική αγορά, κατανοούν καλύτερα τις ειδικές ανάγκες των κατοίκων και της τοπικής αγοράς γι' αυτό και προσφέρουν υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τις ανάγκες των κατοίκων για υγεία, περίθαλψη και φροντίδα και ταυτόχρονα δημιουργούν βελτίωση της οικονομικής, κοινωνικής και εδαφικής συνοχής. Την ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς από ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις, ως εύρημα, το συναντάμε και σε άλλες έρευνες (Jana, & Harata, 2016; Eversole et al, 2014; Robinson et al, 2004; Doeksen et al, 1998).

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει επίσης ότι οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου σε περιόδους κρίσεων, όπως η οικονομική κρίση του 2008 και υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19, ήταν ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία, έδειξαν προσαρμοστικότητα στα μέτρα πολιτικής που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση των κρίσεων, παρουσίασαν ανθεκτικότητα, είχαν θετική επίδραση στην υγεία των πολιτών, μπόρεσαν να συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων όπως η ανεργία, η φτώχεια, η μοναξιά, η απομόνωση, ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση. Τόσο οι ιδιωτικές όσο και οι κοινωνικές επιχειρήσεις κατά τη διάρκεια των κρίσεων αντιμετώπισαν προβλήματα αλλά έδειξαν ευελιξία, εύκολη προσαρμοστικότητα και αξιοποίησαν τις επιχειρηματικές ευκαιρίες που δημιούργησαν οι κρίσεις, αναπροσαρμόζοντας τη στρατηγική τους και τη στόχευσή τους χωρίς να εκτραπεί ή να διακοπεί η λειτουργία τους. Αντιμετώπισαν προβλήματα με το ανθρώπινο δυναμικό τους, τους προμηθευτές τους, τις μεταφορές των απαραίτητων για τη λειτουργία τους υλικών, τη ρευστότητα, τους τραπεζικούς δανεισμούς και τις υποχρεώσεις προς τρίτους και γενικά προβλήματα με τις δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν για να αντιμετωπίσουν τις κρίσεις. Ιδιαίτερα το πρόβλημα της ρευστότητας ήταν από τα

σημαντικότερα και μάλιστα όσο μεγαλύτερη εξάρτηση είχαν οι επιχειρήσεις αυτές από συμβάσεις με το δημόσιο και τους ασφαλιστικούς φορείς τόσο μεγαλύτερο ήταν και το πρόβλημα ρευστότητας που αντιμετώπισαν και τόσο πιο ευάλωτες ήταν στις κυβερνητικές αποφάσεις που πάρθηκαν την περίοδο των κρίσεων. Ανιχνεύτηκε ότι οι ιδιώτες επιχειρηματίες και οι κοινωνικοί επιχειρηματίες δεν επιθυμούσαν τραπεζικούς δανεισμούς, ή ένταξη των επιχειρήσεών τους σε προγράμματα στήριξης με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού, επικαλούμενοι σειρά άσχημων εμπειριών του παρελθόντος με το ελληνικό χρηματοπιστωτικό και τραπεζικό σύστημα. Αντίθετα αναζητούσαν την αντιμετώπιση του προβλήματος της ρευστότητας μέσα από την ένταξη των επιχειρήσεών τους σε εγχώρια και ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης. Την περίοδο των κρίσεων, τόσο οι ιδιωτικές επιχειρήσεις όσο και οι κοινωνικές υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου, για να μη διακόψουν τη λειτουργία τους ή να κάνουν εκπτώσεις στους στόχους τους υποχρεώθηκαν να προσαρμόσουν τη δράση τους στα νέα δεδομένα που δημιούργησε η οικονομική κρίση του 2008 και η υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19. Η προσαρμοστικότητα στο περιβάλλον που διαμόρφωσαν οι κρίσεις ήταν μια δύσκολη υπόθεση και για τις ιδιωτικές και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις, με οικονομικό και εργασιακό κόστος και χρειάστηκε επίμονη και επίπονη δουλειά για να γίνει η προσαρμογή στο νέο τοπίο που δημιουργήθηκε, τόσο κατά τη διάρκεια των κρίσεων όσο και στη συνέχεια. Όμως με την ευελιξία και την προσαρμοστικότητα που έδειξαν κατάφεραν να μη διακόψουν τη λειτουργία και τη δράση τους ή να υποβαθμίσουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους. Αυτή η προσαρμογή δημιούργησε επιπλέον κόστη και προβλήματα στη ρευστότητά τους και στον κύκλο εργασιών τους. Όμως το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου, την περίοδο της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης, έδειξαν προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα και κατάφεραν να συνεχίσουν τη λειτουργία και τη δράση τους παρά τα πολλά προβλήματα που συσσώρευσαν οι κρίσεις. Δεν είναι καθόλου τυχαίο ότι την περίοδο της οικονομικής κρίσης σε χώρες της ΕΕ, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, θεσμοθετήθηκε η λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων ώστε να λειτουργούν πιο οργανωμένα και πιο συντεταγμένα ως μια «γρήγορη απάντηση» στις συνέπειες της κρίσης.

Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με ευρήματα άλλων ερευνών που έδειξαν ότι οι κρίσεις επιδρούν επάνω και στους κατοίκους της υπαίθρου και μεταβάλλουν τις συμπεριφορές τους και τις συνήθειές τους (Alon et al, 2020; Kraus et al, 2020; Ansell & Bojn, 2019) και ότι οι αντιδράσεις στις επιπτώσεις των κρίσεων των νοικοκυριών, της κοινότητας και των επιχειρήσεων είναι αλληλένδετες (Karlsson et al, 2014; Bennett & Phillipson, 2004; Phillipson et al, 2004). Ταυτόχρονα έδειξαν ότι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις σε περιόδους κρίσεων αντιμετωπίζουν προβλήματα μείωσης του κύκλου εργασιών τους, προβλήματα ρευστότητας, εμπόδια στην προμήθεια και μεταφορά των αγαθών, δυσκολίες στην πρόσβαση σε χρηματοδοτικά εργαλεία (Musumeci et al, 2021; Williams, 2020; Kruse & Jeurissen, 2020; Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Rachiotis et al, 2014; Cowling et al, 2012; Fidrmuc & Korhonen, 2010). Παρά τις επιπτώσεις που επήλθαν στις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας και φροντίδας της υπαίθρου από τις κρίσεις, έρευνες έδειξαν ότι αυτές επέδειξαν μεγάλη προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα και άντεξαν στις κρίσεις (Steiner et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2019; Macaulay et al, 2018; Lages et

al, 2017; Millar et al, 2016). Στην Ελλάδα έρευνες έδειξαν ότι οι επιχειρήσεις υγείας της υπαίθρου (ιδιωτικές και κοινωνικές) λειτούργησαν και στην οικονομική κρίση και και στην υγειονομική κρίση μέσα σε ένα δύσκολο περιβάλλον που διαμόρφωσαν οι μηχανισμοί σταθερότητας για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και οι δημόσιες πολιτικές που ασκήθηκαν την περίοδο της υγειονομικής κρίσης για να περιορίσουν τη διασπορά της πανδημίας COVID-19 στην κοινότητα και δείχνοντας προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα μπόρεσαν και επιβίωσαν σε δύσκολες συνθήκες (Apostolopoulos et al, 2019; Apostolopoulos et al, 2021a).

Από την εξέταση των πτυχών όπως: κάλυψη των τοπικών αναγκών και προσέλκυση ασθενών από άλλες περιοχές, συμβολή των επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στη συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο, συμβολή στην αποαστικοποίηση και την αποκέντρωση, δημιουργία θέσεων εργασίας, στήριξη της τοπικής κοινωνίας και ποιότητα ζωής των κατοίκων, ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς, φροντίδα με αναβαθμισμένες προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στους κατοίκους της υπαίθρου ακόμη και σε περίοδο κρίσεων, αναδείχθηκε ότι οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις συντελούν στην ανάπτυξη των περιοχών της υπαίθρου που δραστηριοποιούνται. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν τη θετική σχέση των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με την τοπική ανάπτυξη (Apostolopoulos et al, 2021a; Seddiky, 2020; Bem et al, 2019; Woodie, 2018; Jana & Harata, 2016; Gordon, 2011; Farmer & Kilpatrick, 2009; Bachtler & Yuill, 2001). Μάλιστα η έρευνα των Haeffele et al, (2020) δείχνει ότι οι εμπορικοί και κοινωνικοί επιχειρηματίες είναι βασικοί μοχλοί αντίδρασης και ανάκαμψης σε περιόδους κρίσεων και καταστροφών και ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να δώσουν στους επιχειρηματίες τον χώρο να δράσουν εν μέσω κρίσεων αναστέλλοντας ή καταργώντας κανονισμούς που εμποδίζουν τις επιχειρηματικές προσπάθειες και αποφεύγοντας σύγχυση ή αντικρουόμενες πολιτικές. Τέλος, βαθμός σύγκρισης συνεισφοράς στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιοχών της υπαίθρου, ανάμεσα στις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις, δεν μπορεί να αποτυπωθεί λόγω του πολύ μικρού αριθμού των κοινωνικών επιχειρήσεων σε σχέση με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώνεται πώς αντιμετωπίστηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα και πώς επιτεύχθηκαν οι ερευνητικοί στόχοι πάντα κάτω από το φως των ευρημάτων που συζητήθηκαν αναλυτικά στο προηγούμενο κεφάλαιο. Υπογραμμίζεται η συνεισφορά της παρούσας έρευνας στις θεωρητικές και στις πρακτικές διαστάσεις της. Είναι η πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα για τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τη συνεισφορά τους στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της ελληνικής υπαίθρου, αθροιστικά και συγκριτικά. Αποτυπώνονται οι περιορισμοί της έρευνας και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη διερεύνηση πιθανών οδών για μελλοντική έρευνα.

### 9.1. Συμπεράσματα

- Η επιχειρηματικότητα στην ύπαιθρο διαφοροποιείται απ' αυτή των αστικών περιοχών λόγω των ιδιομορφιών και των χαρακτηριστικών της υπαίθρου με τη μικρή πληθυσμιακή πυκνότητα, τους πολλούς μικρούς και διασκορπισμένους οικισμούς, τον γερασμένο πληθυσμό της και την έλλειψη αναβαθμισμένων υποδομών υγείας και εκπαίδευσης, αποτέλεσμα ιδιαίτερα των μεταπολεμικών μεταναστευτικών μετακινήσεων του πληθυσμού της στα αστικά κέντρα. Ταυτόχρονα, όμως, τις τελευταίες δεκαετίες, η ύπαιθρος μετασχηματίστηκε και από καθαρά γεωργικό και κτηνοτροφικό προσανατολισμό, που είχε στο παρελθόν, άρχισε να αναπτύσσεται ο δευτερογενής και ο τριτογενής τομέας παραγωγής. Ιδιαίτερα οι διαρθρωτικές αλλαγές που επήλθαν στην ύπαιθρο δημιούργησαν ένα νέο περιβάλλον με επιχειρηματικές ευκαιρίες και σε αυτό βοήθησαν σημαντικά τα δίκτυα μεταφοράς, τα δίκτυα τηλεπικοινωνιών και διαδικτύου και τα συστήματα ψηφιακής μετάβασης που επεκτάθηκαν στις περιοχές της υπαίθρου και δημιούργησαν επιχειρηματικές ευκαιρίες. Επίσης, βοήθησε και η εγκατάσταση στην ύπαιθρο οικονομικών μεταναστών που έλυσε σε σημαντικό βαθμό το πρόβλημα του ανθρώπινου δυναμικού που αντιμετώπιζαν πολλές επιχειρήσεις στην ύπαιθρο. Αυτές οι αλλαγές που επήλθαν στην ύπαιθρο άρχισαν να κεντρίζουν και το ερευνητικό ενδιαφέρον. Υπάρχουν τομείς της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο που δεν έχουν εξεταστεί και ένας από αυτούς είναι ο τομέας υγείας-φροντίδας-μέριμνας, κενό που ήρθε να καλύψει η παρούσα έρευνα.
- Η παρούσα έρευνα που εξέτασε τις επιχειρήσεις του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας με εστίαση στις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις συνέδεσε την επιχειρηματικότητα του συγκεκριμένου τομέα με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της ελληνικής υπαίθρου και τα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία αποτυπώνοντας ταυτόχρονα τάσεις, προκλήσεις και προοπτικές. Μέσα από την εξέταση επτά θεματικών ενοτήτων για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και τριών θεματικών ενοτήτων για τις αντίστοιχες κοινωνικές επιχειρήσεις απάντησε στο ερευνητικό ερώτημα και φώτισε πτυχές που έδωσαν χρήσιμα ευρήματα και για τον επιχειρηματικό κόσμο και για τα κέντρα λήψης αποφάσεων, εγχώρια και ευρωπαϊκά, στα θέματα υγείας, περίθαλψης, φροντίδας



και μέριμνας. Η παρούσα έρευνα απάντησε στο ερώτημα γιατί αναπτύχθηκε ραγδαία ο ιδιωτικός και εν μέρει ο κοινωνικός τομέας υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο, ποια τα κίνητρα που οδήγησαν στην εγκατάσταση αυτών των επιχειρήσεων στην ύπαιθρο, πόσο κοντά στην κοινωνία και στους πολίτες βρίσκονται και πόσο συντελούν στην ποιότητα ζωής των κατοίκων, πόσο αυτές στηρίζουν την ανάπτυξη της περιοχής, σε τι βαθμό αναπτύσσουν και υλοποιούν τους κοινωνικούς στόχους, πόσο αναπτύσσουν καινοτόμα σχέδια, πόσο στηρίζονται στα εγχώρια και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία και πώς συμπεριφέρθηκαν στις οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις. Στοιχεία δηλαδή που συνθέτουν την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των κατοίκων.

- Η έρευνα έδειξε ότι η ανάπτυξη των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στην ύπαιθρο ήταν αποτέλεσμα της υποβάθμισης των δημόσιων δομών υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου, ιδιαίτερα μετά τις μεγάλες δημόσιες περικοπές χρηματοδότησης που επιβλήθηκαν και στον χώρο της υγείας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2008. Στην ελληνική ύπαιθρο σήμερα τα αγροτικά ιατρεία, τα αγροτικού τύπου κέντρα υγείας και τα περιφερειακά νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και αντιμετωπίζουν προβλήματα υποδομών, ιατρικού εξοπλισμού, οικονομικές και οργανωτικές δυσχέρειες, με αποτέλεσμα οι κάτοικοι της υπαίθρου να μην είναι ικανοποιημένοι και να στρέφονται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην ύπαιθρο να είναι ο μεγαλύτερος προμηθευτής υπηρεσιών υγείας του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων. Αυτή η υποβάθμιση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας σε συνδυασμό με την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της υπαίθρου, που παρουσιάζει αυξημένες ανάγκες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, έδωσε τη δυνατότητα στην ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας να αναπτυχθούν στην ύπαιθρο. Ταυτόχρονα η έρευνα έδειξε ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις δεν αναπτύχθηκαν στον ίδιο βαθμό που αναπτύχθηκαν οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας αφού άργησαν να θεσμοθετηθούν στην Ελλάδα και δε στηρίχθηκαν ιδιαίτερα από τις δημόσιες πολιτικές που ασκούνται στην Ελλάδα, αν και η ΕΕ έχει εστιάσει έντονα τις πολιτικές της και τα χρηματοδοτικά εργαλεία σε αυτές. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου είναι επί το πλείστον εστιασμένες στη φροντίδα και στη μέριμνα των ανθρώπων ενώ οι αντίστοιχες ιδιωτικές είναι επί το πλείστον εστιασμένες σε θέματα υγείας, υγειονομικής περίθαλψης, φαρμακευτικής φροντίδας, αποκατάστασης και αποθεραπείας. Στην έρευνα ανιχνεύτηκε η τάση περαιτέρω ανάπτυξης των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο όσο δε λύνονται τα προβλήματα των δημόσιων δομών υγείας και φροντίδας στις περιοχές αυτές. Όσο τα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου θα είναι υποβαθμισμένα και υποστελεχωμένα με ιατρικό και υγειονομικό δυναμικό και θα συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα υποδομών, οικονομικά και οργανωτικά και η

ικανοποίηση των κατοίκων της υπαίθρου από τις δομές αυτές θα είναι χαμηλή, τόσο ο ιδιωτικός και κοινωνικός τομέας θα διογκώνεται στην ελληνική ύπαιθρο.

- Ο εντοπισμός των επιχειρηματικών ευκαιριών για κάλυψη των αναγκών των κατοίκων της υπαίθρου για υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας, σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η εντοπιότητα και η οικειότητα που είχαν με την περιοχή, το δέσιμο με τον τόπο που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν οδήγησαν τους ιδιωτικούς και κοινωνικούς επιχειρηματίες στην ισχυρή βούληση να επενδύσουν στο δικό τους οικείο περιβάλλον όταν διαπίστωσαν ότι η επένδυση εκεί θα ήταν βιώσιμη και κερδοφόρα για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Ιδιαίτερα για τους κοινωνικούς επιχειρηματίες βασικό κίνητρο που τους οδήγησε να επενδύσουν στην ύπαιθρο ήταν η διαπίστωση ύπαρξης αναγκών σε υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας, ιδιαίτερα από το γερασμένο επί το πλείστον πληθυσμό που κατοικεί στις περιοχές της ελληνικής υπαίθρου.
- Δυο προβλήματα εντοπίστηκαν ως εμπόδια στην ανάπτυξη των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο. Το πρώτο εντοπίστηκε στη δυσκολία εξεύρεσης επιστημονικού δυναμικού για να εργαστούν σε αυτές τις επιχειρήσεις. Διαπιστώθηκε ότι το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό αποφεύγει να εργαστεί στην ύπαιθρο λόγω των ιδιαιτεροτήτων της υπαίθρου, τον υπέρμετρο φόρτο εργασίας που διαμορφώνεται στις μικρές και κλειστές κοινωνίες που αναζητούν υπηρεσίες υγείας χωρίς ωράρια, την επαγγελματική απομόνωση και την αίσθηση ότι δε θα έχει την ίδια επαγγελματική καριέρα με τους αντίστοιχους επαγγελματίες υγείας των αστικών κέντρων. Είναι ένα εύρημα που το αναμέναμε αφού με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία η κατάσταση συναντάται σε διάφορες χώρες και είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα στον χώρο της υγείας και της περίθαλψης. Αυτός είναι και ο λόγος που οι δομές υγείας και υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές παρέχουν λιγότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Το δεύτερο πρόβλημα εντοπίστηκε στην αφερεγγυότητα του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων απέναντι στις συμβάσεις που υπόγραψαν μαζί τους οι επιχειρήσεις αυτές. Ιδιαίτερα στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας και περίθαλψης επειδή οι περισσότερες υπηρεσίες τους καταναλώνονταν από το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία, κάθε ασυνέπεια από αυτούς είχε άμεση επίπτωση στη ρευστότητα των επιχειρήσεων αυτών και συνεπώς στην ίδια την επιβίωσή τους. Επιπλέον το δημόσιο κατά καιρούς παρέμβαινε και επέβαλε μονομερώς και νέους όρους όπως για παράδειγμα τους μηχανισμούς clawback και rebate.
- Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας στους κατοίκους της ελληνικής υπαίθρου από τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις δεν κάλυψαν μόνο τις υπαρκτές ανάγκες τους γι' αυτές τις υπηρεσίες αλλά στήριξαν και τον κοινωνικό ιστό της υπαίθρου συμβάλλοντας στην αειφορία τους. Αλλάξαν τους κατοίκους της υπαίθρου από μετακινήσεις στα αστικά κέντρα για εύρεση των αναγκαίων γι' αυτούς υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας και από πολύωρες ταλαιπωρίες και έξοδα. Λειτουργώντας δίπλα στους κατοίκους της υπαίθρου, τους

παρέχουν άμεση στήριξη, αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής τους παρέχοντας ένα δίκτυο ασφάλειας.

- Οι διαρθρωτικές αλλαγές που έχουν επέλθει στην ελληνική ύπαιθρο όπως η εύκολη πρόσβαση στη δημιουργία δικτύων για τις ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας μέριμνας διαμόρφωσαν ευκαιρίες ταυτοποίησης, νομιμοποίησης και κινητοποίησης πόρων τόσο κατά την είσοδο των επιχειρήσεων αυτών στην αγορά όσο και για τη μετάβασή τους στις επόμενες φάσεις του κύκλου ζωής τους. Ωστόσο η απόκτηση νομιμοποίησης και κινητοποίησης πόρων διαφοροποιεί τις ιδιωτικές από τις κοινωνικές επιχειρήσεις αφού για τις δεύτερες η δημιουργία κοινωνικής αξίας είναι εξίσου ή πιο σημαντική από τη δημιουργία οικονομικής αξίας. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις αντλούν άλλα οφέλη από τα δίκτυά τους και συμπεριλαμβάνουν ένα πολύ διαφορετικό σύνολο ενδιαφερομένων στα δίκτυά τους για την επίτευξη τόσο των κοινωνικών όσο και των οικονομικών στόχων. Εξάλλου και η νομιμοποίηση στην οικοδόμηση φήμης από πλευράς κοινωνικών επιχειρήσεων δεν ακολουθεί τους κανόνες της εμπορικής αγοράς. Το συμπέρασμα είναι ότι τα δίκτυα είναι αναγκαία για την ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο με τη διαφορά ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τα δίκτυα για να έχουν πρόσβαση σε περισσότερους άυλους πόρους απ' ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις και βασίζονται περισσότερο στα δίκτυα για τη νομιμοποίηση τόσο στη φάση της εκκίνησης της λειτουργίας τους όσο και στη φάση ανάπτυξης της κοινωνικής επιχείρησης. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις αποκτούν αρχική συμμορφούμενη νομιμοποίηση και καθώς αναπτύσσονται, γίνονται πιο αυτοδύναμες όσον αφορά τόσο τη νομιμοποίηση όσο και τους οικονομικούς πόρους σε αντίθεση με τις κοινωνικές επιχειρήσεις. Το συμπέρασμα είναι ότι η ύπαρξη των δικτύων και για τις ιδιωτικές και για τις κοινωνικές επιχειρήσεις είναι αναγκαιότητα και ότι τα δίκτυα στην ελληνική ύπαιθρο χρειάζονται ενίσχυση όπως ενίσχυση απαιτείται και στη δημιουργία συνεργατικών σχημάτων (clusters) και δικτύων ώστε και πόροι να εξοικονομηθούν και η προώθηση των υπηρεσιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας να γίνει αποτελεσματική.
- Στη στρατηγική των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας διαπιστώθηκε ότι σημαντικό ρόλο έχει η διαμόρφωση καλών σχέσεων με τους πολίτες, την τοπική κοινωνία και τους τοπικούς φορείς προκειμένου να διαχέουν την καλή τους φήμη στην τοπική κοινωνία της υπαίθρου και να δημιουργούν προστιθέμενη αξία για τις δομές τους και την επίτευξη των στόχων τους. Ανάμεσα στους φορείς που επιδιώκουν αμοιβαία συνεργασία είναι και η τοπική αυτοδιοίκηση την οποία θεωρούν τον πιο κοντά τους θεσμό. Αλλά και με τις αιρετές περιφέρειες επιδιώκουν καλές σχέσεις συνεργασίας με δεδομένο ότι οι αιρετές περιφέρειες διαχειρίζονται διάφορα προγράμματα στήριξης επιχειρήσεων στα οποία επιδιώκουν να ενταχθούν πολλές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας αλλά έχουν και την ευθύνη αδειοδότησης, ελέγχου και κυρώσεων πολλών επιχειρήσεων υγείας όπως κλινικές, κέντρα αποκατάστασης κ.ά. Τέλος, στη στρατηγική τους είναι και η συνεργασία με διάφορες τοπικές ενώσεις και σωματεία.

- Είναι σημαντικό ότι οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου είναι ευαισθητοποιημένες στη στήριξη ατόμων με ειδικές ικανότητες καθώς και στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Μέσα στους κοινωνικούς στόχους που αναπτύσσουν ανιχνεύτηκε ότι είναι και η στήριξη των πασχουσών κοινωνικών ομάδων και οι οποίες ομάδες έχουν αυξημένες ανάγκες στα θέματα υγείας και φροντίδας. Το στοιχείο της στήριξης των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων είναι εντονότερο στις κοινωνικές επιχειρήσεις αφού αυτές είναι προσανατολισμένες αποκλειστικά στη στήριξη αυτών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και δεν το πράττουν ευκαιριακά ή κατά περίπτωση. Γι' αυτό και θα πρέπει να στηριχθούν οι κοινωνικές επιχειρήσεις μέσα από συγκεκριμένες δημόσιες πολιτικές καθώς και μέσα από χρηματοδοτικά προγράμματα στήριξης ώστε να αυξηθούν αριθμητικά και να καλύψουν όσο το δυνατότερο μεγαλύτερο μέρος της υπαίθρου. Η κάλυψη της ελληνικής υπαίθρου από κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι καθοριστικό στοιχείο γιατί οι κοινωνικές επιχειρήσεις στη φιλοσοφία τους έχουν συμπεριλάβει τη δημιουργία θέσεων εργασίας και από άτομα που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, κάτι που τις διαφοροποιεί από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις.
- Η συγκράτηση του πληθυσμού στην ύπαιθρο διέρχεται και μέσα από τις επιχειρηματικές επενδύσεις στις περιοχές αυτές και οι επενδύσεις σε ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συντελούν στη συγκράτηση του πληθυσμού στις εστίες τους και λειτουργούν ως πόλος έλξης για εγκατάσταση και νέων κατοίκων στην ύπαιθρο. Καθώς ο πληθυσμός της υπαίθρου γερνάει με το προσδόκιμο ζωής να μεγαλώνει, οι ηλικιωμένοι γίνονται κύριοι χρήστες πολλών υπηρεσιών από ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας και δεν έχουν κανένα λόγο να απομακρυνθούν από τα σπίτια τους μεταναστεύοντας στα αστικά κέντρα. Οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις, που λειτουργούν στις περιοχές της υπαίθρου δημιουργούν ένα πλέγμα εμπιστοσύνης με τους κατοίκους των περιοχών αυτών και τους παρέχουν ασφάλεια, κάτι που είναι αναγκαίο για να παραμείνουν στην περιοχή. Ταυτόχρονα η ύπαρξη αυτών των επιχειρήσεων στην ύπαιθρο συντελεί και στην αποαστικοποίηση και στην αποκέντρωση, αφού πολλοί κάτοικοι των αστικών κέντρων, ιδιαίτερα συνταξιούχοι, που διατηρούν τα πατρικά σπίτια τους στην ελληνική ύπαιθρο μπορούν με ασφάλεια να διαμένουν στα χωριά τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Κάποιοι μάλιστα έχουν εγκατασταθεί και μόνιμα στις περιοχές της υπαίθρου από τότε που συνταξιοδοτήθηκαν. Επίσης και νέα άτομα προερχόμενα από αστικά κέντρα αναζητούν εργασία στην ύπαιθρο όπως και αρκετοί μετανάστες αφού οι επιχειρήσεις αυτές τους παρέχουν ένα δίχτυ ασφάλειας για θέματα υγείας, περίθαλψης και φροντίδας.
- Οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας που λειτουργούν στην ύπαιθρο δημιουργούν θέσεις εργασίας. Επί το πλείστον χρησιμοποιούν επιστημονικό ανθρώπινο δυναμικό αλλά και βοηθητικό προσωπικό και συντελούν στην αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος. Συνεργάζονται για προμήθειες υλικών και με άλλες τοπικές επιχειρήσεις ενδυναμώνοντας έτσι την τοπική αγορά με δημιουργία θέσεων εργασίας. Τις περισσότερες θέσεις εργασίας στην ελληνική ύπαιθρο τις

δημιουργούν οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας αφού οι κοινωνικές επιχειρήσεις, όπως αναφέρθηκε, είναι αριθμητικά λίγες σε σχέση με τις αντίστοιχες ιδιωτικές επιχειρήσεις που είναι εξαπλωμένες στο μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής υπαίθρου. Να σημειωθεί ακόμη ότι οι κοινωνικές επιχειρήσεις λειτουργούν και με εθελοντές που δεν υπολογίζονται με εργασιακή εξάρτηση στο μόνιμο προσωπικό. Οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου διαθέτουν ευελιξία, αξιοποιούν καλύτερα τις επιχειρηματικές ευκαιρίες και έχουν τη δυνατότητα να προσλαμβάνουν εργατικό δυναμικό χωρίς ιδιαίτερες γραφειοκρατικές διαδικασίες.

- Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου προϋποθέτει τη στήριξη της τοπικής κοινωνίας και την ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς και σε αυτές τις προϋποθέσεις συνεισφέρουν με θετικό τρόπο οι λειτουργίες και οι δράσεις των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου. Οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας βασισμένες στην κοινότητα ανιχνεύτηκε στην παρούσα έρευνα ότι προσφέρουν μια σειρά αποτελεσμάτων υγείας, φροντίδας, μέριμνας και ευεξίας σε όλο το κοινωνικό σύνολο της περιοχής στηρίζοντας την ποιότητα ζωής των κατοίκων, ενδυναμώνουν την αυτοπεποίθησή τους, απαντούν θετικά στις ανάγκες τους και γενικά στηρίζουν ποικιλοτρόπως την τοπική κοινωνία και ενδυναμώνουν την τοπική αγορά. Αυτό δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας των κατοίκων που αποδέχονται και αντιμετωπίζουν θετικά τη λειτουργία και τη δράση των επιχειρήσεων αυτών. Η λειτουργία των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στην ελληνική ύπαιθρο δημιουργούν θετικό αντίκτυπο στη μείωση της κοινωνικής παρακμής και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πολιτών. Συντελούν στην τόνωση και ενδυνάμωση της τοπικής οικονομίας είτε αυτές λειτουργούν αυτόνομα είτε σε συμπαραγωγή με άλλους φορείς της υπαίθρου και συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους κατοίκους της υπαίθρου.
- Οι επιχειρηματίες υγείας-φροντίδας-μέριμνας που επένδυσαν στην ελληνική ύπαιθρο εφάρμοσαν καινοτόμα σχέδια τα οποία απέδωσαν, ισχυροποιώντας τις επιχειρήσεις. Έκαναν ανταγωνιστικές τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους ακόμη και με τις αντίστοιχες υπηρεσίες των μεγάλων αστικών κέντρων. Υπάρχει, όμως, και σημαντικός αριθμός επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην ελληνική ύπαιθρο που διστάζει να εφαρμόσει καινοτόμα σχέδια φοβούμενοι ότι οι καινοτομίες θα δημιουργούσαν μεγαλύτερα λειτουργικά κόστη και αρκείται στις παραδοσιακές μορφές εξυπηρέτησης των κατοίκων της υπαίθρου. Πάντως όσοι επιχειρηματίες προχώρησαν σε καινοτόμες παρεμβάσεις για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τους αυτά απέδωσαν και δημιούργησαν προστιθέμενη αξία στην επιχείρησή τους με πολλαπλά θετικά αποτελέσματα. Δημιούργησαν τα σχέδια αυτά ένα περιβάλλον φιλικό στους πολίτες που αναζητούσαν από τις δομές αυτές τις υπηρεσίες τους και συνετέλεσαν στην χωρίς εμπόδια και ταλαιπωρίες πρόσβαση των ασθενών. Ταυτόχρονα αναβάθμισαν τη σχέση ασθενή με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κάτι που άμβλυσε και την ασύμμετρη πληροφόρηση ενώ δημιούργησε ικανοποίηση στους ασθενείς. Το συμπέρασμα είναι ότι οι καινοτόμες παρεμβάσεις βελτίωσαν τις δομές των επιχειρήσεων αυτών, έκαναν πιο

αποτελεσματικές τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους μειώνοντας ταυτόχρονα και τα κόστη λειτουργίας και συνετέλεσαν με θετικό τρόπο στην ποιότητα ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Ταυτόχρονα, όμως, οι επιχειρηματίες που προχωρούν στην εφαρμογή καινοτόμων σχεδίων αντιμετωπίζουν προβλήματα αβεβαιότητας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις ρυθμίσεις που εκείνοι επέβαλαν, ιδιαίτερα με τους φραγμούς «clawback» και «rebate». Εμπόδιο είναι και τα αυστηρά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στην υγεία τα οποία δεν αφήνουν μεγάλα περιθώρια για καινοτόμες αλλαγές. Επίσης, η απουσία ψηφιακών υπηρεσιών του δημοσίου και των ασφαλιστικών ταμείων, που καθημερινά συνεργάζονται, δημιουργεί και σε αυτούς εμπόδια στην ψηφιακή μετάβασή τους. Η αναντιστοιχία στη διαμόρφωση καινοτόμων παρεμβάσεων σε διαφορετικά περιβάλλοντα δημιουργεί ασυμβατότητες που περιθωριοποιούν καινοτόμα σχέδια που κάτω από άλλες συνθήκες, χωρίς αναντιστοιχίες, θα απέδιδαν σοβαρά θετικά αποτελέσματα και για τις επιχειρήσεις τους αλλά και για την εξυπηρέτηση και ποιότητα ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Είναι ένα εύρημα που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τους κυβερνητικούς παράγοντες ώστε να επιταχυνθεί η ψηφιακή μετάβαση.

- Βασικός παράγοντας για τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι η δυνατότητα πρόσβασης σε χρηματοδοτικά εργαλεία καθώς και σε εγχώρια και ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης. Η πρόσβαση στους μηχανισμούς χρηματοδότησης προϋποθέτει διάυλους ενημέρωσης του επιχειρηματικού κόσμου. Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι υπάρχει έλλειμμα στο θέμα ενημέρωσης και πληροφόρησης για τα χρηματοδοτικά εργαλεία και τα προγράμματα στήριξης. Επίσης, ο επιχειρηματικός κόσμος του τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας είναι πολύ επιφυλακτικός για χρηματοδοτική στήριξη με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού. Αυτό με βάση τα ευρήματα απορρέει από κακές εμπειρίες που βίωσαν στο παρελθόν με τραπεζικούς δανεισμούς ή χρηματοδοτήσεις με τη μορφή τραπεζικού δανεισμού.
- Ιδιαίτερο ρόλο διαδραμάτισαν οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της ελληνικής υπαίθρου την περίοδο της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης γιατί ήταν ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία, έδειξαν προσαρμοστικότητα στα μέτρα πολιτικής που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση των κρίσεων, παρουσίασαν ανθεκτικότητα, είχαν θετική επίδραση στην υγεία των πολιτών και στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων όπως η μοναξιά, η απομόνωση, ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση. Βέβαια κατά τη διάρκεια των κρίσεων αντιμετώπισαν προβλήματα αλλά έδειξαν ευελιξία, εύκολη προσαρμοστικότητα και αξιοποίησαν τις επιχειρηματικές ευκαιρίες που δημιούργησαν οι κρίσεις, αναπροσαρμόζοντας τη στρατηγική τους και τη στόχευσή τους χωρίς να εκτραπεί ή να διακοπεί η λειτουργία τους. Μεταξύ των προβλημάτων που αντιμετώπισαν ήταν με το ανθρώπινο δυναμικό τους, τους προμηθευτές τους, τις μεταφορές των απαραίτητων για τη λειτουργία τους υλικών, τη ρευστότητα, τους τραπεζικούς δανεισμούς και τις υποχρεώσεις προς τρίτους. Ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετώπισαν το σημαντικότερο ήταν αυτό της ρευστότητας και μάλιστα όσο μεγαλύτερη εξάρτηση είχαν οι επιχειρήσεις αυτές από συμβάσεις με το δημόσιο και τους ασφαλιστικούς φορείς τόσο μεγαλύτερο ήταν και το πρόβλημα

ρευστότητας που αντιμετώπισαν. Το συμπέρασμα, όμως, είναι ότι μέσα στη δίνη της οικονομικής και υγειονομικής κρίσης, οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις έδειξαν προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα και κατάφεραν να συνεχίσουν τη λειτουργία και τη δράση τους χωρίς εκπτώσεις στις προσφερόμενες υπηρεσίες τους.

## 9.2. Συνεισφορά της έρευνας

Η συνεισφορά της παρούσας έρευνας κινείται σε δυο διαστάσεις. Στη θεωρητική διάσταση και στην εμπειρική διάσταση.

### 9.2.1. Θεωρητικές επιπτώσεις

Η παρούσα έρευνα ανταποκρίνεται στην έκκληση για να δοθεί μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον και περισσότερη προσοχή στην ενοποίηση της επιχειρηματικότητας (Yousafzi et al, 2019) σε υπό εξερεύνηση ζώνες όπως είναι η επιχειρηματικότητα υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Προσθέτει στη διεθνή βιβλιογραφία στοιχεία για τον ρόλο των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιοχών της υπαίθρου και τον ρόλο που οι επιχειρήσεις αυτές διαδραματίζουν στην ποιότητα ζωής των κατοίκων. Εξάλλου πρόσφατες έρευνες έδειξαν την αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα σε διάφορες πτυχές των επιχειρήσεων υγείας στην ύπαιθρο αφού διαπίστωσαν ερευνητικά κενά που πρέπει να καλυφθούν (Apostolopoulos et al, 2021a; Ferreira et al, 2020; Apostolopoulos et al, 2020; Caló et al, 2019). Αυτή την αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα στα θέματα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου ήρθε να ικανοποιήσει η έρευνα που εμπεριέχεται σε αυτή τη διδακτορική διατριβή.

Η παρούσα έρευνα έχει και μεθοδολογικές επιπτώσεις καθώς οι περισσότερες έρευνες επιχειρηματικότητας του πλαισίου αυτού είναι προσανατολισμένες στα οικονομικά της υγείας και στη διοίκηση των δομών υγείας. Συνεπώς η παρούσα ποιοτική έρευνα παρέχει ένα πλούσιο πλαίσιο με ευκρινή και πλούσια εικόνα μέσα από τα κίνητρα εγκατάστασης των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στην ύπαιθρο, των προκλήσεων και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους να συνεχίσουν να προσφέρουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες στους κατοίκους της υπαίθρου. Η παρούσα έρευνα συμβάλλει στη διεθνή βιβλιογραφία με την αποτύπωση των εμπειριών και των απόψεων των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρηματιών που επένδυσαν στην ύπαιθρο και με την αποτύπωση των κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών που επιφέρουν οι δράσεις των επενδύσεων στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Καθώς η έρευνα αυτή ανιχνεύει τις απόψεις και τις εμπειρίες των επιχειρηματιών υγείας-φροντίδας-μέριμνας που επένδυσαν στην ύπαιθρο, αναγνωρίζει την ιδιαιτερότητα του πλαισίου που ερευνάται.

Η παρούσα έρευνα συμβάλλει στη βιβλιογραφία της θεσμικής θεωρίας αφού διερευνά τη σχέση των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας με διάφορους θεσμικούς παράγοντες όπως κυβέρνηση, αυτοδιοίκηση, ενώσεις, σωματεία

και διάφορες άλλες εκφράσεις της τοπικής κοινωνίας που επηρεάζουν την ανθεκτικότητά τους και τη βιωσιμότητά τους. Το θεσμικό περιβάλλον που διαμορφώνεται στην ύπαιθρο τόσο σε ομαλές συνθήκες όσο και σε συνθήκες οικονομικών και κοινωνικών κρίσεων είναι καθοριστικός παράγοντας αφού η ανθεκτικότητα εξακολουθεί να είναι ένα διαρκές αναπτυσσόμενο θέμα (McInnis-Bowers et al, 2017).

Αυτή η διατριβή ανταποκρινόμενη στη ζήτηση για περισσότερη έρευνα για την επιχειρηματικότητα στο χωρικό πλαίσιο και ιδιαίτερο στο πλαίσιο της υπαίθρου αντιμετώπισε τις εκκλήσεις και φώτισε πτυχές σε σχέση με το πλαίσιο που δημιουργεί επιχειρηματικές ευκαιρίες. Εξέτασε τον ρόλο των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων στην ύπαιθρο όπως η πρόσβαση σε χρηματοδοτικά εργαλεία και προγράμματα στήριξης, η ευελιξία, ο σχεδιασμός καινοτόμων παρεμβάσεων, η συμπεριφορά σε περιόδους κρίσεων, η απόδοση στην παραγωγή υπηρεσιών και ο αντίκτυπος στην τοπική κοινωνία της υπαίθρου, μέσα από μια πολυεπίπεδη και ολοκληρωμένη ανάλυση με στοιχεία που εμπλουτίζουν τη διεθνή βιβλιογραφία. Στο επίκεντρο της μελέτης αυτής ήταν η επιχειρηματική δράση σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου ως μια διαδικασία με ατομικά στοιχεία και χαρακτηριστικά, απόψεις και εμπειρίες, προσδοκίες και αναμενόμενα αποτελέσματα, κίνητρα και κοινωνικές σχέσεις, που διαμορφώνουν ένα πλαίσιο που επηρεάζει τις επιχειρηματικές αποφάσεις, παρεμβάσεις και επιλογές. Η έρευνα έδειξε ότι το χωρικό πλαίσιο της υπαίθρου επηρεάζει και επηρεάζεται από συμπεριφορές που δημιουργούν επιχειρηματική αξία εμπλουτίζοντας έτσι τη διεθνή βιβλιογραφία. Με αυτόν τον τρόπο η παρούσα έρευνα αντιμετώπισε ορισμένες από τις ελλείψεις της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για την επιχειρηματικότητα παρέχοντας πλούσια εμπειρικά στοιχεία της αλληλεπίδρασης μεταξύ ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων και των κατοίκων της υπαίθρου. Στοιχεία της σε βάθος κατανόησης του τρόπου που εξελίσσεται η επιχειρηματική διαδικασία στον τομέα υγείας-φροντίδας-μέριμνας στις περιοχές της υπαίθρου ενσωματώνοντας το τοπικό πλαίσιο που περιβάλλει την τοπική κοινωνία, είναι χρήσιμα για τις μελλοντικές έρευνες.

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε και εννοιολογικά την ιδιωτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα της υπαίθρου υγείας-φροντίδας-μέριμνας ως διακριτό φαινόμενο με σημαντικές διαφορές από άλλους τύπους επιχειρηματικών δράσεων εμπλένοντας τον τόπο, τον χώρο, τις ανθρώπινες ανάγκες, τους πόρους και τον αντίκτυπο των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων στην τοπική ανάπτυξη και στην ποιότητα ζωής των κατοίκων της υπαίθρου. Τα ευρήματα αυτής της πολυεπίπεδης έρευνας συμβάλλουν στη διεθνή βιβλιογραφία και μπορούν να αξιοποιηθούν ως βάση για μελλοντικές έρευνες.

### **9.2.2. Πρακτικές επιπτώσεις**

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι χρήσιμο εργαλείο για διάφορα ενδιαφερόμενα μέρη που ασκούν πολιτικές στα θέματα υγείας-φροντίδας-μέριμνας ή επηρεάζουν με τις αποφάσεις τους τις ασκούμενες πολιτικές όπως η κυβέρνηση, οι εγχώριοι ή ευρωπαϊκοί φορείς, η αυτοδιοίκηση, οι τοπικοί φορείς. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-



φροντίδας-μέριμνας προσπαθούν να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν στην ύπαιθρο, σε ένα δύσκολο επιχειρηματικό περιβάλλον, συμβάλλοντας στη δημιουργία ευκαιριών για εργασία, στην προώθηση μιας επιχειρηματικής κουλτούρας με κοινωνικούς στόχους, στη συγκράτηση του πληθυσμού στις εστίες του, στην ενδυνάμωση της τοπικής αγοράς καθώς και στην ισχυροποίηση του κοινωνικού ιστού στην ύπαιθρο, γεγονός που συντελεί στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιοχών της υπαίθρου.

Καθώς οι ασκούμενες δημόσιες πολιτικές από την κυβέρνηση και τους θεσμικούς φορείς επηρεάζουν τις επιχειρηματικές αποφάσεις και διαμορφώνουν το περιβάλλον της υπαίθρου καθώς και το πλαίσιο ανάπτυξης ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας, η παρούσα έρευνα αποκαλύπτει ότι ένα νέο ρυθμιστικό θεσμικό περιβάλλον για περιοχές της υπαίθρου πρέπει να διαμορφωθεί που να ενθαρρύνει περισσότερο τις επιχειρηματικές επενδύσεις ώστε να υπάρξει ουσιαστική κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιοχών αυτών. Να βοηθηθούν μέσα από αυτό το νέο ρυθμιστικό πλαίσιο οι επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου στην απρόσκοπτη πρόσβαση πληροφοριών, ιδιαίτερα για τα χρηματοδοτικά εργαλεία και τα εγχώρια και ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης. Να δημιουργήσουν οι κυβερνητικοί και αυτοδιοικητικοί θεσμοί βάσεις δεδομένων για τους επιχειρηματίες της υπαίθρου με στοιχεία ζωτικής σημασίας για τις περιοχές της υπαίθρου. Ταυτόχρονα να κατανοήσουν οι κυβερνητικοί, ιδιαίτερα, παράγοντες που λαμβάνουν αποφάσεις για τον ιδιωτικό και κοινωνικό τομέα της υγείας και της φροντίδας ότι τα οριζόντια νομικά και θεσμικά μέτρα στοιβάζουν στο ίδιο καλάθι τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας των περιοχών της υπαίθρου με αυτές των αστικών κέντρων και δε λαμβάνουν υπόψη τους τις ιδιαιτερότητες της υπαίθρου και αυτό δυσκολεύει την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο και συνεπώς και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξή της.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι χρήσιμο εργαλείο και για τον ίδιο τον επιχειρηματικό κόσμο που έχει επενδύσει στην ύπαιθρο ή σκοπεύει να επενδύσει. Τους δίνει τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν προηγούμενες εμπειρίες επιχειρηματιών που αποτυπώνονται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, να υπερβούν φόβους και να αυξήσουν το ενδιαφέρον τους για επενδύσεις στην ύπαιθρο ή για επέκταση υπαρχουσών επενδύσεων. Να αναζητήσουν εκεί νέες επενδυτικές ευκαιρίες αλλά ταυτόχρονα να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες της υπαίθρου και πώς το πλαίσιο της υπαίθρου επηρεάζει την επιχειρηματική αξία που δημιουργείται για την κοινότητα. Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η δημιουργία κοινωνικής αξίας είναι αναπόσπαστο μέρος της επιχειρηματικότητας στην ύπαιθρο. Η συμμετοχή και η ενδυνάμωση της κοινότητας είναι ζωτικός μηχανισμός για τις επιχειρηματικές δραστηριότητες στην ύπαιθρο. Για την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας στις περιοχές αυτές απαιτείται μια αμφίδρομη σχέση επιχείρησης και τοπικής κοινωνίας και η παρούσα έρευνα φωτίζει τέτοιες πτυχές. Επιπλέον, η επιθυμία των επιχειρηματιών να συνεισφέρουν στην τοπική ανάπτυξη υποκινείται από τον τοπικό κώδικα δεοντολογίας και το αίσθημα ευθύνης για τη συμβολή στην ευημερία των κατοίκων της υπαίθρου. Το ενιαίο συμφέρον του επιχειρηματία και η επιτυχία του εγχειρήματός του διέρχεται μέσα από την ανάπτυξη της περιοχής. Αν η περιοχή της υπαίθρου ευδοκιμεί τότε όλοι ευδοκιμούν. Η εστίαση της παρούσας έρευνας σε διάφορες πτυχές της επιχειρηματικής δράσης στην ύπαιθρο όπως σε σχέση με τον πολίτη, την τοπική κοινωνία, την τοπική και περιφερειακή αυτοδιοίκηση, την τοπική αγορά, τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, την καινοτομία, τον

κόσμο της εργασίας, τα χρηματοδοτικά εργαλεία, την ποιότητα ζωής των κατοίκων, την τοπική ανάπτυξη, έδωσε σημαντικά ευρήματα που γίνονται χρήσιμος οδηγός για κάθε επενδυτή της υπαίθρου. Ο οδηγός των ευρημάτων έρχεται να βοηθήσει τον επιχειρηματικό κόσμο που σκοπεύει να αναπτύξει επενδυτικά σχέδια στον τομέα της υγείας στις μη μητροπολιτικές περιοχές και να καρπωθεί την υπάρχουσα εμπειρία σε ανάλογες επενδύσεις, τους προβληματισμούς και τα εμπόδια.

Η παρούσα έρευνα ασχολήθηκε και με το περιβάλλον που διαμορφώθηκε για την επιχειρηματικότητα στην ύπαιθρο την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2008 και στην υγειονομική κρίση με την πανδημία COVID-19 και πώς οι επιχειρήσεις οι ιδιωτικές και κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας συμπεριφέρθηκαν την περίοδο εκείνη και εξήγαγε ευρήματα που μπορούν να φανούν χρήσιμα για πολιτικές που θα ασκηθούν στο μέλλον σε πιθανές οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις.

### **9.3. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Όπως κάθε έρευνα, έτσι και αυτή δεν εξαιρείται από περιορισμούς. Για την παρούσα έρευνα εντοπίστηκαν τέσσερις περιορισμοί:

Ο πρώτος περιορισμός έγκειται στο ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε κάτω από τις πιο ακραίες συνθήκες της επιχειρηματικής δράσης που επικρατούσαν στην ύπαιθρο, αφού η ύπαιθρος είχε υποστεί τις συνέπειες της δεκαετούς οικονομικής κρίσης και πριν επουλωθούν οι πληγές βρέθηκε μπροστά στις συνέπειες της υγειονομικής κρίσης με την πανδημία COVID-19. Δεν πραγματοποιήθηκε δηλαδή η έρευνα σε έναν ουδέτερο χρόνο με ομαλές συνθήκες αλλά μέσα στη δίνη των κρίσεων. Αυτό βέβαια είχε και τη θετική πλευρά γιατί ανέκυσαν ευρήματα για την προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου σε περιόδους κρίσεων που είναι σημαντικά για το μέλλον αφού κανείς δεν μπορεί να διαβεβαιώσει ότι η ανθρωπότητα δε θα βρεθεί και πάλι μπροστά σε κρίσεις και καταστροφές.

Ο δεύτερος περιορισμός έγκειται στο γεγονός της έλλειψης δεδομένων σχετικά με τις επιχειρήσεις υγείας-φροντίδας-μέριμνας της υπαίθρου. Το πλαίσιο της στατιστικής είναι περιορισμένο για τον τομέα αυτόν. Δεν αναφερόμαστε μόνο στις τυπικές απογραφές, που σαφώς υπάρχουν, αλλά στην εμβάθυνση με στοιχεία εντός των επιχειρήσεων της υπαίθρου και σε συνδυασμό με τον τοπικό πληθυσμό της υπαίθρου, με το μέγεθος των χρηματοδοτήσεων που έχουν λάβει οι επιχειρήσεις αυτές καθώς και στοιχεία από την ένταξή τους σε εγχώρια και ευρωπαϊκά προγράμματα στήριξης.

Ο τρίτος περιορισμός έγκειται στο γεγονός ότι η παρούσα έρευνα εξετάζει την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου μέσα από έναν τομέα της επιχειρηματικής δράσης, τον τομέα των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας. Όμως η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη δεν είναι υπόθεση μόνο ενός τομέα της επιχειρηματικής δράσης γι' αυτό και η μελλοντική έρευνα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς της επιχειρηματικής δράσης στην ύπαιθρο.

Ο τέταρτος περιορισμός έγκειται στο γεγονός ότι η έρευνα προσέγγισε τη συμμετοχή των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων υγείας-φροντίδας-μέριμνας στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της υπαίθρου και την ποιότητα ζωής των κατοίκων

μέσα από τις απόψεις και τις εμπειρίες των επιχειρηματιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να προσεγγίσει τη συμμετοχή των ιδιωτικών και κοινωνικών επιχειρήσεων μέσα από τις απόψεις και τις εμπειρίες των τοπικών αρχών και των κατοίκων της υπαίθρου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α΄ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Aanestad, M., Grisot, M., Hanseth, O., Vassilakopoulou, P.,** (2017). Information Infrastructures for eHealth. In: Aanestad M., Grisot M., Hanseth O., Vassilakopoulou P. (eds.) Information Infrastructures within European Health Care. Health Informatics. Springer, Cham, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-51020-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-51020-0_2).
- Abbasi, S.,** (2019). Desperation of Demographic Change in the Health Sector in Germany: Necessary Strategy Orientation for Medical Practices in the Countryside. *Journal of US-China Public Administration*, 16(1), 7-15.
- Abedin, B., Maloney, B., Watson, J.,** (2019). Benefits and Challenges Associated with Using Online Communities by Social Enterprises: A Thematic Analysis of Qualitative Interviews. *Journal of Social Entrepreneurship*, 12(2), 197-218.
- Abel-Smith, B., J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman, E. Mossialos.,** (1994) .*Report on the Greek Health Services*, εκδ. Pharmetrica S.A., Athens
- Acerete, B., Gasca, M., Stafford, A., Stapleton, P., Acerete, B., Shaoul, J., Sierra, V.,** (2015). Public corporate governance of state-owned enterprises: Evidence from the Spanish banking industry. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17(5), 502-518.
- Acs, Z. J., Armington, C.,** (2004). Employment growth and entrepreneurial activity in cities. *Regional Studies*, 38(8), 911-927.
- Acs, Z., Szerb, L., Autio, E.,** (2017). The global entrepreneurship index. In *Global Entrepreneurship and Development Index 2016*, 19-38. Springer, Cham.
- Adalja, A.A., Toner, E., Inglesby, T.V.,** (2020). Priorities for the US health community responding to COVID-19. *Jama*, 323(14), 1343-1344.
- Aday, L.A., Quill, B.E., Reyes-Gibby, C.C.,** (2001). Equity in rural health and health care. In: Loue, S., Quill, B.E. (Eds.), *Handbook of Rural Health*. Kluwer, New York, 45–72.
- Aday, S., Aday, M.S.,** (2020). Impacts of COVID-19 on food supply chain. *Food Quality and Safety*.
- Adhabi, E., Anozie, C.B.,** (2017). Literature review for the type of interview in qualitative research. *International Journal of Education*, 9(3), 86-97.
- Adler, P.S., Kwon, S.W.,** (2002). Social capital: Prospects for a new concept. *Academy of management review*, 27(1), 17-40.
- Aiginger, K.,** (2009). The current economic crisis: causes, cures and consequences (No. 341). WIFO working papers.
- Ajala, O.A., Sanni, L., Adeyinka, S.A.,** (2005). Accessibility to health care facilities: A panacea for sustainable rural development in Osun State Southwestern, Nigeria. *Journal of Human Ecology*, 18(2), 121-128.
- Ajami, S., Lamoochi, P.,** (2014). Use of telemedicine in disaster and remote places. *Journal of education and health promotion*, 3.
- Akpan, I.J., Soopramanien, D., Kwak, D.H.,** (2020). Cutting-edge technologies for small business and innovation in the era of COVID-19 global health pandemic. *Journal of Small Business & Entrepreneurship*, 33(6), 607-617.
- Albrecht, T.,** (2009). Privatization processes in health care in Europe-a move in the right direction, a ‘trendy’ option, or a step back? *European Journal of Public Health*, 19 (5), 448–450.

- Albury, D.**, (2005). “Fostering innovation in public services”. *Public money and management*, 25(1), 51-56.
- Al-Busaidi, Z.Q.**, (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 8(1), 11.
- Al-Dajani, H., Akbar, H., Carter, S., Shaw, E.**, (2019). Defying contextual embeddedness: evidence from displaced women entrepreneurs in Jordan. *Entrepreneurship & Regional Development*, 31(3-4), 198-212.
- Aldrich, H., Zimmer, C.**, (1986). “Entrepreneurship through social networks”, in Sexton, D. and Smilor, R. (Eds)
- Alharthi, M., Alamoudi, H., Shaikh, A.A., Bhutto, M.H.**, (2021). “Your ride has arrived”–Exploring the nexus between subjective well-being, socio-cultural beliefs, COVID-19, and the sharing economy. *Telematics and Informatics*, 63, 101663.
- Alhassan, P.K., Nketiah-Amponsah, E.** (2016). Frontline staff motivation levels and health care quality in rural and urban primary health facilities: a baseline study in the Greater Accra and Western regions of Ghana. *Health economics review*, 6(1), 39.
- Alhassan, R.K., Beyere, C.B., Nketiah-Amponsah, E., Mwini-Nyaledzigbor, P.P.**, (2017). Perceived needs of health tutors in rural and urban health training institutions in Ghana: Implications for health sector staff internal migration control. *PloS one*, 12(10), e0185748.
- Ali, H., Birley, S.**, (1999). Integrating deductive and inductive approaches in a study of new ventures and customer perceived risk, *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2 (2), 103–110.
- Aliman, N.K., Mohamad, W.N.**, (2016). Linking service quality, patients’ satisfaction and behavioral intentions: an investigation on private healthcare in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 224, 141-148.
- Aliyu, A.A., Bello, M.U., Kasim, R., Martin, D.**, (2014). Positivist and non-positivist paradigm in social science research: Conflicting paradigms or perfect partners. *J. Mgmt. & Sustainability*, 4, 79
- Allen, P., Hughes, D., Vincent-Jones, P., Petsoulas, C., Doheny, S., Roberts, J.A.**, (2016). Public Contracts as Accountability Mechanisms: Assuring quality in public health care in England and Wales. *Public Management Review*, 18(1), 20-39.
- Alon, I., Farrell, M., Li, S.**, (2020). Regime type and COVID-19 response. *FIIB Business Review*, 9(3), 152-160.
- Althalathini, D.**, (2020). *Resilience of Entrepreneurs in Conflict Zones: Evidence from Afghanistan, Iraq and Palestine* (Doctoral dissertation, University of Plymouth).
- Althalathini, D., Al-Dajani, H., Apostolopoulos, N.**, (2020). Navigating Gaza’s conflict through women’s entrepreneurship. *International Journal of Gender and Entrepreneurship*.
- Altieri, M.A., Nicholls, C.I.**, (2020). Agroecology and the reconstruction of a post-COVID-19 agriculture. *The Journal of Peasant Studies* 47(5), 881-898.
- Amarasinghe, A., D’Souza, G., Brown, C., Oh H., Borisova, T.**, (2009). The influence of socioeconomic and environmental determinants on health and obesity: A West Virginia case study. *Int J Environ Res Public Health*, 6, 2271–2287
- Amoah, P.A., Edusei, J., Amuzu, D.**, (2018). Social networks and health: understanding the nuances of healthcare access between urban and rural populations. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 973.
- Anderson, A.R., Lent, M.D.**, (2017). Enterprising the rural: creating a social value chain. *Journal of Rural Studies*, 70.

- Anderson, J.G.**, (1994). Computer-based patient records and changing physicians' practice patterns. *Topics in Health Information Management*, 15(1), 10-23.
- Anning-Dorson, T.**, (2018). Innovation and competitive advantage creation: The role of organisational leadership in service firms from emerging markets. *International Marketing Review*.
- Ansell, C., Boin, A.**, (2019). Taming deep uncertainty: The potential of pragmatist principles for understanding and improving strategic crisis management. *Administration & Society*, 51(7), 1079-1112.
- Anthopoulou, T., Kaberis, N., Petrou, M.**, (2017) Aspects and experiences of crisis in rural Greece. Narratives of rural resilience, *Journal of Rural Studies*, 52, 1-11.
- Apostolopoulos, N., Newbery, R., Gkartzios, M.**, (2019). Social enterprise and community resilience: Examining a Greek response to turbulent times. *Journal of Rural studies*, 70, 215-224.
- Apostolopoulos, N., Ratten, V., Stavroyiannis, S., Makris, I., Apostolopoulos, S., Liargovas, P.**, (2020). Rural health enterprises in the EU context: a systematic literature review and research agenda. *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*. 14 (4), 563-582.
- Apostolopoulos, N., Papazoglou, M.**, (2020). The Impact of EU Structural and Investment Funds on Greece (1981-2019).
- Apostolopoulos, N., Liargovas, P., Sklias, P., Apostolopoulos, S.**, (2021a). Healthcare enterprises and public policies on COVID-19: Insights from the Greek rural areas. *Strategic Change*, 30(2), 127-136.
- Apostolopoulos, N., Apostolopoulos, S., Makris, I., Stavroyiannis, S.**, (2021b). Rural Healthcare Enterprises in the Vortex of COVID-19: The Impact of Public Policies on the Internal and External Environment. *Administrative Sciences*, 11(3), 82.
- Apostolopoulos, N., Chalvatzis, K., Liargovas, P.**, (2021c). Entrepreneurship, Institutional Framework and Support Mechanisms in the EU. In *Entrepreneurship, Institutional Framework and Support Mechanisms in the EU*. Emerald Publishing Limited.
- Apostolopoulos, N., Psychalis, M., Liargovas, P., Pistikou, V.**, (2021d). Investigating Government lending during an economic crisis: a comparative analysis of four EU countries. *European Politics and Society*, 1-15.
- Apostolopoulos, N., Liargovas, P., Sklias, P., Makris, I., Apostolopoulos, S.**, (2022a). Private healthcare entrepreneurship in a free-access public health system: what was the impact of COVID-19 public policies in Greece? *Journal of Entrepreneurship and Public Policy*.
- Apostolopoulos, S., Makris, I., Stavroyiannis, S.**, (2022b). Healthcare Innovation in Greece: The Views of Private Health Entrepreneurs on Implementing Innovative Plans. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 8(2), 78.
- Archibald, M.M., Ambagtsheer, R.C., Casey, M.G., Lawless, M.**, (2019). Using zoom videoconferencing for qualitative data collection: perceptions and experiences of researchers and participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919874596.
- Archie, B.C.**, (1991). The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, 34(4), 39-48.
- Arcury, T.A., Preisser, J.S., Gesler, W.M., Powers, J.M.**, (2005). Access to transportation and health care utilization in a rural region. *The Journal of Rural Health*, 21(1), 31-38.

- Ardebili, M.E., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H., Ranjbar, H.,** (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *American journal of infection control*, 49(5), 547-554.
- Aretxabala, E.,** (2011). Work Integration Social Enterprises. Devices for the promotion of social inclusion and labour activation of the most vulnerable immigrants. *Sfera Politicii*, 166, 64-77.
- Argent, N.,** (2018). Heading down to the local? Australian rural development and the evolving spatiality of the craft beer sector. *Journal of rural studies*, 61, 84-99.
- Arkolakis, C., Ramondo, N., Rodríguez-Clare, A., Yeaple, S.,** (2018). Innovation and production in the global economy. *American Economic Review*, 108(8), 2128-73.
- Armani, A.M., Hurt, D.E., Hwang, D., McCarthy, M.C., Scholtz, A.,** (2020). Low-tech solutions for the COVID-19 supply chain crisis. *Nature Reviews Materials*, 5(6), 403-406.
- Arsenijevic, J., Groot, W., Tambor, M., Golinowska, S., Sowada, C., Pavlova, M.,** (2016). A review of health promotion funding for older adults in Europe: a cross-country comparison. *BMC health services research*, 16(5), 288.
- Ash, J.S., Stavri, P.Z., Dykstra, R., Fournier, L.,** (2003). Implementing computerized physician order entry: the importance of special people. *International journal of medical informatics*, 69(2-3), 235-250.
- Askitas, N.,** (2015). Calling the Greek Referendum on the nose with Google Trends. Available at SSRN 2633443.
- Atalan, A.,** (2020). Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective. *Annals of medicine and surgery*, 56, 38-42.
- Ather, A., Patel, B., Ruparel, N.B., Diogenes, A., Hargreaves, K.M.,** (2020). Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care. *Journal of endodontics*.
- Audretsch, D.B., Keilbach, M.,** (2005). Entrepreneurship capital and regional growth. *Annals of Regional Science*, 39(3), 457-469.
- Audretsch, D.B., Thurik, A.R.,** (2001). What's new about the new economy? Sources of growth in the managed and entrepreneurial economies. *Industrial and Corporate Change*, 10(1), 267-315.
- Audretsch, D., Dohse, D., Niebuhr, A.,** (2010) Cultural Diversity and Entrepreneurship: A Regional Analysis for Germany, *Annals of Regional Science*, 45 (1), 55-85.
- Augier, M., Teece, D.J.,** (2008). Strategy as evolution with design: The foundations of dynamic capabilities and the role of managers in the economic system. *Organization studies*, 29(8-9), 1187-1208.
- Austin, J., Stevenson, H., Wei-Skillern, J.,** (2006). Social and commercial entrepreneurship: same, different, or both? *Entrepreneurship theory and practice*, 30(1), 1-22.
- Austin, Z., Gregory, P.,** (2021). Resilience in the time of pandemic: the experience of community pharmacists during COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1867-1875.
- Avgerinos, E.D., Giannakopoulos, T., Liapis, C.D.,** (2017). Vascular Surgery in Greece in the Wake of Financial Crisis. In *Vascular Surgery* (347-355). Springer, Cham.

- Awan, N., Ahmad, N.,** (2017). Intentions to become an entrepreneur: Survey from university students of Karachi. *International Journal of Business, Economics and Law*, 13(2), 19-27.
- Azim, M.T.,** (2013). Entrepreneurship training in Bangladesh: A case study on small and cottage industries training institute. *Life Science Journal*, 10(12s), 188-201.
- Azzopardi-Muscat, N.,** (2014). European Union Structural and Investment (ESI) Funds: A mechanism for Europeanisation of Health Systems? *European Journal of Public Health*, 24 (2), 165-022.
- Babalola, D., Babalola, Y.,** (2013). Economic effects of media campaign against pandemic diseases: the case of bird flu (H5N1) on poultry business in Ogun state, Nigeria. *Oman Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*, 34(982), 1-9.
- Babenko, I., Bennett, B., Bizjak, J.M., Coles, J.L., Sandvik, J.,** (2019). Clawback Provisions and Firm Risk. *Fisher College of Business Working Paper*, (2019-03), 013.
- Bachtler, J., Yuill, D.,** (2001). Policies and Strategies for Regional Development: A Shift in Paradigm? (Glasgow: European Policies Research Centre, University of Strathclyde).
- Bacq, S., Janssen, F.,** (2011), "The multiple faces of social entrepreneurship: A review of definitional issues based on geographical and thematic criteria", *Entrepreneurship & Regional Development*, 23 (5-6), 373-403.
- Bacq, S., Lumpkin, G.T.,** (2020). Social entrepreneurship and COVID-19. *Journal of Management Studies*.
- Bacq, S., Geoghegan, W., Josefy, M., Stevenson, R., Williams, T.A.,** (2020). The COVID-19 Virtual Idea Blitz: Marshaling social entrepreneurship to rapidly respond to urgent grand challenges. *Business Horizons*.
- Baernholdt, M., Mark, B.A.,** (2009). The nurse work environment, job satisfaction, and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, 17 (8), 994-1001.
- Bagcchi, S.,** (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782.
- Baier, N., Pieper, J., Schweikart, J., Busse, R., Vogt, V.,** (2020). Capturing modelled and perceived spatial access to ambulatory health care services in rural and urban areas in Germany. *Social Science & Medicine*, 265, 113328.
- Bailey, J.M.,** (2009), "The top 10 rural issues for health care reform", Center for Rural Affairs, 2 (1), 1-8.
- Bairagi, S., Mohanty, S., Baruah, S., Thi, H.T.,** (2020). Changing food consumption patterns in rural and urban Vietnam: Implications for a future food supply system. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 64(3), 750-775.
- Baker, T., Powell, E.E., Fultz, A.,** (2017). Whatdya know? Qualitative methods in entrepreneurship. In Mir, R., Jain, S. (Eds.), *The routledge handbook of qualitative research* (248–262). Routledge.
- Bakola, H., Fradelos, E., Bakola, E., Zyga, S.,** (2018). Health care reforms and changes in health expenditure in a period of financial crisis, *Archives of Hellenic Medicine* 2018, 35(4), 549–557 (Greece)
- Ballantyne, A., Stewart, C.,** (2019). Big data and public-private partnerships in healthcare and research. *Asian Bioethics Review*, 11(3), 315-326.
- Baptista, R., Escaria, V., Madruga, P.,** (2008). Entrepreneurship, regional development and job creation: the case of Portugal. *Small Business Economics*, 30(1), 49-58.



- Barbier-Gauchard, A., Dai, M., Mainguy, C., Saadaoui, J., Sidiropoulos, M., Terraz, I., Trabelsi, J.,** (2021). Towards a more resilient European Union after the COVID-19 crisis. *Eurasian Economic Review*, 11(2), 321-348.
- Barer, M., Getzen, T.E., Stoddart, G.L.,** (1998) Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution. Chichester: Wiley.
- Barjis, J., Kolfshoten, G., Maritz, J.,** (2013). A sustainable and affordable support system for rural healthcare delivery. *Decision Support Systems*, 56, 223-233.
- Barnea, A., Rubin, A.,** (2010). Corporate social responsibility as a conflict between shareholders. *Journal of Business Ethics*, 97(1), 71–86.
- Barney, A., Buckelew, S., Mesheriakova, V., Raymond-Flesch, M.,** (2020). The COVID-19 pandemic and rapid implementation of adolescent and young adult telemedicine: challenges and opportunities for innovation. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 164-171.
- Barnfield, A.F.,** (2019). ESI Funds for Health: Investing for a healthy and inclusive EU.
- Barraket, J., Archer, V.,** (2010). Social inclusion through community enterprise? Examining the available evidence. *Third Sector Review*, 16(1), 13-28.
- Barraket, J., Eversole, R., Luke, B., Barth, S.,** (2019). Resourcefulness of locally-oriented social enterprises: Implications for rural community development. *Journal of Rural Studies*, 70, 188-197.
- Barroco, J., Herrera, M.,** (2019). Clearing barriers to project finance for renewable energy in developing countries: A Philippines case study. *Energy Policy*, 135, 111008.
- Bastos, R., Pindado, J.,** (2013). Trade credit during a financial crisis: A panel data analysis. *Journal of Business Research*, 66(5), 614-620.
- Battaglini, L.M., Corrado, F.,** (2014). The return to the rural-mountain lands: different aspects of an on-going phenomenon.
- Battilana, J.,** (2018). Cracking the organizational challenge of pursuing joint social and financial goals: Social enterprise as a laboratory to understand hybrid organizing. *M@n@gement*, 21(4), 1278-1305.
- Battilana, J., Lee, M., Walker, J., Dorsey, C.,** (2012). In Search of the Hybrid Ideal, in «Stanford Social Innovation Review». Summer.
- Baum, F.,** (1998). *The New Public Health: An Australian perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Baxter, J.S., Chatzichristos, G., Christmann, G., Hennebry, B., Kovanen, S., Novikova, M., Umantseva, A.,** (2020). *Social Enterprises in Structurally Weak Rural Regions: Innovative Troubleshooters in Action. Handbook for Practitioners* (No. 6/2020). IRS Dialog.
- Bayram, M., Springer, S., Garvey, C.K., Özdemir, V.,** (2020). COVID-19 digital health innovation policy: A portal to alternative futures in the making. *Omic: a journal of integrative biology*, 24(8), 460-469.
- Beach, R.H., Poulos, C., Pattanayak, S.K.,** (2007). Farm economics of bird flu. *Canadian Journal of Agricultural Economics/Revue canadienne d'agroeconomie*, 55(4), 471-483.
- Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D.L., Ihekweazu, C., Kobinger, G., Ungchusak, K.,** (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 395(10229), 1015-1018.
- Bell, E., Winchester, N., Wray-Bliss, E.,** (2020). Enchantment in Business Ethics Research. *Journal of Business Ethics*, 1-12.

- Bem, A., Siedlecki, R., Prędkiewicz, P., Gazzola, P., Ryszawska, B., & Ucieklak-Jeż, P.,** (2019). Hospitals' financial health in rural and urban areas in Poland: Does it ensure sustainability? *Sustainability*, 11(7), 1932.
- Bembekidis, E.,** (2019). The Problems of the Greek health system due to the economic crisis, *ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ. bg*, 10(3), 74-82.
- Béné, C.,** (2020). Resilience of local food systems and links to food security – A review of some important concepts in the context of COVID-19 and other shocks. *Food Security*, 12 (4), 805–822.
- Bennett, K., Phillipson, J.,** (2004). A plague upon their houses: revelations of the foot and mouth disease epidemic for business households. *Sociologia Ruralis*, 44(3), 261-284.
- Bergin, R.J., Emery, J., Bollard, R.C., Falborg, A.Z., Jensen, H., Weller, D., White, V.,** (2018). Rural–urban disparities in time to diagnosis and treatment for colorectal and breast cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 27(9), 1036-1046.
- Berglund, K., Johansson, A.W.,** (2007). Entrepreneurship, discourses and conscientization in processes of regional development. *Entrepreneurship and Regional Development*, 19(6), 499-525.
- Bertin, M., Viel, J.F., Monfort, C., Cordier, S., Chevrier, C.,** (2015). Socioeconomic Disparities in Adverse Birth Outcomes in Urban and Rural Contexts: a French Mother–Child Cohort. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 29(5), 426-435.
- Bertotti, M., Sheridan, K., Tobi, P., Renton, A., Leahy, G.,** (2011). Measuring the impact of social enterprises. *British Journal of Healthcare Management*, 17(4), 152-156.
- Bertrand, C., Bourdeau, L.,** (2010). Research interviews by Skype: A new data collection method. In *Paper Presented at the Proceedings of the 9th European Conference on Research Methodology for Business and Management Studies, Madrid, Spain*.
- Best, S., Myers, J.,** (2019). Prudence or speed: Health and social care innovation in rural Wales. *Journal of Rural Studies*, 70, 198-206.
- Biddle, G.C., Chan, L.H.L., Joo, J.H.,** (2017). Do Clawback Adoptions Influence Capital Investments?
- Biginas, K., Sindakis, S.,** (2015). Innovation through Public-Private Partnerships in the Greek Healthcare Sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 20(1), 1-11.
- Billiet, A., Dufays, F., Friedel, S., Staessens, M.,** (2021). The resilience of the cooperative model: How do cooperatives deal with the COVID-19 crisis? *Strategic Change*, 30(2), 99-108.
- Biswas, S., Sharif, K., Li, F., Latif, Z., Kanhere, S.S., Mohanty, S.P.,** (2020). Interoperability and synchronization management of blockchain-based decentralized e-health systems. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 67(4), 1363-1376.
- Bitsani, E., Pantazopoulos, S.,** (2020) Mapping of social exclusion and sustainable development opportunities in the mountainous regions of southern Europe during the COVID-19 pandemic. The research example of mountainous Messenia.
- Björk, J., Magnusson, M.,** (2009). Where do good innovation ideas come from? Exploring the influence of network connectivity on innovation idea quality. *Journal of Product Innovation Management*, 26(6), 662-670.
- Blanchard, T.C., Tolbert, C., Mencken, C.,** (2012). The health and wealth of US counties: how the small business environment impacts alternative measures of development, *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 5(1), 149–162

- Blay-Palmer, A., Carey, R., Valette, E., & Sanderson, M.R.,** (2020). Post COVID 19 and food pathways to sustainable transformation. *Agriculture and Human Values*, 37(3), 517-519.
- Boddy, C.R.,** (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal*.
- Bohman, J.,** (2005). Critical theory. In E. Zalta (ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/entries/critical-theory/>).
- Borzaga, C., Fazzi, L.,** (2014). Civil society, third sector, and healthcare: The case of social cooperatives in Italy, *Social Science & Medicine*, 123, 234-241
- Borzaga, C., Tallarini, G.,** (2021). Social Enterprises and COVID-19: Navigating between Difficulty and Resilience. *Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity*, 10(1), 73-83.
- Borzaga, C., Poledrini, S., Galera, G.,** (2017). Social enterprise in Italy: Typology, diffusion and characteristics.
- Bosworth, G.,** (2006). Counterurbanisation and job creation: entrepreneurial immigration and rural economic development. *CRE Discussion Paper*.
- Bosworth, G., Turner, R.,** (2018). Interrogating the meaning of a rural business through a rural capitals framework. *Journal of rural studies*, 60, 1-10.
- Botham, R., Graves, A.,** (2011). Regional Variations in New Firm Job Creation: The Contribution of High Growth Start-Ups. *Local Economy*, 26 (2), 95-107.
- Bouamrane, M.M., Tao, C., Sarkar, I.N.,** (2015). Managing interoperability and complexity in health systems. *Methods of information in medicine*, 54(01), 01-04.
- Bourke, L., Humphreys, J. S., Wakerman, J., Taylor, J.,** (2012). Understanding rural and remote health: a framework for analysis in Australia. *Health & place*, 18(3), 496-503.
- Bowlby, S., McKie, L., Gregory, S., MacPherson, I.,** (2010). *Interdependency and Care over the Lifecourse*. Routledge.
- Brandão, C., Rego, G., Duarte, I., Nunes, R.,** (2013). Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Analysis*, 21(4), 390-402.
- Brass, D.J., Galaskiewicz, J., Greve, H.R., Tsai, W.,** (2004). Taking stock of networks and organizations: A multilevel perspective. *Academy of management journal*, 47(6), 795-817.
- Braun, V., Clarke, V.,** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brems, C., Johnson, M.E., Warner, T.D., Roberts, L.W.,** (2006a). Barriers to healthcare as reported by rural and urban interprofessional providers. *Journal of interprofessional care*, 20(2), 105-118.
- Brems, C., Johnson, M.E., Warner, T.D., Roberts, L.W.,** (2006b). Patient requests and provider suggestions for alternative treatments as reported by rural and urban care providers. *Complementary Therapies in Medicine*, 14(1), 10-19.
- Bristow, G.,** (2010). Resilient regions: re-'place'ing regional competitiveness. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 3(1), 153-167.
- British Medical Association Board of Science,** (2005). *Healthcare in a Rural Setting*, London BMJ Publishing Group
- Brolis, O., Nyssens, M.,** (2020). Does the mission of an organization affect the quality of low-skilled jobs in quasi-markets?: A comparison between social enterprises and for-profit organizations. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 31(3), 533-549.

- Brooks, R., Fortun, J.,** (2020). Eurozone Output Gaps and the COVID-19 Shock. *Intereconomics*, 55(5), 291-296.
- Brown, A.B., Davis-Friday, P.Y., Guler, L., Marquardt, C.,** (2015). M&A decisions and US firms' voluntary adoption of clawback provisions in executive compensation contracts. *Journal of Business Finance & Accounting*, 42(1-2), 237-271.
- Brück, T., De Groot, O.J.,** (2013). The economic impact of violent conflict, *Defence and Peace Economics*, 24(6), pp. 497-501
- Brüderl, J., Preisendörfer, P.,** (1998). Network support and the success of newly founded business. *Small business economics*, 10(3), 213-225.
- Brunori, G., Rossi, A.,** (2007). Differentiating countryside: Social representations and governance patterns in rural areas with high social density: The case of Chianti, Italy. *Journal of Rural Studies*, 23(2), 183-205.
- Bryden, J., Bollman, R.,** (2000). Rural employment in industrialised countries. *Agricultural Economics*, 22(2), 185-197.
- Bryne, M.,** (2001). Linking philosophy, methodology, and methods in qualitative research,. *AORN journal*, 73(1), 207-207.
- Buchan, J., Couper, I. D., Tangcharoensathien, V., Thepannya, K., Jaskiewicz, W., Perfilieva, G., Dolea, C.,** (2013). Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 834-840.
- Buhariwala, P., Wilton, R., Evans, J.,** (2015). Social enterprises as enabling workplaces for people with psychiatric disabilities. *Disability & Society*, 30(6), 865-879.
- Bull, C.N.,** (1998). Aging in rural communities. In *Phi Kappa Phi Forum*, National Forum: Phi Kappa Phi Journal, 78 (2), 38.
- Bullough, A., Renko, M.,** (2013). Entrepreneurial resilience during challenging times. *Business Horizons*, 56(3), 343-350.
- Buor, D.,** (2004). Determinants of utilisation of health services by women in rural and urban areas in Ghana. *GeoJournal*, 61(1), 89-102.
- Burcea, Ş.G.,** (2014). The social enterprise-viable mechanism of social integration for romanian vulnerable groups. *Revista de Management Comparat Internațional*, 15(5), 613-625.
- Burnard, P.,** (2004). Writing a qualitative research report. *Accident and emergency nursing*, 12(3), 176-181.
- Burnley I.H.,** (1998). Inequalities in the transition of ischaemic heart disease mortality in New South Wales, Australia. 1969–94. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1209-1222.
- Burton-Jones, A., Lee, A. S.,**(2017). Thinking about measures and measurement in positivist research: A proposal for refocusing on fundamentals. *Information systems research*, 28(3), 451-467.
- Bustreo, F., Harding, A., Axelsson, H.,** (2003). Can developing countries achieve adequate improvements in child health outcomes without engaging the private sector?. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 886-895.
- Butt, A.S.,** (2021). Strategies to mitigate the impact of COVID-19 on supply chain disruptions: a multiple case analysis of buyers and distributors. *The International Journal of Logistics Management*.
- Byrne, M. M.,** (2001). Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. *AORN journal*, 73(4), 830-830.

- Caldwell, J.T., Ford, C.L., Wallace, S.P., Wang, M.C., Takahashi, L.M.,** (2016). Intersection of living in a rural versus urban area and race/ethnicity in explaining access to health care in the United States. *American journal of public health*, 106(8), 1463-1469.
- Caló, F., Roy, M.J., Donaldson, C., Teasdale, S., Baglioni, S.,** (2019). Exploring the contribution of social enterprise to health and social care: A realist evaluation. *Social Science & Medicine*, 222, 154-161.
- Calò, F., Teasdale, S., Donaldson, C., Roy, M.J., Baglioni, S.,** (2018). Collaborator or competitor: assessing the evidence supporting the role of social enterprise in health and social care. *Public Management Review*, 20(12), 1790-1814.
- Cameron, K.S., Quinn, R.E.,** (1988). Organizational paradox and transformation. In *Paradox and Transformation*; Quinn, R.E., Cameron, K.S., Eds.; Ballinger Publishing: Cambridge, MA, USA, 1–18
- Cameron, K.S., Quinn, R.E.,** (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*; Addison Wesley Inc.: New York, NY, USA.
- Cano Serrano, P.,** (2021). Managing social enterprises during COVID-19 crisis. A dynamic capabilities approach
- Cappelen, A., Castellacci, F., Fagerberg, J., Verspagen, B.,** (2003). “The Impact of EU Regional Support on Growth and Convergence in the European Union”, *The Journal of Common Market Studies*, 41 (4), 621-644.
- Carneiro, A., Portugal, P., Varejão, J.,** (2014). Catastrophic job destruction during the Portuguese economic crisis. *Journal of Macroeconomics*, 39, 444-457.
- Carr, E. C., Worth, A.,** (2001). The use of the telephone interview for research. *NT research*, 6(1), 511-524.
- Carroll, J.S., Wiener, R.L., Coates, D., Galegher, J., Alibrio, J.J.,** (1982). Evaluation, diagnosis, and prediction in parole decision making. *Law & Society Review*, 17, 199–228.
- Casno, K., Sloka, B.,** (2021). Social enterprises—a smart but yet underestimated response to crises and emergency situations. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. 75. sējums, 3. numurs, lpp. 73.-85. URL: [http://www.lasproceedings.lv/wp-content/uploads/2021/10/6\\_Kristine-Casno-Biruta-Sloka](http://www.lasproceedings.lv/wp-content/uploads/2021/10/6_Kristine-Casno-Biruta-Sloka).*
- Castro, M.P., Zermeno, M.G.G.,** (2020). Being an entrepreneur post-COVID-19—resilience in times of crisis: a systematic literature review. *Journal of Entrepreneurship in Emerging Economies*.
- Castro-Arce, K., Vanclay, F.,** (2020). Transformative social innovation for sustainable rural development: An analytical framework to assist community-based initiatives. *Journal of Rural Studies*, 74, 45-54.
- Cater, J.K.,** (2011). Skype a cost-effective method for qualitative research. *Rehabilitation Counselors & Educators Journal*, 4(2), 3.
- Catford, J.,** (1998). Social entrepreneurs are vital for health promotion—but they need supportive environments too. *Health promotion international*, 13(2), 95-97.
- Cavaye, A.L.,** (1996). Case study research: a multi-faceted research approach for IS. *Information systems journal*, 6(3), 227-242.
- Champion A.G., Illeris S.,** (1990). Population redistribution trends in Western Europe: a mosaic of dynamics and crisis, pp. 236-253, in: Herbert, M. Hansen, J. (eds) *Unfamiliar Territory*, Aldershot: Avebury

- Champion, A., Vandermotten, S.,** (1997). Migration, counterurbanisation and regional restructuring in Europe. In H Blotevogel & A Fielding (Eds.) *People Jobs and Mobility in the New Europe*, pp69-90. Wiley: Chichester
- Chan, B.T., Degani, N., Crichton, T., Pong, R.W., Rourke, J.T., Goertzen, J., McCready, B.,** (2005). Factors influencing family physicians to enter rural practice: does rural or urban background make a difference?. *Canadian Family Physician*, 51(9), 1246-1247.
- Chan, C.H., Chui, C.H.K., Chan, K.S.T., Yip, P.S.F.,** (2019). The role of the social innovation and entrepreneurship development fund in fostering social entrepreneurship in Hong Kong: A study on public policy innovation. *Social Policy & Administration*, 53(6), 903-919.
- Chan, L.H., Chen, K.C., Chen, T.Y., Yu, Y.,** (2012). The effects of firm-initiated clawback provisions on earnings quality and auditor behavior. *Journal of Accounting and Economics*, 54(2-3), 180-196.
- Chantzaras, A.E., Yfantopoulos, J.N.,** (2018). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science & Medicine*, 211, 338-351.
- Charmaz, K.,** (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Chatzitheodoridis, F., Kontogeorgos, A., Liltzi, P., Apostolidou, I., Michailidis, A., Loizou, E.,** (2016) "Small Women's Cooperatives in less favoured and mountainous areas under economic instability", *Agricultural Economics Review*, 17 (1), 63-79.
- Chaves Avila, R., Monzon Campos, JL.,** (2018). Best practices in public policies regarding the European Social Economy post the economic crisis
- Cheah, J., Amran, A., Yahya, S.,** (2019). Internal oriented resources and social enterprises' performance: How can social enterprises help themselves before helping others?. *Journal of Cleaner Production*, 211, 607-619.
- Chen, X., Orom, H., Hay, J.L., Waters, E.A., Schofield, E., Li, Y., Kiviniemi, M. T.,** (2019). Differences in rural and urban health information access and use. *The Journal of Rural Health*, 35(3), 405-417.
- Chen, Y., Vann, C.E.,** (2017). Clawback provision adoption, corporate governance, and investment decisions. *Journal of Business Finance & Accounting*, 44(9-10), 1370-1397.
- Cheng, C., Yang, C.Y., Inder, K., Wai-Chi Chan, S.,** (2020). Urban–rural differences in mental health among Chinese patients with multiple chronic conditions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 224-234.
- Chesney, M.,** (2000). Interaction and understanding: me in the research. *Nurse Res*, 7:58–69
- Christmann, G.B.,** (2016). Analysing changes in discursive constructions of rural areas in the context of demographic change: towards counterpoints in the dominant discourse on "dying villages". *Comparative Population Studies-Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 41(3-4), 359-378.
- Christodoulakis, N., Kalyvitis, S.,** (1998). Achieving convergence within the European Union: The role of structural funds in the case of Greece, *Journal [European Planning Studies](#), [The Reform of the Structural Funds](#)*
- Chu, C., Cram, P., Pang, A., Stamenova, V., Tadrous, M., Bhatia, R.S.,** (2021). Rural Telemedicine Use Before and During the COVID-19 Pandemic: Repeated Cross-sectional Study. *Journal of medical Internet research*, 23(4), e26960.

- Clandinin, JD**, (1998). Connelly MF. Personal experience methods. In: Denzin KN, Lincoln YS (eds) *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, Sage Publ, 150–178
- Coad A., Rao, R.**, (2010) Firm growth and R&D expenditure, *Economics of Innovation and New Technology*, 19 (2), 127-145
- Cole, S.**, (1996). “Across the state and across the border: spill-over, feedback, and agglomeration in many-region economies”, *The Great Lakes Geographer*, 3(2), 29-50.
- Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., Bernal-Delgado, E.**, (2019). Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health policy*, 123(4), 408-411.
- Commission of the European Communities**, (2008). Poverty and social exclusion in rural areas, Luxembourg, Office for official publications of the European Communities.
- Cooper, R.G.**, (1994). Debunking the myths of new product development. *Research-Technology Management*, 37(4), 40-50.
- Cope, J.**, (2005). Researching entrepreneurship through phenomenological inquiry: Philosophical and methodological issues. *International Small Business Journal*, 23(2), 163-189.
- Copus, A., Perjo, L., Berlina, A., Jungsberg, L., Randall, L., Sigurjónsdóttir, H. R.**, (2017). Social innovation in local development: Lessons from the Nordic countries and Scotland.
- Corbin, J., Morse, J.M.**, (2003). The unstructured interactive interview: Issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qualitative inquiry*, 9(3), 335-354.
- Council of European Union**, (2013). Council conclusions on the reflection process on modern, responsible and sustainable health. Brussels: European Union. Retrieved from <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-17871-2013-INIT/en/pdf>.
- COWI**, (2011). Ex-post evaluation of the Public Health Programme (PHP) 2003-2008, [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/ex\\_post\\_evaluation\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/ex_post_evaluation_en.pdf)
- Cox, J.L., Koepsell, S.A.**, (2020). 3D-printing to address COVID-19 testing supply shortages. *Laboratory medicine*, 51(4), e45-e46.
- Cozijnsen, A.**, (1993). Predicting innovation success with the DIPO-instrument. *Handbook of Innovation Management*, Blackwell, Oxford.
- Creswell, J.**, (2005). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Newbury Park: Sage Publications.
- Creswell, J.W., Poth, C.N.**, (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Crick, J.M., Crick, D.**, (2016). Developing entrepreneurial resilience in the UK tourism sector. *Strategic Change*, 25(3), 315-325.
- Cridland, E.K., Jones, S.C., Caputi, P., Magee, C.A.**, (2015). Qualitative research with families living with autism spectrum disorder: Recommendations for conducting semistructured interviews. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 40(1), 78-91.
- Crim, M., Wiley, S., Clark, M.**, (2007). *Rural health: Collaborating to improve local healthcare access*, Rural Research Report, 18 (3), 1-7
- Csikszentmihalyi, M.**, (1996). *Creativity: flow and the discovery of invention*. New York: Harper Collins.

- Curtis, S., Gesler, W., Smith, G., Washburn, S.,** (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health. *Social Science & Medicine*, 50, 1001–1014.
- D’Este, P., Iammarino, S., Savona, M., von Tunzelmann, N.,** (2012). What hampers innovation? Revealed barriers versus deterring barriers. *Research policy*, 41(2), 482-488.
- Dai, R., Feng, H., Hu, J., Jin, Q., Li, H., Wang, R., ... Zhang, X.** (2021). The impact of COVID-19 on small and medium-sized enterprises (SMEs): Evidence from two-wave phone surveys in China. *China Economic Review*, 67, 101607.
- Daim, T.U., Tarman, R.T., Basoglu, N.,** (2008). Exploring barriers to innovation diffusion in health care service organizations: An issue for effective integration of service architecture and information technologies. In *Proceedings of the 41st Annual Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS 2008)* (100-100). IEEE.
- Damanpour, F., Gopalakrishnan, S.,** (2001). The dynamics of the adoption of product and process innovations in organizations. *Journal of management studies*, 38(1), 45-65.
- Dana, J., Dawes, R., Peterson, N.,** (2013). Belief in the unstructured interview: The persistence of an illusion. *Judgment and Decision making*, 8(5), 512.
- Daniele, D., Johnson, T., Zandonai, F.,** (2009). Networks as support structures for social enterprises.
- Daidsen, A.S.,** (2013). Phenomenological approaches in psychology and health sciences. *Qualitative research in psychology*, 10(3), 318-339.
- Davidson, P.M., Szanton, S.L.,** (2020). Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *Journal of clinical nursing*.
- Davidsson, N., Södergård, B.,** (2016). Access to healthcare among people with physical disabilities in rural Louisiana. *Social work in public health*, 31(3), 188-195.
- Davidsson, P.,** (2016). Researching entrepreneurship: Conceptualization and design. Springer.
- Davis, S., Bartlett, H.,** (2008). Healthy ageing in rural Australia: Issues and challenges. *Australasian Journal on Ageing*, 27(2), 56-60.
- De Leeuw, E.,** (1999). Healthy cities: urban social entrepreneurship for health. *Health promotion international*, 14(3), 261-270.
- De Massis, A., Kotlar, J., Wright, M., Kellermanns, F.W.,** (2018). Sector-based entrepreneurial capabilities and the promise of sector studies in entrepreneurship. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 42(1), 3–23
- De Souto Barreto, P.; Lapeyre-Mestre, M.; Vellas, B.; Rolland, Y.** (2014). From rural to urban areas: differences in behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents according to geographical location. *Psychogeriatrics*, 14(4), 229-234.
- Deakin, H., Wakefield, K.,** (2014). Skype interviewing: Reflections of two PhD researchers. *Qualitative research*, 14 (5), 603-616.
- Deal, T.E., Kennedy, A.A.,** (1983). Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life: Addison-Wesley, 1982. ISBN: 0-201-10277-3. \$14.95. *Business Horizons*, 26(2), 82-85.
- Deaton, A.,** (1999). Inequalities in income and inequalities in health. JEL (11).
- Decker, R., Haltiwanger, J., Jarmin, R., Miranda, J.,** (2014). The role of entrepreneurship in US job creation and economic dynamism. *Journal of Economic Perspectives*, 28(3), 3-24.



- Dees, J.G., Emerson, J., Economy, P.,** (2002). *Enterprising nonprofits: A toolkit for social entrepreneurs*. John Wiley & Sons.
- Defourny, J., Nyssens, M.,** (2008). Social enterprise in Europe: recent trends and developments. *Social enterprise journal*, 4, 202-228.
- Defourny, J., Nyssens, M.,** (2010), "Conceptions of Social Enterprise and Social Entrepreneurship in Europe and the United States: Convergences and Divergences" *Journal of Social Entrepreneurship*, 1 (1), 32-53.
- DeJonckheere, M., Vaughn, L.M.,** (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2).
- del Rio-Chanona, R.M., Mealy, P., Pichler, A., Lafond, F., & Farmer, J.D.,** (2020). Supply and demand shocks in the COVID-19 pandemic: An industry and occupation perspective. *Oxford Review of Economic Policy*, 36 (1), 94-137.
- Delmar, F., Shane, S.,** (2004). Legitimizing first: Organizing activities and the survival of new ventures. *Journal of business venturing*, 19(3), 385-410.
- Dencker, J.C., Bacq, S., Gruber, M., Haas, M.,** (2021). Reconceptualizing necessity entrepreneurship: A contextualized framework of entrepreneurial processes under the condition of basic needs. *Academy of Management Review*, 46(1), 60-79.
- Deng, X., Hung, S., Lee, Y.T., Qiao, Z.,** (2021). Dancing in Shackles: Clawback and corporate innovation. *Journal of Accounting and Public Policy*, 106895.
- Denison, D.R., Mishra, A.K.,** (1995). Toward a theory of organizational culture and effectiveness. *Organization science*, 6(2), 204-223.
- Denjoy, N., Okniski, D.,** (2014). For Public Health. Medical Technologies Role to Reduce Inequalities. EU Funds Available in 2014-2020 Financial Perspective, *Journal of Health Policy, Insurance & Management / Polityka Zdrowotna*, 14 (4), 47-54.
- Denton, K.D.,** (1999), "Gaining competitiveness through innovation", *European Journal of Innovation Management*, 2(2), 2-85
- Denzin, N. K., Lincoln, Y.S.,** (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S.,** (2008). *The landscape of qualitative research* (1), Sage.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S.,** (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage Publications, London
- Desa, G., Jia, X.,** (2020). Sustainability transitions in the context of pandemic: an introduction to the focused issue on social innovation and systemic impact. *Agric Hum Values* 37, 1207–1215.
- Deschamps, J.P., Nayak, P.R.,** (1995). Fomenting a customer obsession. *National Productivity Review*, 14(4), 89-122.
- DesMeules, M., Pong, R.W., Lagacé, C., Heng, D., Manuel, D., Pitlado, R., Bollman, J., Guernsey, R., Kazanjian, A., Koren, I.,** (2006). How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Desveaux, L., Shaw, J., Saragosa, M., Soobiah, C., Marani, H., Hensel, J., Jeffs, L.,** (2018). A mobile app to improve self-management of individuals with type 2 diabetes: qualitative realist evaluation. *Journal of medical Internet research*, 20(3), e8712.
- Desveaux, L., Shaw, J., Wallace, R., Bhattacharyya, O., Bhatia, R.S., Jamieson, T.,** (2017). Examining tensions that affect the evaluation of technology in health care: considerations for system decision makers from the perspective of industry and evaluators. *JMIR medical informatics*, 5(4), e50.

- Desveaux, L., Soobiah, C., Bhatia, R.S., Shaw, J.,** (2019). Identifying and overcoming policy-level barriers to the implementation of digital health innovation: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 21(12), e14994.
- DeVaul, R., Jervy, F., Chappell, J., Caver, P., Short, B., O’Keefe, S.,** (1987). Medical school performance of initially rejected students. *Journal of the American Medical Association*, 257, 47–51.
- Devetak, R.,** (2005). Critical theory. *Theories of international relations*, 3, 137-160.
- Di Vaio, A., Boccia, F., Landriani, L., Palladino, R.,** (2020). Artificial Intelligence in the Agri-Food System: Rethinking Sustainable Business Models in the COVID-19 Scenario. *Sustainability*, 12.
- DIALOG IRS,** (2020). Social Enterprises in Structurally Weak Rural Regions: Innovative Troubleshooters in Action.
- DiCicco-Bloom, B., Crabtree, B.F.,** (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321.
- Dieckmann, P., Friis, S.M., Lippert, A., Østergaard, D.,** (2012). Goals, success factors, and barriers for simulation-based learning: A qualitative interview study in health care. *Simulation & Gaming*, 43(5), 627-647.
- Dimogerontas, G., Balaska, D., Bitsiori, Z.,** (2017). The Financing of the Hellenic Public and Private Hospitals Based on the Closed Consolidated non-Hospitals and the Effect on Sustainable Sustainability, *Perioperative Nursing*, 6 (2), 84-95.
- Ding, D., Del Pozo Cruz, B., Green, M.A., Bauman, A.E.,** (2020). Is the COVID-19 lockdown nudging people to be more active: a big data analysis.
- Dixon, J., Welch, N.,** (2000). Researching the rural–metropolitan health differential using the ‘social determinants of health’. *Australian Journal of Rural Health*, 8(5), 254-260.
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Sutton, A. J.,** (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC medical research methodology*, 6(1), 1-13.
- Djellal F., Gallouj F., Miles I.,** (2013). “Two decades of research on innovation in services: Which place for public services?” *Structural Change and Economic Dynamics*, 27, 98-117
- Djellal, F., Gallouj, F., & Miles, I.** (2013). Two decades of research on innovation in services: Which place for public services?. *Structural change and economic dynamics*, 27, 98-117.
- Dodgson, M., Hughes, A., Foster, J., Metcalfe, S.,** (2011). Systems thinking, market failure, and the development of innovation policy: The case of Australia. *Research Policy*, 40(9), 1145-1156.
- Doeksen, G.A., Johnson, T., Biard-Holmes, D., Schott, V.,** (1998). A healthy health sector is crucial for community economic development. *The Journal of Rural Health*, 14(1), 66-72.
- Doern, R.,** (2009), “Investigating barriers to SME growth and development in transition environments: a critique and suggestions for developing the methodology”, *International Small Business Journal: Researching Entrepreneurship*, 27 (3), 275-305.
- Doern, R., Williams, N., Vorley, T.,** (2019). Special issue on entrepreneurship and crises: business as usual? An introduction and review of the literature. *Entrepreneurship & Regional Development*, 31(5-6), 400-412.

- Doherty, B., Haugh, H., Lyon, F.,** (2014). Social enterprises as hybrid organizations: A review and research agenda. *International journal of management reviews*, 16(4), 417-436.
- Dolgeras, A., Kyriopoulos, J.,** (2004). Dental insurance coverage and dental expenditures: The case of Greece. *Health systems in the world: From evidence to policy*. Athens, Papazisis Publishers.
- Dolmans, S. A. M., Van Burg, E., Reymen, I. M. M. J., Romme, A. G. L.** (2014). Dynamics of resource slack and constraints: Resource positions in action. *Organization Studies*, 35(4), 511–549.
- Donaldson, C., Roy, M., Hill-O'Connor, C., Biosca, O., Baker, R., Kay, A.,... Thomson, H.,** (2014) Global Issues, Local Solutions: Rethinking Wealth and Health Through the Lens of Social Enterprise. Glasgow Caledonian University Health Economics Working Paper Series. Glasgow Caledonian University, Glasgow.
- Donaldson, C., Baker, R., Cheater, F., Gillespie, M., McHugh, N., Sinclair, S.,** (2011), “Social business, health and well-being”, *Social Business*, 1 (1), 17-35.
- Donaldson, L.,** (1997). A positivist alternative to the structure-action approach. *Organization Studies*, 18(1), 77-92.
- Donaldson, M.S., Mohr, J.J.,** (2014). Exploring innovation and quality improvement in health care micro-systems: A cross-case analysis.
- Dopfer, K., Foster, J., Potts, J.,** (2004). Micro-meso-macro. *Journal of Evolutionary*
- Doran, J., McCarthy, N., O'Connor, M.,** (2016). Entrepreneurship and employment growth across European regions. *Regional Studies, Regional Science*, 3(1), 121-128.
- Dosi, G.,** (1991), "Technical Change and Industrial Transformation: The Standards of Industrial Dynamics in the National Innovation System", in Giannitsis, T. (ed), *Economic Theory and Technology*, Gutenberg Publications, Athens, 91- 132.
- Douka, M.,** (2002). Primary health care focus in the new health policy: problems and perspectives, *Koinoniki Ergasia*, 17(67), 135–44. (in Greek).
- Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., Biswas, S.,** (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA, *Public Health* 129 (6), 611-620
- Dowling, M., Lucey, B.,** (2010). Other behavioral biases. *En: H. Baker y J. Nofsinger, Editors. Behavioural Finance: Investors, Corporations, and Markets*. New Jersey. John Wiley and Sons, Inc, 313-330.
- Drakopoulou-Dodd, S., McDonald, S., McElwee, G., & Smith, R.,** (2014). A Bourdieuan analysis of qualitative authorship in entrepreneurship scholarship. *Journal of Small Business Management*, 52(4), 633-654.
- Dufouil, C., Dartigues, J. F., & Fuhrer, R.,** (1995). Depressive symptoms in elderly persons: comparison between rural and urban populations. *Revue D'epidemiologie et de Sante Publique*, 43(4), 308-315.
- Duncan, W.J.,** (1989). Organizational culture: “Getting a fix” on an elusive concept. *Academy of Management Perspectives*, 3(3), 229-236.
- Dziembala, M.,** (2017). Promoting social cohesion through investments in the health sector from the EU funds – opportunities and challenges, *International Journal of Economics and Statistics*, 5, 21-26.
- Easterbrook, M., Godwin, M., Wilson, R., Hodgetts, G., Brown, G., Pong, R., Najgebauer, E.,** (1999). Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Cmaj*, 160(8), 1159-1163.
- Easterbrook, M., Godwin, M., Wilson, R., Hodgetts, G., Brown, G., Pong, R., Najgebauer, E.,** (1999). Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Cmaj*, 160(8), 1159-1163.

- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P.R.,** (2012). *Management research*. Sage.
- Easterday, A., Driscoll, D., Ramaswamy, S.,** (2019). Rural homelessness: its effect on healthcare access, healthcare outcomes, mobility, and perspectives of novel technologies. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 28(1), 56-64.
- Ebrahim, A., Battilana, J., Mair, J.,** (2014). The governance of social enterprises: Mission drift and accountability challenges in hybrid organizations. *Research in organizational behavior*, 34, 81-100.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kantikelenis, A., et al.,** (2014). Case study: The impact of economic crisis on the Greek Health System. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, et al (eds) *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A.,** (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5),1–192.
- Economou, C.,** (2010). Health Systems in Transition: Greece: Health System Review. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Economou, C.,** (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.
- Economou, C., Giorno, C.,** (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., World Health Organization.** (2017). Greece: health system review.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A., Stefanis, C.N.,** (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*, 145(3), 308-314.
- Eisenhardt, K.M., Graebner, M.E., Sonenshein, S.,** (2016). Grand challenges and inductive methods: Rigor without rigor mortis. *Academy of Management Journal*, 59(4), 1113–1123.
- Elangovan, S., Mahrous, A., Marchini, L.,** (2020). Disruptions during a pandemic: Gaps identified and lessons learned. *Journal of Dental Education*.
- Elleby, C., Domínguez, I. P., Adenauer, M., & Genovese, G.** (2020). Impacts of the COVID-19 pandemic on the global agricultural markets. *Environmental and Resource Economics*, 76(4), 1067-1079.
- Elliot-Schmidt, R., & Strong, J.,** (1997). The concept of well-being in a rural setting: understanding health and illness. *Australian Journal of Rural Health*, 5(2), 59-63.
- Éltető, A.,** (2011). The economic crisis and its management in Spain. *Eastern Journal of European Studies*, 2(1), 41-55.
- Epstein, W.N.,** (2017). Price Transparency and Incomplete Contracts in Health Care. *Emory LJ*, 67, 1.
- Ervasti, H., Kouvo, A., Venetoklis, T.,** (2019). Social and institutional trust in times of crisis: Greece, 2002–2011. *Social Indicators Research*, 141(3), 1207–1231.
- European Commission,** (2002). Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008) - Commission Statements
- European Commission,** (2011). Regulation of the European parliament and of the Council laying down the rules for the participation and dissemination in 'Horizon 2020 – the Framework Programme for Research and Innovation (2014-2020), Brussels, COM (2011) 810 final 2011/0399 (COD)

- European Commission**, (2013). Investing in Health, Brussels, Health and Consumers, [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/swd_investing_in_health.pdf)
- European Commission**, (2014a). *The Social Business Initiative of the European Commission*
- European Commission**, (2014b). Guidance for Beneficiaries of European Structural and Investment Funds and related EU instruments, [https://www.espa.gr/elibrary/synergies\\_beneficiaries\\_el.pdf](https://www.espa.gr/elibrary/synergies_beneficiaries_el.pdf)
- European Commission**, (2014c). HORIZON 2020 in Brief, The EU Framework Programme for Research and Innovation, Luxembourg
- European Commission**, (2014d). Directorate-General for Health and Food Safety The third Health Programme 2014-2020 funding health initiatives
- European Commission**, (2014e). Third health programme 2014–2020.
- European Commission**, (2015) A map of social enterprises and their eco-systems in Europe Country Synthesis Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission**, (2017). Mid-term Evaluation of the third Health Programme (2014 – 2020) Final report, Publications Office of the European Union, 2017
- European Commission**, (2018a). COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN COUNCIL, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS A Modern Budget for a Union that Protects, Empowers and Defends The Multiannual Financial Framework for 2021-2027, COM (2018) 321 final
- European Commission**, (2018b). EU Health Budget for the Future, Press Release, [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/2021\\_budget\\_factsheet\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/2021_budget_factsheet_en.pdf)
- European Commission**, (2019). European Structural and Investment Funds for Health, Final Report, Luxembourg, Publications office of the European Union
- European Commission**, (2020). REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on the establishment of a Programme for the Union's action in the field of health –for the period 2021-2027 and repealing Regulation (EU) No 282/2014 (“EU4Health Programme”)
- European Commission**, (2021). Horizon Europe Strategic plan 2021-2024, Directorate-General for Research and Innovation
- European Court of Auditors**, (2009). *The European Union's Public Health Programme (2003-07): An Effective Way to Improve Health?* (No. 2-2009). Office for Official Publications of the European Communities.
- European Union**, (2021). The social economy and support to social enterprises in the European Union, A Policy Brief from the Policy Learning Platform on SME competitiveness
- Evers, A.**, (2001). The significance of social capital in the multiple goal and resource structure of social enterprises A. EVERS. In *The emergence of social enterprise* (pp. 308-323). Routledge.
- Eversole, R., Barraket, J., Luke, B.**, (2014). Social enterprises in rural community development. *Community Development Journal*, 49(2), 245-261.
- Exadaktylos, N.M.**, (2005). Organisation and financing of the health care systems of Bulgaria and Greece–what are the parallels?. *BMC health services research*, 5(1), 1-7.

- Faggio, G., Silva, O.,** (2014). Self-employment and entrepreneurship in urban and rural labour markets. *Journal of Urban Economics*, 84, 67-85.
- Fahy, N., Hervey, T., Greer, S., Jarman, H., Stuckler, D., Galsworthy, M., McKee, M.,** (2019). How will Brexit affect health services in the UK? An updated evaluation. *The Lancet*, 393 (10174), 949-958.
- Farmer, G., Iversen, L., Campbell, N.C., Cuest, C., Chesson, R., Deans, G., MacDonald, J.,** (2006). Rural/urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care, *Health & Place* 12 (2006) 210–221.
- Farmer, J., Lauder, W., Richards, H., & Sharkey, S.,** (2003). Dr. John has gone: assessing health professionals' contribution to remote rural community sustainability in the UK. *Social Science & Medicine*, 57(4), 673-686.
- Farmer, J., Kilpatrick, S.,** (2009). Are rural health professionals also social entrepreneurs?. *Social science & medicine*, 69(11), 1651-1658.
- Farmer, J., Nimegeer, A.,** (2014). Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC health services research*, 14(1), 1-10.
- Farmer, J., De Cotta, T., Kilpatrick, S., Barraket, J., Roy, M., Munoz, S.A.,** (2021c). How work integration social enterprises help to realize capability: A comparison of three Australian settings. *Journal of Social Entrepreneurship*, 12(1), 87-109.
- Farmer, J., Hill, C., Munoz, S.A.,** (2012a). *Community co-production: Social enterprise in remote and rural communities*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing
- Farmer, J., Hinds, K., Richards, H., Godden, D.,** (2005). Urban versus rural populations' views of health care in Scotland. *Journal of health services research & policy*, 10, 212–219
- Farmer, J., Prior, M., Taylor, J.,** (2012b). A theory of how rural health services contribute to community sustainability. *Social Science & Medicine*, 75(10), 1903-1911.
- Farmer, J., Steinerowski, A., Jack, S.,** (2008). Starting social enterprises in remote and rural Scotland: best or worst of circumstances?. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, 6(3), 450-464.
- Farooq, M.B.,** (2015). Qualitative telephone interviews: Strategies for success.
- Farrokhi, F., Mahmoudi-Hamidabad, A.,** (2012). Rethinking Convenience Sampling: Defining Quality Criteria. *Theory & Practice in Language Studies*, 2(4).
- Farrugia, G., Plutowski, R.W.,** (2020, August). Innovation lessons from the COVID-19 pandemic. In *Mayo Clinic Proceedings*, 95 (8), 1574. Elsevier.
- Fatima, T., Malik, S.A., Shabbir, A.,** (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- Fatoki, O.,** (2014). The entrepreneurial intention of undergraduate students in South Africa: The influences of entrepreneurship education and previous work experience. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(7), 294.
- Fausser, M.,** (2014). Co-development as transnational governance: an analysis of the engagement of local authorities and migrant organisations in Madrid. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(7), 1060-1078.
- Ferreira, L.S., Moreira, L.R., Paludo, S.D.S., Meucci, R.D.,** (2020). Access to Primary Health Care by older adults from rural areas in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 149.
- Field, J.E., Peck, E.,** (2003). Public–private partnerships in healthcare: the managers' perspective. *Health & social care in the community*, 11(6), 494-501.

- Fitzenberger, J., Uphoff, H., Gawrich, S., Hauri, A.M.,** (2010). Urban–rural differences of age- and species-specific campylobacteriosis incidence, Hesse, Germany, July 2005 - June 2006. *Euro Surveill*, 15 (42), 19693
- Fitzpatrick, S. J., Perkins, D., Luland, T., Brown, D., Corvan, E.,** (2017). The effect of context in rural mental health care: understanding integrated services in a small town. *Health & Place*, 45, 70-76.
- Fletcher, A., Guthrie, J., Steane, P., Roos, G., & Pike, S.,** (2003). Mapping stakeholder perceptions for a third sector organization. *Journal of intellectual capital*.
- Folmer, E., Nederveen, C., Schutjens, V.,** (2018). Network importance and use: Commercial versus social enterprises. *Social Enterprise Journal*.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., Davidson, L.,** (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717-732.
- Fraser, H.S., St John, D.M.,** (2000). Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa: Economical solutions are available to support health care in remote areas. *Bmj*, 321(7259), 465-466.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H.,** (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Friese, S.,** (2019). *Qualitative data analysis with ATLAS. ti*. Sage.
- Fritsch, M., Mueller, P.,** (2004). Effects of new business formation on regional development over time. *Regional Studies*, 38(8), 961-975.
- Fritsch, M., Mueller, P.,** (2008). The effect of new business formation on regional development. *Journal of Economic Surveys*, 22(2), 271-300.
- Fuller-Love, N., Midmore, P., Thomas, D., & Henley, A. (2006). Entrepreneurship and rural economic development: a scenario analysis approach. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 12(5), 289-305.
- Funck, B., Pizzati L.,** (2003). *European Integration, Regional Policy and Growth*, Washington DC: The World Bank.
- Fusch, P.I., Ness, L.R.,** (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The qualitative report*, 20(9), 1408-1416.
- Gallivan, M.J.,** (2003). The influence of software developers' creative style on their attitudes to and assimilation of a software process innovation. *Information & Management*, 40(5), 443-465.
- Gallouj, F., Djellal, F.,** (2010). *The handbook of innovation and services: a multidisciplinary perspective*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar Publishing.
- Galvão, A.R., Mascarenhas, C., Marques, C.S., Braga, V., Ferreira, M.,** (2020). Mentoring entrepreneurship in a rural territory—A qualitative exploration of an entrepreneurship program for rural areas. *Journal of Rural Studies*, 78, 314-324.
- Gao, T., Shiwaku, K., Fukushima, T., Isobe, A., Yamane, Y.,** (1999). Medical education in China for the 21st century. *Medical Education*, 33(10), 768-773.
- Garay, L., Font, X.,** (2011). Doing Good to do well? CSR Reasons, practices and impacts in small and medium enterprises. *International Journal of Hospitality Management*, 1-9.
- Garnsey, E.,** (1998). A theory of the early growth of the firm. *Industrial and corporate change*, 7(3), 523-556.
- Garofoli, G.,** (1994). New firm formation and regional development - the Italian case.

- Gartner, W., Birley, S.,** (2002). Introduction to the Special Issue on Qualitative Methods in Entrepreneurship Research. *Journal of Business Venturing*, 12 (5), 387-396.
- Gartner, W., Birley, S.,** (2002), Introduction to the Special Issue on Qualitative Methods in Entrepreneurship Research. *Journal of Business Venturing*, 12 (5), 387-396.
- Gartner, W.B.,** (2010). A new path to the waterfall: A narrative on a use of entrepreneurial narrative. *International small business journal*, 28(1), 6-19.
- Gaskin, K., Vincent, J.,** (1996) Co-operating for health: the potential contribution of the co-operative movement and community well-being centres to Health of the Nation activities. Centre for Research in Social Policy, Loughborough University
- Gates, B.,** (2020). Responding to Covid-19—a once-in-a-century pandemic? *New England Journal of Medicine*, 382 (18), 1677-1679.
- Gates, B.,** (2020). Responding to Covid-19—a once-in-a-century pandemic? *New England Journal of Medicine*, 382 (18), 1677-1679.
- Gelijns, A., Rosenberg, N.,** (1994). The dynamics of technological change in medicine. *Health affairs*, 13(3), 28-46.
- GEM,** (2003). Global Report, Ewing Marion Kauffman Foundation.
- Gensch, K.,** (2007). Occupational decisions of young physicians and possible future consequences for the provision of medical care. Results of an anonymous questionnaire. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 69(6), 359-370.
- George, A., Rubin, G.,** (2003). Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice*, 20(2), 178-184.
- Gerhardt, H., Heinzl-Gutenbrunner, M., Bachmann, C.J.,** (2018). Differences in healthcare costs in youths with conduct disorders in rural vs. urban regions: an analysis of German health insurance data. *BMC health services research*, 18(1), 1-8.
- Giannopoulou, I., Tsobanoglou, G.O.,** (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 226-230.
- Giannouchos, T.V., Vozikis, A., Koufopoulou, P., Fawkes, L., Souliotis, K.,** (2020). Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece. *Health Policy*, 124(7), 758-764.
- Gidron, B., Monnickendam-Givon, Y.,** (2017). A social welfare perspective of market-oriented social enterprises. *International Journal of Social Welfare*, 26(2), 127-140.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., Chadwick, B.,** (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*, 204(6), 291-295.
- Gill, T.,** (2006). Countering the economic effects of bird flu through teleworking. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*, 1(1), 27-36.
- Gioia, D.A., Corley, K.G., Hamilton, A.L.,** (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16(1), 15-31.
- Giotakos, O., Tsouvelas, G., Kontaxakis, V.,** (2012). Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(1), 29-38.
- Given, L. M. (Ed.),** (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Sage publications.



- Givens, R.**, (2012). The study of the relationship between organizational culture and organizational performance in non-profit religious organizations. *Int. J. Org. The. Behav.* 15, 239–263
- Gkartzios, M.**, (2013) Leaving Athens: Narratives of counterurbanisation in times of crisis, *Journal of Rural Studies*, 32,158-167
- Glaeser, E.L., Resseger, M.G.**, (2010). The complementarity between cities and skills. *Journal of Regional Science*, 50(1), 221-244.
- Goddard, M., Smith, P.**, (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53,1149-1162
- Godinho, M.A., Ashraf, M.M., Narasimhan, P., Liaw, S.T.**, (2020). Community health alliances as social enterprises that digitally engage citizens and integrate services: A case study in Southwestern Sydney (protocol). *Digital health*, 6, 2055207620930118.
- Goldenberg, M., Kamoji, W., Orton, L., Williamson, M.**, (2009). *Social innovation in Canada: An update*. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Networks.
- Gonçalo, C.D.S., Barros, N.F.D.**, (2014). Telephone interviews in qualitative health research. *Saúde & Transformação Social*, 5(1), 22-26.
- Goodin, R.E.**, (1985). Vulnerabilities and responsibilities: An ethical defense of the welfare state. *American Political Science Review*, 79(3), 775-787.
- Goodyear-Smith, F., Janes, R.**, (2008). New Zealand rural primary health care workforce in 2005: more than just a doctor shortage. *Australian Journal of Rural Health*, 16(1), 40-46.
- Gordon, G.G., DiTomaso, N.**, (1992). Predicting corporate performance from organizational culture. *Journal of management studies*, 29(6), 783-798.
- Gordon, I.**, (2011). Territorial competition, in: A. Pike, A. Rodriguez-Pose & J. Tomaney (Eds) *Handbook of Local and Regional Development*, 30–43 (New York: Routledge).
- Goula, A., Pierrakos, G., Latsou, D., Vathi, A., Livani, E., Xagorari, M., Loukas, T.**, (2018). Differences in health-related quality of life between urban and remote areas, *Archives of Hellenic Medicine*, 35(5), 623-632 (Greek)
- Govindan, K., Mina, H., Alavi, B.**, (2020). A decision support system for demand management in healthcare supply chains considering the epidemic outbreaks: A case study of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*, 138, 101967.
- Gray, R., Milne, M.J.**, (2015). It's not what you do, it's the way that you do it? Of method and madness. *Critical Perspectives on Accounting*, 32, 51-66.
- Greenberg, A.J., Haney, D., Blake, K.D., Moser, R.P., Hesse, B.W.**, (2018). Differences in access to and use of electronic personal health information between rural and urban residents in the United States. *The Journal of Rural Health*, 34, s30-s38.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., Morrison, C.**, (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ*, 368
- Grégoire, O.**, (2003). *National profiles of work integration social enterprises: Belgium* (03/08). Working Papers Series.
- Griffin, A., Hauser, J.**, (1993). The voice of the customer. *Marketing Science*, 12(1), 1-27.
- Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., Tsoukatos, E.**, (2016). Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: evidence from Greece. *Health Policy*, 120(8), 948-959.

- Grimes, S.**, (2000). Rural areas in the information society: diminishing distance or increasing learning capacity?. *Journal of rural studies*, 16(1), 13-21.
- Gruber, M., Henkel, J.**, (2006). New ventures based on open innovation—an empirical analysis of start-up firms in embedded Linux. *International Journal of Technology Management*, 33(4), 356-372.
- Guba, E., Lincoln, Y.**, (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin and Y. Lincoln (Ed), *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S.**, (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.
- Guedria, W., Lamine, E., Pingaud, H.**, (2014, November). Health systems interoperability: analysis and comparison. In *MOSIM 2014, 10ème Conférence Francophone de Modélisation, Optimisation et Simulation*.
- Gugglberger, L., Sherriff, N., Davies, J.K., Van den Broucke, S.**, (2016). Building capacity to reduce health inequalities through health promotion in Europe, *Journal of Public Health*, 24, 73–81.
- Guldan, G.S.**, (1996). Obstacles to community health promotion. *Social science & medicine*, 43(5), 689-695.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., Hudson, M.**, (2002). What does 'access to health care' mean?. *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186-188.
- Gunn, K.M., Berry, N.M., Meng, X., Wilson, C.J., Dollman, J., Woodman, R.J., Koczwara, B.**, (2020). Differences in the health, mental health and health-promoting behaviours of rural versus urban cancer survivors in Australia. *Supportive Care in Cancer*, 28(2), 633-643.
- Gutiérrez-Colosía, M.R., Salvador-Carulla, L., Salinas-Pérez, J.A., García-Alonso, C.R., Cid, J., Salazzari, D., ... & REFINEMENT Group**, (2019). Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(2), 210-223.
- Haeffele, S., Hobson, A., Storr, V.H.**, (2020). Coming Back from COVID-19: Lessons in Entrepreneurship from Disaster Recovery Research. *Mercatus Special Edition Policy Brief*.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J.F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M.D., Santor, D.**, (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *The Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Haggerty, J.L., Roberge, D., Lévesque, J.F., Gauthier, J., Loignon, C.**, (2014). An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health Place*, 28, 92–98.
- Halfacree, K.**, (2008). To revitalise counterurbanisation research? Recognising an international and fuller picture, *Population, Space and Place*, 14(6), 479–495.
- Halfacree, K.**, (2006). From dropping out to leading on? British counter-cultural back-to-the-land in a changing rurality. *Progress in Human Geography*, 30(3), 309-336.
- Halfacree, K.H.**, (1994). The importance of "the rural" in the constitution of counterurbanization: evidence from England in the 1980s. *Sociologia ruralis*, 34(2-3), 164-189.
- Hall, K., Miller, R., Millar, R.**, (2012). Jumped or pushed: what motivates NHS staff to set up a social enterprise? *Social Enterprise Journal*.

- Hall, K., Miller, R., Millar, R.,** (2016). Public, private or neither? Analysing the publicness of health care social enterprises. *Public Management Review*, 18(4), 539-557
- Hallett, C.,** (1995). Understanding the phenomenological approach to research. *Nurse researcher*, 3(2), 55-65.
- Hann, M., Gravelle, H.,** (2004). The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974–2003. *British Journal of General Practice*, 54(509), 894-898.
- Han, J.K., Kim, N., & Kim, H.B.,** (2001). Entry barriers: A dull-, one-, or two-edged sword for incumbents? Unraveling the paradox from a contingency perspective. *Journal of Marketing*, 65(1), 1-14.
- Hanna, P.,** (2012). Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: A research note. *Qualitative research*, 12(2), 239-242.
- Harris, F.M., Van Teijlingen, E., Hundley, V., Farmer, J., Bryers, H., Caldwell, J., ... & Tucker, J.** (2011). The buck stops here: midwives and maternity care in rural Scotland. *Midwifery*, 27(3), 301-307.
- Harris, E.,** (1992). Prescribing for the ageing population. *Monash University Medical School: Update Cours Proceedings handbook*.
- Harrison, M.,** (2004). Implementing Change in Health Systems: Market Reforms in the United Kingdom, Sweden, and the Netherlands. London: Sage.
- Hartmann, C.W., Meterko, M., Rosen, A.K., Zhao, S., Shokeen, P., Singer, S., Gaba, D.M.,** (2009). Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Medical Care Research and Review*, 66(3), 320-338.
- Hasall, J., Oberoi, R., Snowden, M.,** (2020). AA New Era of Social Enterprise? A Global Viewpoint. *International Journal of Entrepreneurship and Economic Issues*, 4(1), 79-88.
- Hasall, J., Oberoi, R., Snowden, M.,** (2020). AA New Era of Social Enterprise? A Global Viewpoint. *International Journal of Entrepreneurship and Economic Issues*, 4(1), 79-88.
- Haskins, J.L., Phakathi, S.A., Grant, M., Horwood, C.M.,** (2017). “Factors influencing recruitment and retention of professional nurses, doctors and allied health professionals in rural hospitals in KwaZulu Natal”, *health sa gesondheid*, 22, 174-183.
- Hassink, J., Hulsink, W., Grin, J.,** (2016). Entrepreneurship in agriculture and healthcare: Different entry strategies of care farmers. *Journal of Rural Studies*, 43, 27-39.
- Haugh, H., Kitson, M.,** (2007), “The third way and the third sector: new labour’s economic policy and the social economy”, *Cambridge Journal of Economics*, 31, 973-994.
- Hawn, C.,** (2004). If he’s so smart... Steve Jobs, Apple, and the limits of innovation. *Fast Company*, 78(1), 35-44.
- Hazakis, K.J.,** (2021). Is there a way out of the crisis? Macroeconomic challenges for Greece after the Covid-19 pandemic. *European Politics and Society*, 1-15.
- Hazenbergh, R., Hall, K.,** (2016). Public service mutuals: towards a theoretical understanding of the spin-out process. *Policy & Politics*, 44(3), 441-463.
- Heath, C., Tversky, A.,** (1991). Preference and belief: Ambiguity and competence in choice under uncertainty. *Journal of risk and uncertainty*, 4(1), 5-28.
- Hellenic Fiscal Council,** (2020). Spring Report 2020, (in Greek)

- Hellowell, M.**, (2016). The price of certainty: Benefits and costs of public–private partnerships for healthcare infrastructure and related services. *Health Services Management Research*, 29(1-2), 35-39.
- Hellowell, M.**, (2019). Are public–private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. *BMJ global health*, 4(2), e001217.
- Henderson, F., Hall, K., Mutongi, A., Whittam, G.**, (2019b). Social enterprise, social innovation and self-directed care: lessons from Scotland. *Social Enterprise Journal*.
- Henderson, F., Steiner, A., Farmer, J., Whittam, G.**, (2020). Challenges of community engagement in a rural area: The impact of flood protection and policy. *Journal of Rural Studies*, 73, 225-233.
- Henderson, F., Steiner, A., Mazzei, M., Docherty, C.**, (2019a), “Social enterprises’ impact on older people’s health and wellbeing: exploring Scottish experiences”, *Health Promotion International*, 1-11.
- Henderson, L.N., Tulloch, J.**, (2008). Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human resources for health*, 6(1), 18.
- Henning-Smith, C., Moscovice, I., Kozhimannil, K.**, (2019). Differences in social isolation and its relationship to health by rurality. *The Journal of Rural Health*, 35(4), 540-549.
- Henry, G.T.**, (1990). Sample size. *Practical Sampling*. Thousand Oaks CA: SAGE Publishing Inc, 117-129.
- Henry, G.T.**, (1990). *Practical sampling* (21). Sage.
- Henry, Gary T.** (1990). *Practical sampling* ([10. Nachdr.] ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Herzlinger, R.E.**, (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard business review*, 84(5), 58.
- Hewitt, S., McNiesh, S., Fink, L.**, (2019). Barriers to Primary Care Access in Rural Medically Underserved Areas. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 19(2), 127-155
- Hewson, C.**, (2008). Internet-mediated research as an emergent method and its potential role in facilitating mixed-method research. In Hesse-Biber, S. N., Leavy, P. (Eds.), *The handbook of emergent technologies in social research* (525–541). New York, NY: The Guildford Press.
- Hicks, V., Adams, O.**, (2003). Pay and non-pay incentives, performance and motivation. *Towards a global health workforce strategy*.
- Higgins, C.A., Conrath, D.W., Dunn, E.V.**, (1984). Provider acceptance of telemedicine systems in remote areas of Ontario. *J Fam Pract*, 18(2), 285-289.
- Higgins, I.**, (1998). Reflections on conducting qualitative research with elderly people. *Qualitative Health Research*, 8(6), 858-866.
- Hirko, K.A., Kerver, J.M., Ford, S., Szafranski, C., Beckett, J., Kitchen, C., Wendling, A.L.**, (2020). Telehealth in response to the COVID-19 pandemic: Implications for rural health disparities. *Journal of the American Medical Informatics Association*.
- Hiswåls, A.S., Hamrin, C.W., Vidman, Å., Macassa, G.** (2020). Corporate social responsibility and external stakeholders’ health and wellbeing: A viewpoint. *Journal of public health research*, 9(1).
- Hite, J.M., Hesterly, W.S.**, (2001). The evolution of firm networks: From emergence to early growth of the firm. *Strategic management journal*, 22(3), 275-286.
- Hoang, H., Antoncic, B.**, (2003). Network-based research in entrepreneurship: A critical review. *Journal of business venturing*, 18(2), 165-187.

- Hofstede, G., Hofstede, G.J., & Minkov, M.,** (1991). Cultures and organizations: Intercultural cooperation and its importance for survival. *Software of the Mind London: McGraw-Hill*.
- Holden, C.,** (2009). Exporting public–private partnerships in healthcare: export strategy and policy transfer. *Policy Studies*, 30(3), 313-332.
- Holden, M.T., Lynch, P.,** (2004). Choosing the appropriate methodology: Understanding research philosophy. *The marketing review*, 4(4), 397-409.
- Holmstrom, B.,** (1989). Agency costs and innovation. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 12(3), 305-327.
- Holte, J.H., Kjaer, T., Abelsen, B., Olsen, J.A.,** (2015). The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Social science & medicine*, 128, 1-9.
- Holuby, R.S., Pelegrin, K.L., Barbato, A., Ciarleglio, A.,** (2015). Recruitment of rural healthcare professionals for live continuing education, *Medical Education Online*, 20 (1), 28958.
- Hooley, T., Wellens, J., Marriott, J.,** (2012). *What is Online research? Using the Internet for social science research*. A&C Black.
- Horrell, B., Stephens, C., Breheny, M.,** (2015). Online research with informal caregivers: Opportunities and challenges. *Qualitative Research in Psychology*, 12, 258–271.
- Horsburgh, D.,** (2003). Evaluation of qualitative research. *Journal of clinical nursing*, 12(2), 307-312.
- Hough, J., Scheepers, R.,** (2008). Creating corporate entrepreneurship through strategic leadership.
- Howell, K.E.,** (2012). *An introduction to the philosophy of methodology*. Sage Publications
- Hoy, F.,** (1983). A program for rural development from inception through implementation. *Journal of the Community Development Society*, 14(2), 33-49.
- Hudson, R.,** (2001). *Producing places*. New York: The Guilford Press.
- Hudson, R.,** (2010). Resilient regions in an uncertain world: wishful thinking or a practical reality? *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 3(1), 11-25.
- Hupalo, P., Herden, K.,** (1999). Health Policy and Inequality. Department of Health and Aged Care Occasional Papers. New Series no. 5, 1999. Canberra: Department of Health and Aged Care.
- Hurley, R.F., Hult, G.T.M.,** (1998). Innovation, market orientation, and organizational learning: an integration and empirical examination. *Journal of marketing*, 62(3), 42-54.
- Huster, K., Petrillo, C., O'Malley, G., Glassman, D., Rush, J., Wasserheit, J.,** (2017). Global social entrepreneurship competitions: incubators for innovations in global health? *Journal of Management Education*, 41(2), 249-271.
- Hyndman, J.C., Holman, C.D.J., & Dawes, V.P.,** (2000). Effect of distance and social disadvantage on the response to invitations to attend mammography screening. *Journal of Medical Screening*, 7(3), 141-145.
- Hynes, B.,** (2009). Growing the social enterprise—issues and challenges. *Social Enterprise Journal*.
- Iacono, V.L., Symonds, P., Brown, D.H.,** (2016). Skype as a tool for qualitative research interviews. *Sociological Research Online*, 21(2), 12.

- Ifanti, A.A., Argyriou, A.A., Kalofonou, F.H., Kalofonos, H.P.,** (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.
- Ipinge, S., Dambisya, Y.M., Loewenson, R., Chimbari, M., Ndeti, D., Munga, M., Lugina, H.,** (2009). Policies and incentives for health worker retention in east and southern Africa: learning from country research. *Harare: University of Namibia, Training and Research Support Centre, University of Limpopo.*
- Ilbery, B.,** (1998). *The geography of rural change.* Harlow: Addison Wesley Longman Ltd.
- Im, S., Workman Jr, J.P.,** (2004). Market orientation, creativity, and new product performance in high-technology firms. *Journal of marketing*, 68(2), 114-132.
- Iphofen, R.,** (2005). Ethical issues in qualitative health research. *Qualitative research in health care*, 17-35.
- Ippoliti, R., Falavigna, G., Montani, F., & Rizzi, S.,** (2018). The private healthcare market and the sustainability of an innovative community nurses programme based on social entrepreneurship-CoNSENSo project. *BMC health services research*, 18(1), 1-8.
- Ireland, L., Holloway, I.,** (1996). Qualitative health research with children. *Children & Society*, 10(2), 155-164.
- Isaac, V., Watts, L., Forster, L., McLachlan, C.S.,** (2014). The influence of rural clinical school experiences on medical students' levels of interest in rural careers. *Human Resources for Health*, 12(1), 48.
- Išoraitė, M.,** (2015). Performance measurement in local authorities.
- Iyengar, K., Bahl, S., Vaishya, R., Vaish, A.,** (2020). Challenges and solutions in meeting up the urgent requirement of ventilators for COVID-19 patients. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 499-501.
- Jack, S.L., Anderson, A.R.,** (2002). The effects of embeddedness on the entrepreneurial process. *Journal of business Venturing*, 17(5), 467-487.
- Jacuniak-Suda, M., Mose, I.,** (2014). Social enterprises in the Western Isles (Scotland)-drivers of sustainable rural development?. *Europa Regional*, 19(2), 23-40.
- Jallow, I.K., Chou, Y.J., Liu, T.L., Huang, N.,** (2012). Women's perception of antenatal care services in public and private clinics in the Gambia. *International journal for quality in health care*, 24(6), 595-600.
- Jamar, E., Newbury, J., Mills, D.,** (2014). Early career location of University of Adelaide rural cohort medical students. *Rural Remote Health*, 14, 2592.
- Jamshed, S.,** (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of basic and clinical pharmacy*, 5(4), 87.
- Jana, A., Harata, N.,** (2016). Provisioning healthcare infrastructure in communities: Empirical evidence from West Bengal, India. *Socioeconomic Planning Sciences*, 54, 37-46.
- Jandavath, R.K.N., Byram, A.,** (2016). Healthcare service quality effect on patient satisfaction and behavioural intentions in corporate hospitals in India. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing.*
- Janghorban, R., Roudsari, R.L., Taghipour, A.,** (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1), 24152.
- Jauhiainen, J.S.,** (2009). Will the retiring baby boomers return to rural periphery? *Journal of rural studies*, 25(1), 25-34.

- Javadian, G., Dobratz, C., Gupta, A., Gupta, V.K., Martin, J.A.,** (2020). Qualitative Research in Entrepreneurship Studies: A State-of-Science. *The Journal of Entrepreneurship*.
- Jawarska, R.,** (2014). Health Inequalities Across The European Union Regions: A Beta-Convergence Approach, *Comparative Economic Research*, 17 (4), 2014-0033.
- Jensen, L., Monnat, S.M., Green, J.J., Hunter, L.M., Sliwinski, M.J.,** (2020). Rural population health and aging: Toward a multilevel and multidimensional research agenda for the 2020s. *American journal of public health*, 110(9), 1328-1331.
- Jeurissen, P., Maarse, H.,** (2020), *Hospital Care: Private Assets for-a-Profit? Understanding Hospitals in Changing Health Systems*, Palgrave Macmillan, Cham.
- Jeurissen, P.P., Maarse, H.,** (2016). New Provider Models for Sweden and Spain: Public, Private or Non-profit? Comment on "Governance, Government, and the Search for New Provider Models". *International journal of health policy and management*, 5(12), 721-723.
- Jeurissen, P., Maarse, H.,** (2020). Hospital Care: Private Assets for-a-Profit? In *Understanding Hospitals in Changing Health Systems* (103-119). Palgrave Macmillan, Cham.
- Joarder, T., George, A., Sarker, M., Ahmed, S., Peters, D.H.,** (2017). Who are more responsive? Mixed-methods comparison of public and private sector physicians in rural Bangladesh. *Health policy and planning*, 32(suppl\_3), iii14-iii24.
- Joarder, T., Rawal, L.B., Ahmed, S.M., Uddin, A., Evans, T.G.,** (2018). Retaining doctors in rural Bangladesh: a policy analysis. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 847.
- Johansson, A.W.,** (2009). Regional development by means of broadened entrepreneurship. *European Planning Studies*, 17(8), 1205-1222.
- Johne, A.,** (1991) "Successful Market Innovation" *European Journal of Innovation Management*, 2 (1), 6-11.
- Jones, A., Rahman, R.J., Jiaqing, O.,** (2019). A crisis in the countryside-Barriers to nurse recruitment and retention in rural areas of high-income countries: A qualitative meta-analysis. *Journal of Rural Studies*, 72, 153-163.
- Jonker, J., Pennink, B.,** (2010), *The Essence of Research Methodology: A Concise Guide for Master and PhD Students in Management Science*, Springer, Heidelberg
- Jordan, H., Roderick, P., Martin, D., Barnett, S.,** (2004). Distance, rurality and the need for care: access to health services in South West England. *International journal of health geographics*, 3(1), 21.
- Jordan, R., Hayward, A.,** (2009). Should healthcare workers have the swine flu vaccine? *BMJ*, 339.
- Joseph, A.E., Cloutier, D.S.,** (1990). A framework for modeling the consumption of health services by the rural elderly. *Social Science & Medicine*, 30(1), 45-52.
- Julie, B., Mathew, L.,** (2014). Advancing Research on Hybrid Organizing-Insights from the Study of Social Enterprises. *Acad. Manag. Ann*, 8, 397-441.
- Julien, P.A.,** (2007). *A theory of local entrepreneurship in the knowledge economy*.
- Jungari, S.,** (2020). Maternal mental health in India during COVID-19. *Public Health*, 185, 97.
- Jungsberg, L., Copus, A., Herslund, L.B., Nilsson, K., Perjo, L., Randall, L., Berlina, A.,** (2020). Key actors in community-driven social innovation in rural areas in the Nordic countries. *Journal of Rural Studies*, 79, 276-285.
- Justino, P., Verwimp, P.,** (2013). Poverty dynamics, violent conflict, and convergence in r wanda. *Review of Income and Wealth*, 59(1), 66-90.

- Kahneman, D., Tversky, A.,** (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk, *Econométrica*, 47, 263 - 291.
- Kahneman, D.,** (2009). The myth of risk attitudes. *The Journal of Portfolio Management*. 36, 1-2.
- Kaitelidou, D.C., Tsirona, C.S., Galanis, P.A., Siskou, O.C., Mladovsky, P., Kouli, E.G., Liaropoulos, L.L.,** (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health policy*, 109(1), 23-30.
- Kalantaridis, C., Bika, Z.,** (2006). In-migrant entrepreneurship in rural England: Beyond local embeddedness. *Entrepreneurship and Regional Development*, 18(2), 109-131.
- Kallio, H., Pietilä, A.M., Johnson, M., Kangasniemi, M.,** (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Kalnins, A., Lafontaine, F.,** (2013). Too far away? The effect of distance to headquarters on business establishment performance. *American Economic Journal: Microeconomics*, 5(3), 157-79.
- Kampouris, D.,** (2019). The diagnosis for diagnostic centers is particularly alarming, *Financial Business Systems*. (in Greek)
- Kanavos, P., Souliotis, K.,** (2017). Reforming health care in Greece: Balancing fiscal adjustment with health care needs. *Beyond Austerity: reforming the Greek Economy*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 359-401.
- Kaplanoglou, G., Rapanos, V.T., Daskalakis, N.,** (2016). Tax compliance behaviour during the crisis: The case of Greek SMEs. *European Journal of Law and Economics*, 42(3), 405– 444.
- Karadima, M., Louri, H.,** (2021). Determinants of non-performing loans in Greece: the intricate role of fiscal expansion, *Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*, 160
- Karagianni, M., Georgakopoulou, S., Delitheou, V.,** (2018). Agrotourism: A Lever for Rural Development Based on the Cultural Reserve of Greece, 193-206, in Kotsoni, V., Segarra-Ona, M., (2018). *Smart Tourism as a Driver for Culture and Sustainability*, Springer Proceedings in Business and Economics
- Karagiannis, R.,** (2017). Analysis of health expenditure in Greece during the period 2009-2015, *GREEK ECONOMIC OUTLOOK 2017/34*
- Karamanoli, E.,** (2015). 5 years of austerity takes its toll on Greek health care. *The Lancet*, 386(10010), 2239-2240.
- Karamichas, J.,** (2009). The December 2008 riots in Greece. *Social Movement Studies*, 8(3), 289–293.
- Karas, O., Ngoc, L.H.,** (2014). Report on the enquiry on the role and operations of the Troika (ECB, Commission and IMF) with regard to the euro area programme countries. Committee on Economic and Monetary Affairs. Brussels: European Parliament.
- Karcagi Kovats, A., Katona Kovács, J.,** (2012). Factors of population decline in rural areas and answers given in EU member states' strategies. *Studies in Agricultural Economics*, 114(1), 49-56.
- Karidis, N.P., Dimitroulis, D., Kouraklis, G.,** (2011). Global financial crisis and surgical practice: the Greek paradigm. *World journal of surgery*, 35(11), 2377-2381.
- Karlsson, C., Rickardsson, J., Wincent, J.,** (2021). Diversity, innovation and entrepreneurship: where are we and where should we go in future studies? *Small Business Economics*, 56(2), 759-772.



- Karlsson, M., Nilsson, T., Pichler, S.,** (2014). The impact of the 1918 Spanish flu epidemic on economic performance in Sweden: An investigation into the consequences of an extraordinary mortality shock. *Journal of health economics*, 36, 1-19.
- Kasimis, C., Papadopoulos, A.G., Zacopoulou, E.,** (2003). Migrants in rural Greece. *Sociologia Ruralis*, 43(2), 167-184.
- Katehakis, D.G.,** (2018). Electronic medical record implementation challenges for the national health system in Greece. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH)*, 7(1), 16-30.
- Katehakis, D.G., Kouroubali, A., Fundulaki, I.,** (2018b). Towards the Development of a National eHealth Interoperability Framework to Address Public Health Challenges in Greece. In *SWH@ ISWC*.
- Kathiravan, C., Bhagavatham, P., Palanisamy, V., Rajasekar, A.,** (2019). Influence of entrepreneurial creativity on competitive advantage in automobile engineering and technologies industries. *International Journal of Advanced Science and Technology*, 27(1), 166-172.
- Kaye, A.D., Okeagu, C.N., Pham, A.D., Silva, R.A., Hurley, J.J., Arron, B.L., Cornett, E.M.,** (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), 293-306.
- Kayingo, G.,** (2012). Transforming global health with mobile technologies and social enterprises: global health and innovation conference. *The Yale journal of biology and medicine*, 85(3), 425.
- Kayser, B.,** (1990). La renaissance rurale. *Sociologie des campagnes du monde occidental*, 155(1), 365-366.
- Keeble, D., Tyler, P.,** (1995). Enterprising behaviour and the urban-rural shift. *Urban studies*, 32(6), 975-997.
- Kelly, D., Steiner, A., Mazzei, M., Baker, R.,** (2019). Filling a void? The role of social enterprise in addressing social isolation and loneliness in rural communities. *Journal of rural studies*, 70, 225-236.
- Kemmis, S., McTaggart, R., Nixon, R.,** (2013). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer Science & Business Media.
- Kenny, A., Duckett, S.,** (2004). A question of place: medical power in rural Australia. *Social science & medicine*, 58(6), 1059-1073.
- Kenny, A., Hyett, N., Sawtell, J., Dickson-Swift, V., Farmer, J., & O'Meara, P.,** (2013). Community participation in rural health: a scoping review. *BMC health services research*, 13(1), 1-8.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D.,** (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D.,** (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Kerlin, J.A.,** (2006), "Social Enterprise in the United States and Europe: Understanding and Learning from the Differences", *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 17 (3), 247-263.
- Ketprapakorn, N., Kantabutra, S.,** (2019). Sustainable social enterprise model: Relationships and consequences. *Sustainability*, 11(14), 3772.
- Kickul, J., Lyons, T.S.,** (2015). Financing social enterprises. *Entrepreneurship Research Journal*, 5(2), 83-85.

- Kickul, J., Lyons, T.S., (2020).** *Understanding social entrepreneurship: The relentless pursuit of mission in an ever changing world.* Routledge.
- Kickul, J., Lyons, T.S., (2012).** *Understanding Social Entrepreneurship: The Relentless Pursuit of Mission in an Ever Changing World.* New York: Routledge
- Kihal-Talantikite, W., Deguen, S., Padilla, C., Siebert, M., Couchoud, C., Vigneau, C., Bayat, S., (2015).** Spatial distribution of end-stage renal disease (ESRD) and social inequalities in mixed urban and rural areas: a study in the Bretagne administrative region of France. *Clinical kidney journal*, 8(1), 7-13.
- Kikon, R.K., Jamir, Y.T., (2018).** A Study on Entrepreneurship and Employment Generation. *Asian Journal of Research in Business Economics and Management*, 8(6), 54-61.
- King, N., Brooks, J., (2018).** Thematic analysis in organisational research. *The Sage Handbook of qualitative business and management research methods*, 219-236.
- Kirtley, J., O'Mahony, S., (2020).** What is a pivot? Explaining when and how entrepreneurial firms decide to make strategic change and pivot. *Strategic Management Journal*
- Kirubi, C., Jacobson, A., Kammen, D.M., Mills, A., (2009).** Community-based electric micro-grids can contribute to rural development: evidence from Kenya. *World development*, 37(7), 1208-1221.
- Kishnani, N., (2022).** Agility and Resilience in Social Enterprises-A Case Study Approach. *SAMVAD*, 23, 65-74.
- Kiss, J., Primecz, H., Toarniczky, A., (2020).** Patterns of inclusion: social enterprises targeting different vulnerable social groups in Hungary. *Journal of Social Entrepreneurship*, 1-23.
- Kitapci, O., Akdogan, C., Dortyol, İ.T., (2014).** The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 148, 161-169.
- Klein, M., Johnston, S., Christilaw, J., Carty, E., (2002).** Mothers, babies, and communities. Centralizing maternity care exposes mothers and babies to complications and endangers community sustainability. *Canadian Family Physician*, 48, 1177-1179
- Knox, K.T., (2004).** A researcher's dilemma-philosophical and methodological pluralism. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 2(2), 119-128.
- Köhler, T., Smith, A., Bhakoo, V., (2019).** Feature Topic for *ORM*: "Templates in Qualitative Research Methods". *Organizational Research Methods*, 22(1), 3-5.
- Komninos, N., Musyck, B., Reid, A.I., (2014).** Smart specialisation strategies in south Europe during crisis. *European Journal of Innovation Management*, 17 (4), 448 – 471
- Kondasani, R.K.R., Panda, R.K., (2016).** Service quality perception and behavioural intention: a study of Indian private hospitals. *Journal of Health Management*, 18(1), 188-203.
- Konde-Lule, J., Gitta, S.N., Lindfors, A., Okuonzi, S., Onama, V.O., Forsberg, B. C., (2010).** Private and public health care in rural areas of Uganda. *BMC international health and human rights*, 10(1), 29.
- Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., Benos, A., (2011).** Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC health services research*, 11(1), 234.
- Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., Benos, A., (2011).** Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC health services research*, 11(1), 234.

- Kondilis, E., Giannakopoulos, E., Zdoukos, T., Gavana, M., Benos, A.,** (2007). Privatisation of health care in Greece: the development of private for-profit health care providers (1980-2002). *Health Policy in Europe: contemporary dilemmas and challenges*. UK: International Association of Health Policy Europe, 145-57.
- Kontodimopoulos, N., Moschovakis, G., Aletras, V.H., Niakas, D.,** (2007). The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5(1), 14.
- Korsgaard, S., Müller, S., Tanvig, H.,** (2011). Rural entrepreneurship: Between place and space. In *ICSB World Conference Proceedings (0\_1)*. International Council for Small Business (ICSB).
- Koster, J.P., Heskett, J.L.,** (1992). *Corporate Culture and Performance*; The Free Press: New York, NY, USA.
- Kotler, P., Keller, K.,** (2009) *Marketing Management*, 13th Ed. Pearson
- Kotsiou, O.S., Srivastava, D.S., Kotsios, P., Exadaktylos, A.K., Gourgoulialis, K. I.,** (2018), The emergency medical system in Greece: Opening Aeolus' bag of winds. *International journal of environmental research and public health*, 15 (4), 745.
- Koufodontis, I., Alexopoulos, A., Gaki, E.,** (2010). European Regional Policy and Development in Greece: Do Statistics Justify the Investments? 50th Congress of the European Regional Science Association: "Sustainable Regional Growth and Development in the Creative Knowledge Economy", 19-23 August 2010, Jönköping, Sweden
- Koutsou, S., Iakovidou, O., Gotsinas, N.,** (2003), "Women's co-operatives in Greece: an ongoing story of battles, successes and problems", *Journal of Rural Cooperation*, 31 (1), 47-57.
- Kovess-Masfety, V., Lecoutour, X., Delavelle, S.,** (2005). Mood disorders and urban/rural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 613-618.
- Kozhimannil, K.B., Interrante, J.D., Henning-Smith, C., Admon, L.K.,** (2019). Rural-urban differences in severe maternal morbidity and mortality in the US, 2007–15. *Health Affairs*, 38(12), 2077-2085.
- Kramer, M.,** (2005). *Measuring Innovation: Evaluation in the Field of Social Entrepreneurship*. Boston: Foundation Strategy Group.
- Kraus, S., Clauss, T., Breier, M., Gast, J., Zardini, A., Tiberius, V.,** (2020). The economics of COVID-19: initial empirical evidence on how family firms in five European countries cope with the corona crisis. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*.
- Krauss, S.E.** (2005). Research paradigms and meaning making: A primer. *The qualitative report*, 10(4), 758-770.
- Krauss, S.E., Hamzah, A., Omar, Z., Suandi, T., Ismail, I.A., Zahari, M.Z., Nor, Z.M.,** (2009). Preliminary investigation and interview guide development for studying how Malaysian farmers' form their mental models of farming. *The Qualitative Report*, 14(2), 245.
- Krippendorff, K.,** (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage publications.
- Kruse, F.M., Jeurissen, P.P.,** (2020). For-profit hospitals out of business? Financial sustainability during the COVID-19 epidemic emergency response. *International journal of health policy and management*, 9(10), 423.
- Kuckertz, A., Brändle, L., Gaudig, A., Hinderer, S., Reyes, C.A.M., Prochotta, A., Berger, E.S.,** (2020). Startups in times of crisis—a rapid response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Business Venturing Insights*, 13, e00169.

- Kuhnen, C.M., Knutson, B.,** (2011). The influence of affect on beliefs, preferences, and financial decisions. *Journal of Financial and Quantitative Analysis*, 46(3), 605-626.
- Kullberg, L., Blomqvist, P., Winblad, U.,** (2018). Market-orienting reforms in rural health care in Sweden: how can equity in access be preserved?. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-14.
- Kurpas, D., Mroczek, B., Bielska, D.,** (2014). Rural and urban disparities in quality of life and health-related behaviors among chronically ill patients. *Rural and remote health*, 14(2), 24-37.
- Kutzora, S., Weber, A., Heinze, S., Hendrowarsito, L., Nennstiel-Ratzel, U., von Mutius, E., GME Study Group.** (2018). Asthmatic/wheezing phenotypes in preschool children: Influential factors, health care and urban-rural differences. *International journal of hygiene and environmental health*, 221(2), 293-299.
- Kwan, M.M., Kondalsamy-Chennakesavan, S., Ranmuthugala, G., Toombs, M. R., Nicholson, G.C.,** (2017). The rural pipeline to longer-term rural practice: general practitioners and specialists. *PLoS One*, 12(7), e0180394.
- Kyriakopoulos, J., Tsiantou, V.,** (2010). The financial crisis and its impact on health and medical care Archives of Hellenic Medicine, 27(5), 834–840 (Greece).
- Kyriopoulos, I.,** (2010). The effects of the financial crisis on health care, Proceedings of the 16th Panhellenic Conference of Internal Medicine (in Greek).
- Labrianidis, L.,** (2006). Fostering entrepreneurship as a means to overcome barriers to development of rural peripheral areas in Europe, *European Planning Studies*, 14(1), 3–8.
- Lagacé, C., Desmeules, M., Pong, R.W., Heng, D.,** (2007). Non-communicable disease and injury-related mortality in rural and urban places of residence: a comparison between Canada and Australia. *Canadian Journal of Public Health*, 98 (1), S62–S69.
- Lages, M., Marques, C.S., Ferreira, J.J.M., Ferreira, F.,** (2017), “Intrapreneurship and firm entrepreneurial orientation: insights from the health care service industry, *International Entrepreneurship and Management Journal*, 3, 837-854.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D., Soedirham, O.,** (2019). Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults. *Iranian journal of public health*, 48(2), 247.
- Lakuma, P.C., Sunday, N., Sserunjogi, B., Kahunde, R., Munyambonera, E.F.,** (2020). How has the COVID-19 Pandemic impacted Ugandan businesses? *Results from a business climate survey*.
- Lang, R., Fink, M.,** (2019). Rural social entrepreneurship: The role of social capital within and across institutional levels. *Journal of Rural Studies*, 70, 155-168.
- Lankila, T., Näyhä, S., Rautio, A., Rusanen, J., Taanila, A., Koiranen, M.,** (2016). Is geographical distance a barrier in the use of public primary health services among rural and urban young adults? Experience from Northern Finland. *Public health*, 131, 82-91.
- Larasanty, L.P.F., Cahyadi, M.F., Sudarni, N.M.R., Wirasuta, I.M.A.G.,** (2019). Patient satisfaction with pharmaceutical care services provided at primary-level and secondary-level health facilities in Indonesia’s health coverage system. *Journal of Health Research*.
- Lassithiotaki, A.,** (2011). Rural women and entrepreneurship: A case study in Heraklion Crete Prefecture, Greece. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 16(2), 269–284.

- Laukkanen, M. Niittykangas, H.,** (2003). Local developers as virtual entrepreneurs – Do difficult surroundings need initiating interventions? *Entrepreneurship and Regional Development*, 15(4), 309-331.
- Laursen, K., Salter, A.,** (2006). Open for innovation: the role of openness in explaining innovation performance among UK manufacturing firms. *Strategic management journal*, 27(2), 131-150.
- Laveaga, G.S.,** (2013). Seeing the countryside through medical eyes: social service reports in the making of a sickly nation. *Endeavour*, 37(1), 29-38.
- Lazaridis, I.I., Kraljević, M., Schneider, R., Klasen, J.M., Schizas, D., Peterli, R., Delko, T.,** (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Bariatric Surgery: Results from a Worldwide Survey. *Obesity Surgery*, 30(11), 4428-4436.
- Lechner, C., Dowling, M., Welpe, I.,** (2006). Firm networks and firm development: The role of the relational mix. *Journal of business venturing*, 21(4), 514-540.
- Lee, H., Lin, C.C.C., Snyder, J.E.,** (2020). Rural–urban differences in health care access among women of reproductive age: a 10-year pooled analysis. *Annals of Internal Medicine*, 173(11\_Supplement), S55-S58.
- Lee, S.H., Phan, P.,** (2008). Initial thoughts on a model of rural entrepreneurship in developing countries. In *World entrepreneurship forum* (14-15). Baltimore.
- Legido-Quigley, H., Naheed, A., De Silva, H.A., Jehan, I., Haldane, V., Cobb, B., Jafar, T.H., COBRA-BPS Study group,** (2019). Patients’ experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study. *PLoS One*, 14(1), e0211100.
- LeGrand, J.,** (1978). The distribution of public expenditure: the case of health care. *Economica*, 45(178), 125-142.
- Leitch, C.M., Hill, F.M., Harrison, R.T.,** (2010). The philosophy and practice of interpretivist research in entrepreneurship: Quality, validation, and trust. *Organizational Research Methods*, 13(1), 67-84.
- Lemesle, M., Giroud, M., Menassa, M., Milan, C., Dumas, R.,** (1996). Incidence and case-fatality rates of stroke in Burgundy (France). Comparison between a rural (Avallon) and an urban (Dijon) population between 1989 and 1993. *Eur J Neurol. European Journal of Neurology*, 3(2), 109-115.
- Lesch, M., McCambridge, J.,** (2021). Coordination, framing and innovation: the political sophistication of public health advocates in Ireland. *Addiction*
- Leskovic, L., Erjavec, K., Leskovar, R., Vukovič, G.,** (2020). Burnout and job satisfaction of healthcare workers in Slovenian nursing homes in rural areas during the COVID-19 pandemic. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*.
- Letvak, S.,** (2002). The importance of social support for rural mental health. *Issues in mental health nursing*, 23(3), 249-261.
- Levesque, J.F., Haddad, S., Narayana, D., Fournier, P.,** (2006). Outpatient care utilization in urban Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 21(4), 289-301.
- Levi-Sanchez, S., Toupin, S.,** (2014). New social media and global resistance. *Gender matters in global politics: A feminist introduction to international relations*, 389-401.
- Li, J., Shi, L., Liang, H., Ding, G., Xu, L.,** (2018). Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC health services research*, 18(1), 102.
- Li, L., Tallman, S.B., Qian, G., Keil, T.,** (2019). The sharing economy: Entrepreneurial discovery and creative destruction across countries. *Entrepreneurship Theory and Practice*, Call for Papers for Special Issue.
- Liargovas, P., Apostolopoulos, N.,** (2014). “A new Europe 2020 strategy adopting an enhanced regional approach”, *Planning Theory and Practice*, 15 (4), 603-605.

- Liargovas, P., Apostolopoulos, N.,** (2017). Social enterprises: Secure a sustainable future in Europe and Greece, Lambert Academic Publishing.
- Liaropoulos, L.L.,** (1995). Health services financing in Greece: a role for private health insurance. *Health Policy*, 34(1), 53-62.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Katostarar, T.,** (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87, 72–81
- Liguori, E.W., Pittz, T.G.,** (2020). Strategies for small business: Surviving and thriving in the era of COVID-19. *Journal of the International Council for Small Business*, 1(2), 106-110.
- Lin, C.C.C., Hirai, A.H., Li, R., Kuklina, E.V., Fisher, S.K.,** (2020). Rural–urban differences in delivery hospitalization costs by severe maternal morbidity status. *Annals of Internal Medicine*, 173(11\_Supplement), S59-S62.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G.,** (1985). Naturalistic inquiry, 75.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G.,** (2000). The only generalization is: There is no generalization. *Case study method*, 27-44.
- Lionis, C., Merkouris, M.P.,** (2001). General/Family Medicine at a crossroad: requirements for its establishment in Greece, *Protovathmia Frontida Ygeias*, 13 (1), 8–9. (in Greek).
- Lionis, C., Petelos, E.,** (2016). Developing and submitting a proposal for funding in the field of healthcare research or capacity building in response to a call for proposals published by the European Commission: lessons learned and experiences gained by the Research Group of Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine at the University of Crete in Greece, *PulsUczelni* (10)
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K., Kyriopoulos, I.,** (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review, *International Journal of Integrated Care*, 9 (3).
- Lipowicz, A.,** (2015). Disparities in health status between rural and urban adult males in Lower Silesia, Poland. *Anthropol Anz*, 72(1), 13–25.
- Lipton, M.,** (1982). Rural development and the retention of the rural population in the countryside of developing countries. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 3(1), 11-37.
- Lisi, G., Campanelli, M., Spoletini, D., Carlini, M.,** (2020). The possible impact of COVID-19 on colorectal surgery in Italy. *Colorectal Disease*.
- Littunen, H.,** (2000). Networks and local environmental characteristics in the survival of new firms. *Small Business Economics*, 15(1), 59-71.
- Liu, M., Zhang, Q., Lu, M., Kwon, C.S., Quan, H.,** (2007). Rural and urban disparity in health services utilization in China. *Medical care*, 767-774.
- Liu, X., Li, N., Liu, C., Ren, X., Liu, D., Gao, B., Liu, Y.,** (2016). Urban–rural disparity in utilization of preventive care services in China. *Medicine*, 95(37).
- Liu, Y.,** (2004). Development of the rural health insurance system in China. *Health policy and planning*, 19(3), 159-165.
- Local Futures,** (2005). The Knowledge Economy Network. Accessed on 17 November 2005 at: <http://www.localfutures.com/research/keNetwork.asp>.
- Lockerbie, S., Herring, D.A.,** (2009). Global panic, local repercussions: economic and nutritional effects of bird flu in Vietnam. *Anthropol Public Health*, 1, 566-588.
- Loukopoulos, A., Papadimitriou, D.,** (2022). Organizational growth strategies for Greek social enterprises' social impact during the COVID-19 pandemic. *Social Enterprise Journal*.

- Lounsbury, M., Cornelissen, J., Granqvist, N., Grodal, S.,** (2019). Culture, innovation and entrepreneurship. *Innovation*, 21(1), 1-12.
- Lu, D.J., Hakes, J., Bai, M., Tolhurst, H., Dickinson, J.A.,** (2008). Rural intentions: factors affecting the career choices of family medicine graduates. *Canadian Family Physician*, 54(7), 1016-1017.
- Lu, L., Zeng, J.,** (2018). Inequalities in the geographic distribution of hospital beds and doctors in traditional Chinese medicine from 2004 to 2014. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-9.
- Lubis, A.N.,** (2018). Corporate social responsibility in health sector: a case study in the government hospitals in Medan, Indonesia. *Verslas: teorija ir praktika*, 19(1), 25-36.
- Luborsky, M.R., Rubinstein, R.L.,** (1995). Sampling in qualitative research: Rationale, issues, and methods. *Research on aging*, 17(1), 89-113.
- Lucaci, A., Nastase, C.,** (2020). European Rural Businesses During The Covid-19 Pandemic: Designing Initiatives For Current And Future Development. *LUMEN Proceedings*, 13, 419-429.
- Luminițacioca, V.,** (2011). PROGRAMMES OF COMMUNITY ACTION IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH (2003-2008): A STRATEGIC APPROACH FOR THE EUROPEAN UNION. *ANUL XVI*, 2, 175.
- Lumpkin, G.T., Moss, T.W., Gras, D.M., Kato, S., Amezcua, A.S.,** (2013). Entrepreneurial processes in social contexts: how are they different, if at all?. *Small Business Economics*, 40(3), 761-783.
- Lyon, D.W., Ferrier, W.J.,** (2002). Enhancing performance with product-market innovation: the influence of the top management team. *Journal of managerial Issues*, 452-469.
- Lyon, F., Sepulveda, L.,** (2012). Social enterprise support policies: distinctions and challenges. *Government, SMEs and Entrepreneurship Development: Policy, Practice and Challenges*, 213-226.
- Lyons, T.S., Kickul, J.R.,** (2013). The social enterprise financing landscape: The lay of the land and new research on the horizon. *Entrepreneurship Research Journal*, 3(2), 147-159.
- Maarse, H.,** (2006). The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *Journal of health politics, policy and law*, 31(5), 981-1014.
- Macassa, G., Francisco, J.C., McGrath, C.,** (2017). Corporate social responsibility and population health. *Heal Sci*, 11, 528.
- Macaulay, B.,** (2016). Considering social enterprise involvement in the commissioning of health services in Shetland. *Local Economy*, 31(5), 650-659.
- Macaulay, B., Mazzei, M., Roy, M.J., Teasdale, S., Donaldson, C.,** (2018), "Differentiating the effect of social enterprise activities on health", *Social Science & Medicine*, 200, 211-217.
- Mack, N. (2005). Qualitative research methods: A data collector's field guide.
- Mackebach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E.,** (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England journal of medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Cavagnero, E., Zhao, H.,** (2016). What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 388(10044), 596-605.
- Macleod, U., Ross, S., Twelves, C., George, W.D., Gillis, C., Watt, G.C.,** (2000). Primary and secondary care management of women with early breast cancer from

affluent and deprived areas: retrospective review of hospital and general practice records. *Bmj*, 320(7247), 1442-1445.

**Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C.,** (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(10), 943-952.

**Madrid-Guijarro, A., Garcia, D., Van Auken, H.,** (2009). Barriers to innovation among Spanish manufacturing SMEs. *Journal of small business management*, 47(4), 465-488.

**Magklara, K., Lazaratou, H.,** (2021). COVID-19 and mental health in urban and rural areas of Greece. *Journal of Rural Mental Health*, 45(1).

**Mair, J., Marti, I.,** (2006). Social entrepreneurship research: A source of explanation, prediction, and delight. *Journal of world business*, 41(1), 36-44.

**Makris, I.,** (2016). "The effect of innovative activity in firm performance and development: Analysing data from eurozone", *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research (IJBESAR)*, 9, (2), 87-92

**Makris, I.A.,** (2010). THE EFFECTS OF INNOVATION IN EMPLOYMENT AND INVESTMENT ACTIVITY: AN EMPIRICAL ANALYSIS IN FOOD PRODUCTS'AND BEVERAGES'INDUSTRY. *Marketing And Management Sciences*, 87-90.

**Makris, I.A.,** (2015). Innovative Activity and Firm Performance: The Case of Eurozone Periphery. *International Journal of Industrial and Manufacturing Engineering*, 9(4), 1156-1159.

**Makris, I.A.,** (2016). The effect of innovative activity in firm performance and development: Analysing data from Eurozone. *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research (IJBESAR)*, 9(2), 87-92.

**Makris, I., Apostolopoulos S.,** (2021). Investing in healthcare enterprises in the non-metropolitan areas: Incentives, reflections, and innovative ideas, 16th European Conference on Innovation and Entrepreneurship (ECIE21), Lisboa 16-17 September.

**Makris, I., Stavroyiannis, S., & Apostolopoulos, S.,** (2020). The European Financing Tools in the Health Sector. *The Impact of Eu Structural and Investment Funds on Greece (1981–2019): Successes, Failures, Lessons Learned and Comparisons with Other EU Members*, 193.

**Malecki, E.J.,** (2003). Digital development in rural areas: potentials and pitfalls. *Journal of rural studies*, 19(2), 201-214.

**Malterud, K., Siersma, V.D., Guassora, A.D.,** (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760.

**Mani, S.,** (2004). Financing of innovation-a survey of various institutional mechanisms in Malaysia and Singapore. *Asian Journal of Technology Innovation*, 12(2), 185-208.

**Maniecka-Bryla, I., Pikala, M., Bryla, M.,** (2012). Health inequalities among rural and urban inhabitants of Lodz Province, Poland. *Ann Agric Environ Med*, 19(4), 723–731

**Mann, S.,** (2005). *The Depopulation of Rural Areas and the Farming System* (734-2016-50707).

**Manso, G.,** (2011). Motivating innovation. *The Journal of Finance*, 66(5), 1823-1860.

**Mantzoukas S.,** (2004). Issues of representation within qualitative inquiry. *Qual Health Res*, 14, 994–1007.



- Mantzoukas, S.**, (2005). The inclusion of bias in reflective and reflexive research: A necessary prerequisite for securing validity. *J Res Nurs*, 10, 279–295
- Manu, F.A., Sriram, V.**, (1996). Innovation, marketing strategy, environment, and performance. *Journal of business Research*, 35(1), 79-91.
- March, S., Torres, E., Ramos, M., Ripoll, J., Liull, M.**, (2015). Adult community health-promoting interventions in primary healthcare: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, S94-S104.
- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., Kluge, H.**, (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe. *Country experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.*
- Margolis, J.D., Walsh, J.P.**, (2003). Misery loves companies: Rethinking social initiative by business. *Administrative Science Quarterly*, 48, 268–305.
- Marinos, G., Ioanna, V., Katsargyris, A., Michail, O. P., Klonaris, C., Korompelis, P., ... & Konstantopoulos, K.**, (2009). Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice. *Rural and Remote Health*, 9(4), 1-5.
- Marinos, G., Vasileiou, I., Katsargyris, A., Klonaris, C.P., Korombelis, P., Michail, O., Souliotis, K.**, (2009). Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice, *Rural Remote Health*, 9(4), 1019.
- Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A., Lionis, C.**, (2006). Primary Health Care Nursing Staff in Crete: An Emerging Profile. *International Nursing Review*, 53, 16-18.
- Markantoni, M., Van Hoven, B.**, (2012). Bringing ‘invisible’ side activities to light. A case study of rural female entrepreneurs in the Veenkoloniën, the Netherlands. *Journal of Rural Studies*, 28(4), 507-516.
- Marsden, T.**, (1999). Rural futures: the consumption countryside and its regulation. *Sociologia ruralis*, 39(4), 501-526.
- Martin, D., Roderick, P., Diamond, I., Clements, S., Stone, N.**, (1998). Geographical aspects of the uptake of renal replacement therapy in England. *International Journal of Population Geography*, 4(3), 227-242.
- Martins, T., Braga, A., Braga, V., Ferreira, M.R.**, (2020). The social innovation Momentum: a qualitative analysis of governance and funding processes. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 17(1), 97-120.
- Mason, C., Barraket, J., Friel, S., O'Rourke, K., Stenta, C.P.**, (2015). Social innovation for the promotion of health equity. *Health Promotion International*, 30(2), 116-125.
- Mason, M.**, (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. In *Forum qualitative Sozialforschung/Forum: qualitative social research*, 11 (3), 8
- Mastronardi, L., Cavallo, A., Romagnoli, L.**, (2020). Diversified Farms Facing the Covid-19 Pandemic: First Signals from Italian Case Studies. *Sustainability*, 12(14), 5709.
- Matsumoto, M., Okayama, M., Inoue, K., Kajii, E.**, (2005). Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: a survey of 3072 doctors in Japan. *Australian Journal of rural health*, 13(4), 219-225.
- Matthews-Trigg, N., Citrin, D., Halliday, S., Acharya, B., Maru, S., Bezruchka, S., Maru, D.**, (2019). Understanding perceptions of global healthcare experiences on provider values and practices in the USA: a qualitative study among global health physicians and program directors. *BMJ open*, 9(4), e026020.
- Mavroudeas, S.**, (2014). Greek capitalism in crisis: Marxist analyses. London: Routledge

- May, K.A.**, (1991). Interview techniques in qualitative research: Concerns and challenges. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*, 188-201.
- Mayo-Bruinsma, L., Hogg, W., Taljaard, M., Dahrouge, S.**, (2013). Family-centred care delivery: comparing models of primary care service delivery in Ontario. *Canadian Family Physician*, 59(11), 1202-1210.
- McCarthy, M.**, (2013). Health and the European Structural Funds in the new member states, *European Journal of Public Health*, 23 (3), 522–523.
- McCarthy, M., Conceição, C., Grimaud, O., Katreniakova, Z., Saliba, A., Sammut, M., Narkauskaitė, L.**, (2013). Competitive funding and structures for public health research in European countries. *The European Journal of Public Health*, 23(suppl\_2), 39-42.
- McClure, R.J., Newell, S.J., Edwards, S.**, (1996). Patient characteristics affecting attendance at general outpatient clinics. *Archives of disease in childhood*, 74(2), 121-125.
- McCracken, G.**, (1988). *The long interview* (13). Sage.
- McFadden, P., Ross, J., Moriarty, J., Mallett, J., Schroder, H., Ravalier, J., Gillen, P.**, (2021). The role of coping in the wellbeing and work-related quality of life of UK health and social care workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 815.
- McGrail, M.R., Humphreys, J.S.**, (2015). Spatial access disparities to primary health care in rural and remote Australia. *Geospatial Health*.
- McInnis-Bowers, C., Parris, D.L., Galperin, B.L.**, (2017). Which came first, the chicken or the egg? Exploring the relationship between entrepreneurship and resilience among the Boruca Indians of Costa Rica. *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*.
- McIntosh, M.J., Morse, J.M.**, (2015). Situating and constructing diversity in semi-structured interviews. *Global qualitative nursing research*, 2, 2333393615597674
- McIntyre, D.**, (2010). Private sector involvement in funding and providing health services in South Africa: implications for equity and access to health care. *EQUINET, Harare: Health Economics Unit*.
- McKelvie, A., Haynie, J.M., Gustavsson, V.**, (2011). Unpacking the uncertainty construct: Implications for entrepreneurial action. *Journal of Business Venturing*, 26(3), 273–292.
- McKie, L., Gregory, S., Bowlby, S.**, (2002). Shadow times: The temporal and spatial frameworks and experiences of caring and working. *Sociology*, 36(4), 897-924.
- McMullen, J.S., Shepherd, D.A.**, (2006). Entrepreneurial action and the role of uncertainty in the theory of the entrepreneur. *Academy of Management Review*, 31(1), 132–152.
- Mekoth, N., George, B.P., Dalvi, V., Rajanala, N., Nizomadinov, K.**, (2012). Service quality in the public sector hospitals: a study in India. *Hospital topics*, 90(1), 16-22.
- Meliala, A., Hort, K., Trisnantoro, L.**, (2013). Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Social science & medicine*, 82, 30-34.
- Melvin, S.C., Wiggins, C., Burse, N., Thompson, E., Monger, M.**, (2020). Peer Reviewed: The Role of Public Health in COVID-19 Emergency Response Efforts From a Rural Health Perspective. *Preventing Chronic Disease*, 17.
- Mendoza, R.U., Thelen, N.**, (2008). Innovations to make markets more inclusive for the poor. *Development policy review*, 26(4), 427-458.

- Meng, Q., Liu, X., Shi, J.,** (2000). Comparing the services and quality of private and public clinics in rural China. *Health policy and planning*, 15(4), 349-356.
- Meng, Q., Yang, H., Chen, W., Sun, Q., Liu, X.,** (2015). People's Republic of China health system review. *Health Systems in Transition*, 5(7), 2-3.
- Mensch, G.,** (1975). *Das technologische Patt: Innovationen überwinden die Depression*. Umschau-Verlag.
- Michail, X.,** (2018). Healthcare Rehabilitation Organization for the Elderly in Greece. In *Rehabilitation Medicine for Elderly Patients* (535-540). Springer, Cham.
- Mihalyi, P.,** (2012). Spending cuts and centralization in Hungarian healthcare as a response to the international financial crisis. *International Journal of Healthcare Management*, 5(3), 173-186.
- Milbourne, P.,** (2007). Re-populating rural studies: Migrations, movements and mobilities, *Journal of Rural Studies*, 23, 381–386
- Miles, M.B., Huberman, A.M., Saldaña, J.,** (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage publications.
- Miles, M.P., Munilla, L.S., Darroch, J.,** (2009). “Sustainable corporate entrepreneurship”, *International Entrepreneurship and Management Journal*, 5 (1), 65–76.
- Millar, R.,** (2012). Social enterprise in health organisation and management: hybridity or homogeneity? *Journal of Health Organization and Management*.
- Millar, R., Hall, K., Miller, R.,** (2016). “Increasing the Role of Social Business Models in Health and Social Care: an Evidence Review”, *Public Policy Institute for Wales*, Cardiff.
- Miller, R., Millar, R., Hall, K.,** (2012). New development: Spin-outs and social enterprise: the ‘right to request’ programme for health and social care services. *Public Money & Management*, 32(3), 233-236.
- Millar, R.,** (2012). Social enterprise in health organisation and management: hybridity or homogeneity? *Journal of Health Organization and Management*, 26 (2), 143-148.
- Milligan, C.,** (2000). ‘Bearing the burden’: towards a restructured geography of caring. *Area*, 32(1), 49-58.
- Mills, A., Brugha, R., Hanson, K., McPake, B.,** (2002). What can be done about the private health sector in low-income countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 325-330.
- Milstein, R.M., Wilkinson, L., Burrow, G.N., Kessen, W.,** (1981). Admission decisions and performance during medical school. *Journal of Medical Education*, 56, 77–82.
- Ministry of Economy and Development,** (2019). 1st CIRCULAR on the planning of the new Partnership Agreement for the Development Framework : NSRF 2021-2027 in the context of development planning, (in Greek), [http://www.pepionia.gr/wp-content/uploads/2015/08/1H-EGKYKLIOS-2021\\_2027.pdf](http://www.pepionia.gr/wp-content/uploads/2015/08/1H-EGKYKLIOS-2021_2027.pdf)
- Ministry of Health,** (2016). National Health Strategy and actions of the health sector in the NSRF 2014-2020, NSRF Staff Structure, (in Greek).
- Minogiannis, P.,** (2012). Tomorrow’s public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and Development*, 7(1), 69-80.
- Mishra, A., Bruno, E., Zilberman, D.,** (2021). Compound natural and human disasters: Managing drought and COVID-19 to sustain global agriculture and food sectors. *Science of the Total Environment*, 754.

- Mitchell, S., Clark, D.,** (1999). Business adoption of information and communications technologies in the two-tier rural economy: some evidence from the South Midlands. *Journal of rural studies*, 15(4), 447-455.
- Mitropoulos, P., Kounetas, K., Mitropoulos, I.,** (2016). Factors affecting primary health care centers' economic and production efficiency. *Annals of Operations Research*, 247 (2),807-822.
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Giannikos, I.,** (2013).Combining DEA with location analysis for the effective consolidation of services in the health sector. *Computers & Operations Research*, 40 (9), 2241-2250.
- Mitton, C., Dionne, F., Masucci, L., Wong, S., Law, S.,** (2011), "Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: a review of the literature", *International Journal Circumpolar Health*, 70 (5), 460-472.
- Molinero Hernando, F.,** (2017). "La España profunda". *Agricultura familiar en España*, Anuario 2017. *Agricultura familiar en España*, Anuario, 34-44.
- Molyneux, C.S., Mung'ala-Odera, V., Harpham, T., Snow, R.W.,** (1999). Maternal responses to childhood fevers: a comparison of rural and urban residents in coastal Kenya. *Tropical Medicine & International Health*, 4(12), 836-845.
- Montgomery, A.W., Dacin, P.A., Dacin, M.T.,** (2012). Collective social entrepreneurship: Collaboratively shaping social good. *Journal of business ethics*, 111(3), 375-388.
- Montoya, A., Jenq, G., Mills, J.P., Beal, J., Diviney Chun, E., Newton, D., Mody, L.,** (2020). Partnering with local hospitals and public health to manage COVID-19 outbreaks in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Moore, J.F.,** (1993). Predators and Prey: A New Ecology of Competition. *Harvard Business Review*, 75-86
- Moran, M.,** (1999). *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States, and Germany*. Manchester University Press.
- Morgan, G., Smircich, L.,** (1980). The case for qualitative research. *Academy of management review*, 5(4), 491-500.
- Moro Visconti, R., Morea, D.,** (2019). Big data for the sustainability of healthcare project financing. *Sustainability*, 11(13), 3748.
- Morrison, C., Ramsey, E., Bond, D.,** (2017). The role of social entrepreneurs in developing community resilience in remote areas, *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*, 11 (1), 95-112.
- Morse, J.M.,** (1995). The significance of saturation. *Qual Health Res*, 5 (2), 147-149
- Morse, J.M.,** (2000). Determining sample size. *Qual Health Res*, 10 (1), 3-5.
- Morse, J.M.,** (2012). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Left coast press.
- Morse, J.M., (Ed.).** (1992). *Qualitative health research* (610.72 Q3). Newbury Park, CA: Sage.
- Morse, M.J.,** (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Morse, M.J., Field, AP.,** (1996). *Nursing research: The application of qualitative approach*. London. *Chapman & Hall*.
- Moser, A., Korstjens, I.,** (2018), Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24 (1), 9-18.
- Moser, A., Korstjens, I.,** (2017). Series: practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *European Journal General Practice*, 23 (1), 271–273

- Mosig, T., Lehmann, C., Neyer, A.K.,** (2021). Data-driven business model innovation: about barriers and new perspectives. *International Journal of Innovation and Technology Management*, 18(02), 2040017.
- Mossialos, E., Dixon, A.,** (2002). Funding health care: an introduction. *Funding health care: options for Europe*, 1, 30.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., World Health Organization.** (2002). Funding health care: options for Europe.
- Moulaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A., Hamdouch, A., (Ed.).** (2013). *The international handbook on social innovation: collective action, social learning and transdisciplinary research*. Edward Elgar Publishing.
- Muellbauer, J.,** (2020). The coronavirus pandemic and US consumption. *VOX CERP Policy Portal*, 11.
- Mueller, P.,** (2006). Entrepreneurship in the region: Breeding ground for nascent entrepreneurs? *Small Business Economics*, 27(1), 41-58.
- Mueller, P., Van Stel, A., Storey, D.J.,** (2008). The effects of new firm formation on regional development over time: The case of Great Britain. *Small Business Economics*, 30(1), 59-71.
- Müller, S.,** (2013). *Entrepreneurship and regional development: On the interplay between agency and context* (Doctoral dissertation, Department of Business Administration, Aarhus University).
- Müller, S.,** (2014). Do rural regions benefit from entrepreneurship, 16-1
- Müller, S., Korsgaard, S.,** (2014). (Re) Sources of opportunities–The Role of Spatial Context for Entrepreneurship. In *Academy of Management Proceedings* (1, 13468). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Mullins, L.,** (2009) 'Management and Organizational Behavior' 7th Edition, PrenticeHall
- Munier, F.,** (2006). Firm size, technological intensity of sector and relational competencies to innovate: Evidence from French industrial innovating firms. *Economics of Innovation and New Technology*, 15(4-5), 493-505.
- Muñoz, S.A.,** (2010). Towards a geographical research agenda for social enterprise. *Area*, 42(3), 302-312.
- Munoz, S.A.,** (2011). Health service provision through social enterprise-Opportunities and barriers identified by social entrepreneurs and procurement professionals in the UK, *Entrepreneurship and Innovation* 12 (1), 39–53.
- Munoz, S.A., Donaldson, C., Roy, M., O'Connor, C.H., Biosca, O., Baker, R., Kay, A., Gillespie, M., Godwin, J., Morgan, A., Skelton, D., Stewart, J., Anderson, I., Docherty, C., Fulford, H., Teasdale, S., Thomson, H.,** (2014). Global issues, local solutions: rethinking wealth and health through the lens of social enterprise.
- Munoz, S-A., Steiner, A., Farmer, J.,** (2015). Processes of community-led social enterprise development: learning from the rural context, *Community Development Journal*, vol. 50, (3), 478–493.
- Murauskiene, L., Karanikolos, M.,** (2017). The role of the European Structural and Investment Funds in Financing Health System in Lithuania: Experience from 2007 to 2013 funding period and implications for the future. *Health Policy*, 121(7), 727-730.
- Murphy, K.M., Hughes, L.S., Conway, P.,** (2018). A path to sustain rural hospitals. *Jama*, 319(12), 1193-1194.
- Musselwhite, K., Cuff, L., McGregor, L., King, K.M.,** (2007). The telephone interview is an effective method of data collection in clinical nursing research: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 44(6), 1064-1070.

- Musumeci, M.L., Nasca, M.R., Micali, G.,** (2021). COVID-19: the Italian experience. *Clinics in Dermatology*.
- Nagai, M., Abraham, S., Okamoto, M., Kita, E., Aoyama, A.,** (2007). Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka. *Health policy*, 83(1), 84-93.
- Nagai, M., Fujita, N., Diouf, I. S., Salla, M.,** (2017). Retention of qualified healthcare workers in rural Senegal: lessons learned from a qualitative study.
- Nagata, J.M.,** (2020). Rapid scale-up of Telehealth during the COVID-19 pandemic and implications for subspecialty care in Rural Areas. *J Rural Health*.
- Nambisan, S., Wright, M., Feldman, M.,** (2019). The digital transformation of innovation and entrepreneurship: Progress, challenges and key themes. *Research Policy*, 48(8), 103773.
- Nasioulas, I.,** (2012), Social Cooperatives in Greece – Introducing New Forms of Social Economy and Entrepreneurship, *International Review of Social Research*, 151-172.
- Natanzon, I., Szecsenyi, J., Ose, D., Joos, S.,** (2010). Future potential country doctor: the perspectives of German GPs.
- Naudé, W.,** (2007). *Peace, prosperity and pro-growth entrepreneurship* (No. 2007/02). WIDER Discussion Paper.
- Navarro Valverde, F.,** (2019). Depopulation and aging in rural areas in the European Union: practices starting from the LEADER approach. *Perspectives on rural development*, 2019(3), 223-252.
- Neagu, O.M., Michelsen, K., Watson, J., Dowdeswell, B., Brand, H.,** (2017). Addressing health inequalities by using Structural Funds. A question of opportunities. *Health Policy*, 121(3), 300-306.
- Neagu, O.M., Botezatu, E., Azzopardi-Muscat, N.,** (2018). Using Structural Funds for Health Equity: Predisposing Factors and Barriers, *European Structural & Investment Funds Journal*, 6 (4), 305-312.
- Neely, A.H., Ponshunmugam, A.,** (2019). A qualitative approach to examining health care access in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 230, 214-221.
- Neergaard, H., Ulhøi, J.P., (Eds.)**. (2007). *Handbook of qualitative research methods in entrepreneurship*. Edward Elgar Publishing.
- Nekula, P., Koob, C.,** (2021). Associations between culture of health and employee engagement in social enterprises: A cross-sectional study. *Plos one*, 16(1), e0245276.
- Neuman, L.,** (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (4<sup>th</sup> Ed). USA: Allyn and Bacon.
- Neuman, W.L.,** (2003). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Neumann, P.J., Cohen, J.T., Kim, D.D., Ollendorf, D.A.,** (2021). Consideration of Value-Based Pricing For Treatments And Vaccines Is Important, Even In The COVID-19 Pandemic: Study reviews alternative pricing strategies (cost-recovery models, monetary prizes, advanced market commitments) for COVID-19 drugs, vaccines, and diagnostics. *Health Affairs*, 40(1), 53-61.
- Newman, A., Mayson, S., Teicher, J., Barrett, R.,** (2015). Special issue of international journal of human resource management: Recruiting, managing and rewarding workers in social enterprises.
- Nguyen, S.K., Vo, X.V., Vo, T.M.T.,** (2020). Innovative strategies and corporate profitability: the positive resources dependence from political network. *Heliyon*, 6(4), e03788.

- Niakas, D.**, (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*, 43(4), 597-602.
- Niakas, D.**, (2014). Greek financial crisis and the effects on health care system, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφολογίας* 5(1), 3-7.
- Niccum, B.A., Sarker, A., Wolf, S.J., Trowbridge, M.J.**, (2017). Innovation and entrepreneurship programs in US medical education: a landscape review and thematic analysis. *Medical education online*, 22(1), 1360722.
- Nieuwenhuizen, C., Groenewald, D., Davids, J., Schachtebeck, C.**, (2016). Best practice in entrepreneurship education. *Problems and perspectives in management*, (14, Iss. 3 (contin. 2)), 528-536.
- Nimegeer, A., Farmer, J.**, (2016). Prioritising rural authenticity: Community members' use of discourse in rural healthcare participation and why it matters, *Journal of Rural Studies*, 43, 94-103
- Nimegeer, A., Farmer, J., West, C., Currie, M.**, (2011), “Addressing the problem of rural community engagement in healthcare service design”, *Health and Place*, 17 (4), 1004-1006.
- Nofsinger, J.R.**, (2014). *The Psychology of Investing*. Pearson Series in Finance USA.
- Norlyk, A., Harder, I.**, (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20(3), 420-431.
- Notara, V., Koupidis, S.A., Vaga, E., Grammatikopoulos, I.A.**, (2010). Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *Journal of nursing management*, 18(5), 501-504.
- Novák, N., Kórnives, P.M., Harangi-Rákos, M., Petó, K.**, (2020). The role of rural areas in the preservation of health. *International Review of Applied Sciences and Engineering*, 11(2), 157-166.
- Novick, G.**, (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research?. *Research in nursing & health*, 31(4), 391-398.
- Nteka, N.**, (2021). Covid-19 Impact On Greece’S Health Sector. *Предприемачество*, 9(1), 45-55.
- Nugroho, L., Utami, W., Sanusi, Z.M., Setiyawati, H.**, (2018). Corporate culture and financial risk management in Islamic social enterprises (Indonesia Evidence). *International Journal of Commerce and Finance*, 4(2), 12-24.
- Nunes, A.M., Ferreira, D.C.**, (2019). Reforms in the Portuguese health care sector: Challenges and proposals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e21-e33.
- O’Hara, P.**, (2001). Social enterprises and local development. *The emergence of social enterprise*, 4, 149.
- O’reilly, M., Parker, N.**, (2013). ‘Unsatisfactory Saturation’: a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative research*, 13(2), 190-197.
- O’Shea, E., Keane, M.**, (2002). Social entrepreneurship and social services provision in Gaeltacht regions in Ireland. *European Research in Regional Science* 12, 58–75
- Oberle, K.M.**, (2002). Ethics in qualitative health research. *Annals (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)*, 35(8 Suppl.), 563-566.
- OECD**, (2011). *Health at a glance*.
- OECD**, (2020). *Social economy and the COVID-19 crisis: current and future roles*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Publishing.

**OECD/EU**, (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

**OECD/European Observatory on Health Systems and Policies**. (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

**OECD/European Observatory on Health Systems and Policies**. (2019). Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264516946 (PDF) Series: State of Health in the EU

**OECD/European Union**, (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

**Official Journal of the European Union**, (2003), Community Action in the field of public health (2003-2008) Work Plan 2003 (2003/C 62/06), (in Greek)

**Official Journal of the European Union**, (2007). Decisions adopted jointly by the European Parliament and the Council, Decision no. 1350/2007 of October 23, 2007 concerning the establishment of a community action program in the field of health for the period 2008-2013, L 301/3, 20-11-2007, (in Greek)

**Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D., Patri, F., Karaklidis, D., Moustakas, P., Andreadou, N., Mantzanas, E. Merkouris, B.**, (2010) Rural Primary Care in Greece: Working under Limited Resources. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 333-337.

**Oikonomou, N., Mariolis, A.**, (2010). How is Greece conforming to Alma-Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis? *British Journal of General Practice*, 60(575), 456-457.

**Oikonomou, N., Tountas, Y.**, (2011). Insufficient primary care services to the rural population of Greece.

**Oikonomou, N., Tountas, Y., Mariolis, A., Souliotis, K., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J.**, (2016). Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece. *Health care management science*, 19(4), 313-325.

**Oiler, C.**, (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing research*, 31(3), 178-181.

**Okkels, N., Kristiansen, C.B., Munk-Jørgensen, P., Sartorius, N.**, (2018). Urban mental health: challenges and perspectives. *Curr. Opin. Psychiatry*, 31, 258–264.

**Olmedo, L., van Twuijver, M., O'Shaughnessy, M.**, (2021). Rurality as context for innovative responses to social challenges—The role of rural social enterprises. *Journal of Rural Studies*.

**Olson, E.M., Slater, S F., Hult, G.T.M.**, (2005). The performance implications of fit among business strategy, marketing organization structure, and strategic behavior. *Journal of marketing*, 69(3), 49-65.

**Oortwijn, W.J., Ling, T., Mathijssen, J., Lankhuizen, M., Scoggins, A., Van Stolk, C., Cave, J.**, (2007). Interim Evaluation of the Public Health Programme 2003-2008. *Public health Health program, prieiga per internet* < [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_programme/documents/evaluation/php\\_evaluation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_programme/documents/evaluation/php_evaluation_en.pdf)>, (tiū rēta 2015 01 10).

**Opdenakker, R.**, (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. In *Forum qualitative sozialforschung/forum: Qualitative social research*, 7, 4.

**Orchard, L.J., Fullwood, C.**, (2010). Current perspectives on personality and Internet use. *Social Science Computer Review*, 28(2), 155-169.



- O'Reilly, C.**, (1989). Corporations, culture, and commitment: Motivation and social control in organizations. *California management review*, 31(4), 9-25.
- Ortiz-Villajos, J.M., Sotoca, S.**, (2018). Innovation and business survival: A long-term approach. *Research policy*, 47(8), 1418-1436.
- Osborne, S.P., Brown, L., (Eds)**, (2013). Handbook of innovation in public services. Edward Elgar Publishing.
- O'Shaughnessy, M., Casey, E., Enright, P.**, (2011). Rural transport in peripheral rural areas: The role of social enterprises in meeting the needs of rural citizens. *Social Enterprise Journal*.
- Øvretveit, J.**, (2003). Nordic privatization and private healthcare. *The International journal of health planning and management*, 18(3), 233-246.
- Oxford Analytica**, (2015). Referendum sets Greece at odds with lenders. *Emerald Expert Briefings*, (oxan-db).
- Oxford Dictionaries**, (2018), “*English Oxford Living Dictionaries*”, available at: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/network>
- Ozawa, S., Walker, D.G.**, (2011). Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health policy and planning*, 26(1), i20-i29.
- Ozturk, S., Sozdemir, A.**, (2015). Effects of global financial crisis on Greece economy. *Procedia Economics and Finance*, 23, 568-575.
- Pae, J.H., Kim, N., Han, J.K., Yip, L.**, (2002). Managing intraorganizational diffusion of innovations: Impact of buying center dynamics and environments. *Industrial Marketing Management*, 31(8), 719-726.
- Page, S., Song, H., Wu, D.C.**, (2012). Assessing the impacts of the global economic crisis and swine flu on inbound tourism demand in the United Kingdom. *Journal of travel research*, 51(2), 142-153.
- Palamari, A.**, (2018). Financial Analysis of Health Care sector: A comparative analysis between public and private institutions of Greece.
- Panda, R.K., Kondasani, R.K.R.**, (2017). Customers' precedence for service quality dimensions in Indian private healthcare setting: A Rudit approach. *Hospital topics*, 95(4), 90-99.
- Panhwar, A.H., Ansari, S., Shah, A.A.**, (2017). Post-positivism: An effective paradigm for social and educational research. *International Research Journal of Arts & Humanities (IRJAH)*, 45(45).
- Pantelidis, P., Vozikis, A., Meggouli, E.**, (2019). Demand for primary healthcare services in Greece based on general practice prescribing model, MPRA, 92101.
- Papatheodorou, C., Mousidou, A.**, (2011). Healthcare and inequality in Greece: The distributive effect of the health system, Observatory of Economic and Social Developments, GSEE Labor Institute, Athens (Greek).
- Parahoo, K.**, (2006). *Nursing research: Principles, process and issues*. 2nd ed. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Park, J.H., Kim, C.Y.**, (2020). Social enterprises, job creation, and social open innovation. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 6(4), 120.
- Passa G., Galanis P., Konstantakopoulou O., Theodorou M., Siskou O., Kriari A., Kaitelidou D.**, (2018). Investigation of vulnerable citizens' experiences and opinions towards navigation in health services in Greece, “*To Vima tou Asklipiou*” *Journal*, 17 (3), 214-223

- Patton, M.Q.**, (1990). Qualitative evaluation and research methods. *SAGE Publications, inc.*
- Păunescu, C., Mátyus, E.**, (2020). Resilience measures to dealing with the COVID-19 pandemic. Evidence from Romanian micro and small enterprises. *Management & Marketing*, 15.
- Pavi, E., Karampli, E., Zavras, D., Dardavesis, T., Kyriopoulos, J.**, (2010). Social determinants of dental health services utilisation of Greek adults. *Community Dent Health*; 27, 145-150.
- Paykel, E.S., Abbott, R., Jenkins, R., Brugha, T.S., Meltzer, H.**, (2000). Urban–rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Psychological medicine*, 30(2), 269-280.
- Pedersen, E., Neergaard, P.**, (2008) “From periphery to center: how CSR is integrated in mainstream performance management frameworks”, *Measuring Business Excellence*, 12 (1).
- Penchansky, R., Thomas, J.W.**, (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.
- Peritogiannis, V., Rousoudi, S., Vorvolakos, T., Gioti, P., Gogou, A., Arre, A., Samakouri, M.**, (2022). A comparative study of two Mobile Mental Health Units in different catchment rural areas in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 324-333.
- Peter, E.**, (2015). The ethics in qualitative health research: special considerations. *Ciência & saúde coletiva*, 20, 2625-2630.
- Peters, D.J.**, (2020). Community Susceptibility and Resiliency to COVID-19 Across the Rural-Urban Continuum in the United States. *The Journal of Rural Health*, 36(3), 446-456.
- Peters, D.J.**, (2020). Community Susceptibility and Resiliency to COVID-19 Across the Rural-Urban Continuum in the United States. *The Journal of Rural Health*, 36(3), 446-456.
- Peters, T., Waterman, R.H.**, (1982). *Search of Excellence: Lessons from America’s Best Run Companies*; Harper & Row: New York, NY, USA,
- Petmesidou, M.**, (2019). Challenges to Healthcare Reform in Crisis-Hit Greece. *E-cadernos CES*, (31).
- Petty, M.M., Beadles, N.A., Chapman, D.F., Lowery, C.M.**, (1995). Connell, D.W. Relationships between organizational culture and organizational performance. *Psychol. Rep.* 76, 483–492.
- Phelan, A.L., Eccleston-Turner, M., Rourke, M., Maleche, A., Wang, C.**, (2020). Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access. *The Lancet*, 396(10254), 800-802.
- Phillips, J., Hustedde, C., Bjorkman, S., Prasad, R., Sola, O., Wendling, A., Paladine, H.**, (2016). Rural women family physicians: strategies for successful work-life balance. *The Annals of Family Medicine*, 14(3), 244-251.
- Phillipson, J., Bennett, K., Lowe, P., Raley, M.**, (2004). Adaptive responses asset strategies: the experience of rural micro-firms and Foot and Mouth Disease. *Journal of Rural Studies*, 20(2), 227-243.
- Phillipson, J., Gorton, M., Turner, R., Shucksmith, M., Aitken-McDermott, K., Areal, F., Monteiro, D.S.**, (2020). The COVID-19 Pandemic and Its Implications for Rural Economies. *Sustainability*, 12(10), 1-9.

- Piotrowska, D.E., Pędziński, B., Jankowska, D., Huzarska, D., Charkiewicz, A.E., Szpak, A.S.,** (2018). Socio-economic inequalities in the use of dental care in urban and rural areas in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 512-516.
- Pohontsch, N.J., Hansen, H., Schäfer, I., Scherer, M.,** (2018). General practitioners' perception of being a doctor in urban vs. rural regions in Germany-A focus group study. *Family practice*, 35(2), 209-215.
- Polit, F.D., Hungler, P.B.,** (1999). Nursing research: Principles and methods, Philadelphia, *Lippincott*.
- Polit, D.F., Beck, C.T.,** (2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins.
- Polyzoidis, P.,** (2008). Social Welfare Voluntarism in Greece: a Fall before the Rise? *Social Cohesion and Development*, 3(2), 93-108.
- Polyzos, N.,** (2012). A three-year Performance Evaluation of the NHS Hospitals in Greece. *Hippokratia*, 16(4), 350.
- Pompian, M.M.,** (2012). *Behavioral finance and investor types: managing behavior to make better investment decisions*. John Wiley & Sons.
- Pong, R.W., DesMeules, M., Lagace, C.,** (2009). Rural–urban disparities in health: How does Canada fare and how does Canada compare with Australia? *Aust. J. Rural Health*, 17, 58–64
- Ponterotto, J.G.,** (2002). Qualitative research methods: The fifth force in psychology. *The Counseling Psychologist*, 30(3), 394-406.
- Ponterotto, J.G.,** (2005). Qualitative Research Training in Counseling Psychology: A Survey of Directors of Training. *Teaching of Psychology*.
- Ponticiello, M., Mwanga-Amumpaire, J., Tushemereirwe, P., Nuwagaba, G., King, R., Sundararajan, R.,** (2020). “Everything is a Mess”: How COVID-19 is Impacting Engagement with HIV Testing Services in Rural Southwestern Uganda. *AIDS and Behavior*, 24(11), 3006-3009.
- Popay, J., Rogers, A., Williams, G.,** (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative health research*, 8(3), 341-351.
- Pope, C., Mays, N.,** (2006). Qualitative methods in health research. *Qualitative research in health care*, 3, 1-11.
- Pope, C., Van Royen, P., Baker, R.,** (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *BMJ Quality & Safety*, 11(2), 148-152.
- Popescu, G.H.,** (2012). The social perception of the economic crisis in Greece. *Contemporary Readings in Law and Social Justice*, 4(2), 342-347.
- Popkewitz, T.S., Tabachnick, B.R., Zeichner, K.,** (1979). Dulling the Senses: Research in Teacher Education. *Journal of Teacher Education*, 30(5), 52-60.
- Porter, M.E., Stern, S.,** (2001). Innovation: Location Matters, MIT Sloan Management Review, summer, 28-36.
- Potrafke, N., Roesel, F.,** (2019). The urban–rural gap in healthcare infrastructure: does government ideology matter? *Regional Studies*.
- Powers, D.M., Bowen, D.J., Arao, R.F., Vredevoogd, M., Russo, J., Grover, T., Unützer, J.,** (2020). Rural clinics implementing collaborative care for low-income patients can achieve comparable or better depression outcomes. *Families, Systems, & Health*, 38(3), 242.
- Prajogo, D.I., Sohal, A.S.,** (2001). TQM and innovation: a literature review and research framework. *Technovation*, 21(9), 539-558

- Prasetyo, P.E., Kistanti, N.R.,** (2020). Role of Social Entrepreneurship in Supporting Business Opportunities and Entrepreneurship Competitiveness. *Open Journal of Business and Management*, 8(04), 1412.
- Pratley, P.,** (1995). The essence of business ethics. London: Prentice Hall.
- Preston, J., Brown, F.W., Hartley, B.,** (1992). Using telemedicine to improve health care in distant areas. *Psychiatric Services*, 34 (1), 25-32.
- Price, D., Pollock, A.M., Shaoul, J.,** (1999). How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *The Lancet*, 354(9193), 1889-1892.
- Pringle, J., Hendry, C., McLafferty, E.,** (2011). Phenomenological approaches: Challenges and choices. *Nurse researcher*, 18(2).
- Pritchard, B., Argent, N., Baum, S., Bourke, L., Martin, J., Mcmanus, P., Walmsley, J.,** (2012). Local—if possible: how the spatial networking of economic relations amongst farm enterprises aids small town survival in rural Australia. *Regional Studies*, 46(4), 539-557.
- Probst, J.C., Barker, J.C., Enders, A., Gardiner, P.,** (2018). Current state of child health in rural America: how context shapes children's health. *The Journal of Rural Health*, 34, s3-s12.
- Prodan, I.,** (2007). A model of technological entrepreneurship. *Handbook of research on techno-entrepreneurship*, 26-38.
- Proksch, D., Busch-Casler, J., Haberstroh, M.M., Pinkwart, A.,** (2019). National health innovation systems: Clustering the OECD countries by innovative output in healthcare using a multi indicator approach. *Research Policy*, 48(1), 169-179.
- Puertas, R., Marti, L., Guaita-Martinez, J.M.,** (2020). Innovation, lifestyle, policy and socioeconomic factors: An analysis of European quality of life. *Technological Forecasting and Social Change*, 160, 120209.
- Puigcerver- Peñalver, M.C.,** (2004). Estudios sobre crecimiento económico, política fiscal e intermediación financiera, Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Economía Financiera y Contabilidad,
- Pulselli, F.M., Ciampalini, F., Tiezzi, E., Zappia, C.,** (2006). The index of sustainable economic welfare (ISEW) for a local authority: A case study in Italy. *Ecological Economics*, 60(1), 271-281.
- Qian, J., Riseley, E., Barraket, J.,** (2019). Do employment-focused social enterprises provide a pathway out of disadvantage? An evidence review.
- Qu, S.Q., Dumay, J,** (2011). The qualitative research interview. *Qualitative research in accounting & management*.
- Quinn, R.E., Clair, L.S.S., Faerman, S.R., Thompson, M.P., McGrath, M.R.,** (2020). *Becoming a master manager: A competing values approach*. John Wiley & Sons.
- Rabionet, S.E.,** (2011). How I learned to design and conduct semi-structured interviews: an ongoing and continuous journey. *Qualitative Report*, 16(2), 563-566.
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilarakis, M., Symvoulakis, E.K., Dounias, G. Hadjichristodoulou, C.,** (2014). Medical supplies shortages and burnout among Greek health care workers during economic crisis: A pilot Study. *International Journal Medicine Science*, 11, 442-447.
- Raco, J.R., Tanod, R.H.,** (2014). The phenomenological method in entrepreneurship. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, 22(3), 276-285.
- Raghavan, A., Demircioglu, M.A., Taeihagh, A.,** (2021). Public Health Innovation through Cloud Adoption: A Comparative Analysis of Drivers and Barriers in Japan,

South Korea, and Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 334.

**Rahman, M.S., Mannan, M., Hossain, M.A., Zaman, M.H.,** (2018). Patient's behavioral intention: public and private hospitals context. *Marketing Intelligence & Planning*.

**Raimundo, A., Stavridis, S., Tsardanidis, C.,** (2021). The Eurozone crisis' impact: a de-Europeanization of Greek and Portuguese foreign policies? *Journal of European Integration*, 43(5), 535-550.

**Rajbhandari, A., Intravisit, A.,** (2017). Measuring patients' perceived hospital service quality: A case study of Nepal's Private Hospitals. *International Research E-Journal on Business and Economics*, 3(1).

**Ramani, S.V., SadreGhazi, S., Gupta, S.,** (2017). Catalysing innovation for social impact: The role of social enterprises in the Indian sanitation sector. *Technological Forecasting and Social Change*, 121, 216-227.

**Rana, W., Mukhtar, S., Mukhtar, S.,** (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102080.

**Ratten, V.,** (2020a). Coronavirus (covid-19) and social value co-creation. *International Journal of Sociology and Social Policy*.

**Ratten, V.,** (2020b). Coronavirus (Covid-19) and entrepreneurship: cultural, lifestyle and societal changes. *Journal of Entrepreneurship in Emerging Economies*.

**Ravalier, J.M.,** (2018). The influence of work engagement in social workers in England. *Occupational Medicine*, 68(6), 399-404.

**Rayamajhee, V., Storr, V.H., Bohara, A.K.,** (2020). Social entrepreneurship, co-production, and post-disaster recovery. *Disasters*.

**Reardon, T., Lu, L., Zilberman, D.,** (2019). Links among innovation, food system transformation, and technology adoption, with implications for food policy: Overview of a special issue. *Food Policy*, 83, 285-288.

**Rehme, J., Svensson, P.,** (2011). Credibility-driven entrepreneurship: a study of the first sale. *The International Journal of Entrepreneurship and Innovation*, 12(1), 5-15.

**Remoundou, K., Gkartzios, M., Garrod, G.,** (2016). Conceptualizing Mobility in Times of Crisis: Towards Crisis-Led Counterurbanization? *Journal of Regional Studies*, 50(1), 1663-1674.

**Rérat, P.,** (2014). Highly qualified rural youth: why do young graduates return to their home region? *Children's Geographies*, 12(1), 70-86.

**Reynolds, P.D.,** (1999). Creative destruction: Source or symptom of economic growth. In Z. J. Acs, B. Carlsson & K. Karlsson (Eds.), *Entrepreneurship, small and medium-sized firms and the macroeconomy* (97-136). Cambridge: Cambridge University Press.

**Rhubart, D.C., Monnat, S.M., Jensen, L., Pendergrast, C.,** (2021). The unique impacts of US social and health policies on rural population health and aging. *Public Policy & Aging Report*, 31(1), 24-29.

**Richter, R.,** (2019). Rural social enterprises as embedded intermediaries: The innovative power of connecting rural communities with supra-regional networks. *Journal of Rural Studies*, 70, 179-187.

**Riethmuller, M.L., Dzidic, P.L., Newnham, E.A.,** (2021). Going rural: Qualitative perspectives on the role of place attachment in young people's intentions to return to the country. *Journal of Environmental Psychology*, 73, 101542.

- Robinson, K.L., Dassie, W., Christy, R.D.,** (2004). Entrepreneurship and small business development as a rural development strategy. *Journal of Rural Social Sciences*, 20(2), 1.
- Robinson, W.T.,** (1990). Product innovation and start-up business market share performance. *Management science*, 36(10), 1279-1289.
- Robson, C.,** (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Wiley-Blackwell.
- Robyn, P.J., Shroff, Z., Zang, O.R., Kingue, S., Djienuouassi, S., Kouontchou, C., Sorgho, G.,** (2015). Addressing health workforce distribution concerns: a discrete choice experiment to develop rural retention strategies in Cameroon. *International journal of health policy and management*, 4(3), 169-180.
- Roehrich, J.K., Lewis, M.A., George, G.,** (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social science & medicine*, 113, 110-119.
- Rogers, A., Flowers, J., Pencheon, D.,** (1999). Improving access needs a whole systems approach: and will be important in averting crises in the millennium winter.
- Rohatinsky, N., Ferguson, L.,** (2013). Mentorship in rural healthcare organizations: challenges and opportunities. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 13(2), 149-172.
- Rohwerder, B.,** (2014). The impact of conflict on poverty, GSDRC Helpdesk Research Report 1118, University of Birmingham
- Romanelli, E., Schoonhoven, B.C.,** (2001). The local origins of new firms. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ross, J.,** (2011). Patient safety outcomes: The importance of understanding the organizational culture and safety climate. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(5), 347-348.
- Rossi, N., Mingardi, A.,** (2020). Italy and COVID-19: Winning the war, losing the peace? *Economic Affairs*, 40(2), 148-154.
- Rowan, N.J., Galanakis, C.M.,** (2020). Unlocking challenges and opportunities presented by COVID-19 pandemic for cross-cutting disruption in agri-food and green deal innovations: Quo Vadis? *Science of the Total Environment*, 141362.
- Roy, M.J., Donaldson, C., Baker, R., Kay, A.,** (2013). Social enterprise: new pathways to health and well-being? *Journal of public health policy*, 34(1), 55-68.
- Roy, M.J., Donaldson, C., Baker, R., Kerr, S.,** (2014). The potential of social enterprise to enhance health and well-being: A model and systematic review, *Social science & medicine*, 123, 182-193.
- Rutebemberwa, E., Buregyeya, E., Lal, S., Clarke, S.E., Hansen, K.S., Magnussen, P., Mbonye, A.K.,** (2016). Assessing the potential of rural and urban private facilities in implementing child health interventions in Mukono district, central Uganda—a cross sectional study. *BMC health services research*, 16(1), 268.
- Saad Filho, A.,** (2016). Social policy beyond neoliberalism: from conditional cash transfers to pro-poor growth. *Journal of Poverty Alleviation and International Development*, 7 (1), 67-94.
- Saffold III, G.S.,** (1988). Culture traits, strength, and organizational performance: Moving beyond “strong” culture. *Academy of management review*, 13(4), 546-558.
- Sages, R.B., Lundsten, J.,** (2009). Meaning constitution analysis: A phenomenological approach to research in human sciences.
- Sampat, B.N., Shadlen, K.C.,** (2021). The COVID-19 Innovation System: Article describes innovations that emerged during the COVID-19 pandemic. *Health Affairs*, 40(3), 400-409.

- Samy, M., Robertson, F.,** (2017). From positivism to social constructivism: an emerging trend for CSR researchers. In *Handbook of research methods in corporate social responsibility*. Edward Elgar Publishing.
- Sandelowski, M.,** (1995). Sample size in qualitative research. *Research in nursing & health*, 18(2), 179-183.
- Santos, F., Pache, A.C., Birkholz, C.,** (2015). Making hybrids work: Aligning business models and organizational design for social enterprises. *California management review*, 57(3), 36-58.
- Sarantakos, S.,** (1998). *Social research*. 2nd ed. Basingstoke, Macmillan Press Ltd.
- Sarria-Santamera, A., Prado-Galbarro, J., Ramallo-Farina, Y., Quintana-Diaz, M., Martinez-Virto, A., Serrano-aguilar, P.,** (2014). Use of emergency departments in rural and urban areas in Spain, *Semergen*, 41(2), 63-69.
- Satar, M.S., Alarifi, G.,** (2022). SOCIAL ENTREPRENEURSHIP AND COVID-19: MANAGING THE CRISIS. *International Journal of Entrepreneurship*, 26, 1-11.
- Sathe, V.,** (1983). Implications of corporate culture: A manager's guide to action. *Organizational dynamics*, 12(2), 5-23.
- Saunders, M.N., Bezzina, F.,** (2015). Reflections on conceptions of research methodology among management academics. *European management journal*, 33(5), 297-304.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A.,** (2012). *Research Methods for Business Students* (6th ed.).
- Savitska, S., Zaika, S., Svystun, L., Koval, L., Haibura, Y.,** (2020). Investment providing sustainable development of rural areas in Ukraine. *Independent Journal of Management & Production*, 11(8), 571-586.
- Saxena, S.,** (2012). Problems faced by rural entrepreneurs and remedies to solve it. *Journal of Business and Management*, 3(1), 23-29.
- Sbarouni V., Tsimitsiou Z., Symvoulakis E., Kamekis A., Petelos A., Saridaki A., Papadakis N., Lionis C.,** (2012). Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study, *Rural Remote Health* 12, 2156.
- Schaffer, N., Pérez, P. G., & Weking, J.,** (2021). How Business Model Innovation fosters Organizational Resilience during COVID-19.
- Schein, E.H.,** (2010). *Organizational Culture and Leadership*. John Willey & Sons. Inc.: USA.
- Schein, E.,** (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schieber, G., Maeda, A.,** (1997) A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries, in G. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. Washington, DC: World Bank.
- Schilling, B., Sullivan, K., Komar, S.,** (2012). Examining the economic benefits of agritourism: The case of New Jersey. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*, 3(1), 199-214
- Schlegelmilch, B.B., Diamantopoulos, A., Kreuz, P.,** (2003). Strategic innovation: the construct, its drivers and its strategic outcomes. *Journal of strategic marketing*, 11(2), 117-132.
- Schlenker, W., Villas-Boas, S.B.,** (2009). Consumer and market responses to mad cow disease. *American Journal of Agricultural Economics*, 91(4), 1140-1152.
- Schoo, A., Lawn, S., Carson, D.,** (2016). Towards equity and sustainability of rural and remote health services access: supporting social capital and integrated

organisational and professional development. *BMC health services research*, 16(1), 1-5.

**Sciacchitano, S., & Bartolazzi, A.**, (2021). Transparency in negotiation of European union with big pharma on COVID-19 vaccines. *Frontiers in Public Health*, 9, 647955.

**Scotland, J.**, (2012). Exploring the philosophical underpinnings of research: Relating ontology and epistemology to the methodology and methods of the scientific, interpretive, and critical research paradigms. *English language teaching*, 5(9), 9-16.

**Sdrali, D., Goussia-Rizou, M., Sarafi, V.**, (2016). Exploring the work environment in Greek social enterprises: A first overview. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, 28(4), 451-467.

**Sebastião, D.**, (2021). Covid-19: A Different Economic Crisis but the Same Paradigm of Democratic Deficit in the EU. *Politics and Governance*, 9(2), 252-264.

**Seddiky, M.A.** (2020). Decentralized Health Service Delivery System in Bangladesh: Evaluating Community Clinics in Promoting Healthcare for the Rural Poor, *European Scientific Journal*, 16(12), 1857-7881.

**Sedgwick, M., Spiers, J.**, (2009). The use of videoconferencing as a medium for the qualitative interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 1-11.

**Sefotho, M.M.**, (2015). A researcher's dilemma: Philosophy in crafting dissertations and theses. *Journal of Social Sciences*, 42(1-2), 23-36.

**Seguchi, M., Furuta, N., Kobayashi, S., Kato, K., Sasaki, K., Hori, H., Okuno, M.**, (2015). Enhancing the motivation for rural career: the collaboration between the local government and medical school. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 236(3), 169-174.

**Seitz, S.**, (2016). Pixelated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: A research note. *Qualitative Research*, 16(2), 229-235.

**Sergi, B.S., Scanlon, C.C., (Eds.)**. (2019). *Entrepreneurship and Development in the 21st Century*. Emerald Publishing Limited.

**Sethi, B.A., Sethi, A., Ali, S., Aamir, H.S.**, (2020). Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S6.

**Shabbir, A., Malik, S.A., Malik, S.A.**, (2016). Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *International Journal of Quality & Reliability Management*.

**Shah, P., Owens, J., Franklin, J., Mehta, A., Heymann, W., Sewell, W., Doshi, R.**, (2020). Demographics, comorbidities and outcomes in hospitalized Covid-19 patients in rural southwest Georgia. *Annals of medicine*, 52(7), 354-360.

**Shamash, S.**, (2010). Social Enterprises: Creating Jobs and Community Wellness One Small Business at a Time.

**Shamasunder, S., Holmes, S.M., Goronga, T., Carrasco, H., Katz, E., Frankfurter, R., Keshavjee, S.**, (2020). COVID-19 reveals weak health systems by design: why we must re-make global health in this historic moment. *Global Public Health*, 15(7), 1083-1089.

**Sharma, G.D., Talan, G., Srivastava, M., Yadav, A., Chopra, R.**, (2020). A qualitative enquiry into strategic and operational responses to Covid-19 challenges in South Asia. *Journal of Public Affairs*, 20(4), e2195.

**Sharmin, S., Khan, N.A., Belal, A.**, (2018). Governance Capabilities and Sustainability Concerning "Corporate-NGO" Collaboration: the Case of Lifebuoy Friendship Hospital in Bangladesh, *Global Social Welfare*, 5 (4), 277-286.



- Sharp, D.B., Monsivais, D.,** (2014). Decreasing barriers for nurse practitioner social entrepreneurship. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(10), 562-566.
- Sharp, D.J., Hamilton, W.,** (2001). Non-attendance at general practices and outpatient clinics: Local systems are needed to address local problems.
- Shaw, J., Agarwal, P., Desveaux, L., Palma, D.C., Stamenova, V., Jamieson, T., Bhattacharyya, O.,** (2018). Beyond “implementation”: digital health innovation and service design. *NPJ digital medicine*, 1(1), 1-5.
- Shepherd, D.A., Gruber, M.,** (2020). The lean startup framework: Closing the academic–practitioner divide. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 50(2), 104225871989941.
- Shin, C., Park, J.,** (2019). Classifying social enterprises with organizational culture, network and socioeconomic performance: Latent profile analysis approach. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 5(1), 17.
- Shokrani, A., Loukaides, E.G., Elias, E., Lunt, A.J.,** (2020). Exploration of alternative supply chains and distributed manufacturing in response to COVID-19; a case study of medical face shields. *Materials & design*, 192, 108749.
- Short, J.C., Ketchen, D.J., McKenny, A.F., Allison, T.H., Ireland, R.D.,** (2017). Research on crowdfunding: Reviewing the (very recent) past and celebrating the present. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 41(2), 149–160.
- Shubhakaran, K.P., Khichar, R.J.,** (2020). Stroke management disparity in urban vs rural locations.
- Shucksmith, M.,** (2004). Young people and social exclusion in rural areas. *Sociologia ruralis*, 44(1), 43-59.
- Shucksmith, M., Chapman, P., Glass, J., Atterton, J.,** (2021). Rural Lives: Understanding financial hardship and vulnerability in rural areas.
- Siedlecki, R., Bem, A.,** (2016). Rural Versus Urban Hospitals in Poland. Hospital's Financial Health Assessment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 220, 444-451.
- Siettos, C., Anastassopoulou, C., Tsiamis, C., Vrioni, G., Tsakris, A.,** (2021). A bulletin from Greece: a health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and global health*, 115(3), 133-134.
- Silver, N.,** (2020). Coronavirus case counts are meaningless. *FiveThirtyEight*. April, 4.
- Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., Kingstone, T.,** (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori?. *International Journal of Social Research Methodology*, 21(5), 619-634.
- Simoni, M., Scognamiglio, A., Carrozzi, L., Baldacci, S., Angino, A., Pistelli, F., Viegi, G.,** (2004). Indoor exposures and acute respiratory effects in two general population samples from a rural and an urban area in Italy. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 14(1), 144-S152.
- Simou, E., Koutsogeorgou, E.,** (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.
- Simou, E., Karamagioli, E., Roumeliotou, A.,** (2015). Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers. *Primary Health Care Research & Development*, 16 (1), 5-13.
- Simpson P., Siguaw J., Enz C.,** (2006). “Innovation orientation outcomes: The good and the bad”, *Journal of Business Research*, 59, 1133-1141.

- Sindakis, S., Kitsios, F.,** (2016). Entrepreneurial dynamics and patient involvement in service innovation: developing a model to promote growth and sustainability in mental health care. *Journal of the Knowledge Economy*, 7(2), 545-564.
- Singh, P.J., Smith, A.J.,** (2004). Relationship between TQM and innovation: an empirical study. *Journal of Manufacturing Technology Management*.
- Siripipatthanakul, S.,** (2021). Service Quality, Patient Satisfaction, Word-Of-Mouth, and Revisit Intention in A Dental Clinic, Thailand. *Siripipatthanakul, S. (2021). Service Quality, Patient Satisfaction, Word-Of-Mouth, and Revisit Intention in A Dental Clinic, Thailand. International Journal of Trend in Scientific Research and Development (IJTSRD)*, 5(5), 832-841.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Economou, C., Kostagiolas, P., Liaropoulos, L.,** (2009). Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *The European Journal of health economics*, 10(4), 467-474.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Liaropoulos, L.,** (2008). Private health expenditure in Greece: The Greek paradox. *Arch Hell Med*, 25(5), 663-672.
- Sissouras, A., Karokis, A., Mossialos, E.,** (1999). «Health care and cost containment in Greece» p. 365, in Missialos E. Le Grand J. (1999) edit. «Health Care and Cost Containment in the European Union» Ashgate, Aldershot.
- Sissouras, A., Mitropoulos, I., Gounaris, C.,** (2000). Evaluating the efficiency of health care units: the case of the Greek primary care centers, *In Proceedings of the 7th International Conference on System Science in Health Care*. Budapest: Conference Tours.
- Skerratt, S., Warren, M.,** (2003). Broadband in the countryside: The new digital divide. In: EFITA 2003 conference, Debrecen, Hungary, 5-9.
- Skinner, M.W., Rosenberg, M.W.,** (2006). Managing competition in the countryside: Non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario. *Social Science & Medicine*, 63(11), 2864-2876.
- Smith, J., Harre, R., Van Langenhove, L.,** (2001). *Rethinking Methods in Psychology*. London: Sage Publications.
- Smith, E.M.,** (2005). Telephone interviewing in healthcare research: a summary of the evidence. *Nurse researcher*, 12(3).
- Smith, J.A., Harré, R., Van Langenhove, L., (Eds.).** (1995). *Rethinking methods in psychology*. Sage.
- Smith, J.G.,** (2018). "Does missed care in isolated rural hospitals matter?" 775-778.
- Smith, K.B., Humphreys, J.S., and Wilson, M.G.,** (2008). Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 16(2), 56-66.
- Smith, N., Mitton, C., Peacock, S.,** (2009). Qualitative methodologies in health-care priority setting research. *Health economics*, 18(10), 1163-1175.
- Smith, W.K., Gonin, M., Besharov, M.L.,** (2013). Managing social-business tensions: A review and research agenda for social enterprise. *Business Ethics Quarterly*, 23(3), 407-442.
- Snow, R.C., Asabir, K., Mutumba, M., Koomson, E., Gyan, K., Dzodzomenyo, M., Kwansah, J.,** (2011). Key factors leading to reduced recruitment and retention of health professionals in remote areas of Ghana: a qualitative study and proposed policy solutions. *Human resources for health*, 9(1), 1-11.
- Souch, J.M., Cossman, J.S.,** (2020). A commentary on rural-urban disparities in COVID-19 testing rates per 100,000 and risk factors. *The Journal of Rural Health*.

- Souliotis, D., Papadonikolakis, J., Papageorgiou, M., Economou, M.,** (2018). The impact of crisis on health and health care: thoughts and data on the Greek case, *Archives of Hellenic Medicine* 35 (1), 9-16 (in Greek).
- Souliotis, K.,** (2016). Patient participation: are we far from fulfilling the vision of patient-centred care? *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(4), 787.
- Souliotis, K.,** (2000). The role of private sector in the Greece health care system, Athens, papazisis. (in Greek).
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., Liaropoulos, L.,** (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, 17(2), 159-170.
- Souliotis, K., Tsimtsiou, Z., Golna, C., Nikolaidi, S., & Lionis, C.,** (2019). Citizen Preferences for Primary Health Care reform in Greece. *Hippokratia*, 23(3), 111.
- Spear, R.,** (2002). National profiles of work integration social enterprises: United Kingdom.
- Spear, R., Defourny, J., Laville, J.L., (Eds.)**. (2018). Tackling social exclusion in Europe: The contribution of the social economy. Routledge.
- Stabile, M., Thomson, S., Allin, S., Boyle, S., Busse, R., Chevreur, K., Mossialos, E.,** (2013). Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States. *Health affairs*, 32(4), 643-652.
- Stam, W., Arzlanian, S., Elfring, T.,** (2014). Social capital of entrepreneurs and small firm performance: A meta-analysis of contextual and methodological moderators. *Journal of business venturing*, 29(1), 152-173.
- Stangvaltaite-Mouhat, L., Uhlen, M.M., Skudutyte-Rysstad, R., Szyszko Hovden, E.A., Shabestari, M., Ansteinsson, V.E.,** (2020). Dental health services response to COVID-19 in Norway. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5843.
- Stathopoulou, S., Psaltopoulos, D., Skuras, D.,** (2004). Rural entrepreneurship in Europe: a research framework and agenda. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 10(6), 404-425.
- Stegeman, I, Kuipers Y.,** (2013) Health equity and regional development in the EU. Applying EU Structural Funds. Brussels: EuroHealthNet; 2013. Retrieved from [http://fundsforhealth.eu/wp-content/uploads/2013/11/Final EA Regional SF Review Report.pdf](http://fundsforhealth.eu/wp-content/uploads/2013/11/Final_EA_Regional_SF_Review_Report.pdf)
- Steiner, A., Atterton, J.,** (2015). Exploring the contribution of rural enterprises to local resilience. *Journal of Rural Studies*, 40, 30-45.
- Steiner, A., Calo, F., Shucksmith, M.,** (2021). Rurality and social innovation processes and outcomes: A realist evaluation of rural social enterprise activities. *Journal of Rural Studies*.
- Steiner, A., Farmer, J., Bosworth, G.,** (2019). Rural social enterprise – Evidence to date, and a research agenda, *Journal of Rural Studies*, 70, 139-143.
- Steinerowski, A., Woolvin, M.,** (2012). Supporting older people in establishing social enterprises in rural Scotland through action research: reflections on challenges and opportunities. *Families, relationships and societies*, 1(2), 277-286.
- Steinerowski, A.A., Steinerowska-Streb, I.,** (2012). Can social enterprise contribute to creating sustainable rural communities? Using the lens of structuration theory to analyse the emergence of rural social enterprise. *Local Economy*, 27(2), 167–182.

**Steinhaeuser, J., Joos, S., Szecsenyi, J., Miksch, A.,** (2011). A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC family practice*, 12(1), 1-8.

**Steinhäuser, J., Annan, N., Roos, M., Szecsenyi, J., Joos, S.,** (2011a). Approaches to reduce shortage of general practitioners in rural areas--results of an online survey of trainee doctors. *Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946)*, 136(34-35), 1715-1719.

**Steinhäuser, J., Joos, S., Szecsenyi, J., Miksch, A.,** (2011b). A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC family practice*, 12(1), 112.

**Stevens, H., Goldman, M., (Eds.).** (2020). *Public-Private Partnerships as Drivers of Innovation in Healthcare*. Frontiers Media SA.

**Stiel, S., Krause, O., Berndt, C.S., Ewertowski, H., Müller-Mundt, G., Schneider, N.,** (2020). Caring for frail older patients in the last phase of life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53(8), 763-769.

**Stockdale, E. Findlay, A.** (2004). Rural in-migration: A catalyst for economic regeneration. Global Change & Human Mobility – ICG-UK Glasgow: August 2004.

**Storey, D.J., Johnson, S.,** (1987). Are small firms the answer to unemployment? Employment Institute.

**Straub, D., Boudreau, M.C., Gefen, D.,** (2004). Validation guidelines for IS positivist research. *Communications of the Association for Information systems*, 13(1), 24.

**Strautmanis, J.,** (2013). Local Self-Government Initiatives and Support Opportunities for Enterprises: The Sigulda County Case. *Socialiniai Tyrimai*, (4).

**Stuckey, H.,** (2013). Three types of interviews: Qualitative research methods in social health. *Journal of Social Health and Diabetes*, 1(2), 56-56.

**Sturges, J.E., Hanrahan, K.J.,** (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative research*, 4(1), 107-118.

**Subramanian, A., Nilakanta, S.,** (1996). Organizational innovativeness: Exploring the relationship between organizational determinants of innovation, types of innovations, and measures of organizational performance. *Omega*, 24(6), 631-647.

**Suchman, M.,** (1995), “Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches”, *Academy of Management Review*, 20 (3), 571-610.

**Sundararaman, T., Ranjan, A.,** (2020). Challenges to India’s Rural Healthcare System in the Context of Covid-19. *Review of Agrarian Studies*, 10(2369-2020-1855).

**Sung, N.J., Suh, S.Y., Lee, D.W., Ahn, H.Y., Choi, Y.J., Lee, J.H., Korean Primary Care Research Group.** (2010). Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 493-499.

**Sunley, P., Pinch, S.,** (2012). Financing social enterprise: social bricolage or evolutionary entrepreneurialism? *Social Enterprise Journal*.

**Svallfors, S., Tyllström, A.,** (2018). Resilient privatization: The puzzling case of for-profit welfare providers in Sweden. *Socio-Economic Review*, 17(3), 745–765.

**Sweet, L.,** (2002). Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research?. *Contemporary Nurse*, 12(1), 58-63.

**Swidler, A.,** (1986). Culture in action: Symbols and strategies. *American Sociological Review*, 51(2), 273-286.

**Talegeta, S.,** (2014). Innovation and barriers to innovation: small and medium enterprises in Addis Ababa. *Journal of Small Business and Entrepreneurship Development*, 2(1), 83-106.

- Tan, Z.**, (2020). The Study of The Influencing Factors of Leaders' Self-development Ability using Software NVivo12:-As an illustration of Qinghai Province. In *2020 International Conference on Modern Education and Information Management (ICMEIM)* (676-680). IEEE.
- Tan, Z., Khoo, D.W.S., Zeng, L.A., Tien, J.C.C., Lee, A.K.Y., Ong, Y.Y., Abdullah, H.R.**, (2020). Protecting health care workers in the front line: Innovation in COVID-19 pandemic. *Journal of global health*, 10(1).
- Tang, J.**, (2006). "Competition and innovation behaviour", *Research Policy*, 35, 68-82.
- Tangcharoensathien, V., Mills, A., Palu, T.**, (2015). Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC medicine*, 13(1), 101.
- Tasnim, Z.**, (2020). Disruption in Global Food Supply Chain (FSCs) Due to Covid-19 Pandemic and Impact of Digitalization through Block Chain Technology in FSCs Management. *European Journal of Business and Management*.
- Team, T.T.M.C.V., Carter, M.C., Corry, M., Delbanco, S., Foster, T.C.S., Friedland, R., Simpson, K.R.**, (2010). 2020 vision for a high-quality, high-value maternity care system. *Women's health issues*, 20(1), S7-S17.
- Teasdale, S.**, (2012). What's in a name? Making sense of social enterprise discourses. *Public policy and administration*, 27(2), 99-119.
- Terschüren, C., Mensing, M., Mekel, O.C.**, (2012). Is telemonitoring an option against shortage of physicians in rural regions? Attitude towards telemedical devices in the North Rhine-Westphalian health survey, Germany. *BMC Health Services Research*, 12(1), 95.
- Thakur, R., Hsu, S.H., Fontenot, G.**, (2012). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research*, 65(4), 562-569.
- Theodorakis, P.N.**, (2013). Financial crisis and primary care in Greece: now more than ever. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 13.
- Theodoridis, C.**, (2012). Greek Pharmacy Retailing in Transition: Some Preliminary Evidence. In *International Conference on Contemporary Marketing Issues (ICCM)* (143).
- Thiede, B.C., Brown, D.L., Sanders, S.R., Glasgow, N., Kulcsar, L.J.**, (2017). A demographic deficit? Local population aging and access to services in rural America, 1990–2010. *Rural sociology*, 82(1), 44-74.
- Tholl, W.**, (2001). Rural and Remote Healthcare in Canada. Presentation to Standing Social Committee on Social Affairs, *Science and Technology Ottawa, On Canadian Medical Association*
- Thomas, D.R.**, (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, 27(2), 237-246.
- Thomas, S.P., Pollio, H.R.**, (2002). *Listening to patients: A phenomenological approach to nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Thompson, C.**, (1999). Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling. *Qualitative Health Research*, 9(6), 815-828.
- Tidd, J.**, (2001). Innovation management in context: environment, organization and performance. *International journal of management reviews*, 3(3), 169-183.
- Tobias, J.M., Boudreaux, K.C.**, (2011). Entrepreneurship and conflict reduction in the post-genocide Rwandan coffee industry. *Journal of Small Business & Entrepreneurship*, 24(2), 217-242.

- Tobias, J.M., Mair, J., Barbosa-Leiker, C.,** (2013). Toward a theory of transformative entrepreneuring: Poverty reduction and conflict resolution in Rwanda's entrepreneurial coffee sector. *Journal of business Venturing*, 28(6), 728-742.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Zawisza, K.,** (2017). Urban-rural differences in social capital in relation to self-rated health and subjective well-being in older residents of six regions in Poland *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24 (2), 162-170.
- Toedtling, F.,** (2011). Endogenous approaches to local and regional development policy, in: A. Pike, A. Rodriguez-Pose & J. Tomaney (Eds) *Handbook of Local and Regional Development*, 333–344, (New York: Routledge).
- Torchia, M., Calabrò, A.,** (2018). Increasing the governance standards of public-private partnerships in healthcare. Evidence from Italy. *Public organization review*, 18(1), 93-110.
- Torchia, M., Calabrò, A., Morner, M.,** (2013). Public–private partnerships in the health care sector: A systematic review of the literature, *Public Management Review* 17 (2), 236-61.
- Totterdell, P., Leach, D., Birdi, K., Clegg, C., Wall, T.,** (2002). An investigation of the contents and consequences of major organizational innovations. *International Journal of Innovation Management*, 6(04), 343-368.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., Souliotis, K.,** (2005). The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health policy*, 74(2), 167-180.
- Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Souliotis, K., Mariolis, A., Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakaw, D.,** (2011). Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilisation in Greece: the Hellas Health I study. *Health Service Management Research*, 24 (1), 8-18.
- Townsend, L., Sathiasealan, A., Fairhurst, G., Wallace, C.,** (2013). Enhanced broadband access as a solution to the social and economic problems of the rural digital divide, *Local Economy* 28(6) 580–595.
- Tsilika, T., Kakouris, A., Apostolopoulos, N., Dermatis, Z.,** (2020). Entrepreneurial bricolage in the aftermath of a shock. Insights from Greek SMEs. *Journal of Small Business & Entrepreneurship*, 32(6), 635-652.
- Tuan, Y.F.,** (2007). *Space and place: the perspective of experience*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tuli, F.,** (2010). The basis of distinction between quantitative and qualitative in social science: reflection on ontological, epistemological and methodological perspectives. *Ethiopian Journal of Education and Sciences*, 6 (1), 97-108.
- Tulumello, S., Cotella, G., Othengrafen, F.,** (2020). Spatial planning and territorial governance in Southern Europe between economic crisis and austerity policies. *International planning studies*, 25(1), 72-87.
- Turyakira, P., Venter, E., Smith, E.,** (2014). The impact of corporate social responsibility factors on the competitiveness of small and medium-sized enterprises. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 17(2), 157-172.
- Uchasaran, D., Westhead, P., Wright, M.,** (2001). The focus of entrepreneurial research: contextual and process issues. *Entrepreneurship theory and practice*, 25 (4), 57-80.
- Unger, K.,** (2015). Return migration and regional characteristics: the case of Greece. In *Return migration and regional economic problems* (129-151). Routledge.

- Vaillant, Y., Lafuente, E.,** (2007). Do different institutional frameworks condition the influence of local fear of failure and entrepreneurial examples over entrepreneurial activity? *Entrepreneurship & Regional Development*, 19(4), 313–337.
- Valkokari, K., Helander, N.,** (2007). Knowledge management in different types of strategic SME networks. *Management Research News*, 30 (8), 597-608.
- Van Burg, E., Cornelissen, J., Stam, W., Jack, S.,** (2020). Advancing Qualitative Entrepreneurship Research: Leveraging Methodological Plurality for Achieving Scholarly Impact.
- Van de Grift, T.C., Kroeze, R.,** (2016). Design thinking as a tool for interdisciplinary education in health care. *Academic Medicine*, 91(9), 1234-1238.
- Van den Hoonaard, W.C.,** (2014). Chapter 8 How Positivism Is Colonizing Qualitative Research through Ethics Review. *Demarginalizing voices: Commitment, emotion, and action in qualitative research*, 173.
- Van der Hoeven, M., Kruger, A., & Greeff, M.,** (2012). Differences in health care seeking behaviour between rural and urban communities in South Africa. *International journal for equity in health*, 11(1), 31.
- Van der Walt, J.L.,** (2020). Interpretivism–Constructivism as a Research Method in the Humanities and Social Sciences–More to it than meets the eye. *International Journal*, 8(1), 59-68.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., Citoni, G., Di Biase, R., Winkelhake, O.,** (1999). The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of health economics*, 18(3), 291-313.
- Van Gelderen, M.,** (2012). Perseverance strategies of enterprising individuals. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, 18, 630-648
- Van Stel, A., Suddle, K.,** (2008). The Impact of New Firm Formation on Regional Development in the Netherlands. *Small Business Economics*, 30 (1), 31–47.
- Van Twuijver, M.W., Olmedo, L., O’Shaughnessy, M., Hennessy, T.,** (2020). Rural social enterprises in Europe: A systematic literature review. *Local Economy*, 35(2), 121-142.
- Vardiampasis, V., Tsironi, M., Nikolentzos, A., Moisoglou, I., Galanis, P., Stavropoulou, H., Athanasopoulou, G., Prezerakos, P.,** (2014). Health services staffing with physicians in the remote areas: Recruitment and retention incentives, *Archives of Hellenic Medicine*, 31(1), 48–54.
- Vardiampasis, V., Tsironi, M., Nikolentzo, A., Moisoglou, I., Galanis, P., Stavropoulou, H., Prezerakos, P.,** (2014). Health services staffing with physicians in the remote areas: Recruitment and retention incentives. *Archives of Hellenic Medicine/ArheiaEllenikesIatrikes*, 31 (1).
- Varelas, S., Apostolopoulos, N.,** (2020). The Implementation of Strategic Management in Greek Hospitality Businesses in Times of Crisis. *Sustainability*, 12(17), 7211.
- Varkey, P., Horne, A., Bennet, K.E.,** (2008). Innovation in health care: a primer. *American Journal of Medical Quality*, 23(5), 382-388.
- Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., Young, T.,** (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-18.
- Vassiliadis, S., Vassiliadis, A.,** (2014). The Greek family businesses and the succession problem. *Procedia Economics and Finance*, 9, 242–247

- Visconti, R.M., Doś, A., Gurgun, A.P.,** (2017). Public–private partnerships for sustainable healthcare in emerging Economies. In *The Emerald Handbook of Public–Private Partnerships in Developing and Emerging Economies*. Emerald Publishing Limited.
- Vozikis, A., Kaskareli, A.,** (2012). The medical equipment industry in Greece: economic analysis of the sub-sector of magnetic resonance imaging units (MRI), *Rostrum of Asclepius*, 11 (3), 404-421. (in Greek)
- Wagstaff, A., Rutten, F., van Doorslaer, E., (Eds),** (1993). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press
- Wahyuni, D.,** (2012). The research design maze: Understanding paradigms, cases, methods and methodologies. *Journal of applied management accounting research*, 10(1), 69-80.
- Wallace, C., Farmer, J., McCosker, A.,** (2019). Boundary spanning practices of community connectors for engaging ‘hardly reached’ people in health services. *Social Science & Medicine*, 232, 366-373.
- Walsh, K., O’Shea, E.,** (2008). Responding to rural social care needs: Older people empowering themselves, others and their community, *Health & Place*, 14 (4), 795-805
- Walter, J., Tufman, A., Leidl, R., Holle, R., Schwarzkopf, L.,** (2018). Rural versus urban differences in end-of-life care for lung cancer patients in Germany. In: *Supportive Care in Cancer*, 26(7), 2275-2283
- Wang, W., Maitland, E., Nicholas, S., Loban, E., Haggerty, J.,** (2017). Comparison of patient perceived primary care quality in public clinics, public hospitals and private clinics in rural China. *International journal for equity in health*, 16(1), 176.
- Wang, X., Shao, C., Xu, S., Zhang, S., Xu, W., Guan, Y.,** (2020). Study on the location of private clinics based on K-means clustering method and an integrated evaluation model. *IEEE Access*, 8, 23069-23081.
- Ward, K., Gott, M., Hoare, K.,** (2015). Participants’ views of telephone interviews within a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 71(12), 2775-2785.
- Wattanasupachoke, T.,** (2017). Corporate social responsibility (CSR) strategies: A study of the Gen Y’s perception in Thailand. *Chulalongkorn Business Review*, 39(1), 24-48.
- Weaver, R.L.,** (2020). The impact of COVID-19 on the social enterprise sector. *Journal of Social Entrepreneurship*, 1-9.
- Weinhold, I., Gurtner, S.,** (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy*, 118 (2), 201-214.
- Weinhold, I., Gurtner, S.,** (2018). Rural—Urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care. *Social Science Medicine*, 212, 76–85.
- Weiss, J.W.,** (2003), *Business Ethics: A Stakeholder and Issues Management Approach*, South: Western, Thomson Learning, Mason, OH.
- Weiss, M., Schwarzenberg, A., Nelson, R., Sutter, K.M., Sutherland, M.D.,** (2020). Global economic effects of COVID-19. *Congressional Research Service*.
- Weller, S.,** (2015). The potentials and pitfalls of using Skype for qualitative (longitudinal) interviews.
- Welsh, D.H., Memili, E., Kaciak, E., Ahmed, S.,** (2013). Sudanese women entrepreneurs. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 18(02), 1-18.
- Welter, F.,** (2011). Contextualizing entrepreneurship - conceptual challenges and ways forward. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 35(1), 165-184.



- Welter, F., Baker, T., Audretsch, D.B., Gartner, W.B.,** (2017). Everyday entrepreneurship-a call for entrepreneurship research to embrace entrepreneurial diversity. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 41(3), 311–321.
- Westlund, H., Bolton, R.,** (2003). Local social capital and entrepreneurship. *Small Business Economics*, 21(2), 77-113.
- Whitelaw, S., Hill, C.,** (2013). Achieving sustainable social enterprises for older people: evidence from a European project. *Social Enterprise Journal*, 9 (3), 269-292.
- Whiting, L.,** (2001). Analysis of phenomenological data: personal reflections on Giorgi's method. *Nurse Researcher (through 2013)*, 9(2), 60.
- WHO Regional Office for Europe** (2018). Addressing informal payments in the Greek health system. Copenhagen.
- WHO,** (2014). Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 103-142.
- Wibulpolprasert, S., Pengpaibon, P.,** (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human resources for health*, 1(1), 1-17.
- Wierzba, W., Śliwczynski, A., Karnafel, W., Dziemidok, P., Pinkas, J.,** (2019). Comparison of the incidence of new malignancies in diabetic patients in urban and rural populations in Poland in the years 2008–2014 based on the database of the National Health Fund. *Archives of medical science: AMS*, 15(2), 330-336.
- Wiggins, S., Proctor, S.,** (2001). How special are rural areas? The economic implications of location for rural development. *Development policy review*, 19(4), 427-436.
- Wiklund, J., Davidsson, P., Audretsch, D., Karlsson, C.,** (2011), The future of entrepreneurship research. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 35 (1), 1-9.
- Williams, C.C.,** (2007), “Socio-spatial variations in the nature of entrepreneurship”, *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*, Vol. 1(1), 27-37.
- Williams, E.N., Morrow, S.L.,** (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 576-582.
- Williams, O.D., Yung, K.C., Grépin, K.A.,** (2021). The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low-and middle-income country (LMIC) health systems. *Global Public Health*, 16(8-9), 1320-1333.
- Williams, O.D.,** (2020). COVID-19 and private health: Market and governance failure. *Development*, 63(2), 181-190.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., Ditlopo, P.,** (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC health services research*, 8(1), 247.
- Wilson, T.A.,** (2012). Supporting social enterprises to support vulnerable consumers: the example of community development finance institutions and financial exclusion. *Journal of consumer policy*, 35(2), 197-213.
- Windrum, P., Koch, P.,** (2008). Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management. Northampton-London: Edward Elgar Publishing.
- Windrum, P., Koch, P., (Eds),** (2008). Innovation in Public Sector Services - Entrepreneurship, Creativity and Management, Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Winston, A.,** (2020). Is the COVID-19 Outbreak a Black Swan or the New Normal, *MIT Sloan Management Review*, March.

- Witt, P., Schroeter, A., Merz, C.,** (2008). Entrepreneurial resource acquisition via personal networks: an empirical study of German start-ups. *The Service Industries Journal*, 28(7), 953-971.
- Witter, S., Mashange, W., Namakula, J., Wurie, H.R., Ssenooba, F., Alonso-Garbayo, A.,** (2017). Incentives for Health Workers to Stay in Post and in Rural Areas: Findings from Four Conflict-and Crisis-Affected Countries. *Liverpool: ReBUILD RPC Working Paper*, (26).
- Wojtyła, A., Bojar, I., Boyle, P., Zatoński, W., Marcinkowski, J.T., Biliński, P.,** (2011). Nutritional behaviours among pregnant women from rural and urban environments in Poland. *Ann Agric Environ Med*; 18(1), 169–174.
- Wong, L.P.,** (2008). Data analysis in qualitative research: A brief guide to using NVivo. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 3(1), 14.
- Wong, S.Y., Kung, K., Griffiths, S.M., Carthy, T., Wong, M.C., Lo, S.V., Starfield, B.,** (2010). Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC public health*, 10(1), 397.
- Woodie, P.,** (2018). What's Economic Development Got to Do With It?: The Economic Impact of Healthy Rural Communities. *North Carolina Medical Journal*, 79(6), 382-385.
- Woods, M.,** (2007). Engaging the global countryside: globalization, hybridity and the reconstitution of rural place. *Progress in Human Geography*, 31(4), 485-507.
- Woods, M.D., Kirk, M.D., Agarwal, M.S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J., Dixon-Woods, M.,** (2005). Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. *National coordinating centre NHS service delivery organ RD (NCCSDO)*, 27.
- Woolard, N.A., Steigner, T.,** (2020). Leveraging social networks for offline crowdfunding in rural communities. *Social Business*, 10(2), 97-122.
- Woolliscroft, J.O.,** (2020). Innovation in response to the COVID-19 pandemic crisis. *Academic Medicine*.
- World Health Organisation,** (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization,** (2008). Primary health care: Now more than ever. Geneva: WHO.
- Wray, K.B.,** (2011). *Kuhn's evolutionary social epistemology*. Cambridge University Press.
- Wright, M., Stigliani, I.,** (2013). Entrepreneurship and growth. *International small business journal*, 31(1), 3-22.
- Wright, S., Barlow, J., Roehrich, J.K.,** (2019). Public-Private Partnerships for Health Services: Construction, Protection and Rehabilitation of Critical Healthcare Infrastructure in Europe. In *Public Private Partnerships* (125-151). Springer, Cham.
- Yang, X.,** (2011). The role of trade credit in the recent subprime financial crisis. *Journal of Economics and Business*, 63(5), 517-529.
- Yaya, S., Bishwajit, G., Ekholuenetale, M., Shah, V., Kadio, B., Udenigwe, O.,** (2017). Urban-rural difference in satisfaction with primary healthcare services in Ghana. *BMC health services research*, 17(1), 1-9.
- Yfantopoulos, J.N., Chantzaras, A.,** (2018). Drug policy in Greece. *Value Health Reg Issues*, 16:66-73.

- Young, D.R.**, (2000). Alternative models of government-nonprofit sector relations: Theoretical and international perspectives. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 29(1), 149-172.
- Younis, M.Z.**, (2012). A comparison study of urban and small rural hospitals financial and economic performance. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 3(1), 38-48.
- Yousafzai, S., Fayolle, A., Saeed, S., Henry, C., Lindgreen, A.**, (2019). The contextual embeddedness of women's entrepreneurship: towards a more informed research agenda. *Entrepreneurship & Regional Development*, 31(3-4), 167-177.
- Yuji, K., Imoto, S., Yamaguchi, R., Matsumura, T., Murashige, N., Kodama, Y., Minayo, S., Imai, K., Kami, M.**, (2012) Forecasting Japan's physician shortage in 2035 as the first fullfledged aged society, *PLoS One*, 7(11), e50410.
- Yunus, M.**, (2009). *Creating a world without poverty: Social business and the future of capitalism*. Public Affairs.
- Zagozdzon, P., Kolarzyk, E., Marcinkowski, J.T.**, (2011). Quality of life and rural place of residence in Polish women – population based study. *Ann Agric Environ Med*, 18 (2), 429-432
- Zairi, M.**, (2012). «Measuring performance for business results». Springer Science & Business Media.
- Zairi, M.**, (2000). Social responsibility and impact on society. *The TQM Magazine*.
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Pouragha, B., Marzban, S., Arab, M.**, (2015). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Global journal of health science*, 7(1), 1.
- Zhang, W.D., Zhang, S., Luo, X.**, (2006). Technological progress, inefficiency, and productivity growth in the US securities industry, 1980–2000. *Journal of Business Research*, 59(5), 589-594.
- Zhong, H.**, (2011). The impact of population aging on income inequality in developing countries: Evidence from rural China. *China Economic Review*, 22(1), 98-107.
- Zhou, K.Z., Gao, G.Y., Yang, Z., Zhou, N.**, (2005). Developing strategic orientation in China: Antecedents and consequences of market and innovation orientations. *Journal of business research*, 58(8), 1049-1058.
- Zhou, P., Bundorf, K., Le Chang, J., Huang, J. X., Xue, D.**, (2011). Organizational culture and its relationship with hospital performance in public hospitals in China. *Health services research*, 46(6-2), 2139-2160.
- Zografos, C.**, (2007). Rurality discourses and the role of the social enterprise in regenerating rural Scotland. *Journal of Rural Studies*, 23(1), 38-51.
- Sunley, P., Pinch, S.**, (2012). Financing social enterprise: social bricolage or evolutionary entrepreneurialism? *Social Enterprise Journal*.

## Β' ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αναστασοπούλου, Α.Σ.**, (2009). *Διερεύνηση της ανταγωνιστικότητας της αγοράς ιδιωτικών (ατομικών) επιχειρήσεων φυσικοθεραπείας στην Αττική: μια εφαρμογή του μοντέλου του M. Porter* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).
- Ανθοπούλου, Θ., Γούσιος, Δ.**, (2007). Γεωγραφία της Υπαίθρου, σσ. 234-274, στο: Τερκενλή Σ., Θ., Ιωσηφίδης Θ., Χωριανόπουλος Ι. (επ.) *Ανθρωπογεωγραφία. Άνθρωπος, κοινωνία και χώρος*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

- Ανθοπούλου, Θ.**, (2001), «Γεωγραφικές διαφοροποιήσεις, χωρικές και κοινωνικές ανασυνθέσεις του ύπαιθρου χώρου» στο Ανθοπούλου, Θ. και Μωυσίδης, Α. (επιμ.) «Από τον Αγροτικό Χώρο στην Ύπαιθρο Χώρα: Μετασηματισμοί και Σύγχρονα Δεδομένα του Αγροτικού Κόσμου στην Ελλάδα», Αθήνα, Θεμέλιο, σσ. 103 – 148
- Αποστολάκης, Ι., Μαστρογιάννη, Κ.**, (2003), «Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες στην Υγεία: Λειτουργικό και Τεχνικό Πλαίσιο», 5 ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Ρόδος.
- Αποστολόπουλος, κ.ά.**, (2020). Κοινωνική οικονομία και κοινωνική επιχειρηματικότητα: Η ευρωπαϊκή και η ελληνική εμπειρία, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- British Council**, (2017). Έκθεση για την Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία στην Ελλάδα, φορείς στήριξης European Village και Social Enterprise UK, Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Βατός, Γ.**, (2017). *Χρηματοδότηση επιχειρήσεων εν μέσω οικονομικής κρίσης. Τραπεζικός δανεισμός & εναλλακτικές μορφές χρηματοδότηση: συμπληρωματικές ή υποκατάστατες* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).
- Βουτσινάς, Ι., Σταϊκούρας, Χ., Τσαμαδιάς, Κ., Πέγκας, Π.**, (2016). Η Επίδραση των Δαπανών για E&A επί της Καινοτομίας: Εμπειρικά Αποτελέσματα από 12 Χώρες της Ευρωζώνης, στο Εκπαίδευση, Δια Βίου Μάθηση, Έρευνα και Τεχνολογική Ανάπτυξη, Καινοτομία και Οικονομία, Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου, 1-3 Ιουλίου 2016, Αθήνα.
- Γαλάνης, Π.**, (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες της υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34 (6), 834-840.
- ΓΓΕΤ**, (2020). Προτάσεις επίλυσης των εμποδίων για την ανάπτυξη και διάχυση της καινοτομίας, Αθήνα, στο [http://www.gsrt.gr/Financing/Files/ProPeFiles15/Final\\_Study\\_InnoBarriers\\_September\\_2020.pdf](http://www.gsrt.gr/Financing/Files/ProPeFiles15/Final_Study_InnoBarriers_September_2020.pdf)
- Γενική Γραμματεία Αγροτικής Πολιτικής και Διαχείρισης Κοινοτικών Πόρων**, (2014). Πρόγραμμα Αγροτικής Ανάπτυξης 2014-2020, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΠΑΕ του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων.
- Γεωργίου, Α., Οικονόμου, Γ.Σ.**, (2005). Ανάλυση για τη λήψη διοικητικών αποφάσεων, τόμος Β., εκδόσεις Μπένου, Αθήνα
- Γιανναράς, Ν.**, (2018). *Προκλήσεις για τις φαρμακευτικές εταιρείες και τρόποι αντιμετώπισης* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).
- Γούλα, Α., Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Βάθη, Α., Λιβάνη, Ε., Ξαγοράρη, Μ., Λούκας, Θ.**, (2018). Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5) ,623-632.
- Clarence, E.**, (2014). Επισκόπηση της κοινωνικής καινοτομίας, στο Goldring I., (επ.). Κοινωνική καινοτομία και κοινωνικές επιχειρήσεις. Περισσότερα αποτελέσματα με λιγότερα μέσα. JobTown URBACT
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης**, (2019). Στο 2,07% το ποσοστό δαπανών για Έρευνα & Ανάπτυξη το 2017 στην ΕΕ, στο <https://www.ekt.gr/el/news/22911>
- Ειδική Γραμματεία Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας**, (2018). Ετήσια έκθεση 2018, Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο [https://kalo.gov.gr/wp-content/uploads/2018/09/kalo\\_annualreport2018.pdf](https://kalo.gov.gr/wp-content/uploads/2018/09/kalo_annualreport2018.pdf)

- ΕΛΣΤΑΤ**, (2018). Βάση δεδομένων ELSTAT [ηλεκτρονική βάση δεδομένων]. Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή (<http://www.statistics.gr/en/home/>, πρόσβαση στις 22 Μαΐου 2021)
- ΕΛΣΤΑΤ**, (2019). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017, Δελτίο Τύπου.
- Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων**, (2003). Πράσινη βίβλος για την επιχειρηματικότητα στην Ευρώπη, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, COM (2003), 27 τελικό.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή**, (2011). Ανακοίνωση της Επιτροπής. Πρωτοβουλία για την Κοινωνική Επιχειρηματικότητα. Οικοδόμηση ενός οικοσυστήματος για την προώθηση των κοινωνικών επιχειρήσεων στο επίκεντρο της κοινωνικής οικονομίας και της κοινωνικής καινοτομίας, COM (2011) 682 τελικό, Βρυξέλλες, 25.10.2011.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή**, (2016). Εκ των υστέρων αξιολόγηση του δεύτερου προγράμματος για την υγεία 2008-2013 δυνάμει της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚ που αφορά τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2008-2013, COM(2016) 243 final, Βρυξέλλες.
- Ευστράτογλου, Σ., και συνεργάτες** (1998). «Μελέτη – Έρευνα του Αγροτικού Χώρου–Τελική Έκθεση», έρευνα του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών, συγχρηματοδοτούμενη από το ΥΠΕΧΩΔΕ και το ΕΤΠΑ
- Ζάχος, Θ.**, (2010). Δομή και σημασία της επιστημονικής εργασίας στους τομείς δραστηριότητας των εκπαιδευτικών, Θεσσαλονίκη, στο <http://users.auth.gr/dimzachos/semiosis%2010%20final.pdf>
- Θανόπουλος, Ι.**, (2003). Επιχειρηματική Ηθική και Δεοντολογία: Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, Interbooks, Αθήνα.
- Θανόπουλος, Γ.**, (2009). Επιχειρηματική Ηθική και Δεοντολογία- Στην Εποχή της Εταιρικής Διακυβέρνησης, Β' Έκδοση, Αθήνα, Interbooks.
- ICAP**, (2018). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, κλαδική μελέτη, Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών της ICAPGroupAE.
- INBET**, (2013). Εμπόδια για την καινοτομία στον τομέα των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, Πάτρα.
- INE/ΓΣΕΕ**, (2014). Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση, ετήσια έκθεση 2014, Αθήνα, έκδοση INE.
- Ίσαρη, Φ., Πουρκός, Μ.**, (2015). Ποιοτική Μεθοδολογία έρευνας, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.
- Ιωακείμογλου, Η.**, (2010). Υπηρεσίες Υγείας: Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.
- Καζάκος, Π., Λιαργόβας, Π., Ρεπούσης, Σ.**, (2016). Το δημόσιο χρέος της Ελλάδας, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Κακούρης, Α.**, (2010). Εννοιολογικές προσεγγίσεις στην επιχειρηματικότητα της καινοτομίας, Αθήνα, εκδόσεις Δίαυλος.
- Καλδής, Β.**, (2002). Επιχειρήσεις και Ηθική-Βάσεις Ηθικής Θεωρίας, Αθήνα.
- Καλέυρας, Α.**, (1930). Αστυφιλία, παρασιτισμός και μικροαστική εγκατάσταση. *Thessaloniki*, 11(14), 41-2.
- Καραγκούνη, Κ.**, (2009). *Εταιρική κοινωνική ευθύνη* (Doctoral dissertation, TEI Δυτικής Μακεδονίας). <https://anaktisis.uowm.gr/2245/>
- Καράλης, Θ.Ε.**, (2015). *Αξιολόγηση επενδυτικού σχεδίου δημιουργίας ενός Κέντρου Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).

- Καρβούνης, Σ.**, (1993). Μεθοδολογία, Τεχνικές και Θεωρία για Οικονομοτεχνικές μελέτες, Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Αθήνα.
- Καρύδας, Γ.**, (2005). «Στρατηγική επιλογή χώρου και αλυσίδες franchise», Franchising.
- Κίζος, Α.**, (2018). Ανάπτυξη Υπαίθρου. Έννοιες, Πρακτικές και Πολιτικές. Εκδόσεις Τζιόλα
- Kotle, P., Lee, N.**, (2009). Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη. Πώς να προσφέρετε το καλύτερο δυνατό στην εταιρείας σας και στο σκοπό της επιλογής σας. Αθήνα: ΚΕΡΚΥΡΑ Α.Ε.-economia PUBLISHING.
- Κολλίντζας, Τ., Ψαλιδόπουλος, Μ.**, (2009). Οι κρίσεις του 1929 και του 2008 και οι πολιτικές αντιμετώπισής τους, Eurobank Research Οικονομία και Αγορές, τόμος IV, τεύχος 8, σ. 2-9.
- Κονδύλης, Η.**, (2009). Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα: Χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, διδακτορική διατριβή.
- Κοσμαδάκη, Ε.**, (2017). Περιφερειακή Αυτοδιοίκηση και ο ρόλος της στην προάσπιση της δημόσιας υγείας, Κομοτηνή, μεταπτυχιακή εργασία.
- Κοτζαμάνης, Β.**, (1990). Η κινητικότητα του αγροτικού πληθυσμού στη δεκαετία 1940-50 και η αναδιάρθρωση του κοινωνικο-δημογραφικού χάρτη της μεταπολεμικής Ελλάδας: πρώτη προσέγγιση, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, έκδοση Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, 77, 97-126.
- Κουλούρη, Α., Φούφουλα, Μ., Καπράλος, Ι., Λυγερού, Ι., Ρούπα, Ζ.**, (2019). Οικονομική κρίση και στοματική υγεία Μια ποιοτική προσέγγιση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(3).
- Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ.**, (2019). Οργανωσιακή κουλτούρα. Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36 (3), 312-319.
- Κρούγκμαν, Π.**, (2009) Η κρίση του 2008 και η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης, Αθήνα, μετάφραση Αλαβάνου, Α., εκδόσεις Καστανιώτης.
- Κυριόπουλος, Γ., Καραλής, Γ.**, (1992). Πρόσφατες εξελίξεις της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 46-47.
- Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ.**, (1991). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
- Λάζογλου, Μ.Σ.**, (2017). *Υποστήριξη αποφάσεων στον χωρικό σχεδιασμό με σύστημα διαχείρισης γνώσης* (No. GRI-2017-19583). AristotleUniversityofThessaloniki.
- Λαμπρινίδης, Α.**, (2004). Η επιχειρηματικότητα στην ευρωπαϊκή ύπαιθρο. Η περίπτωση της Ελλάδας, Παρατηρητής.
- Λεφόπουλος, Α., Αγγελόπουλος, Ν.**, (2003). Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη στη νέα οικονομία.
- Λιαργκόβας, Π.**, (2019). Ανθρώπινο κεφάλαιο, έρευνα-καινοτομία και αειφόρος ανάπτυξη, στο Δια Βίου Μάθηση, Έρευνα και Τεχνολογική Ανάπτυξη, Καινοτομία και Οικονομία, πρακτικά 2<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου, 20-30 Σεπτεμβρίου 2018, Λαμία, τόμος 2, 45-48.

**Λίνου, Β.,** (2015). *Ανάλυση και αξιολόγηση του στρατηγικού ρόλου του αναπτυξιακού τομέα "Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα" του ΕΣΠΑ (2007-2013) στις ελληνικές περιφέρειες* (Master's thesis).

**Μαντζούκας Σ.,** (2003). Έρευνα και αντιληπτικά περιγράμματα: Τα είδη και η χρησιμότητά τους για τους ερευνητές νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 42:405–413.

**Μαντζούκας, Σ.,** (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση, *Νοσηλευτική*, 46 (1), 88-98.

**Μπαλάφας, Α.,** (2017). Μια εμπειρική προσέγγιση της πιστότητας των πελατών στην αγορά του ιατρικού εργαστηριακού εξοπλισμού, διαπιστώσεις και υποδείξεις, διπλωματική εργασία.

**Μπαμπούρας, Α.,** (2011). Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, *Καλαμάτα*.

**Μπάρδα, Ε.,** (2014). Εταιρική κοινωνική Ευθύνη, Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα: Η εμπειρία των ΚΟΙΝ.Σ.ΕΠ. στο Νομό Μαγνησίας, διδακτορική διατριβή.

**Μπελεσιώτη, Χ.,** (2021). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας των κατοίκων της Ελλάδας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική σχολή, διδακτορική διατριβή.

**Μπερούτης, Π.,** (2017). Η πορεία του φαρμακευτικού κλάδου στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, Πειραιάς.

**Μωραΐτης, Ε.,** (2001). Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης στη διαχείριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: η περίπτωση της Ελλάδας, στο Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., επιμ. Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα, Θεμέλιο.

**Νιάκας, Δ.,** (2002). Η μέθοδος αποζημίωσης του ελληνικού νοσοκομείου και το μάντζιμέντ: Μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, τόμος Α΄ Πάτρα.

**Νιάκας, Δ., Σκουτέλης, Γ., Κυριόπουλος, Γ.,** (1990). Διερεύνηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα: μία πρώτη ποσοτική προσέγγιση, *Επιθεώρηση Υγείας*, 1:42-45.

**Νίνα-Παζαρζή, Ε.,** (2004). Πανεπιστημιακές σημειώσεις: Η κοινωνική ευθύνη των επιχειρήσεων, Πειραιάς.

**Ντωκέν,** (2009). Ελκυστικότητα και οι μικρο-μεσαίες πόλεις της Ελλάδας, σσ. 119-130 στο: 25 Κείμενα για το Σχεδιασμό και την Ανάπτυξη του Χώρου, Συλλογικός Τόμος για τα 25 χρόνια του τμήματος Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Βόλος: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας

**Οικονόμου, Χ.,** (2016). Κοινωνική επιχειρηματικότητα και καινοτομία στην υγεία ως μέσο ανάπτυξης, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

**ΟΟΣΑ** (1999). Κοινωνικές Επιχειρήσεις, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, Γαλλία.

**ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας** (2019), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

- Παπαδόπουλος, Α.,** (2004). Τα χαρακτηριστικά και η προοπτική της κοινωνικής οικονομίας σε μια πολυλειτουργική ύπαιθρο, στο: Παπαδόπουλος Α. (επ.) Η ανάπτυξη σε μια πολυλειτουργική ύπαιθρο, Εκδόσεις Αθήνα: Gutenberg
- Παπαδόπουλος, Ι.,** (2002). Επιχειρηματική Ηθική: Θεωρία και Εφαρμογές, εκδόσεις Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα
- Παπαθεοδώρου, Χ. Μωυσίδου, Α.,** (2011). Υγειονομική Περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.
- Παπαϊωάννου, Α.,** (2017). Σύσταση και οργάνωση αγροτουριστικών επιχειρήσεων και η θέση τους στον ελλαδικό χώρο.
- Παπαμαργαρίτη, Χ., Θεολογίδου, Σ.,** (2013). *Επιλογή τύπου εγκατάστασης μικρομεσαίων επιχειρήσεων* (Doctoral dissertation).
- Παππά, Ε.,** (2021). Οι επιπτώσεις του κορωνοϊού (COVID-19) στις επιχειρήσεις Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας και στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Πέτρου, Μ., Κουτσού, Σ.,** (2014). Ανάμεσα στην πόλη και το χωράφι. Διερευνώντας το κοινωνικό-επαγγελματικό προφίλ των νέων αγροτών με αφορμή το πρόγραμμα «Νέοι Αγρότες», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 143.
- Πιερράκος, Γ.,** (2008). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Πουλής, Γ., Μειμέτη, Ε.,** (2017) «Πληροφορική στην Υγεία. Σύγχρονες εφαρμογές». Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα.
- Πύλλη, Μ., Ραφτόπουλος, Β.,** (2012). Περιγραφή των βασικών μεθόδων δειγματοληψίας των δύσκολα προσβάσιμων πληθυσμών που χρησιμοποιούνται στην επιτήρηση της HIV λοίμωξης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (6), 737-743.
- Ρομπόλης, Σ.,** (1991). Κοινωνική Ασφάλιση: Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές, Θεσσαλονίκη, Παρατηρητής.
- Ρομπόλης, Σ.,** (2012). Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Επίκεντρο.
- Ρουμελιώτης, Α.Δ.,** (2013). *Οι αναπτυξιακοί νόμοι στην Ελλάδα* (Bachelor's thesis).
- Σαβίδου, Κ.,** (2021). Στρατηγικές επιβίωσης και ανάπτυξης εγχειρημάτων κοινωνικής φροντίδας και μέριμνας στην Covid εποχή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σαούλος, Χ.,** (2019). Αξιολόγηση των έργων (Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων) πληροφορικής στην Υγεία και Πρόνοια, Καλαμάτα.
- Σαρρής-Τζαμτζής, Κ.,** (2005). Η τοποθεσία βασικός παράγοντας επιτυχίας κάθε επαγγελματικής δραστηριότητας, Franchising.
- Σάρρος-Παπαλιάγκας, Θ.,** (2018). Τα χαρακτηριστικά και οι προοπτικές ανάπτυξης του αγροτουρισμού στην Ελλάδα.
- Σερέτης, Σ., Σωτηρίου, Σ., Παντουλάρης, Ι., Πουλημάς, Μ., Κονδύλης, Η.,** (2021). Ευρωπαϊκή Ένωση και πολιτικές υγείας: Οι μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού των συστημάτων υγείας, The Greek Review of Social Research, 2021, 157.
- Σίσσουρας, Α.,** (2000). Προτεραιότητες για αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο.
- Σκαρλάτου, Β.,** (2013). Ο τραπεζικός δανεισμός στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και στην ΕΕ.
- Σουλιώτης, Κ.,** (2000). Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, διδακτορική διατριβή.



**Σουριαδάκη, Ι.**, (2020). Δίκτυα, καινοτομία και γνώση σε περιοχές απομακρυσμένες γεωγραφικά από τα μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, διδακτορική διατριβή.

**Σπανουδάκη, Μ.Π.**, (2008). *Η γυναικεία επιχειρηματικότητα στην ελληνική ύπαιθρο* (No. GRI-2008-1599). Aristotle University of Thessaloniki.

**Τζέκου, Μ.**, (2012). Ισχύον θεσμικό πλαίσιο και διοικητική οργάνωση των ιδιωτικών κλινικών στην Ελλάδα, Πειραιάς, διπλωματική εργασία.

**Τσακαρέστου, Μ.**, (2001). Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη στην Ελλάδα – Θέματα & Προοπτικές - Συνοπτική Έκθεση Αποτελεσμάτων, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

**Τσέκος, Θ.**, (2007). Ποιότητα υπηρεσιών και Δημόσιο Μάρκετινγκ: προς ένα ανθρωποκεντρικό παράδειγμα για τη Δημόσια Διοίκηση, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

**Τσιουλάκη, Ρ.**, (2015). Έρευνα των συνθηκών προσβασιμότητας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επί του συνόλου των υγειονομικών περιφερειών της Ελλάδος, Λάρισα, διδακτορική διατριβή.

**Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων**, (2018). Ετήσια Έκθεση 2018. Γενική Γραμματεία Εργασίας, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, Αθήνα.

**Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων**, (2020). Γενικό Μητρώο Φορέων Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, Γενική Γραμματεία Εργασίας, Διεύθυνσης Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας.

**Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων**, (2020). Κ.ΑΛ.Ο, έκθεση ετών 2019-2020, Γενική Γραμματεία Εργασίας, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, Αθήνα.

**Φίλιας, Β.**, (1993). Εισαγωγή στην Κοινωνιολογική Έρευνα, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

**Φρονίμου, Ε.**, (2020). Το οικοσύστημα της ΚΑΛΟ στην Ελλάδα και η ανάπτυξη της κοινωνικής επιχειρηματικότητας: Δημόσιες πολιτικές, εμπόδια και προτάσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

**Χαρδούβελης, Γ.**, (2011). Το χρονικό της διεθνούς και συνακόλουθης ελληνικής και ευρωπαϊκής κρίσης: αίτια, επιπτώσεις, αντιδράσεις, προοπτική, στο συλλογικό τόμο: