



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΡΙΣΗΣ:
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Παππά Δήμητρα

Επιβλέπων: Γκανάς Ιωάννης

Καθηγητής

Πρέβεζα, Ιούνιος, 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΡΙΣΗΣ:
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Παππά Δήμητρα

Επιβλέπων: Γκανάς Ιωάννης
Καθηγητής

Πρέβεζα, Ιούνιος, 2021

**HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN A CRISIS PERIOD. THE
EXAMPLE OF THE COVID-19 PANDEMIC IN HEALTH PLACES**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Πρέβεζα, 16/07/2021

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Ιωάννης Γκανάς

Καθηγητής

2. Μέλος επιτροπής

Αικατερίνη Γαλανού,

Αναπλ. Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής

Γεώργιος Κόλιας,

Επίκουρος Καθηγητής

© Παππά Δήμητρα, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις διατάξεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Παππά Δήμητρα

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πανδημία COVID-19 αποδείχθηκε μια από τις μεγαλύτερες υγειονομικές προκλήσεις του αιώνα, θέτοντας σημαντικές προκλήσεις για τις χώρες οι οποίες κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τις νέες συνθήκες. Έτσι οι χώρες, επικεντρώθηκαν σε στρατηγικές δημόσιας υγείας για τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας καθώς και σε πολιτικές διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού. Παρ'όλα αυτά κάποιες χώρες αποδείχθηκαν αποτελεσματικότερες στην διαχείριση της κρίσης από ότι άλλες. Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας επιχειρήθηκε μια συγκριτική ανάλυση των πολιτικών που ανέπτυξαν η Ελλάδα, Ιταλία και Γερμανία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, οι χώρες της νότιας Ευρώπης μεταξύ των οποίων η Ελλάδα και η Ιταλία, οι οποίες μείωναν σταθερά τις δαπάνες τους στον χώρο της υγείας κατά την προηγούμενη δεκαετία ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής κρίσης που τις είχε πλήξει, κλήθηκαν να λάβουν έκτακτα μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης τα οποία δεν απέδωσαν τουλάχιστον στον αναμενόμενο βαθμό. Αντίθετα χώρες όπως η Γερμανία που είχαν επενδύσει σε προγενέστερα μακροπρόθεσμα σχέδια ενίσχυσης των εθνικών συστημάτων υγείας, αποδείχθηκαν πιο αποτελεσματικές στη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης.

Λέξεις-κλειδιά: Covid19, εθνικά συστήματα υγείας, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has proven to be one of the greatest health challenges of the century, posing significant challenges for countries facing new conditions. Thus, countries have focused on public health strategies to limit the spread of the pandemic as well as human resource management policies. Nevertheless, some countries have proven to be more effective in managing the crisis than others. In the context of the present work, a comparative analysis of the policies developed by Greece, Italy and Germany was attempted. According to the results of the analysis, the countries of southern Europe, including Greece and Italy, which have steadily reduced their spending on health sector over the past decade because of the financial crisis that has hit them, have been called upon to take emergency measures to deal with the crisis which did not perform at least to the expected degree. In contrast, countries such as Germany, which had invested in earlier long-term plans to strengthen national health systems, proved more effective in managing the health crisis.

Keywords: Covid19, national health systems, human resource management.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	3
1.1 Βασικές Αρχές Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού	3
1.2.1 Η Προέλευση της Έννοιας της Ενημερίας	6
1.2.2 Εργασιακή Εξουθένωση (Burn Out)	7
1.2.3 Μοντέλο Ενημερίας Ryff	9
1.2.4 Μοντέλο Warr	11
1.2.5 Μοντέλο JD - R	14
1.3 Μοντέλα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού	15
1.3.1 Μοντέλο Guest	15
1.3.2 Πλαίσιο Harvard	16
1.3.3 Μοντέλο Soft και Hard (Storey)	18
1.4 Γενικές Θεωρίες Ανθρώπινου Δυναμικού	20
1.4.1 Θεωρία του Locke	20
1.4.2 Υπόδειγμα Porter - Lawler	21
2. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού Σε Περιόδους Κρίσης Και Ειδικότερα Σε Περιόδους Υγειονομικής Κρίσης: Μια Ερευνητική Επισκόπηση	22
2.1. Η έννοια της κρίσης	22
2.2 Στρατηγική προσέγγιση στη διαχείριση κρίσεων	24
2.3 Στρατηγική προσέγγιση στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων κατά τη διάρκεια μιας κρίσης	26
2.4 Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε περιόδους υγειονομικής κρίσης: η περίπτωση της υγειονομικής κρίσης του Covid-19	29
3. Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ)	33

3.1 Ιστορική Αναδρομή.....	33
3.2 Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στο Ε.Σ.Υ.	35
3.2.1 Η Δομή του Ε.Σ.Υ35	
3.2.2 Το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας στην Ελλάδα37	
4. Μελέτη Περίπτωσης: Πανδημία COVID19 και Ε.Σ.Υ.	45
4.1 Σύντομη Ανασκόπηση της Παρούσας Πανδημίας.....	45
4.2 Μέτρα Αντιμετώπισης της Πανδημίας σε Επίπεδο Πολιτικών Υγείας.....	47
4.3 Διαχείριση του Ανθρώπινου Δυναμικού του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια της Πανδημίας.....	52
4.4. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε ευρωπαϊκές χώρες.....	53
4.4.1 Η περίπτωση της Ιταλίας.....	53
4.4.2 Η περίπτωση της Γερμανίας.....	57
4.3 Συγκριτική ανάλυση διαχείρισης μεταξύ Ελλάδας και ευρωπαϊκών χωρών	58
5. Συμπεράσματα και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κατανομή επαγγελματιών υγείας ανά ειδικότητα και περιφέρεια το 2016	40
---	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Αριθμός γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα (1960-2017)	38
Γράφημα 2. Αριθμός νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα	39
Γράφημα 3. Οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 2010-2019	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, θα αναλυθεί το ζήτημα της απόκρισης των ηγετών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στο πλαίσιο της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης του Covid-19 και ειδικά στην αντιμετώπιση των αναδυόμενων αναγκών του μεταβαλλόμενου χώρου των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα. Ειδικότερο ερευνητικό μέλημα, είναι ο αντίκτυπος της ηγεσίας της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στην θεσμοθέτηση και υλοποίηση αλλαγών σε διαφορετικά επίπεδα του υγειονομικού οργανισμού καθώς και τις ad hoc παρεμβάσεις για την όσο το δυνατόν βέλτιστη αντιμετώπιση της άνευ προηγουμένου υγειονομικής κρίσης. Επιπλέον, επιδιώκουμε να κατανοήσουμε τον αντίκτυπο της ορθολογικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού σε ατομικό επίπεδο των εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα κυρίως αυτών που καλούνται να παράσχουν μέσω πρωτόγνωρα αντίξοων συνθηκών τις υπηρεσίες τους στις δομές υγείας κυρίως δε στα νοσοκομεία αναφοράς Covid-19.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, αποτελεί η διερεύνηση των αναγκών και του εύρους των προσπαθειών διαχείρισης αλλαγών σε επίπεδο διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στους υγειονομικούς οργανισμούς κάτω υπό συνθήκες πανδημικής κρίσης. Οι διοικήσεις των υγειονομικών οργανισμών παγκοσμίως σήμερα, επιδιώκουν να βρουν λύσεις για κρίσιμα ζητήματα στο χώρο εργασίας που σχετίζονται με την επιτυχή διαχείριση της κρίσης αφ'εαυτής, μέσα στο πολιτιστικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο ενσωματώνονται και να μελετήσουν τις συγκεκριμένες προκλήσεις στο πλαίσιο της κρίσης που αναδύθηκε από την πανδημία, διαχειριζόμενες τις προσδοκίες για την ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων. Μέσα από μια συγκριτική ανάλυση των παραδειγμάτων διαχείρισης της πανδημίας από τα εθνικά συστήματα υγείας ευρωπαϊκών χωρών όπως η Ελλάδα και η Ιταλία, θα γίνει μια προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων για τους λόγους που δυσχέραναν ή διευκόλυναν την διαχείριση της κρίσης και που θα μπορούσαν να αποτελέσουν προτάσεις για βελτίωση των σχετικών πρακτικών και αποφάσεων πολιτικής στο μέλλον.

Ευελπιστούμε ότι η παρούσα εργασία, θα συμβάλει στο ήδη υφιστάμενο σώμα ερευνών, για την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων σε περιόδους πανδημικών υγειονομικών κρίσεων προσφέροντας μια κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ηγέτες των οργανισμών καλούνται να ανταποκριθούν σε μια εξελισσόμενη κρίση, γενικά, και της πανδημίας COVID-19, ειδικότερα. Εστιάζοντας σε ζητήματα στο χώρο εργασίας όπως η ευημερία των εργαζομένων,

η εκπαίδευση των εργαζομένων, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η τηλεργασία κλπ., αυτή η εργασία επιδιώκει να προσφέρει πληροφορίες σχετικά με το ποιες ικανότητες και στυλ ηγεσίας στην διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, είναι κρίσιμης σημασίας για τη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της παρούσας αλλά και μιας ενδεχόμενης μελλοντικής παγκόσμιας κρίσης και τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες του ανθρώπινου δυναμικού μπορούν να προετοιμάσουν τους ηγέτες για τον υγειονομικό εργασιακό χώρο μετά την πανδημία.

Στο πρώτο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, θα γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των βασικών εννοιών της Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού μεταξύ των οποίων της ευημερίας των εργαζομένων, της εξουθένωσης των εργαζομένων (Burn Out), μοντέλων Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού και Θεωρίες Ανθρώπινου Δυναμικού. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει μια ερευνητική επισκόπηση της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού σε περιόδους κρίσης. Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναλυθεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο θα αναλυθούν μελέτες περίπτωσης της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού ευρωπαϊκών χωρών στην περίοδο της πανδημικής κρίσης. Το καταληκτικό κεφάλαιο της εργασίας περιέχει τα συμπεράσματα καθώς και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

1. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

1.1 Βασικές Αρχές Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές αναφορές για το περιεχόμενο των στοιχείων της έννοιας της διαχείρισης προσωπικού. Σύμφωνα με τον ορισμό που αποδίδεται από τον Bigyuk (2009:141), «το αντικείμενο διαχείρισης είναι το προσωπικό του οργανισμού, δηλαδή όλοι οι υπάλληλοι του οργανισμού που περιλαμβάνονται στο δυναμικό του. Το θέμα της διαχείρισης άπτεται της ανώτατης διοίκησης, των διευθυντών γραμμής και όλων όσων εμπλέκονται με τη λειτουργία του οργανισμού. Επιπλέον, το σύστημα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα σύνολο συνδεδεμένων και αλληλεπιδρώντων στοιχείων και υποσυστημάτων που αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο και εκπληρώνουν τις λειτουργίες της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού».

Ο κύριος στόχος της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (δηλαδή, το απόλυτο επιθυμητό αποτέλεσμα) είναι να διασφαλιστεί ότι τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του προσωπικού συνάδουν με τους στόχους του οργανισμού. Οι στόχοι κάθε οργανισμού μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως ακολούθως:

- ❖ οικονομικοί: αύξηση κερδών,
- ❖ επιστημονικοί και τεχνικοί: εισαγωγή τεχνολογικών εξελίξεων, αύξηση της παραγωγικότητας,
- ❖ ποσοτικοί και παραγωγικοί: αποτελεσματική παραγωγή και πωλήσεις,
- ❖ κοινωνικοί: ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών.

Ανάλογα με τους σκοπούς του οργανισμού, οι στόχοι της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού αλλάζουν και προσαρμόζονται. Το σύστημα των στόχων διαχείρισης ανθρώπινων πόρων εξετάζεται με δύο τρόπους. Από τη μία πλευρά, πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των εργαζομένων, από την άλλη πλευρά, πρέπει να «χρησιμοποιεί» το προσωπικό για την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης. Αυτοί οι στόχοι δεν πρέπει να είναι αντιφατικοί. Τα καθήκοντα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνουν συγκεκριμένους τύπους εργασιών που πρέπει να εκτελεστούν για την επίτευξη του κύριου στόχου. Υπάρχουν πολλά κύρια καθήκοντα στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού:

- ❖ διασφάλιση της οργάνωσης υψηλού επιπέδου προσωπικού,

- ❖ παροχή συνεχούς κατάρτισης, ανάπτυξη προσωπικού, αποτελεσματική αξιοποίηση του εργατικού δυναμικού, και
- ❖ εναρμόνιση της παραγωγής και των κοινωνικών στόχων.

Το περιεχόμενο των δραστηριοτήτων για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού καθορίζεται ουσιαστικά από τις εργασίες που εκτελούνται από τον οργανισμό (Shkurkin et al., 2017).

Οι μέθοδοι διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού είναι τρόποι να επηρεάσουν τους ανθρώπους για να επιτύχουν τους στόχους τους και να λύσουν προβλήματα. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς αυτοί βασίζονται σε γενικές μεθόδους διαχείρισης, δηλαδή σε διοικητικές, οικονομικές και κοινωνικοψυχολογικές (Hekhausen, 2002).

Οι λειτουργίες διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού είναι ξεχωριστοί τύποι δραστηριοτήτων διαχείρισης που στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων και στην επίτευξη των καθορισμένων στόχων. Όλες οι λειτουργίες διαχείρισης ανθρώπινων πόρων μπορούν να ομαδοποιηθούν και να χωριστούν σε ενδοσυνθήκες (λειτουργίες διαχείρισης ανθρώπινων πόρων) και ενδοσυνδέσεις (λειτουργίες που στοχεύουν στην οργάνωση του συστήματος διαχείρισης ανθρώπινων πόρων) (Krasnyuk et al., 2017).

Ενδοσυνθήκες:

Γενικές λειτουργίες:

- ❖ προγραμματισμός,
- ❖ οργάνωση,
- ❖ στελέχωση,
- ❖ λογιστική,
- ❖ κίνητρα,
- ❖ ανάπτυξη προσωπικού.

Ειδικές λειτουργίες:

- ❖ προγραμματισμός προσωπικού (προσδιορισμός της ανάγκης για τον αριθμό και την ποιότητα των εργαζομένων, καθώς και τον χρόνο απασχόλησής τους),

- ❖ επιλογή και πρόσληψη προσωπικού (οργάνωση πρόσληψης υποψηφίων για κενές θέσεις, οργάνωση και διεξαγωγή επιλογής (συνέντευξη και αξιολόγηση) και υποδοχή προσωπικού),
- ❖ προσαρμογή προσωπικού (επαγωγή),
- ❖ κίνητρο προσωπικού (κατανομή της διαδικασίας εργασίας και τιμολόγηση της πληρωμής της εργασίας, ανάπτυξη συστημάτων υλικών και μη υλικών κινήτρων, καθώς και εφαρμογή μεθόδων ηθικής ενθάρρυνσης του προσωπικού),
- ❖ μισθοδοσία (λογιστικός υπολογισμός πρόσληψης, απολύσεων, μετακινήσεις προσωπικού, τεκμηρίωση του συστήματος διαχείρισης προσωπικού),
- ❖ κοινωνική ανάπτυξη (διασφάλιση της υγείας και της αναψυχής για τους εργαζομένους και τις οικογένειές τους, οργάνωση της ανάπτυξης της φυσικής κουλτούρας, οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης).

Ενδοσυνδέσεις:

- ❖ εκτέλεση των κύριων καθηκόντων για την υλοποίηση των στόχων του οργανισμού (προσδιορισμός των αναγκών του προσωπικού, ανάπτυξη και χρήση του προσωπικού, νομική και ενημερωτική υποστήριξη της διαδικασίας διαχείρισης προσωπικού),
- ❖ παροχή του βέλτιστου αποτελέσματος στην υλοποίηση των στόχων του οργανισμού (οργάνωση και συντονισμός όλης της εργασίας με το προσωπικό, συμβουλευτική και μεθοδική βοήθεια σε διευθυντές γραμμών, παρακολούθηση της εφαρμογής της πολιτικής προσωπικού σε διαρθρωτικά τμήματα κ.λπ.).

Το σύστημα διαχείρισης προσωπικού θέτει, επίσης, ως βασικό στοιχείο τη δημιουργία μιας ορθολογικής οργανωτικής δομής διαχείρισης, η οποία αντικατοπτρίζει τις λογικές σχέσεις των λειτουργιών και των επιπέδων διαχείρισης. Παρέχει μια ιδέα για τις μονάδες, τις υπηρεσίες και τους μεμονωμένους υπαλλήλους, την εξειδίκευσή τους, την υπαγωγή και τη σχέση τους.

Σε διαφορετικές συνθήκες, η έμφαση και οι προτεραιότητες των στοιχείων του συστήματος διαχείρισης προσωπικού στον οργανισμό θα είναι διαφορετικές. Με την αλλαγή του στόχου, των σκοπών, της στρατηγικής ανάπτυξης του οργανισμού, το σύστημα διαχείρισης προσωπικού θα πρέπει να προσαρμοστεί και να αναδιαρθρωθεί (Krasnyuk et al., 2017). Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι συνειδητές, σκόπιμες ή ασυνειδητές. Σε κάθε περίπτωση, ορισμένα στοιχεία αντιδρούν πρώτα στις αλλαγές, δίνοντας μια «ώθηση» σε αλλαγές σε άλλα στοιχεία

και μετασχηματισμό ολόκληρου του συστήματος - αυτά τα στοιχεία θα είναι βασικά. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η παρακολούθηση των στοιχείων που είναι τα πρώτα που αλλάζουν για τους ακόλουθους λόγους:

- ❖ Η συχνότητα αναφοράς των στοιχείων του συστήματος διαχείρισης προσωπικού σε έγγραφα που εκδίδονται από εταιρείες.
- ❖ Η υπεροχή ορισμένων λειτουργιών στη δομή της δραστηριότητας της υπηρεσίας προσωπικού.
- ❖ Το σύνολο και η ιεραρχία των καναλιών μέσω των οποίων οι εταιρείες ενημερώνουν το εξωτερικό περιβάλλον (επενδυτές, πελάτες, υποψήφιοι κ.λπ.) για αλλαγές (ιστότοποι, κοινωνικές αναφορές κ.λπ.).

1.2 Ευημερία Εργαζόμενου και Λοιπές Έννοιες

1.2.1 Η Προέλευση της Έννοιας της Ευημερίας

Η ευημερία των εργαζομένων είναι μια θετική έννοια από μόνη της. Αλλά ένα σημαντικό ερώτημα που προκύπτει συχνά είναι το εάν υπάρχουν αντικειμενικά οφέλη για να καταστεί η υποκειμενική ευημερία των εργαζομένων προτεραιότητα. Είναι σαφές ότι η εφαρμογή πολιτικών που προωθούν την ευημερία των εργαζομένων μπορεί να είναι εντατική στους πόρους.

Η επίδραση των πόρων εργασίας στην ευημερία των εργαζομένων περιγράφεται συχνά στη βιβλιογραφία επισημαίνοντας τον αντίκτυπό τους στις διαταραχές της υγείας και στις διαδικασίες κινητοποίησης, στο πλαίσιο του μοντέλου JD-R (Bakker and Demerouti, 2007; Schaufeli et al., 2009). Το μοντέλο JD-R θεωρείται ως ένα κορυφαίο μοντέλο εργασιακού άγχους στη βιβλιογραφία για διάφορους λόγους, ένας από τους οποίους είναι ότι δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες απαιτήσεις εργασίας ή πόρους εργασίας, αλλά υποθέτει ότι οποιαδήποτε ζήτηση και οποιοσδήποτε πόρος μπορεί να επηρεάσει την ευημερία των εργαζομένων (Schaufeli and Taris, 2014).

Σε προηγούμενες μελέτες, οι πόροι εργασίας έχουν εκπροσωπηθεί από μια ποικιλία διαφορετικών εννοιών, όπως πρόοδος, εκτίμηση, οικονομικές ανταμοιβές, σαφήνεια στόχου, πληροφορίες, πρόκληση εργασίας, ηγεσία, ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, συμμετοχή

στη λήψη αποφάσεων, διαδικαστική δικαιοσύνη, ποιότητα της σχέσης με τον επόπτη, την κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους, την κοινωνική υποστήριξη από τον επόπτη, την εποπτική καθοδήγηση, την ποικιλία εργασιών και την ομαδική συνοχή (Schaufeli and Taris, 2014).

Οι εργαζόμενοι, έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με ένα σύνολο εργασιακών προκλήσεων τις οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά (Thuynsma and De Beer, 2016). Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εξάντλησης ως αποτέλεσμα υψηλών απαιτήσεων που μειώνουν δραματικά τους φυσικούς και πνευματικούς πόρους και οδηγούν σε εξάντληση της ενέργειας (Bakker et al. 2014), μέσω μιας διαδικασίας που αναφέρεται ευρέως στη βιβλιογραφία ως «*health impairment process*» (Schaufeli and Taris, 2014). Η εξάντληση στο εργασιακό πλαίσιο μπορεί να περιγραφεί ως ένα ψυχολογικό σύνδρομο που περιλαμβάνει εξάντληση, αποπροσωποποίηση ή κυνισμό, και μειωμένη προσωπική επίδοση σε απόκριση σε παλιά στελέχη που σχετίζονται με την εργασία (Maslach et al., 2001).

Ωστόσο, από στοιχεία πρόσφατης βιβλιογραφίας προκύπτει ότι τα μειωμένα επαγγελματικά επιτεύγματα, διαδραματίζουν έναν διαφορετικό ρόλο σε σύγκριση με την εξάντληση και τον κυνισμό (De Beer and Bianchi, 2017), τα οποία προτείνονται ως τα βασικά συστατικά του συνδρόμου εξουθένωσης (Schaufeli and Taris, 2005). Προκειμένου να υποστηριχθούν οι εργαζόμενοι στην αντιμετώπιση των διαφόρων απαιτήσεων που έχουν βιώσει και για να αποφευχθεί η εξάντληση, οι οργανισμοί πρέπει να προσπαθήσουν να παρέχουν πόρους που θα υποστηρίξουν τους εργαζομένους στην υλοποίηση των προσδοκιών τους.

1.2.2 Εργασιακή Εξουθένωση (Burn Out)

Η εργασιακή εξουθένωση, είναι μια κατάσταση που προκύπτει από την επανειλημμένη έκθεση σε περιπτώσεις άγχους που σχετίζονται με την εργασία που χαρακτηρίζονται από γνωστή σωματική, συναισθηματική και διανοητική εξάντληση. Αυτή η κατάσταση επηρεάζει την απόδοση των οργανισμών, εκτός από την πρόκληση ανεπιθύμητων επιπτώσεων σε μεμονωμένα μέλη του προσωπικού. Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν συνδεθεί με την εργασιακή εξουθένωση περιλαμβάνουν ανεπαρκή κίνητρα, απουσία οργανωτικής υποστήριξης, ανικανότητα και έλλειψη διευκρινίσεων, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και αυξημένες ευθύνες.

Οι εκδηλώσεις της εργασιακής εξουθένωσης, περιλαμβάνουν συμπτώματα στέρησης, διαπροσωπική αντιπαράθεση, χαμηλή απόδοση, οικογενειακά προβλήματα και θέματα υγείας. Επομένως, τα διευθυντικά στελέχη, πρέπει να εφαρμόσουν κατάλληλα στρατηγικά σχέδια που θα βοηθήσουν στην παροχή ευνοϊκού περιβάλλοντος, για την προστασία των εργαζομένων από την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την εξάντληση (Khdour et al., 2015).

Αν και υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία ιδεών σχετικά με το περιεχόμενο της εργασιακής εξουθένωσης, «*burnout*», ωστόσο δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της έννοιας. Παρόλα αυτά, υπήρξε μια ουσιαστική συμφωνία σχετικά με τρεις κύριες διαστάσεις της έννοιας της εξουθένωσης, και η επακόλουθη έρευνα για αυτό το θέμα οδήγησε στην επέκταση μιας πολυδιάστατης θεωρίας της εξουθένωσης (Maslach, 1982). Η εξάντληση που σχετίζεται με την εργασία από αόριστο και μακροχρόνιο εργασιακό άγχος καθορίστηκε για πρώτη φορά το 1974 από την εξάντληση του προσωπικού του Freudenbergon από εθελοντές σε μια απεριόριστη ιατρική κλινική. Ο Freudenbergon, αναγνωρίζει τον όρο της «*εξουθένωσης*» και ορίζει τα χαρακτηριστικά της εξειδικευμένης εξάντλησης στη ρύθμιση των φυσικών και συμπεριφορικών σημείων ως εξής: αυξανόμενος θυμός, απογοήτευση, αμφιβολία σχετικά με τις επιπτώσεις των συντρόφων στις προσωπικές σχέσεις και επιθυμίες της καριέρας κάποιου, ακραία ακαμψία και ακαμψία στην εφαρμογή, και παρουσία φυσικής εμφάνισης ενός ατόμου που πάσχει από απελπισία και κατάθλιψη (Freudenbergon, 1974: 187).

Η εξάντληση είναι μια αντίδραση σε χρόνιο άγχος που σχετίζεται με την εργασία, από σωματική, συναισθηματική και διανοητική εξουθένωση, το οποίο προκύπτει από συνθήκες εργασίας, εργασιακές πιέσεις ή / και αυτο-δικαιολογημένη αντιμετώπιση (Schaufeli and Enzmann, 1998). Με λίγα λόγια, η εξουθένωση μπορεί να οριστεί με συνιστώσες συναισθημάτων κόπωσης, μια ύποπτη στάση σχετικά με τους ανθρώπους που εμπλέκονται στην εργασία και μέσω μιας συγκεντρωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης ή αναποτελεσματικότητας της εργασίας (Lee and Ashforth, 1993). Η εργασιακή εξουθένωση, έχει αναγνωριστεί θεωρητικά και εννοιολογικά ως μια πολυδιάστατη ασθένεια συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης (κυνισμός) και μειωμένου προσωπικού επιτεύγματος που ονομάζεται επίσης έλλειψη προσωπικής αποτελεσματικότητας (Schaufeli and Enzmann, 1998).

Οι Zang and Feng (2011) αναφέρουν ότι τα σχέδια για τη διακοπή της εξουθένωσης από την εργασία συνδέονται με τα άτομα ή τον οργανισμό. Τα μεμονωμένα σχέδια που εμποδίζουν την

εργασιακή εξουθένωση έχουν συνήθως προγράμματα για την αύξηση της επαγγελματικής επάρκειας, διαφορετικές ασκήσεις χαλάρωσης, προσδιορισμό του στόχου και της διαχείρισης του χρόνου, παραγωγική λογική και άγνοια της παθητικής σκέψης, χρησιμοποιώντας χιούμορ, έχοντας μια ποικιλία δραστηριοτήτων στην εργασία, δημιουργώντας και διατηρώντας δίκτυα υποστήριξης, εξοικείωση με γεγονότα και αυτοπαρακολούθηση του στρες (Demir et al., 2003; Espeland, 2006; Maslach et al., 2001).

Σε επίπεδο οργάνωσης, αυτό το σχέδιο συνήθως δίνει έμφαση σε μεθόδους όπως η ανακατανομή καθηκόντων εργασίας, οι στόχοι εξέτασης θέσεων εργασίας, η μείωση των απαιτήσεων εργασίας και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, χρησιμοποιώντας ακριβείς μεθόδους επιλογής και δέσμευσης ανθρώπινων κεφαλαίων και έχοντας κατάλληλα μαθήματα κατάρτισης (Wendy, 2009). Τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα αντιμετώπισαν τακτικά μειωμένες ποσότητες πίεσης σε σχέση με άλλους.

1.2.3 Μοντέλο Ευημερίας Ryff

Οι De Chavez et al. (2005) ανέφεραν ότι η ευημερία είναι μέρος αλλά όχι συνώνυμη με την ψυχική και/ή την ψυχολογική υγεία. Οι Van Dierendonck et al. (2008) εξήγησαν ότι οι άνθρωποι πάντα αναζητούσαν να γνωρίζουν τι συνεπάγεται η «καλή ζωή» και συνεπώς αυτή η καλή ζωή συνδέεται άμεσα με την ευημερία και την ευτυχία. Σύμφωνα με τους Deci and Ryan (2008), η έρευνα σχετικά με την ευημερία μπορεί να χωριστεί σε δύο προσεγγίσεις, δηλαδή τις ηδονικές και τις ευδαιμονικές προσεγγίσεις.

Αν και οι Kashdan et al. (2008) προειδοποίησαν ενάντια στη διάκριση μεταξύ ηδονής και ευδαιμονίας στο πλαίσιο έρευνας για την ευημερία που δηλώνει ότι η διάκριση δεν μεταφράζεται καλά στην επιστήμη, ο Waterman (2008: 234) απάντησε σε αυτήν την προειδοποίηση με μια σύνοψη στοιχείων που αποδεικνύουν ότι η ηδονή και η ευδαιμονία αποτελούν « ... αλληλένδετα αλλά αξιόπιστα διακριτά και ποιοτικά διακριτές αντιλήψεις για την ευτυχία που προσφέρουν ανεξάρτητες συνεισφορές σε μια σειρά μεταβλητών αποτελεσμάτων».

Υπάρχει μια σειρά από εννοιολογικούς ορισμούς της ευδαιμονίας και της ηδονής (Huta and Waterman, 2014). Σύμφωνα με τους Huta and Waterman (2014), ο εννοιολογικός ορισμός της ηδονής του Ryff (1989) επικεντρώνεται σε υποκειμενικές εμπειρίες της ευεξίας, πιο συγκεκριμένα σε σχέση με την ικανοποίηση ή / και την ευτυχία, την ικανοποίηση της ζωής και

τη θετική επίδραση. Η ευδαιμονία, ως μέρος της ψυχολογικής ευεξίας, είναι κεντρικό στοιχείο της εμπειρικής έρευνας του Ryff και ο εννοιολογικός της ορισμός αναφέρεται, σε ένα άτομο που είναι υγιές, λειτουργεί καλά και μπορεί να πετύχει παρά τις υπαρξιακές προκλήσεις της ζωής (Huta and Waterman, 2014; Ryff και Singer, 2008). Ο Ryff (1989) ανέπτυξε ένα μοντέλο ψυχολογικής ευεξίας που εμπίπτει στην ευδαιμονική παράδοση και το οποίο έχει «δισαισθητική απήχηση» (Burns και Machin, 2009: 2) και έχει δημιουργήσει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον.

Το μοντέλο ψυχολογικής ευημερίας του Ryff αντλείται ευρέως από διάφορες θεωρίες, όπως οι ανθρωπιστικές αντιλήψεις των Maslow, Allport and Rogers (Ryff and Keyes, 1995), της χρηστικής φιλοσοφίας των Mill and Russell (Ryff, 2013a) και θεωριών του κύκλου ζωής της ανθρώπινης ανάπτυξης όπως τα στάδια ανάπτυξης του Erikson (Burns and Machin, 2009; Ryff and Keyes, 1995; Triadó et al., 2007). Το τελικό μοντέλο της ψυχολογικής ευημερίας που προτείνει ο Ryff αποτελείται από έξι παράγοντες, οι οποίοι περιγράφονται παρακάτω (Ryff, 1989c):

- ❖ Αυτο-αποδοχή: Η ύπαρξη μιας ρεαλιστικής αντίληψης για τον εαυτό μας, συμπεριλαμβανομένων των καλών και των κακών ιδιοτήτων, και η αποδοχή του εαυτού μας.
- ❖ Θετικές σχέσεις με άλλους: Για να μπορέσουμε να σχηματίσουμε ζεστές, φιλικές σχέσεις με άλλους, θα πρέπει να αναπτύξουμε την οικειότητα και να δείχνουμε ενσυναίσθηση με άλλους.
- ❖ Αυτονομία: Η ικανότητα να λαμβάνει κανείς τις αποφάσεις του χωρίς να βασίζεται ή να περιμένει την έγκριση άλλων. Η ικανότητα κατανόησης κάποιου σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και όχι με τις πεποιθήσεις άλλων.
- ❖ Περιβαλλοντική κυριαρχία: Η ικανότητα διαχείρισης του περιβάλλοντος και διαμόρφωσης περιβαλλόντων, ή επιλογής περιβαλλόντων, τα οποία ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες και τις αξίες κάποιου.
- ❖ Σκοπός στη ζωή: Έχοντας στόχους στη ζωή και μια αίσθηση ότι η ζωή κάποιου έχει σκοπό και νόημα. Το να ζει κανείς με σκοπό και με σαφή κατεύθυνση.
- ❖ Προσωπική ανάπτυξη: Η θέληση για συνεχή ανάπτυξη ως άτομο, προσπαθώντας να βελτιστοποιηθεί το πλήρες δυναμικό του ατόμου.

1.2.4 Μοντέλο Warr

Η ευημερία αποτελεί ένα ερευνητικό τομέα στον οποίο τα τελευταία χρόνια έχει διεξαχθεί μεγάλη έρευνα για τη διερεύνηση των επιπτώσεων των προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, σχετικά περιορισμένο σώμα ερευνών, έχει εξετάσει τις συνδυασμένες επιπτώσεις πολλών παραγόντων στην ευημερία. Το μοντέλο ευημερίας του Warr αντίθετα, είναι ένα ιδιαίτερος σημαντικό μοντέλο καθώς προσδιορίζει τη σχετική με το επάγγελμα συναισθηματική ευημερία μέσω δύο κύριων διαστάσεων: της ευχαρίστησης και της διέγερσης. Μέσω αυτών των διαστάσεων περιγράφει τόσο το περιεχόμενο όσο και την ένταση των σχετικών με το επάγγελμα συναισθημάτων (Warr, 1999).

Υπάρχει στη βιβλιογραφία η ανάγκη για ανάπτυξη και δοκιμή μοντέλων που λαμβάνουν υπόψη τη συνδυασμένη επίδραση πολλών χαρακτηριστικών στην ευημερία. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι αυτό που αναπτύχθηκε από τον Warr (1999). Ενώ υπάρχει πολύ θεωρητική υποστήριξη για αυτό το μοντέλο, μέχρι σήμερα δεν φαίνεται να έχει δοκιμαστεί εμπειρικά.

Η ευεξία μπορεί επίσης να χωριστεί σε δύο ξεχωριστά συστατικά: ευημερία χωρίς περιβάλλον και ευεξία ειδικά για τον τομέα (Warr, 1987, 1994). Η ευημερία μπορεί να εξεταστεί με βάση τα γενικά συναισθήματα ευημερίας των ανθρώπων σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, όπως και στην ευημερία χωρίς συμφραζόμενα.

Εναλλακτικά, ένας ερευνητής μπορεί να επικεντρωθεί στα συναισθήματα ευημερίας των ανθρώπων σε μια συγκεκριμένη πτυχή της ζωής τους. Η ευεξία για συγκεκριμένη εργασία αναφέρεται στα συναισθήματα ευημερίας των ανθρώπων σε σχέση με τις δουλειές τους (Warr, 1987, 1999).

Η ευημερία μετριέται συχνά σε μία μόνο διάσταση, από το να αισθάνεσαι καλά μέχρι να αισθάνεσαι άσχημα. Ωστόσο, οι πολυπλοκότητες της συναισθηματικής ευεξίας κατανοούνται καλύτερα μέσω της χρήσης δύο ξεχωριστών διαστάσεων, δηλαδή της «απόλαυσης» και της «διέγερσης» (Warr, 1987). Αυτές οι διαστάσεις παρουσιάζονται σε ένα δισδιάστατο μοντέλο ευημερίας. Σε αυτό το μοντέλο, η ευημερία ενός ατόμου μπορεί να περιγραφεί ως προς τη θέση του σε σχέση με αυτές τις δύο διαστάσεις και με το μέσο σημείο του μοντέλου (Warr, 1987).

Ο Warr (1999: 393) εξηγεί ότι «ένας συγκεκριμένος βαθμός ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας μπορεί να συνοδεύεται από υψηλά ή χαμηλά επίπεδα διανοητικής διέγερσης και μια συγκεκριμένη ποσότητα διανοητικής διέγερσης (μερικές φορές αναφέρεται ως «ενεργοποίηση») μπορεί να είναι είτε ευχάριστη είτε δυσάρεστη». Η αξία της χρήσης ενός δισδιάστατου μοντέλου και όχι μιας διάστασης για την κατανόηση της ευημερίας υποστηρίχθηκε από τους Matthews et al. (1990) στην έρευνά τους.

Σε γενικές γραμμές έχει υποστηριχθεί ότι ένα περιβάλλον στο οποίο οι απαιτήσεις είναι υψηλές και δεν υπάρχει σχεδιασμός εργασίας, το περιβάλλον αυτό είναι περισσότερο επιζήμιο για την ευημερία των εργαζομένων (Johnson and Hall, 1988).

Σε γενικές γραμμές, ο σχεδιασμός της εργασίας αναφέρεται στα στοιχεία μιας μεμονωμένης εργασίας. Από την εποχή της Επιστημονικής Διαχείρισης υπήρξε ένα διαρκές ενδιαφέρον στον τομέα του σχεδιασμού εργασίας, ωστόσο η πρόσφατη έρευνα επικεντρώθηκε σε προσεγγίσεις που βασίζονται σε χαρακτηριστικά εργασίας για το σχεδιασμό της (Garg and Rastogi, 2007).

Οι De Jonge and Schaufeli (1998) δηλώνουν ότι δύο από τα πιο σημαντικά μοντέλα σχεδιασμού εργασίας είναι το Job Characteristics Model (Hackman and Oldham, 1975) και το Demand Control-Support Model (Karasek, 1979). Το Vitamin Model (Warr, 1987) ενσωματώνει τα χαρακτηριστικά που περιγράφονται σε αυτά τα δύο μοντέλα.

Ένα ακόμη μοντέλο, το μοντέλο Job Characteristics (Hackman and Oldham, 1980, όπως αναφέρεται στους Johns and Saks, 2005) αναπτύχθηκε για να μετρήσει τα κίνητρα των εργαζομένων. Περιλαμβάνει πέντε βασικά χαρακτηριστικά εργασίας (ποικιλία δεξιοτήτων, ταυτότητα εργασίας, σημασία εργασίας, αυτονομία και ανατροφοδότηση) που οδηγούν σε τρεις κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις (βιώθηκε η σημασία της εργασίας, βίωσε την ευθύνη για τα αποτελέσματα της εργασίας και γνώση των πραγματικών αποτελεσμάτων της εργασίας). Αυτές οι κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις θα επηρεάσουν την ευημερία των εργαζομένων (Johns and Saks, 2005).

Το μοντέλο Job Demands - Job Control (Karasek, 1979) βασίζεται στην υπόθεση ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ απαιτήσεων εργασίας και ελέγχου εργασίας θα επηρεάσει την ευημερία των εργαζομένων. Οι θέσεις εργασίας στις οποίες οι απαιτήσεις είναι υψηλές και ο έλεγχος είναι χαμηλός θα είναι οι πιο επιζήμιες για την ευημερία των εργαζομένων. Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο επεκτάθηκε αργότερα στο Demand – Control - Support Model (Johnson and Hall,

1988), το οποίο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης που σχετίζεται με την εργασία σε αυτήν την αλληλεπίδραση.

Διαπιστώθηκε ότι ένα περιβάλλον στο οποίο οι απαιτήσεις είναι υψηλές και τόσο ο έλεγχος όσο και η κοινωνική υποστήριξη είναι χαμηλές θα είναι περισσότερο επιζήμιο για την ευημερία των εργαζομένων (Johnson and Hall, 1988).

Οι De Jonge και Schaufeli (1998: 387) σημειώνουν ότι *«παρόλο που και τα δύο μοντέλα διαφέρουν ως προς το πεδίο και την πολυπλοκότητα, υποθέτουν ότι υπάρχουν γραμμικές σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της εργασίας και των δεικτών ευεξίας του εργαζομένου»*.

Ο Peter Warr, ψυχολόγος στο χώρο εργασίας, ανέπτυξε ένα μοντέλο που ονομάζεται Vitamin Model για να περιγράψει τα πιο κοινά χαρακτηριστικά εργασίας που επηρεάζουν την ευημερία και την ανάπτυξη των εργαζομένων. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν (Warr, 2007):

- ❖ Υποστηρικτική εποπτεία
- ❖ Ευκαιρία για προσωπικό έλεγχο (αυτονομία)
- ❖ Ευκαιρία για διαπροσωπική επαφή (αλληλεπιδράσεις ποσότητας και ποιότητας μεταξύ υπαλλήλων)
- ❖ Εξωτερικά δημιουργημένοι στόχοι (π.χ. ζήτηση εργασίας, απαιτήσεις εργασίας, ευθύνη ρόλου)
- ❖ Διαθεσιμότητα χρημάτων
- ❖ Ευκαιρία για χρήση δεξιοτήτων
- ❖ Σωματική ασφάλεια
- ❖ Εκτιμημένη κοινωνική θέση (κοινωνική σημασία της εργασίας)

Το μοντέλο βιταμινών βασίζεται στην ιδέα ότι τα χαρακτηριστικά της εργασίας επηρεάζουν την ευημερία των εργαζομένων με τον ίδιο τρόπο που η πρόσληψη βιταμινών επηρεάζει τη σωματική υγεία. Οι βιταμίνες είναι απαραίτητες προκειμένου το ανθρώπινο σώμα να λειτουργεί βέλτιστα και η έλλειψη βιταμινών θα οδηγήσει σε ασθένεια ανεπάρκειας βιταμινών. Η πρόσληψη βιταμινών θα οδηγήσει αρχικά σε βελτιωμένη σωματική ευεξία. Ωστόσο, μετά από ένα ορισμένο σημείο, δεν θα σημειωθεί περαιτέρω βελτίωση. Πέρα από αυτό το σημείο, είναι δυνατές δύο επιδράσεις: η συνεχής πρόσληψη βιταμινών μπορεί να μην επηρεάσει τον οργανισμό με κανέναν τρόπο ή μπορεί να οδηγήσει σε υπερβιταμίνωση, η οποία έχει επιζήμια αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τον Warr (1987, 1994), η υπερβολική πρόσληψη βιταμινών C και E δεν θα είχε αρνητικές επιπτώσεις στο σώμα, και έτσι η ετικέτα CE (Constant Effect) εφαρμόστηκε στις βιταμίνες αυτής της κατηγορίας. Οι βιταμίνες A και D, μεταξύ άλλων, μπορεί να γίνουν τοξικές εάν υπάρχουν σε υπερβολικά επίπεδα στο σώμα, επομένως η ετικέτα AD (πρόσθετη μείωση) χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις βιταμίνες που εμπίπτουν σε αυτήν την κατηγορία.

Ομοίως, ορισμένα χαρακτηριστικά της εργασίας είναι απαραίτητα προκειμένου οι εργαζόμενοι να έχουν καλή ψυχολογική ευημερία. Ωστόσο, τα υπερβολικά επίπεδα ορισμένων χαρακτηριστικών εργασίας μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα. Ο Warr (1987) εντόπισε αρχικά εννέα χαρακτηριστικά εργασίας τα οποία θεωρούσε «βιταμίνες εργασίας». Αυτά τα εννέα χαρακτηριστικά εργασίας περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του Job Characteristics Model (Hackman and Oldham, 1980, όπως αναφέρεται στους Johns and Saks, 2005), και του Demand – Control - Support Model (Johnson and Hall, 1988).

Ο Warr (1987) υποστήριξε ότι έξι από τις βιταμίνες εμπίπτουν στην κατηγορία AD. Τα χαρακτηριστικά της εργασίας AD είναι: απαιτήσεις εργασίας (εξωτερικοί στόχοι), αυτονομία εργασίας (ευκαιρία για προσωπικό έλεγχο), κοινωνική υποστήριξη (ευκαιρία για διαπροσωπική επαφή), αξιοποίηση δεξιοτήτων (ευκαιρία για χρήση δεξιοτήτων), ποικιλία δεξιοτήτων (ποικιλία) και ανατροφοδότηση εργασιών (περιβαλλοντική σαφήνεια). Τα υπερβολικά επίπεδα αυτών των χαρακτηριστικών θα είναι επιζήμια για την ευημερία των εργαζομένων.

1.2.5 Μοντέλο JD - R

Η ιδέα της εργασιακής δέσμευσης αναπτύχθηκε σε συνδυασμό με το μοντέλο απαιτήσεων εργασίας - πόρων (JD-R). Στην βάση αυτού του μοντέλου βρίσκεται η υπόθεση ότι όλες οι πτυχές στα εργασιακά περιβάλλοντα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε απαιτήσεις εργασίας και σε πόρους εργασίας που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εργασιακή δέσμευση (Bakker and Demerouti, 2007).

Από την κύρια ιδέα του μοντέλου JD-R, αυτό που μπορεί να συναχθεί ως συμπέρασμα είναι ένα γενικό μοντέλο που αναπτύχθηκε μέσα στη σφαίρα της «θετικής ψυχολογίας» (Bakker and Demerouti, 2008).

Είναι ενδιαφέρον ότι οι μελέτες που εφαρμόζουν το μοντέλο JD-R σε συνδυασμό με την εργασιακή δέσμευση δεν λαμβάνουν υπόψη τις συγκεκριμένες περιστάσεις ορισμένων επαγγελματιών και πλαισίων (Bakker et al., 2014; Bickerton et al., 2015; Gorgievski et al., 2014).

Ωστόσο, η Lavigna (2013, 2015) υποστήριξε, για παράδειγμα, ότι οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές οργανωτικές δομές σε δημόσιους οργανισμούς, οι συχνές αλλαγές της πολιτικής ηγεσίας και τα συγκεκριμένα κίνητρα για εργασία ως δημόσιος υπάλληλος ενδέχεται να επηρεάσουν την εργασία. Αρκετοί μελετητές δημόσιας διοίκησης απαιτούν επομένως πιο εμπειριστατωμένη επιστημονική προσοχή για την ανάλυση της σημασίας και της πρακτικής χρήσης της εργασιακής δέσμευσης στο δημόσιο τομέα (Kernaghan, 2011; Lavigna, 2015; Perry and Vandenabeele, 2015; Vigoda-Gadot et al., 2012).

1.3 Μοντέλα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

1.3.1 Μοντέλο Guest

Οι αρχικές προοδευτικές αλλαγές σχετίζονται με τη νομική ρύθμιση της δημιουργίας σχέσεων εργασίας, μεθόδων διαχείρισης προσωπικού και εργαλείων διαφοροποίησης, ώστε να διαμορφωθεί μια εννοιολογική προσέγγιση ανθρώπινου δυναμικού για να εισαγάγει τον εικοστό αιώνα την ανάπτυξη μοντέλου διαχείρισης.

Στο προτεινόμενο μοντέλο HRM του Guest (Guest, 1997), υπάρχει μια ουσιαστική δήλωση (υπόθεση) ότι οι πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού είναι μια εφαρμοσμένη τέχνη ή ένας συνεπής και ομαλός τρόπος περιγραφής του τρόπου συνδυασμού υψηλών κανονιστικών στόχων του οργανισμού, δέσμευση υπαλλήλων, υψηλή ποιότητα και ευελιξία εργασιών.

Η δομή του Guest Model (Guest, 1997) αποτελείται από τα ακόλουθα έξι συστατικά:

- ❖ μια στρατηγική HRM (Human Resources Management)
- ❖ ένα σύνολο πρακτικών HRM,
- ❖ ένα σύνολο αποτελεσμάτων HRM,
- ❖ συμπεριφορικά αποτελέσματα,
- ❖ αριθμό αποτελεσμάτων απόδοσης, και
- ❖ οικονομικά αποτελέσματα.

1.3.2 Πλαίσιο Harvard

Αυτό το μοντέλο Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων προτάθηκε από τους Walton et al., (1984) στο βιβλίο τους, με τίτλο *Managing Human Assets*. Η θεωρία υποστήριζε ότι το είδος των πολιτικών και πρακτικών HRM που υιοθετεί ένας οργανισμός πρέπει να εξαρτάται από το οργανωτικό όραμα, την αποστολή, την στρατηγική, τους στόχους και τους σκοπούς.

Η πρακτική πρέπει να είναι συντονισμένη με το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, δηλαδή οι πολιτικές και οι πρακτικές του ανθρώπινου δυναμικού εξαρτώνται από το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον των οργανισμών. Το μοντέλο υπογράμμισε την επίδραση του περιβάλλοντος στις προοπτικές των πρακτικών HRM και επίσης είναι γνωστό ως μαλακό μοντέλο HRM / μοντέλο Χάρβαρντ ή μερικές φορές αναφέρεται ως μοντέλο πολλαπλών ενδιαφερομένων.

Σύμφωνα με τον Srinivas (2005), το μοντέλο βασίστηκε στην υπόθεση ότι οι πολιτικές της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού επηρεάζονται από δύο σημαντικές εκτιμήσεις:

- ❖ Παράγοντες κατάστασης: Οι εσωτερικοί και εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες των οργανισμών χρησιμεύουν ως σημαντικοί περιορισμοί στην ανάπτυξη πολιτικών HRM όπως συνθήκες αγοράς εργασίας, κοινωνικές αξίες, επιχειρηματικές στρατηγικές, τεχνολογίες, φιλοσοφίες διαχείρισης και συνθήκες αγοράς.
- ❖ Τα συμφέροντα των ενδιαφερομένων: Τα ενδιαφερόμενα μέρη επηρεάζουν τις βραχυπρόθεσμες πολιτικές HRM που δεν περιορίζονται στους διοικητικούς υπαλλήλους, τα συνδικάτα και τις κυβερνητικές υπηρεσίες.

Η υπόθεση του μοντέλου του Χάρβαρντ βασίστηκε σε τρία κύρια στοιχεία των ζητημάτων Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού ως εξής:

- ❖ Ροές ανθρώπινου δυναμικού: Η πρόσληψη, η επιλογή και η τοποθέτηση, η προώθηση και η αξιολόγηση, ο τερματισμός και τα παρόμοια συστήματα πληρωμών, μη νομισματικά προγράμματα αναγνώρισης, οργανωτικά οφέλη και ούτω καθεξής.
- ❖ Επιρροή εργαζομένων: Αποσαφήνιση αρμοδιοτήτων, εξουσίας, ιεραρχίας και ανάθεσης εξουσιών.
- ❖ Σύστημα εργασίας: Ορισμός της εργασίας και ευθυγράμμιση των ανθρώπων.

Για τους μελετητές σε αυτό το μοντέλο, η παραπάνω πρακτική HR επικεντρώνεται σε τέσσερα βασικά στοιχεία, που συζητούνται παρακάτω:

- ❖ Δέσμευση: Οι πολιτικές HRM θα πρέπει να συνεισφέρουν και να εμπνέουν τη δέσμευση των εργαζομένων στον οργανισμό και μια τέτοια δέσμευση έχει δύο οφέλη, δηλαδή την απόδοση των εργαζομένων και την αφοσίωση στην εργασία τους, τον ατομικό σεβασμό και την αξία.
- ❖ Ικανότητα: Οι πολιτικές και οι πρακτικές του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να σχεδιαστούν κατά τρόπο ώστε οι εργαζόμενοι με πολύτιμες δεξιότητες και γνώσεις να προσελκύονται, να αναπτύσσονται και να διατηρούνται.
- ❖ Αποτελεσματικότητα κόστους: Οι πολιτικές Ανθρώπινου Δυναμικού πρέπει να αξιολογούνται με βάση την ανάλυση κόστους - ωφελείας όσον αφορά τους μισθούς, τις παροχές (κίνητρα και μη κίνητρα), τον κύκλο εργασιών, τις απουσίες και τις απεργίες κ.λπ.
- ❖ Θα πρέπει να υπάρχει συμφωνία μεταξύ όλων των πολιτικών και πρακτικών HRM που βρίσκονται σε λειτουργία ανά πάσα στιγμή.

Αυτό το μοντέλο θα βοηθήσει τους επαγγελματίες του ανθρώπινου δυναμικού να αναπτύξουν στρατηγικές ανθρώπινου δυναμικού για την οργάνωσή τους και παρέχει γνώση, σε τρεις σημαντικές παραμέτρους που θεωρούνται σημαντικές για την πρακτική:

- ❖ Οι πολιτικές HRM πρέπει να καθοριστούν σωστά σε σχέση με περιβαλλοντικούς παράγοντες και το συμφέρον των ενδιαφερομένων, δηλαδή, πρέπει να υπάρχει καλή προσαρμογή μεταξύ του οργανωτικού περιβάλλοντος και των πολιτικών ανθρώπινου δυναμικού.
- ❖ Οι πολιτικές και οι πρακτικές του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να στηρίζουν τον τρόπο με τον οποίο η δέσμευση, η ικανότητα, η ανάπτυξη και η συνοχή των εργαζομένων μεταξύ τους και η χρήση αποδοτικών μεθόδων.
- ❖ Οι πολιτικές HRM που εξαρτώνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες και προσαρμόζουν τα τέσσερα παραπάνω βασικά στοιχεία, θα βιώσουν την αποτελεσματικότητα της οργάνωσης και των εργαζομένων. Αυτό είναι το αποτέλεσμα που έκανε αυτό το μοντέλο να αναφέρεται ως μαλακό μοντέλο, επειδή βασίζεται αποκλειστικά στις ανησυχίες των ενδιαφερομένων και στη δέσμευσή τους για τους οργανωτικούς στόχους.

1.3.3 Μοντέλο Soft και Hard (Storey)

Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (HRM) ως ένα διακριτικό επάγγελμα είναι τόσο δημοφιλές, που τα τελευταία χρόνια, μια γενική συναίνεση για τον ορισμό της έννοιας πρέπει να υπάρχει ή να υιοθετείται από τους επαγγελματίες του HRM. Όμως, αυτή η προληπτική προοπτική παραπάνω είναι αντίθετη, και υποστηρίζεται από την υιοθέτηση της γνώμης «*μάλλον ακατάστατη κατάσταση υπάρχει σήμερα στο HRM όπου ο όρος χρησιμοποιείται τόσο με μια σύγχυση ποικίλων τρόπων*» (Watson, 2002).

Ωστόσο, οι Bratton and Gold (2003) έδωσαν ώθηση στον όρο υποστηρίζοντας ότι το HRM είναι μια στρατηγική προσέγγιση για τη διαχείριση της απασχόλησης που τονίζει ότι η μόχλευση των ανθρώπων είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Αυτό σημαίνει ότι θα επιτευχθεί μέσω ενός διακριτικού συνόλου ολοκληρωμένων πολιτικών απασχόλησης, προγραμμάτων και πρακτικών.

Ομοίως, ο Storey (1995) υποστήριξε ότι το HRM είναι μια ιδιοσυγκρασιακή προσέγγιση στη διαχείριση υπηρεσιών. Επιδιώκει να επιτύχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω της στρατηγικής ανάπτυξης ενός πολύ αφοσιωμένου και ικανού εργατικού δυναμικού, χρησιμοποιώντας μια ολοκληρωμένη σειρά πολιτιστικών, δομικών και τεχνικών προσωπικού.

Οι Buchanan και Huczynski (2004) υποστήριξαν ότι το HRM είναι μια διαχειριστική άποψη που υποστηρίζει την ανάγκη δημιουργίας μιας ολοκληρωμένης σειράς πολιτικών προσωπικού που υποστηρίζει την οργανωτική στρατηγική.

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των ασαφών διακρίσεων και αμφισημιών που ενυπάρχουν στις διαφορετικές ερμηνείες σχετικά με την έννοια του HRM, εξελίχθηκε η εμφάνιση διαφορετικών όρων ως μια προσπάθεια να διευκρινιστούν οι προσεγγίσεις στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (άνθρωποι). Αυτή η προσπάθεια αποσαφήνισης έφερε τις δύο κύριες έννοιες της «*σκληρής*» και της «*μαλακής*» διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες αναφέρονται ως «*Hard*» και «*Soft*» παραλλαγές του HRM (Guest, 1987; Storey, 1994; Beardwell and Claydon, 2007).

Η «*σκληρή*» παραλλαγή του HRM διευκρινίζει τη σημασία της στρατηγικής όπου οι άνθρωποι πόροι αναπτύσσονται για την επίτευξη οργανωτικών στόχων και στόχων, όπως

είναι παρόμοιο με άλλους πόρους (Beardwell and Claydon, 2007). Ενώ, η «μαλακή» παραλλαγή διευκρινίζει τις προσεγγίσεις για εκμετάλλευση προκειμένου να ενισχύσει τη δέσμευση, την ποιότητα και την ευελιξία των εργαζομένων (Beardwell and Claydon, 2007).

Τα οφέλη και των δύο παραλλαγών είναι ότι απαιτείται η αναγνώριση, και έτσι, η εξερεύνηση αυτού του τομέα προάγει μια απόφαση σχετικά με την καλύτερη προσέγγιση που πρέπει να χρησιμοποιηθεί για το συντονισμό των διαφόρων επαγγελματιών που εμπλέκονται σε όλες τις διαδικασίες ή τα βήματα που ασκούνται για την ανάπτυξη των πόρων.

Μελετώντας, την ανασκόπηση της μελέτης σχετικά με την κίνηση ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού που δημιούργησε τις δύο προεξέχουσες έννοιες της προσέγγισης «*Soft*» και «*Hard*» στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, εκτιμάται ότι το μοντέλο Michigan, το μοντέλο Harvard και το μοντέλο Guest είναι ριζωμένα στην «σκληρή» προσέγγιση (Analoui, 2002). Όμως, το εννοιολογικό μοντέλο επιλογής του HRM θεωρείται ως αυτό που είναι καθιερωμένο στην «μαλακή» προσέγγιση.

Αν και, κάθε ένα από τα μοντέλα έχει σχεδιαστεί για τις αντιλήψεις ή τις παραδοχές του τρόπου με τον οποίο η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού σε έναν οργανισμό εξετάζεται, αντιμετωπίζεται και διαχειρίζεται η ατομική αντίληψη. Τα τρία πρώτα μοντέλα απέτυχαν να συμπεριλάβουν ή να εξετάσουν την επίδραση του διαχειριστή / προγραμματιστή πόρων και την αποτελεσματικότητά τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και σε άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν (Analoui, 2002).

Επομένως, δεν είναι ολοκληρωμένα για να υιοθετηθούν από τον διαχειριστή στις διαδικασίες ανάπτυξης των πόρων για μια επιτυχή ολοκλήρωση. Αυτά τα μοντέλα βασίζονται τη διαχειριστική τους προσέγγιση στο σκληρό πρότυπο ή σε συνδυασμό και των δύο (ημισκληρά). Η χρήση αυτής της μεθόδου από τον διαχειριστή θα θέσει σε κίνδυνο την ολοκλήρωση του πόρου.

Η «μαλακή» προσέγγιση προβλέπει ότι εσωτερικοί, προσωπικοί και εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες θα πρέπει να συμπεριληφθούν στη λειτουργία ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Αυτό είναι απαραίτητο στις επιλογές, τις εκπαιδεύσεις, τις εκτιμήσεις, τις δεσμεύσεις και τις ανταμοιβές του υπαλλήλου. Ταυτόχρονα, ενσωματώνεται στη στρατηγική HRM του οργανισμού για την επίτευξη προσέγγισης βέλτιστων πρακτικών και για καλύτερη απόδοση, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και ποιότητα εργασίας και ζωής.

1.4 Γενικές Θεωρίες Ανθρώπινου Δυναμικού

1.4.1 Θεωρία του Locke

Η τελευταία θεωρία που θα παρουσιαστεί στην παρούσα υποενότητα αφορά το υπόδειγμα του Locke (1976) για τη στοχοθεσία. Θεωρούμε ότι πρόκειται για μια σημαντική θεωρία καθώς σχετίζεται με την έννοια της στοχοθεσίας. Ειδικότερα, βασίζεται στην υπόθεση πως κάθε δραστηριότητα ενός ανθρώπου πρέπει να ορίζεται από την ανάγκη επίτευξης ενός συγκεκριμένου στόχου. Για να υποστηρίξει τη θεωρία αυτή, ο Locke διατύπωσε δύο αρχές: α) Ο επιδιωκόμενος στόχος πρέπει να είναι συγκεκριμένος και αποσαφηνισμένος και β) οι επιδιώκοντες τον στόχο πρέπει να κατέχουν τις απαραίτητες εκείνες ικανότητες για την επίτευξη του στόχου.

Η δεύτερη αρχή συνδέεται άμεσα με το άτομο και την εκπαίδευσή του, αλλά και με τη φύση του στόχου, καθώς βάσει της δυσκολίας του καθορίζονται και τα επίπεδα των απαιτούμενων ικανοτήτων. Σε γενικές γραμμές έχει παρατηρηθεί πως υψηλότεροι και δυσκολότεροι στόχοι οδηγούν σε μεγαλύτερη κινητροδότηση του ατόμου γιατί, μεταξύ άλλων:

- ❖ Αυξάνεται το αίσθημα αυτοϊκανοποίησης.
- ❖ Ανταποκρίνονται σε υψηλότερες ανταμοιβές.
- ❖ Ενισχύουν την προσοχή, την επιμονή και την προσπάθεια του ατόμου κατευθύνοντάς τους με ακρίβεια.
- ❖ Αναπτύσσουν δεξιότητες όπως η κριτική ικανότητα, η αντιληπτικότητα και η ανάπτυξη πρωτοβουλιών, οι οποίες οδηγούν σε μεγαλύτερα επίπεδα αυτοπραγμάτωσης.

Σημαντικό σημείο της θεωρίας αυτής, είναι η σχέση στόχου και ατόμου, καθώς ο στόχος θα πρέπει να γίνει κατανοητός και αποδεκτός από το άτομο, ώστε αυτό να δραστηριοποιηθεί προς την επίτευξή του.

1.4.2 Υπόδειγμα Porter - Lawler

Οι πρώτοι που συζήτησαν για την ικανοποίηση ως αποτέλεσμα και όχι αίτιο απόδοσης ήταν οι Porter and Lawler (1980). Συγκεκριμένα, υποστήριζαν πως η κινητροδότηση, η ικανοποίηση και η απόδοση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες, αλλά τρεις διαφορετικές μεταβλητές με σχέσεις αλληλοσυσχέτισης. Για να εξηγήσουν τη θεωρία τους, οι Porter and Lawler δημιούργησαν ένα υπόδειγμα τεσσάρων βασικών μεταβλητών:

- ❖ Προσπάθεια. Η πραγμάτωση της κινητροδότησης εξαρτάται από τη σχέση της με την προσδοκώμενη απόδοση, τις αντίστοιχες ανταμοιβές και, εν τέλει, την αξία που παραλαμβάνει μέσω αυτών, ως αντίτιμο της προσπάθειας.
- ❖ Απόδοση. Πέραν της προσπάθειας, σε άλλους τρεις παράγοντες αποδίδεται η απόδοση: α) ικανότητες εργαζόμενου, β) ρόλος του στην επιχείρηση και γ) μέσα που του παρέχονται.
- ❖ Ανταμοιβές. Υιοθετείται το υπόδειγμα των δύο παραγόντων, υγιεινής και παρακίνησης, οι οποίοι μετρούνται ως αποτέλεσμα της εργασιακής απόδοσης.
- ❖ Ικανοποίηση. Στο τέλος, η αξία που λαμβάνει από τις σχετικές ανταμοιβές ο εργαζόμενος επηρεάζει την ικανοποίησή του.

Βασικό συμπέρασμα της ως άνω θεωρίας είναι η σημαντικότητα του ρόλου που παίζει η κάθε επιχείρηση στην αύξηση της απόδοσης των εργαζομένων, και πάλι μια θεώρηση συνδεδεμένη με τους πόρους του μοντέλου JD-R.

2. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε περιόδους κρίσης και ειδικότερα σε περιόδους υγειονομικής κρίσης: Μια ερευνητική επισκόπηση

2.1. Η έννοια της κρίσης

Η κρίση αφορά οτιδήποτε αποτελεί σοβαρή απειλή για την υγεία και το μέλλον της ανθρωπίνης ύπαρξης, των οικονομιών, της φήμης και / ή των ανθρώπων μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Η κρίση ως γεγονός, είναι συνήθως απροσδόκητη και έχει αφενός υψηλού επιπέδου αποτελέσματα και αφετέρου χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης. Παράλληλα, η κρίση, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό. Ο ορισμός του «υψηλού» έναντι του «χαμηλού» αντίκτυπου είναι συχνά υποκειμενικός. Ορισμένοι οργανισμοί μπορεί να θεωρήσουν την πιθανή απώλεια ενός βασικού πελάτη ως αποτέλεσμα υψηλού αντίκτυπου - και ως εκ τούτου αυτό να θεωρηθεί κρίση - ενώ άλλοι μπορεί απλώς να την θεωρήσουν ως μέρος της επιχειρηματικής δραστηριότητας (Pearson and Clair, 2008).

Υπάρχει συνήθως χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης μιας κρίσης (πχ οικονομικής, υγειονομικής κλπ.), οπότε όταν συμβαίνει, είναι συχνά απροσδόκητη. Επιπλέον, μια κρίση μπορεί να επηρεάσει μόνο μία επιχείρηση/οργανισμό ή ολόκληρο τον τομέα στον οποίο εντάσσεται και λειτουργεί. Η Boeing, για παράδειγμα, αντιμετώπισε μια μεγάλη κρίση το 2019 μετά από δύο θανατηφόρα αεροπορικά δυστυχήματα με τα νέα αεροσκάφη 737 MAX (Jaques, 2019). Η διαχείριση της επιχείρησης και η ανταπόκρισή της στην κρίση προκάλεσαν τεράστια ζημιά στη φήμη της, την τιμή των μετοχών και την οικονομική της δύναμη. Ακόμα χειρότερα, ολόκληρη η αεροπορική βιομηχανία υπήρξε αποδέκτης της εν λόγω κρίσης. Οι αερομεταφορείς ακύρωσαν πτήσεις, προκαλώντας μαζικές διαταραχές όχι μόνο στις δικές τους επιχειρήσεις, αλλά και σε άτομα που ταξιδεύουν σε όλο τον κόσμο (Jaques, 2019).

Μια κρίση συνήθως έρχεται χωρίς προειδοποίηση. Επίσης, επειδή είναι μοναδική (πχ κάθε ιός στο επίπεδο της υγειονομικής κρίσης είναι διαφορετικός), δεν επιτρέπει εκ των προτέρων λεπτομερή προγραμματισμό. Κάποιοι θεώρησαν ότι όταν ο CEO της Apple Steve Jobs πέθανε η εταιρεία θα αντιμετώπιζε ηγετική κρίση. Είτε ήταν κρίση είτε όχι, είναι συζητήσιμο, ωστόσο λόγω της φύσης του θανάτου του (μια μακρά μάχη με τον καρκίνο), η Apple είχε αρκετό χρόνο για να δημιουργήσει ένα σχέδιο διαδοχής που επέτρεψε στον Tim Cook να μεταβεί ομαλά στον

ηγετικό ρόλο και να αναλάβει την διαχείριση της επιχείρησης σε όλα τα επίπεδα μεταξύ των οποίων και στην διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Roux-Dufort, 2017).

Για να δημιουργήσει ένα σχέδιο διαχείρισης κρίσεων, ο οργανισμός πρέπει να εντοπίσει μερικές από τις πιο πιθανές κρίσεις που θα μπορούσαν να τον επηρεάσουν. Ωστόσο, δεν είναι πρακτικό (και αδύνατο) να προβλέψει και να προετοιμαστεί ο οργανισμός για κάθε πιθανή κρίση, οπότε θα πρέπει να ξεκινήσει με τις πιο πιθανές. Όταν μιλάμε για διαχείριση κρίσεων, μια κρίση δεν χρειάζεται απαραίτητα να προέρχεται από ένα παγκόσμιο γεγονός όπως μια πανδημία. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι κρίσεων που μπορούν να ξεσπάσουν, όπως (Pearson et al., 2007: 143): Φυσικές καταστροφές (π.χ. σεισμοί, τυφώνες), υγειονομικές κρίσεις, διακοπή υποδομής πληροφορικής ή δικτύου (π.χ. ιοί υπολογιστών, αστοχία υλικού), ζημιά σε ιδιοκτησία ή υποδομή της εταιρείας (π.χ. πυρκαγιά, πλημμύρα), θάνατος ή τραυματισμός υπαλλήλων, βία ή άλλες επιθέσεις εναντίον εργαζομένων, αγωγές ή νομικές ενέργειες.

Η σοβαρότητα μιας κρίσης, όσον αφορά τον πιθανό αντίκτυπο στην επιχείρηση, είναι συχνά σχετική. Η εξάπλωση της κρίσης σε ένα μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων παγκοσμίως, θα θεωρηθεί σοβαρή κρίση. Άλλες κρίσεις, όπως η πανδημία COVID-19, πιθανότατα θα θεωρούνταν σοβαρή απειλή για έναν τεράστιο αριθμό ανθρώπινων ζώων αλλά κι επιχειρήσεων.

Θα πρέπει βέβαια να επισημανθεί ότι μια κρίση (crisis) δεν είναι ίδια με μια καταστροφή (disaster). Οι Gephart et al., (2009: 144) κάνουν μια σαφή και χρήσιμη διάκριση μεταξύ των δύο: «Ορίζουμε την κρίση ως μια απειλή για βασικές αξίες ή συστήματα που στηρίζουν τη ζωή, η οποία απαιτεί επείγουσα απάντηση υπό συνθήκες βαθιάς αβεβαιότητας. Ορίζουμε μια καταστροφή ως προς το αποτέλεσμα ή τις συνέπειες για την κοινωνία: μια καταστροφή είναι μια «κρίση με κακό τέλος». Όταν μια κρίση θεωρείται ότι έχει πολύ κακές συνέπειες, μιλάμε για καταστροφή».

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι μια κρίση δεν είναι η ίδια με μια καταστροφή, αλλά μια κρίση μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε καταστροφή και το αντίστροφο. Το 2016 μια σειρά σεισμών, συμπεριλαμβανομένου ενός κύματος μεγέθους επτά μέτρων, έπληξε την πόλη Kumamoto στην περιοχή Kyushu της Ιαπωνίας. Η επακόλουθη ζημιά στα εργοστάσια τις επιχειρήσεις και τις δομές υγείας, ήταν μια καταστροφή με κάθε έννοια της λέξης. Ο σεισμός οδήγησε επίσης σε

κρίση για πολλές επιχειρήσεις εκτός της περιοχής που βασίζονταν σε προϊόντα που κατασκευάζονταν στο Kumamoto. Υπήρξαν για παράδειγμα, επιχειρήσεις στην περιοχή οι οποίες υπέστησαν ζημιές από τον σεισμό και οι οποίες εφοδίαζαν με προϊόντα ολόκληρο τον κόσμο. Υπ' αυτή την έννοια οι εταιρείες που προμηθεύονταν προϊόντα από τις επιχειρήσεις αυτές, και βασίζονταν σε αυτές, για να φτιάξουν τα δικά τους προϊόντα έπρεπε να δράσουν γρήγορα για να διαχειριστούν την επακόλουθη κρίση εφοδιασμού (Brown and Milke, 2017).

2.2 Στρατηγική προσέγγιση στη διαχείριση κρίσεων

Η διαχείριση κρίσεων είναι ένα σύστημα σχεδίων και διαδικασιών που έχουν σχεδιαστεί για να επιτρέπουν σε έναν οργανισμό να εντοπίζει και να ελαχιστοποιεί την πιθανή ζημία που δημιουργεί μια κρίση και στη συνέχεια να αποκτά γνώση, από τις κρίσεις που προκύπτουν. Ο απώτερος στόχος της διαχείρισης κρίσεων είναι να επιστρέψει η επιχείρηση στις κανονικές του λειτουργίες όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά με ελάχιστη ζημία στην επιχείρηση (Pfarrer et al., 2008).

Η διαχείριση κρίσεων απαιτεί κάτι περισσότερο από ένα σχέδιο και την εκτέλεση αυτού του σχεδίου όταν συμβαίνει κάτι κακό. Η διαχείριση κρίσεων απαιτεί από τον οργανισμό να είναι έτοιμος να εξελιχθεί, να μάθει και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται μια κρίση ως απάντηση σε οποιεσδήποτε μοναδικές και εξαιρετικές προκλήσεις που παρουσιάζει η συγκεκριμένη κρίση. Είναι αδύνατο ο οργανισμός να δημιουργήσει εκ των προτέρων βήμα-προς-βήμα τον σχεδιασμό για την διαχείριση κάθε πιθανής μελλοντικής κρίσης, καθώς κάθε κρίση θα είναι μοναδική και άγνωστη σε όσους δραστηριοποιούνται στον εν λόγω οργανισμό.

Για παράδειγμα κάθε υγειονομικός οργανισμός βρίσκεται σε σημαντικό βαθμό σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο μιας πανδημίας, ωστόσο κάθε τέτοια περίπτωση έχει τις ιδιαιτερότητές της συνεπώς θα πρέπει να αντιμετωπισθεί *ad hoc* (Coombs et al., 2007). Οι υγειονομικοί οργανισμοί έχουν εφαρμόσει παγκοσμίως σχέδια διαχείρισης κρίσεων. Ωστόσο, σίγουρα δεν είχαν σχέδιο για το πώς να χειριστούν ολοκληρωτικά και σε κάθε επίπεδο, την παγκόσμια πανδημική κρίση του Covid19. Έπρεπε να προσαρμοστούν γρήγορα σε μια μοναδική και εξαιρετική κρίση που θα μπορούσε να σκοτώσει εκατομμύρια ανθρώπους (Coombs et al., 2007).

Πώς όμως μοιάζει μια τυπική διαδικασία διαχείρισης κρίσεων; Ένα από τα πιο συχνά αναφερόμενα πλαίσια που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της διαδικασίας διαχείρισης κρίσεων προέρχεται από τον Ian Mitroff (Mitroff and Anagnos, 2001). Το μοντέλο έχει σταδίων

του Mitroff είναι μια χρήσιμη αναφορά για τους διαχειριστές κρίσεων, τους υπευθύνους ανθρώπινου δυναμικού και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση κρίσεων (Pfarrer et al., 2008: 740):

Ανίχνευση επικείμενης κρίσης: αυτό το στάδιο επικεντρώνεται στη δημιουργία συστημάτων έγκαιρης προειδοποίησης που επιτρέπουν στην επιχείρηση ή τον οργανισμό να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε μια κρίση.

Προετοιμασία διαχείρισης κρίσεων: συστηματικός προγραμματισμός, προετοιμασία και εκπαίδευση για μια κρίση. Σε αυτό το στάδιο δημιουργούνται συνήθως, τα σχέδια διαχείρισης κρίσεων (CMPs), τα σχέδια συνέχειας των επιχειρήσεων και τα σχέδια αποκατάστασης καταστροφών (DRP).

Περιορισμός κρίσεων: εκτέλεση των σχεδίων και διαδικασιών που καθορίζονται κατά το στάδιο προετοιμασίας διαχείρισης της κρίσης για προσαρμογή στις μοναδικές συνθήκες της τρέχουσας κρίσης, ανάπτυξη νέων μεθόδων ελαχιστοποίησης του αντίκτυπου στην επιχείρηση/οργανισμό.

Ανάκτηση κρίσεων: μετακίνηση του οργανισμού στις κανονικές του λειτουργίες

Εκμάθηση χωρίς σφάλματα: επανεξέταση και αξιολόγηση της απόδοσης διαχείρισης κρίσεων για την εξαγωγή των βασικών διδαγμάτων που αποκτήθηκαν

Επανασχεδιασμός: ενσωμάτωση της γνώσης από το προηγούμενο στάδιο για την εξέλιξη των υπάρχουσών διαδικασιών διαχείρισης κρίσεων σε όλα τα επίπεδα μεταξύ των οποίων και από τους υπευθύνους διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού

Τέλος θα πρέπει να επισημανθεί ότι η διαχείριση κρίσεων και η διαχείριση αλλαγών μοιράζονται πολλές παρόμοιες πρακτικές και η κρίση είναι συχνά ο καταλύτης για ευρύτερες οργανωτικές αλλαγές. Το 2017 μια σειρά από αρνητικές αναφορές σχετικά με την κουλτούρα της Uber στο χώρο εργασίας άρχισαν να εμφανίζονται στα μέσα ενημέρωσης, συμπεριλαμβανομένης μιας σχετικής αναφοράς από τους New York Times. Πολλές από αυτές τις εκθέσεις επικεντρώθηκαν σε εικαζόμενες διακρίσεις κατά των γυναικών και σε περιπτώσεις σεξουαλικής παρενόχλησης. Αυτή η εσωτερική κρίση επιδεινώθηκε σε συνδυασμό με την ύπαρξη πολλών άλλων ζητημάτων, τα οποία τελικά οδήγησαν στην αποχώρηση του Διευθύνοντος Συμβούλου της εταιρείας. Οποιαδήποτε αλλαγή στην ανώτερη ηγεσία ενός

οργανισμού, ειδικά όταν είναι διευθύνων σύμβουλος, απαιτεί αποτελεσματικό σχεδιασμό, επικοινωνία και προσαρμογή (The New York Times, 2019).

Θα πρέπει βέβαια να επισημανθεί ότι η αντιμετώπιση της διαχείρισης κρίσεων δεν αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του τμήματος Ανθρώπινου Δυναμικού (HR). Πολλοί οργανισμοί, συνήθως μεγαλύτεροι, μπορεί να έχουν έναν ειδικό «διαχειριστή κρίσεων» που επιβλέπει όλες τις πτυχές του σχεδιασμού και της εκτέλεσης της διαχείρισης κρίσεων. Οι οργανισμοί που δεν διαθέτουν τους πόρους για έναν ειδικό διαχειριστή κρίσεων, προσλαμβάνουν κάποιον για το ρόλο του διαχειριστή κρίσεων όταν προκύψει κρίση (Coombs, 2007).

Ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο διαχειριστής κρίσεων, η αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων απαιτεί τη συνεργασία και το συντονισμό πολλών ενδιαφερόμενων φορέων εντός του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων ομάδων ανθρώπινου δυναμικού, του νομικού τμήματος, καθώς και των τμημάτων πληροφορικής, χρηματοδότησης, και δημοσίων σχέσεων. Ενώ όλες αυτές οι ομάδες ενδέχεται να συμμετέχουν στη διαχείριση κρίσεων, η έκταση της συμμετοχής τους ποικίλει ανάλογα με τη φύση της κατά περίπτωσης κρίσης (Weick και Sutcliffe, 2001).

2.3 Στρατηγική προσέγγιση στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων κατά τη διάρκεια μιας κρίσης

Ο ρόλος της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού στη διαχείριση κρίσεων είναι ευρύς και ποικίλος και συνήθως περιλαμβάνει ένα σύνολο παραμέτρων (Bigley and Roberts, 2001: 1283-1287):

Επικοινωνία της κρίσης και διαχείριση των σχέσεων μεταξύ των τμημάτων και των εργαζομένων: Η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού είναι συχνά ο αγωγός για μεγάλο μέρος της εσωτερικής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Οι υπεύθυνοι διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού καλούνται να διασφαλίσουν για παράδειγμα ότι οι ιστότοποι της εταιρείας ενημερώνονται με σχετικές πληροφορίες, όπως πολιτικές και διαδικασίες διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Παράλληλα, δημιουργούνται λίστες επαφών υπαλλήλων ενώ εκδίδονται σχετικές ανακοινώσεις του οργανισμού στο επίπεδο πληροφόρησης. Το τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού μπορεί επίσης να συνεργαστεί με τη διοίκηση και την ηγεσία για να διασφαλίσει ότι η επικοινωνία στο επίπεδο της κρίσης είναι συνεπής σε ολόκληρο τον οργανισμό και σε όλα τα επιμέρους τμήματα του οργανισμού και ότι αναπτύσσονται

κατάλληλες ερωτήσεις για την απάντηση σε ερωτήσεις σχετικά με την κρίση. Το τμήμα διαχείρισης κρίσεων, μπορεί περαιτέρω να παρέχει ανατροφοδότηση των εργαζομένων στη διοίκηση, έτσι ώστε να γίνονται αλλαγές στην επικοινωνία της κρίσης (Bigley and Roberts, 2001).

Διαχείριση πολιτικών και διαδικασιών: Οι διαχειριστές ανθρώπινου δυναμικού είναι συνήθως υπεύθυνοι για τη δημιουργία (μαζί με τα ανώτερα στελέχη) και τη διατήρηση πολιτικών που διέπουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων και τις οργανωτικές διαδικασίες γενικότερα αλλά και ειδικότερα σε μια περίοδο κρίσης. Οι ανάγκες που δημιουργούνται λόγω της κρίσης περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών και εφαρμογών στο πλαίσιο διαδικασιών διαχείρισης κρίσεων.

Κάθε κρίση είναι μοναδική και άγνωστη, η οποία συχνά απαιτεί την ταχεία δημιουργία ή τροποποίηση των πολιτικών του οργανισμού. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στην πανδημία COVID-19, προέκυψε η ανάγκη πολλοί από τους εργαζόμενους να εργάζονται από το σπίτι. Το τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει συνεπώς να συντονιστεί με διευθυντές τμημάτων για να δημιουργήσει οδηγίες για το ποιος μπορεί / πρέπει να εργαστεί από το σπίτι για να διασφαλίσει ότι υπάρχουν τα κατάλληλα συστήματα απομακρυσμένης εργασίας που θα επιτρέψουν ένα τέτοιο μοντέλο τηλεργασίας (Bigley and Roberts, 2001).

Δεξιότητες εργαζομένων και παρακολούθηση πληροφοριών: Οι διαχειριστές ανθρώπινου δυναμικού είναι υπεύθυνοι για τη συλλογή και τη διατήρηση δεδομένων που σχετίζονται με υπαλλήλους, συμπεριλαμβανομένων προσωπικών πληροφοριών, δεξιοτήτων, εμπειρίας και ρόλων εντός του οργανισμού. Αυτά τα δεδομένα αποθηκεύονται συχνά σε ένα κεντρικό αποθετήριο, όπως το HRIS Information Information System HRIS (Bigley and Roberts, 2001). Ένα αποθετήριο HRIS επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες που θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, όπως οι εργαζόμενοι που έχουν εκπαίδευση πρώτων βοηθειών στα υγειονομικά συστήματα, με τους οποίους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Bigley and Roberts, 2001).

Κατάρτιση και ανάπτυξη: Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού συντονίζει, δημιουργεί και διεξάγει μαθήματα κατάρτισης και επαγγελματικής ανάπτυξης συχνά εντός του οργανισμού. Η κατάρτιση διαχείρισης κρίσεων από το βασικό προσωπικό είναι ένα κρίσιμο στοιχείο της

αποτελεσματικής διαχείρισης κρίσεων. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει τα πάντα, από ασκήσεις πυρκαγιάς έως πιο σε βάθος μαθήματα ηγεσίας που απευθύνονται ειδικά στη διαχείριση κρίσεων (Bigley and Roberts, 2001)

Προγράμματα εξυπηρέτησης και παροχών εργαζομένων: Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού διαχειρίζεται οργανωτικά οφέλη και προγράμματα υπηρεσιών, πολλά από τα οποία απαιτούνται για την αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων. Τα Προγράμματα Βοήθειας Εργαζομένων, για παράδειγμα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σύνδεση των εργαζομένων με παρόχους ψυχικής υγείας. Τα οφέλη για την υγεία είναι απαραίτητα για να βοηθήσουν τους υπαλλήλους, ιδίως αυτούς που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, όπως για παράδειγμα το υγειονομικό προσωπικό στις υγειονομικές δομές αναφοράς του Covid19, να λάβουν την απαιτούμενη ιατρική περίθαλψη καθώς και υπηρεσίες ψυχολογικής ενδυνάμωσης που θα τους επιτρέψουν να αποκατασταθούν και να ανακάμψουν γρήγορα, σε περίπτωση που και οι ίδιοι νοσήσουν και που σε κάθε περίπτωση θα συμβάλλουν στην ψυχολογική τους ενδυνάμωση, ώστε να αντιμετωπίσουν τις δυσχερείς καταστάσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Συνεπώς είναι εξαιρετικά σημαντικό ένας υγειονομικός οργανισμός να διαθέτει υγιείς εργαζόμενους, ικανούς να ανταποκριθούν στις σοβαρές ανάγκες που έχουν προκύψει από μια πανδημία (Bigley and Roberts, 2001).

Ταλέντο και διαδοχικός σχεδιασμός: Ορισμένες κρίσεις μπορεί να οδηγήσουν στο φαινόμενο ορισμένοι υπάλληλοι να μην μπορούν να κάνουν τη δουλειά τους. Το τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού είναι συνήθως υπεύθυνο για τον διαδοχικό σχεδιασμό και τη συνεργασία με τους διευθυντές των επιμέρους τμημάτων για τον εντοπισμό των ταλέντων των εργαζομένων στις ομάδες τους. Εάν μια κρίση έχει οδηγήσει στην αποχώρηση από την ενεργό δράση κάποιων εργαζομένων, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της πανδημίας όπου ένας μεγάλος αριθμός υγειονομικού προσωπικού έχει νοσήσει παγκοσμίως, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιοι μπορούν να αναπληρώσουν αυτούς τους εργαζομένους στην περίοδο ανάρρωσής τους. Ο ρόλος του διαχειριστή ανθρώπινου δυναμικού είναι συνεπώς να διαθέτει μια ευρεία εικόνα των υποβάθρων, των δεξιοτήτων και των εμπειριών των «ανθρώπινων πόρων» εντός της οργάνωσης, εάν χρειαστεί το συγκεκριμένο ανθρώπινο δυναμικό να αναπτυχθεί σε άλλους τομείς κατά τη διάρκεια μιας κρίσης (Bigley and Roberts, 2001).

2.4 Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε περιόδους υγειονομικής κρίσης: η περίπτωση της υγειονομικής κρίσης του Covid-19

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στα μέσα του Φεβρουαρίου του 2021, ο αριθμός των ανθρώπων που μολύνθηκαν από την νόσο COVID-19 παγκοσμίως, ανήλθε στα 110,3 εκατομμύρια, ενώ οι νεκροί από τον ιό, έφθασαν διεθνώς τα 2,44 εκατομμύρια. Παράλληλα 62,2 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν αναρρώσει από τη νόσο παγκοσμίως, ενώ αυτή τη στιγμή τα ενεργά κρούσματα ανέρχονται σε 22,9 εκατομμύρια, με το 99,6% να έχει ήπια συμπτώματα και το 0,4% να είναι σοβαρά/κρίσιμα συμπτώματα. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, οι χώρες με τα περισσότερα κρούσματα από την αρχή την πανδημίας είναι, οι ΗΠΑ με συνολικά 27,5 εκατομμύρια κρούσματα και 486.970 θανάτους, η Ινδία με 10,9 εκατομμύρια κρούσματα και 155.840 θανάτους, η Βραζιλία με 9,8 εκατομμύρια κρούσματα και 239.895 θανάτους, η Ρωσία με 4,1 εκατομμύρια κρούσματα και 80.520 θανάτους και το Ηνωμένο Βασίλειο με 4 εκατομμύρια κρούσματα και 117.396 θανάτους (WHO, 2021).

Μια πανδημία είναι η παγκόσμια εξάπλωση μιας νέας ασθένειας, αλλιώς γνωστή ως επιδημία, που έχει εξαπλωθεί σε πολλές χώρες ή ηπείρους και η οποία απαιτεί διαχείριση στο επίπεδο κρίσεων για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Ο κόσμος αντιμετώπισε αρκετές τέτοιες υγειονομικές κρίσεις έως σήμερα, όπως το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS) στην Κίνα, τμήματα της Ασίας και του Καναδά το 2003, ο ιός Έμπολα στη Δυτική Αφρική το 2014 και το Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS) το 2016 (Arora and Suri, 2020). Η πιο πρόσφατη επιδημία του COVID-19 οδήγησε σε έναν ανησυχητικά υψηλό παγκόσμιο αριθμό θανάτων, καθώς χιλιάδες άνθρωποι παγκοσμίως μολύνθηκαν. Το ταχέως μεταβαλλόμενο αποτέλεσμα, σε αυτόν τον νέο ιό ήταν η βαθιά επίδραση που είχε στα συστήματα υγείας και στους υγειονομικούς υπαλλήλους στα νοσοκομεία, ιδίως στα νοσοκομεία αναφοράς που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή. Επιπλέον, ο γρήγορος ρυθμός μετάδοσης του COVID-19 οδήγησε σε μια άνευ προηγουμένου υγειονομική κρίση την οποία τα συστήματα υγείας ενδεχομένως να μην ήταν επαρκώς εξοπλισμένα για να αντιμετωπίσουν, τόσο από επαγγελματική όσο και από ψυχολογική άποψη (Iza, 2020).

Η αντιμετώπιση μιας σοβαρής παγκόσμιας καταστροφής για την υγεία είναι ένα απροσδιόριστο ταξίδι στο άγνωστο, σε διάφορα επίπεδα. Οι κυβερνητικοί φορείς χρησιμοποιούν δεδομένα άλλων χωρών για να προβάλλουν τα ποσοστά μόλυνσης. Ο υψηλός βαθμός αβεβαιότητας που σχετίζεται με τους παθογόνους ιούς συμβάλλει περαιτέρω στο κοινό άγχος που αναπτύσσεται

και δημιουργεί μια συνολική αρνητική εμπειρία για τους περισσότερους. Ωστόσο, η πρόκληση που αντιμετωπίζεται μπορεί επίσης να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές, καθώς τα άτομα αξιοποιούν τις ικανότητές τους για την αντιμετώπιση, εργάζονται μαζί σε ομάδες και η αλλαγή που δημιουργείται από τους ηγέτες μπορεί να ενισχύσει την ετοιμότητα των εθνών για μελλοντικές καταστροφές (Kabene et al., 2016).

Η πανδημία της νόσου του Coronavirus 2019 (COVID-19), έχει αποτελέσει ως σήμερα μια πρόκληση μεγάλης κλίμακας για τους πόρους υγείας διεθνώς, έχοντας οδηγήσει σε σχετικές προκλήσεις και στα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού των οργανισμών υγείας (Akkermans et al., 2020). Αυτό γιατί η πανδημία του Covid-19, επέφερε κρίσιμες αναταράξεις στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο, καθώς υπήρξε και συνεχίζει να είναι μια νέα κατάσταση για τους υπεύθυνους ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίοι κλήθηκαν να δράσουν με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο και υπό το καθεστώς κατάστασης έκτακτης ανάγκης στο πλαίσιο του ρόλου τους, προσπαθώντας να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα και να αντιμετωπίσουν πρωτοφανείς καταστάσεις που μέχρι σήμερα ούτε είχαν αντιμετωπίσει αλλά και ίσως ούτε είχαν καν φανταστεί (Carnevale and Hatak, 2020).

Οι νέες επείγουσες ανάγκες που επέφερε η παγκόσμια πανδημική κρίση, οδήγησαν σε σημαντικές ελλείψεις εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (HCWs), καθώς ελλείψεις και σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης με σοβαρές επιπτώσεις για την έκβαση των αποτελεσμάτων των ασθενών παγκοσμίως (WHO, 2019).

Τα υπερφορτωμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες προκλήσεις και ως εκ τούτου, η συνετή χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης καθώς και ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι σημαντικές παράμετροι για την πρόληψη της εξάπλωσης της λοίμωξης και την διατήρηση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας.

Δεν υπάρχει ένα καθολικό πρότυπο για ένα αποτελεσματικό Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων για έναν υγειονομικό οργανισμό στην περίοδο μιας πανδημικής κρίσης. Αυτό γιατί το Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων είναι μοναδικό για κάθε υγειονομική υπηρεσία και προσαρμοσμένο στο μέγεθος και τις ανάγκες της. Έτσι ένα μεγάλο νοσοκομείο αναφοράς Covid, θα έχει πολύ διαφορετικό Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων από αυτό μιας μικρής υγειονομικής μονάδας πρώτων αναγκών σε τοπικό επίπεδο. Ωστόσο, ενώ το περιεχόμενο ενός Σχεδίου Διαχείρισης Κρίσεων μπορεί να διαφέρει μεταξύ των υγειονομικών οργανισμών, υπάρχουν ορισμένα κοινά

χαρακτηριστικά και στοιχεία που πρέπει να έχει κάθε Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων (Nzomo et al., 2016).

Ομάδα (ες) διαχείρισης κρίσεων: το Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων του υγειονομικού οργανισμού θα πρέπει να περιγράφει με σαφήνεια τις ομάδες που είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση υγειονομικών κρίσεων όπως ο Covid19, και τα στοιχεία επικοινωνίας για κάθε μέλος της υγειονομικής ομάδας. Αυτό σημαίνει ότι ο υγειονομικός οργανισμός μπορεί να έχει δημιουργήσει μία ομάδα διαχείρισης κρίσεων ή μία ομάδα «επίβλεψης» και πολλές υπο-ομάδες. Αυτές οι υποομάδες μπορούν να οριστούν εκ των προτέρων ή να δημιουργηθούν ad-hoc κατά τη διάρκεια της ίδιας της κρίσης (Berer, 2016).

Ρόλοι και ευθύνες: η βασική ομάδα διαχείρισης κρίσεων κυρίως στα νοσοκομεία αναφοράς Covid19, θα πρέπει να συναπαρτίζεται από ανώτερα υγειονομικά στελέχη, για να διασφαλίζει ότι οι αποφάσεις μπορούν να λαμβάνονται γρήγορα στο πλαίσιο εξουσιοδοτημένης λήψης τους. Το σχέδιο διαχείρισης κρίσεων πρέπει να περιγράφει εν συντομία τους ρόλους και τις ευθύνες κάθε ατόμου στο οργανόγραμμα του υγειονομικού φορέα και να προσδιορίζει ειδικούς τομείς εμπειρογνωμοσύνης που μπορεί να είναι χρήσιμοι κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης (Martinez and Collini, 2012).

Διαδικασίες διαχείρισης κρίσεων: μόλις εντοπισθούν οι τύποι και υποτύποι κρίσης για τους οποίους ο υγειονομικός οργανισμός θέλει να προετοιμαστεί, αρχίζει να δημιουργεί τις διαδικασίες στις οποίες θα βασίζονται οι διευθυντές και το υγειονομικό προσωπικό ώστε να μπορέσει ο οργανισμός να μπορέσει να λειτουργήσει όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται. Αυτές οι διαδικασίες δεν πρέπει να είναι υπερβολικά μεγάλες και λεπτομερείς και θα πρέπει να περιγράφουν με σαφήνεια τις επιμέρους επιδιωκόμενες λειτουργίες (Daviaud and Chopra, 2008).

Η «επιτυχία» στη διαχείριση κρίσεων σε κάθε οργανισμό και βεβαίως και στους υγειονομικούς οργανισμούς, μπορεί γενικά να οριστεί ως η απρόσκοπτη λειτουργία ή η επανάληψη των κανονικών δραστηριοτήτων του οργανισμού. Η αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων δεν προέρχεται από ένα σύνολο διαδικασιών που υφίστανται και λειτουργούν δεσμευτικά για ανθρώπινο δυναμικό. Ένα τεκμηριωμένο Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων που συντονίζεται και συντηρείται από το Ανθρώπινο Δυναμικό αποτελεί απαραίτητο μέρος της εν λόγω διαδικασίας, ωστόσο η επιτυχημένη διαχείριση κρίσεων στον υγειονομικό τομέα ιδίως στην περίοδο της πανδημικής κρίσης απαιτεί ορισμένα άλλα βασικά στοιχεία όπως για παράδειγμα η αποτελεσματική ηγεσία (Rigoli and Dussault, 2013).

Η ηγεσία είναι ίσως ο πιο κρίσιμος παράγοντας επιτυχίας που απαιτείται στη διαχείριση μιας κρίσης. Η σημασία της αποτελεσματικής ηγεσίας γίνεται προφανής όσον αφορά την ικανότητα ανάθεσης των επιμέρους αρμοδιοτήτων στους υγειονομικούς υπαλλήλους, το να είναι επίσης ο ηγέτης ήρεμος και να μπορεί να λειτουργεί υπό πίεση όπως πολύ συχνά συμβαίνει σε μια κρίση τέτοιου επιπέδου και κλίμακας όπως η κρίση του Covid19, να μπορεί να προβαίνει στη γρήγορη και αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και να είναι σε θέση να επικοινωνεί με όλες τις βαθμίδες του υγειονομικού οργανισμού προκειμένου να προχωρά στην άρση των όποιων δυσλειτουργιών και στην διαχείριση τυχόν συγκρούσεων που ενσκήπτουν (Alwan and Hornby, 2012).

Η αποτελεσματική ηγεσία σημαίνει επίσης την εξουσία διαχείρισης κατανομής πόρων και κονδυλίων. Έτσι ένας ηγέτης στον τομέα της υγείας στην περίοδο του Covid19, θα κληθεί να λάβει σημαντικές αποφάσεις για την βέλτιστη δυνατή χρήση των υγειονομικών πόρων που ούτως ή άλλως βρίσκονται σε έλλειψη. Η αποτελεσματική διαχείριση μιας υγειονομικής κρίσης, από το στάδιο ανίχνευσης σήματος έως τον επανασχεδιασμό των διαδικασιών διαχείρισης κρίσεων, απαιτεί την υποστήριξη της ανώτερης ηγεσίας του υγειονομικού οργανισμού. Η εξασφάλιση εκτελεστικής υποστήριξης και εγκρίσεων για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη σχεδίων διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού είναι ίσως ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την επιτυχή διαχείριση των υγειονομικών κρίσεων (O'Neil and Reimann, 2018).

Η ταχύτητα και η ποιότητα της επικοινωνίας της κρίσης είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση μιας υγειονομικής κρίσης. Σε πρόσφατες έρευνες συγκεντρώθηκαν οι στρατηγικές και οι πολιτικές υγειονομικών οργανισμών στο επίπεδο διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού για την αντιμετώπιση κρίσεων στην πανδημία COVID-19 (Bhat and Kumar, 2015; Lehmann et al., 2018). Οι έρευνες αυτές διαπίστωσαν ότι προκειμένου η ηγεσία σε έναν υγειονομικό οργανισμό να είναι επιτυχημένη στην διαχείριση κρίσεων και να μπορέσει μέσω της ορθολογικής διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων να συμβάλλει στην επιτυχή λειτουργία του υγειονομικού οργανισμού, να προσαρμόζει την επικοινωνία σε διαφορετικές ομάδες, υπαλλήλους, διευθυντές, ασθενείς κ.λπ., και να χρησιμοποιεί μια ποικιλία μεθόδων για την διαχείριση των έκτακτων καταστάσεων (Girma et al., 2017)

3. Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ)

3.1 Ιστορική Αναδρομή

Στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας, εντάσσεται και λειτουργεί μεταξύ τριών πυλώνων κοινωνικής προστασίας(Θεοδωρουλάκης και Κουμαριανός, 2012).

- Το εθνικό σύστημα υγείας το οποίο θεσπίστηκε το 1983 και το οποίο έχει ως στόχο την ιατροφαρμακευτική και τη νοσηλευτική κάλυψη του γενικού πληθυσμού μέσω δωρεάν παροχών υγειονομικής φροντίδας.

- Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο έχει ως στόχο την κάλυψη των ενδεχόμενων κινδύνων τους οποίους αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος στην περίπτωση που το εισόδημά του μειωθεί ή εκλείπει.

- Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας το οποίο αποτελεί τον τελικό πυλώνα ασφάλειας για τα άτομα που βρίσκονται εκτός εργασίας και βρίσκονται αντιμέτωπα με σοβαρές ανάγκες οι οποίες επείγει να καλυφθούν.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα θεσμοθετήθηκε από τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 πραγματοποιώντας την συνταγματική εντολή για κρατική μέριμνα στον τομέα της υγείας, διεύρυνε τα όρια του κοινωνικού κράτους και θεσπίζοντας ένα μικτό σύστημα υγείας το οποίο αφενός προέβλεπε την ανάπτυξη ενός εθνικού/ δημόσιου συστήματος και αφετέρου επέτρεπε την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα επέβαλε σημαντικούς περιορισμούς. Και πριν από το 1983 είχαν γίνει προσπάθειες για την δημιουργία ενός γενικού συστήματος Υγείας.

Ωστόσο, η δημιουργία το 1983 με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 του ΕΣΥ, υπήρξε τομή στην ιστορική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα και είχε σαν στόχο την δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας που θα λειτουργούσε σύμφωνα με τα πρότυπα του μοντέλου Beveridge. Το μοντέλο Beveridge ή εθνικό μοντέλο υγείας, πήρε το όνομά του από τον τολμηρό Βρετανό κοινωνικό μεταρρυθμιστή και οικονομολόγο William Beveridge (1879-1963), ο οποίος με το περίφημο Beveridge Report, “Social Insurance and Allied Services”, πρότεινε την εγκαθίδρυση του εθνικού κρατικού συστήματος υγείας της Βρετανίας (Beveridge, 1942).

Σε αυτό το σύστημα, η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω των εσόδων από την καταβολή γενικής φορολογίας, όπως κι άλλες υπηρεσίες, όπως η αστυνομική δύναμη ή οι δημόσιες βιβλιοθήκες. Κύριο συνεπώς χαρακτηριστικό του μοντέλου Beveridge, είναι η καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικών παροχών, του συνόλου των πολιτών από την κεντρική κυβέρνηση, μέσω της χρηματοδότησής του από τη γενική φορολογία.

Το μοντέλο Beveridge εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας. Η βάση της φιλοσοφίας του και με δεδομένο ότι προσανατολίζεται προς την κάλυψη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας, είναι να εισάγει μια γενική προστασία και ένα πλαίσιο κοινωνικής ασφάλισης για όλους τους πολίτες μέσα από ένα ενιαίο, δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Στο σύστημα Beveridge, η πλειοψηφία των νοσοκομείων είναι δημόσια ενώ τα ιδιωτικά είναι λίγα, ενώ έχει σχεδιαστεί μια ενιαία διοίκηση με Υγειονομικές Περιφέρειες. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας γίνεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας είναι είτε κρατικοί είτε ελεγχόμενοι από το κράτος, τοπικά ή κεντρικά, ενώ οι γιατροί είναι κατά κανόνα δημόσιοι υπάλληλοι, ωστόσο υπάρχουν και ιδιωτικοί γιατροί που εισπράττουν τις αμοιβές τους από την κυβέρνηση. Αυτά τα συστήματα τείνουν να έχουν χαμηλό κατά κεφαλήν κόστος, επειδή η κατανομή των υπηρεσιών υγείας και οι πληρωμές των παρόχων ελέγχονται απευθείας από το κράτος.

Τα συστήματα τύπου Beveridge, σε αντίθεση με τα συστήματα τύπου Bismarck, που ως συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στοχεύουν στην αναπλήρωση του εισοδήματος μέσω της αρχής της ανταποδοτικότητας και χρηματοδοτούνται από εισφορές ανάλογες των αποδοχών ενώ οργανώνονται ανά επάγγελμα ή κλάδο, θεωρούνται συστήματα πρόληψης φτώχειας (κοινωνικής ασφάλειας). Υπ' αυτή την έννοια έχουν ως στόχο την εξασφάλιση ενός ελάχιστου αναγκαίου εισοδήματος, απαραίτητου για τη διαβίωση των ατόμων ενώ χρηματοδοτούνται κυρίως από την φορολογία. Οι χώρες που χρησιμοποιούν σήμερα το σχέδιο Beveridge ή παραλλαγές του περιλαμβάνουν τη γενέτειρα του Beveridge τη Μεγάλη Βρετανία, την Ισπανία, το μεγαλύτερο μέρος της Σκανδιναβίας και τη Νέα Ζηλανδία.

Στόχος του ΕΣΥ ήταν ότι θα αποσκοπούσε στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη όλου του ελληνικού πληθυσμού. Υπ' αυτή την έννοια το ΕΣΥ είναι το πρώτο βήμα που έγινε και είχε σαν στόχο την δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας που δίνει την δυνατότητα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των Κέντρων Υγείας και των

εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων καθώς και την παροχή δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Μέχρι την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, η πρωτοβάθμια περίθαλψη γινόταν είτε μέσω της παροχής υπηρεσιών από ιατρούς των ασφαλιστικών φορέων, είτε μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα ιδιωτών ιατρών, είτε μέσω των Κέντρων Υγείας και των νοσοκομείων. Από το τελευταίο φαίνεται ξεκάθαρα η συνύπαρξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας.

Σήμερα με βάση το ΕΣΥ, οι μονάδες υγείας χωρίζονται σε δύο τμήματα ως εξής: (α) Κέντρα Υγείας: Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση και (β) Νοσοκομεία: δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Για τους ασφαλισμένους σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους ή τον νεοσύστατο Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

3.2 Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στο Ε.Σ.Υ.

3.2.1 Η Δομή του Ε.Σ.Υ

Σήμερα με βάση το ΕΣΥ οι μονάδες υγείας χωρίζονται σε δύο τμήματα ως εξής: (α) Κέντρα Υγείας: Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση και (β) Νοσοκομεία: δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Σύμφωνα με την Έκθεση της διαΝΕΟσις με τίτλο «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», το ΕΣΥ περιλαμβάνει σήμερα 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ)¹ και 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, περίπου 200 πρώην Πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές που έχουν ενταχθεί πρόσφατα στο ΕΣΥ

¹ Μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.

συγκροτώντας μαζί με τα ΚΥ το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) καθώς και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές.

Οι μονάδες αυτές υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ),² οι οποίες ασκούν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό και, σε μικρότερο βαθμό, διοικητικό ρόλο. Ουσιαστικά, παρά την αποκεντρωμένη δομή του, η διοίκηση του ΕΣΥ εξακολουθεί να ασκείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας με κυρίαρχο τον ρόλο της εκάστοτε ηγεσίας του υπουργείου. Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητές και Δ.Σ. που ορίζει το υπουργείο Υγείας και τα ΚΥ, που υπάγονται διοικητικά στις ΥΠΕ, από διευθυντές ΕΣΥ οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ.

Στο Οργανόγραμμα του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας, υπάρχει Γενική Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών και Τεχνικής Υποστήριξης, στην οποία υπάγεται η Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού και Διοικητικής Υποστήριξης με τα ακόλουθα Τμήματα:

- α) Τμήμα Διαχείρισης και Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
- β) Τμήμα Σύστασης και Συγκρότησης Συλλογικών Οργάνων
- γ) Τμήμα Γραμματείας
- δ) Τμήμα Διοικητικής Μέριμνας και Διαχείρισης Υλικού
- ε) Τμήμα Οργάνωσης, Εκπαίδευσης και Στοχοθεσίας Οργανικών Μονάδων Κεντρικής Υπηρεσίας

Παράλληλα το Οργανόγραμμα διαθέτει Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας στην οποία υπάγεται αντίστοιχα η Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων με τα ακόλουθα Τμήματα:

- α) Τμήμα Ιατρών Εθνικού Συστήματος Υγείας
- β) Τμήμα Επιστημονικού, Νοσηλευτικού και Λοιπού Προσωπικού

² Με τον Ν. 3329/2005 δημιουργήθηκαν δεκαεπτά Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες στη συνέχεια, με το Ν. 3527/2007, συγχωνεύθηκαν σε επτά, και είναι οι ακόλουθες: 1η Υ.ΠΕ. Αττικής, 2η Υ.ΠΕ.Πειραιώς και Αιγαίου 3η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, 4η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης, 5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, 6η Υ.ΠΕ.Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και 7η Υ.ΠΕ. Κρήτης

γ) Τμήμα Ιατρών Υπαίθρου

δ) Τμήμα Ειδικευόμενων Ιατρών

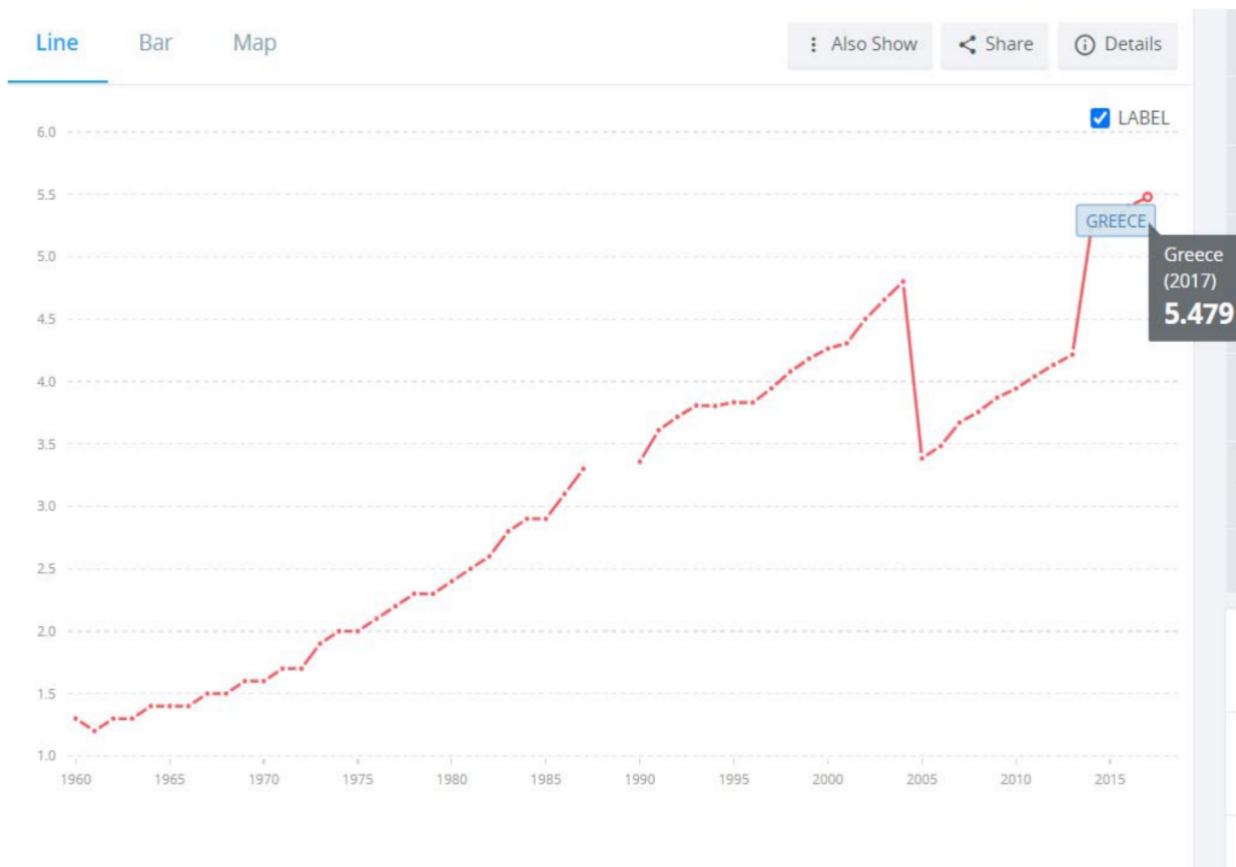
ε) Τμήμα Πειθαρχικών Υποθέσεων Ιατρών Κλάδου Ε.Σ.Υ.

3.2.2 Το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την Έκθεση της διαNEOσις με τίτλο «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας»,³ όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας στην Ελλάδα, η χώρα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό γιατρών (6,6 / 1.000 κατοίκους) μεταξύ των χωρών της ΕΕ, με μια αυξανόμενη τάση με την πάροδο των ετών. Η χώρα κατέχει επίσης την πρώτη θέση σχετικά με τον αριθμό των ιατρών σε πολλές ειδικότητες (π.χ. καρδιολόγοι, γυναικολόγοι-μαιευτήρες, νευροχειρουργοί, οφθαλμίατροι κ.λπ.). Στην περίπτωση των οδοντιάτρων, η Ελλάδα κατέχει την τρίτη υψηλότερη αναλογία (1,23 / 1.000pop) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Σύμφωνα επίσης με σχετικά στοιχεία του ΟΟΣΑ, από το 1960 έως και το 2017 (με εξαίρεση το 2015 όπου υπήρχε μια μείωση) ο αριθμός των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα αυξάνεται συνεχώς, φθάνοντας τους 5.479/1.000 κατοίκους το 2017.

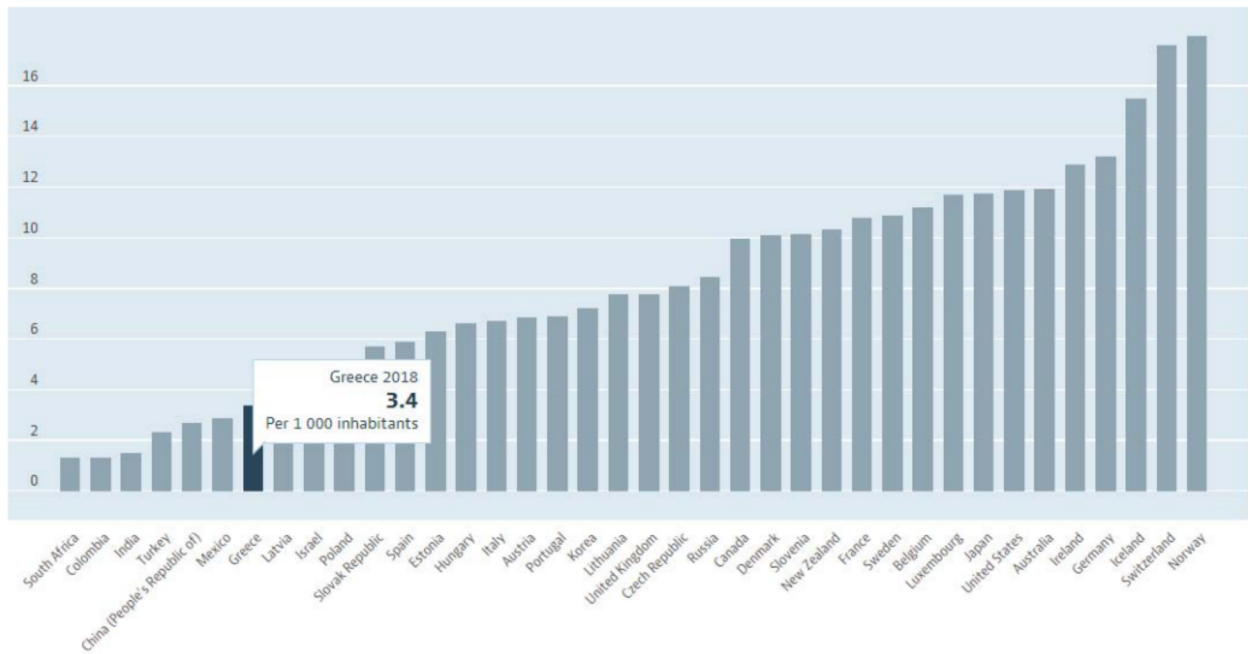
³ ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Φεβρουάριος 2020, https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf



Γράφημα 1. Αριθμός γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα (1960-2017).

Πηγή: World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, OECD

Από την άλλη πλευρά, η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ με ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού, 3,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.



Γράφημα 2. Αριθμός νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα
Πηγή: ΟΟΣΑ

Όσον αφορά τις μαίες, η Ελλάδα κατέχει επίσης την τελευταία θέση, με ποσοστό 0,24 / 1.000 κατοίκους, γεγονός που πιθανώς σχετίζεται με τον αυξημένο αριθμό των μαιευτήρων και του κυρίαρχου ρόλου τους στη φροντίδα της μητρότητας. Τέλος, σχετικά με τους φυσιοθεραπευτές (0,7 / 1.000 κατοίκους), από το 2011, έχει αναφερθεί μια αξιοσημείωτη αύξηση κατά 36% (Kaitelidou et al., 2021)

Παρόλο όμως που υπάρχει αυτός ο δυσανάλογα αυξημένος αριθμός γιατρών, η Ελλάδα αντιμετωπίζει ελλείψεις στους ιατρούς γενικής ιατρικής, καθώς η αναλογία τους το 2016 ήταν από τις χαμηλότερες στην ΕΕ-15 με μόνο 0,4 / 1000 κατοίκους. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε σημαντικά (υπερδιπλασιάστηκε), ενώ η αύξηση ανήλθε στο 51% παρά την ιατρική μετανάστευση, πιθανώς λόγω του κορεσμού των άλλων ειδικοτήτων και, κατά συνέπεια, λόγω της απόφασης των νέων ιατρών να γίνουν γενικοί ιατροί. Επιπλέον, η χώρα αντιμετωπίζει αξιοσημείωτες ελλείψεις σε συγκεκριμένες ειδικότητες, όπως για παράδειγμα για ιατρούς του τομέα έκτακτων αναγκών, της γενικής ιατρικής, της γηριατρικής και της εντατικής περίθαλψης (Kaitelidou et al., 2021).

Η αποζημίωση γιατρών στον ιδιωτικό τομέα (αμοιβή για υπηρεσία) και η επακόλουθη ζήτηση που προκαλείται από τον προμηθευτή, ενδέχεται να εξηγήσουν εν μέρει την υπερπροσφορά

ορισμένων ιατρών, όπως παιδίατροι, γυναικολόγοι και μαιευτήρες. Ο ανεπαρκής σχεδιασμός για τις ιατρικές ειδικότητες, η πληρωμή αμοιβών για υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα και οι ανεπίσημες πληρωμές εκτός δημοσίου στον δημόσιο τομέα, έχουν δημιουργήσει τα βασικά κίνητρα για ζήτηση που προκαλείται από τους προμηθευτές και /ή την υπερπροσφορά ορισμένων τύπων ειδικών ιατρών στην Ελλάδα. Επιπλέον, έχει επίσης παρατηρηθεί σημαντική έλλειψη σε επαρκή αριθμό νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας που ειδικεύονται σε τομείς όπως η γηριατρική, η κοινοτική νοσηλευτική, η διαχείριση χρόνιων ασθενειών, η δημόσια υγεία κ.λπ. (Kaitelidou et al., 2021).

Παράλληλα όσον αφορά την γεωγραφική και τομεακή κατανομή των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες γεωγραφικής κατανομής μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση επαγγελματιών υγείας να βρίσκονται στην Αττική και σε άλλες αστικές περιοχές (με τους γιατρούς να κυμαίνονται από 92 στην Αττική έως 29 / 100.000 στην Κεντρική Ελλάδα και τους νοσηλευτές από 29 στην Αττική έως 8 / 100.000 στο Νότιο Αιγαίο το 2016).

CADRE	Greece	Attiki	AMK	KM	DM	Ipeiros	Thessalia	IoN	DE	SE	PeI	VA	NA	Kriti
I. Generalist medical practitioners	4	2	4	3	4	5	4,5	5	4	5	6	4,5	4	5,3
General Practitioners	3	1	4	3	3	4	3	3	3	3	4	2,9	3	4,7
Social Medicine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Practicing in rural areas as precondition to become trainees	1	1	0	0	1	1	1,5	2	1	2	2	1,6	1	0,6
II. Pediatricians	3	4	2	3	2	4	3	3	3	2	2	2	2	4
III. Specialist medical practitioners	38	52	26	39	4	40	32	30	38	19	22	26	22	35
IV. Without specialty	13	18	12	15	23	16	9	5	2	1	5	4	5	12
V. Trainees physicians in order to gain a specialty	8	15	10	1	3	1	6	2	6	1	3	1	0	6
Total Number of Physicians =I+II+III+IV+V	66	92	53	62	36	66	54,5	46	54	29	38	37,5	34	62
Nursing professionals (Hosp & Health Centers 2015) included Midwives & Health Visitors	20	27	21	18	16	25	19	13	16	9	11	14	8	22
Midwifery professionals (Hosp 2015)	2													
Nursing associate professionals (Hosp included practical nurses 2015)	14	21	18	18	16	27	21	16	15	8	12	18	16	15
Dentists (licenced)	12	16	9	12	10	10	11	8	10	9	9	8	9	11
Pharmacists	11	10	9	10	9	10	11	9	9	8	9	9	8	9
Physiotherapists (licenced)	7	9	6	7	5	5	6	7	6	5	5	6	4	5

Πίνακας 1. Κατανομή επαγγελματιών υγείας κατά ειδικότητα και Περιφέρεια το 2016

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι τα οικονομικά κίνητρα δεν αρκούν για την πρόσληψη και τη διατήρηση ιατρών, νοσοκόμων και άλλων επαγγελματιών υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές, καθώς επίσης και λόγω του ότι οι εφαρμογές τηλεϊατρικής δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς σε εθνικό επίπεδο, ενώ οι όποιες προσπάθειες έχουν πραγματοποιηθεί περιστασιακά και περιορισμένα, με αποτέλεσμα οι ιατροί να έχουν ακόμη λιγότερα κίνητρα να εργαστούν σε αγροτικές και / ή απομονωμένες περιοχές. Τέλος, καταγράφονται επίσης ανισορροπίες μεταξύ των τομέων υγείας, καθώς το ελληνικό σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης απορροφά ένα πολύ περιορισμένο μέρος του εργατικού δυναμικού του εθνικού συστήματος υγείας και επί του παρόντος υπάρχουν πολύ λιγότεροι ιατροί στην Ελλάδα από ό,τι στην ΕΕ, ενώ ο αριθμός των ειδικών είναι μεγαλύτερος (σε ορισμένες περιπτώσεις σημαντικά) από ό,τι στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση, έχει επιφέρει σημαντική ανησυχία και προβληματισμό για το ανθρώπινο δυναμικό το οποίο απασχολείται στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Ειδικότερα οι ανησυχίες έχουν να κάνουν με το ενδεχόμενο οι απολύσεις προσωπικού, η υποστελέχωση των υπηρεσιών και οι μειώσεις μισθών, να οδηγήσουν σε μια έλλειψη προσωπικού και αντίστοιχη αύξηση του φόρτου εργασίας, επηρεάζοντας με τον τρόπο αυτό και τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού και το αν μπορούν αποτελεσματικά να ανταποκριθούν στις ανάγκες. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εργάζονται σε δύσκολα εργασιακά περιβάλλοντα είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση (Leiter, 2009). Μετά την υπογραφή του πρώτου μνημονίου του 2010 κι εντεύθεν, η ελληνική οικονομία παραμένει έως και σήμερα σε βαθιά ύφεση παρόλο που λήφθηκαν ιδιαιτέρως δύσκολα μέτρα δημοσιονομικής αναπροσαρμογής. Η οικονομική ύφεση όξυνε τα προβλήματα υγείας του γενικού πληθυσμού και παράλληλα αύξησε το φορτίο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο έχει να αντιμετωπίσει από τη μια την υποχρηματοδότησή του και από την άλλη, τις όλο και περισσότερο αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών για φροντίδας υγείας. Οι μνημονιακές δεσμεύσεις που ανέλαβε η χώρα έναντι των δανειστών της, συνέβαλλαν στην ύπαρξη ακόμα μεγαλύτερων περικοπών δαπανών με υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ καθώς ελαχιστοποιήθηκαν οι προσλήψεις. Σήμερα πλέον, οι αναλογίες ιατρού / ασθενή και νοσηλευτή / ασθενή συχνά είναι σημαντικά μικρότερες από τα προβλεπόμενα στα πρότυπα ασφαλείας.

Σύμφωνα με την Έκθεση της διαΝΕΟσις με τίτλο «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», στην Ελλάδα παρατηρείται προβληματική ανάπτυξη και

διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, γεγονός το οποίο αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της πολιτικής υγείας που υλοποιείται στη χώρα. Η Έκθεση επισημαίνει ως πιο χαρακτηριστικό της στρεβλής ανάπτυξης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, τη δυσαναλογία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο υπηρετεί στο ΕΣΥ γεγονός που εκβάλλει στο υψηλότερο κόστος παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

Ένας λόγος για την εξέλιξη αυτή σύμφωνα με τους συντάκτες της έρευνας, είναι το εκπαιδευτικό σύστημα, το οποίο μη λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του συστήματος υγείας σε ανθρώπινο δυναμικό δεν προβαίνει σε ορθολογικό σχεδιασμό και προγραμματισμό των θέσεων εισαγωγής στις σχολές υγείας, αλλά όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η έκθεση «ακολουθεί μια αυτόνομη πορεία προγραμματισμού θέσεων». Το συγκεκριμένο πρόβλημα αποδίδεται επίσης σε μεγάλο βαθμό στην όχι επαρκή ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των δυο Υπουργείων και συγκεκριμένα του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας, ώστε να σχεδιαστεί από κοινού ένας προγραμματισμός για την εισαγωγή στις Πανεπιστημιακές Σχολές Υγείας.

Με βάση τα στοιχεία της Έκθεσης, η εξαιρετικά περιορισμένη συνολική παρουσία ανθρώπινου δυναμικού στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι αρκούντως ανησυχητική και αναδεικνύει φόβους για το μέλλον. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο ΕΣΥ, απασχολείται με βάση την Έκθεση, μόνο το 5,4% του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού, τη στιγμή που με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, το σχετικό αντίστοιχο ποσοστό είναι πάνω από 11% στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2017).

Με δεδομένο μάλιστα ότι ο τομέας υγείας αποτελεί έναν κλάδο ο οποίος παρά το γεγονός της σημαντικής εξέλιξης στην ιατρική τεχνολογία, εξακολουθεί σε μεγάλο βαθμό να είναι εξαρτημένος από την εργασία, η υποστελέχωσή του, αντικατοπτρίζει το χαμηλό επίπεδο της ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες του γενικού πληθυσμού, προκαλώντας παράλληλα μια όχι θετική εικόνα, του συστήματος υγείας στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν έχουν λόγους για να παραμείνουν ενεργοί στο ΕΣΥ ζητώντας επαγγελματική εξέλιξη σε χώρες του εξωτερικού.

Μάλιστα η σχεδόν παντελής απουσία κινήτρων αλλά και η μη σύνδεση απόδοσης με συστήματα αμοιβών, έχει οδηγήσει στο ότι οι αμοιβές του προσωπικού υγείας, οι οποίες καλύπτουν περίπου το 45-50% του προϋπολογισμού του τομέα υγείας, είναι ανεξάρτητες από τον όγκο και την ποιότητα του παραγόμενου έργου. Τέλος η γήρανση του υγειονομικού προσωπικού σε συνδυασμό με την υποστελέχωση αλλά και τις μαζικές εξόδους, έχει συμβάλλει

στο ότι οι γιατροί στο πλαίσιο του ΕΣΥ βρίσκονται πλέον σήμερα, σε σημαντική εργασιακή κόπωση.

Προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης των σχετικών προβλημάτων, το 2016, αναπτύχθηκε η δράση «Ενίσχυση της Ικανότητας για Καθολική Κάλυψη» (SCUC), η οποία υλοποιήθηκε με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω μιας συμφωνίας επιχορήγησης μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του ΠΟΥ Ευρώπης σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας με οικονομική υποστήριξη από την Υπηρεσία Υποστήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (SRSS) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Στόχος της δράσης SCUC, ήταν να παράσχει την απαραίτητη τεχνική βοήθεια για την ενίσχυση της καθολικής πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, την καθιέρωση μιας πιο διαφανούς, χωρίς αποκλεισμούς εκσυγχρονισμένης διακυβέρνησης του ΕΣΥ μέσω μιας αποτελεσματικής διακυβέρνησης, εξασφαλίζοντας μια δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση. Μια σημαντική δραστηριότητα στο πλαίσιο αυτής της πρωτοβουλίας ήταν η υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδίου για το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία (HRH).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι σε κάθε περίπτωση, υπάρχει έλλειψη κατάλληλου σχεδιασμού ανθρώπινων πόρων στην υγεία και ειδικότερα στο ΕΣΥ. Αυτό γιατί δεν υπάρχει σωστός σχεδιασμός εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, ούτε κεντρικά σχεδιασμένος προγραμματισμός για την πρόσληψη ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας με βάση τις ανάγκες. Παράλληλα η έλλειψη ειδικών πολιτικών μοχλών για την αντιμετώπιση των ανισορροπιών στο εργατικό δυναμικό οδήγησαν σταδιακά σε μη ορθολογική κατανομή και ανισορροπίες. (Kaitelidou et al., 2020).

Λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχει παρακολούθηση της εισροής επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, είτε της ειδικότητας είτε του αριθμού, τους, το σύστημα προγραμματισμού είναι στην πραγματικότητα προσανατολισμένο στην προσφορά, ταιριάζοντας το υπάρχον προσωπικό με τις υπηρεσίες και όχι το αντίστροφο, και ως εκ τούτου οδηγεί σε δυσκολίες προγραμματισμού.

Ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ είναι η έλλειψη μια εθνικής βάσης δεδομένων για τον τομέα της υγείας, καθώς επίσης και τα μη ενημερωμένα με πλήρη στοιχεία μητρώα για τους ανθρώπινους πόρους στην Ελλάδα που δεν είναι διαθέσιμα σε ένα κεντρικό αποθετήριο. Ειδικότερα δεν υπάρχει εθνικό σύστημα

παρακολούθησης δεδομένων από όλες τις διαθέσιμες πηγές, ενώ επίσης δεν υπάρχει τμήμα υπεύθυνο για τις πληροφορίες για την Ανθρώπινη Ανάπτυξη.

Αυτό σημαίνει ότι κάθε προσπάθεια προσδιορισμού του μεγέθους και των βασικών χαρακτηριστικών του εργατικού δυναμικού για την υγεία απαιτεί κάποιο επίπεδο ανάλυσης και σύνθεσης των διαθέσιμων πληροφοριών από πολλές πηγές, ενώ οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων δεν έχουν συχνά άμεση πρόσβαση στα δεδομένα για τη λήψη αποφάσεων στην διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία. Επίσης δεν υπάρχει μέσα από ένα εθνικό σύστημα, παρακολούθηση του αριθμού των αποφοίτων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων επαγγελματιών υγείας (εισροές), των επαγγελματιών υγείας που μεταναστεύουν διεθνώς (εκροές) καθώς επίσης και των αποθεμάτων επαγγελματιών υγείας, ενώ τα μητρώα των επαγγελματιών υγείας συχνά δεν ενημερώνονται. Στην πραγματικότητα, υπάρχει έλλειψη δεδομένων σχετικά με πολλές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και ειδικά στοιχεία που αφορούν τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού (γεωγραφικά, τομεακά, ηλικία και φύλο, δεξιότητες κ.λπ.). (Kaitelidou et al., 2020).

Οι υπάρχουσες βάσεις δεδομένων δεν είναι μόνο κατακερματισμένες, αλλά και συγκεχυμένες, καθώς υπάρχουν πολλές διαφορές στους ορισμούς και τους προτεινόμενους δείκτες μεταξύ αυτών και του πλαισίου του ΠΟΥ για την αξιολόγηση της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού των επαγγελματιών υγείας. Μερικά από τα κύρια προβλήματα που προκύπτουν κατά τη συγκέντρωση των κατάλληλων δεδομένων είναι τα ακόλουθα: (i) δεδομένα για επαγγελματίες υγείας που, εκτός από τον τομέα της υγείας, εργάζονται επίσης σε άλλους τομείς, (ii) δεδομένα για επαγγελματίες υγείας που αποφοιτούν στο εξωτερικό και απασχολούνται σε επαγγέλματα χωρίς υποχρέωση για αναγνώριση των προσόντων τους, (iii) συνταξιοδότηση και άλλος λόγος απόσυρσης από την εργασία στον τομέα της υγείας, (iv) απασχόληση ιατρών σε ιδιωτικά νοσοκομεία κ.λπ. Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα είναι η αβεβαιότητα σχετικά με τη διαθεσιμότητα εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας λόγω του υψηλού ποσοστού ανεργίας (Kaitelidou et al., 2020).

4. Μελέτη Περίπτωσης: Πανδημία COVID19 και Ε.Σ.Υ

4.1 Σύντομη Ανασκόπηση της Παρούσας Πανδημίας

Τον Δεκέμβριο του 2019, η πόλη Wuhan της επαρχίας Hubei, κατέστη το κέντρο μιας επιδημίας πνευμονίας, αγνώστου αιτιολογίας με παγκόσμια εξάπλωση. Η επιδημία πιστεύεται ότι ξεκίνησε από τοπική αγορά θαλασσινών και άγριων βρώσιμων ζώων (Zhu et al., 2020). Η πρώτη ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων ήταν η 1η Δεκεμβρίου 2019. Η συμπτωματολογία αυτών των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων πυρετού, αδιαθεσίας, ξηρού βήχα και δύσπνοιας, διαγνώστηκε ως ιογενής πνευμονία (Huang et al., 2020). Αρχικά, η ασθένεια ονομάστηκε από τον Τύπο πνευμονία Wuhan λόγω της περιοχής εμφάνισης των συμπτωμάτων της πνευμονίας. Τα αποτελέσματα προσδιορισμού αλληλουχίας ολόκληρου του γονιδιώματος έδειξαν ότι ο αιτιολογικός παράγοντας είναι ένας νέος κορωνοϊός (Zhu et al., 2020).

Οι κοροναϊοί προκαλούν λοιμώξεις σε πτηνά και ζώα, ενώ τις τελευταίες δεκαετίες και στους ανθρώπους. Σύμφωνα με τους Zhu et al., (2020:4) «ο νέος κορωνοϊός, που προσομοιάζει στον ιό της γρίπης, και εμφανίζει συγγένεια με τον SARS και MERS. Το γονιδίωμα του SARS-CoV-2 (COVID-19) αποτελείται από μια απλή μονή αλυσίδα RNA. Η ανάλυση της αλληλουχίας του γενετικού του υλικού, έδειξε ότι ο COVID-19 κατέχει την τυπική γενετική μορφολογία των κοροναϊών, και ανήκει στην κατηγορία β-κοροναϊών. (Zhang et al., 2020).

Ο Κορωνοϊός-2 του Σοβαρού Οξέος Αναπνευστικού Συνδρόμου (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2) είναι ένας θετικός, μονόκλωνος ιός RNA που προκαλεί την ασθένεια του κορωνοϊού 2019 (COVID-19). Ως προς την ιολογία του ο SARS-CoV-2 είναι ένα σφαιρικό σωματίδιο με περίβλημα, διαμέτρου περίπου 120 nm που περιέχει ένα θετικό νήμα μονόκλωνο RNA γονιδίωμα. Ανήκει στην υποοικογένεια Coronavirinae, στην οικογένεια Coronaviridae και στην τάξη Nidovirales. Το γονιδίωμα RNA του SARS-CoV-2 περιέχει ένα καπάκι 5' μεθυλ-γουανωσίνης και ένα μόριο RNA με 29.903 βάσεις νουκλεοτιδίων. Κατατάσσεται ως βήτα-κοροναϊός (βCoV) [γενεαλογία Β] και είναι το έβδομο μέλος της οικογένειας των κοροναϊών που μολύνει ανθρώπους (Wu et al., 2020).

Έχει αποδειχθεί ότι οι νυχτερίδες και τα τρωκτικά είναι οι πηγές γονιδίων των περισσότερων αCoVs και βCoVs, ωστόσο, τα είδη πτηνών είναι οι πηγές γονιδίων των περισσότερων δCoVs και γCoVs. Τα στελέχη HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-HKU1 και HCoV-OC43 του

ανθρώπινου κοροναϊού (HCoV) προκαλούν συνήθως ήπιες, αυτοπεριοριζόμενες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως το κοινό κρυολόγημα (Yin και Wunderink, 2018). Ωστόσο, οι SARS-CoV, MERS-CoV και SARS-CoV-2 μπορούν να προκαλέσουν σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο και να οδηγήσουν σε απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Reusken et al., 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χαρακτήρισε προσωρινά τον νέο κορωνοϊό ως coronavirus (2019-nCoV) στις 12 Ιανουαρίου 2020 και στη συνέχεια στις 12 Φεβρουαρίου 2020 ονόμασε επίσημα αυτήν τη μολυσματική νόσο ως κορωνοϊό 2019 (COVID-19). Αργότερα, η Διεθνής Επιτροπή Ταξινόμησης των ιών (ICTV) χαρακτήρισε επίσημα τον ιό ως SARS-CoV-2 με βάση τη φυλογενότητα και την ταξινόμησή του (Coronaviridae Study Group, 2020).

Στη συνέχεια, η μετάδοση του COVID-19 από άνθρωπο σε άνθρωπο που πραγματοποιήθηκε στο Χονγκ Κονγκ αποδείχθηκε και σε κλινικά δεδομένα (Chan et al., 2020). Από τότε που ο ιός COVID-19 εμφανίστηκε αρχικά στην Κίνα, εξελίχθηκε για τέσσερις μήνες και εξαπλώθηκε γρήγορα σε άλλες χώρες παγκοσμίως ως παγκόσμια απειλή. Στις 11 Μαρτίου 2020, ο ΠΟΥ έκανε τελικά την εκτίμηση ότι ο COVID-19 μπορεί να χαρακτηριστεί ως πανδημία, μετά τη γρίπη της Ισπανίας το 1918 (H1N1), τη γρίπη της Ασίας 1957 (H2N2), τη γρίπη του Χονγκ Κονγκ 1968 (H3N2) και την πανδημική γρίπη του 2009 (H1N1), που προκάλεσε περίπου 50 εκατομμύρια, 1.5 εκατομμύριο, 1 εκατομμύριο και 300.000 ανθρώπινους θανάτους, αντίστοιχα (Johnson and Mueller, 2012; Kain and Fowler, 2019; Simonsen et al., 1998).

Η νόσος εξαπλώθηκε ραγδαία σε όλο τον κόσμο μέσω ταξιδιωτών και μεταδόθηκε σε άλλες περιοχές της Κίνας, της Ασίας, της Ευρώπης, της Αμερικής και της Αυστραλίας. Έτσι ο ΠΟΥ (WHO) χαρακτήρισε το φαινόμενο ως Πανδημία. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι εντός 30 ημερών μια τοπική επιδημία κατέστη πανδημία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα κρούσματα Κορωνοϊού την πρώτη εβδομάδα του Μαρτίου 2021 ανήλθαν σε 121.197.710 και οι θάνατοι που αναφέρθηκαν παγκοσμίως σε 2.680.445. Η αμερικανική ήπειρος ήταν μεταξύ αυτών με τον υψηλότερο αριθμό περιπτώσεων (3.987.543) με τις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Βραζιλία να βρίσκονται στην κορυφή (2.137.731 και 923.189 κρούσματα αντίστοιχα).

Ο SARS-CoV-2 μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο με αναπνευστικά σταγονίδια, στενή επαφή με ασθενείς που πάσχουν από το ιό, και πιθανώς με επαφή από το στόμα αλλά και από κόπρανα (Hindson et al., 2020). Αποδείχθηκε πρόσφατα ότι η αερομεταφερόμενη

μετάδοση είναι εξαιρετικά μολυσματική και αντιπροσωπεύει την κυρίαρχη οδό εξάπλωσης της νόσου (Zhang et al., 2020).

Η πλειονότητα των ατόμων που έχουν προσβληθεί από SARS-CoV-2 (80%) είναι ασυμπτωματικά ή παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα, πιθανότατα λόγω μιας καλής ανοσολογικής απόκρισης ικανής να καθορίσει την πρόοδο της νόσου (Nelemans και Kikkert, 2019). Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασυμπτωματικοί ασθενείς μπορούν να μολύνουν άλλους με SARS-CoV-2 (Aguirre-Duarte, 2020; Hu et al., 2020). Από την άλλη πλευρά, τα συμπτωματικά άτομα μπορεί να εξελιχθούν σε πιο σοβαρά ως προς τα συμπτώματα της νόσου και ενδεχομένως να καταλήξουν.

Ο καλύτερος τρόπος για την πρόληψη της μετάδοσης και της ασθένειας είναι η αποφυγή της έκθεσης στον ιό. Ως εκ τούτου, ορισμένες συστάσεις περιλαμβάνουν συχνό πλύσιμο των χεριών, αποφυγή συνωστισμού και στενής επαφής, λήψη προστατευτικών μέσων με κάλυψη του στόματος και της μύτης με μάσκα, κάλυψη βήχα και φτερνίσματος και καθαρισμός και απολύμανση των συχνά αγγιζόμενων επιφανειών καθημερινά (Center for Disease Control, 2020). Από αυτήν την άποψη, η χρήση μάσκας προσώπου περιλαμβάνεται στα πιο αποτελεσματικά μέσα για την αποτροπή της ανθρώπινης μετάδοσης (Zhang et al., 2020).

4.2 Μέτρα Αντιμετώπισης της Πανδημίας σε Επίπεδο Πολιτικών Υγείας

Μέσα σε ένα διάστημα ενός έτους, ο κόσμος έχει αλλάξει γρήγορα ως αποτέλεσμα της εξάπλωσης του ιού του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) που αναφέρθηκε τις τελευταίες ημέρες του 2019. Μέχρι σήμερα, καμία χώρα παγκοσμίως δεν έχει αναφέρει ότι δεν υπάρχουν κρούσματα κορωνοϊού εντός των συνόρων της. Λόγω της ταχείας εξάπλωσης και της αβεβαιότητας σχετικά με τη φύση, την παθολογία, την πρόγνωση, την εξάπλωση του ιού, δεν υπάρχει ενιαίο σχήμα αντιμετώπισης της πανδημίας σε κλινική, κοινωνική ή οικονομική κλίμακα.

Διαφορετικές χώρες υιοθετούν διαφορετικά μέτρα πολιτικών υγείας για την ανίχνευση, τη θεραπεία, τον μετριασμό και την εξάλειψη του ιού εντός των συνόρων τους. Το σύστημα υγείας των χωρών αποτελεί μια κρίσιμη παράμετρο για την λήψη των σχετικών μέτρων πολιτικής κατά περίπτωση για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού αλλά και γενικότερα πανδημιών. Για παράδειγμα, το ελληνικό σύστημα είναι ένα μικτό σύστημα που περιλαμβάνει ένα κυρίαρχο

σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας και μια συμπληρωματική αγορά εθελοντικής ασφάλισης υγείας.

Ορισμένα από τα μέτρα που λαμβάνονται επηρεάζονται από το υπάρχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται σε εισροή περιπτώσεων COVID-19. Ως αναπνευστική νόσος, οι ασθενείς με σοβαρό COVID-19 είναι πιθανό να χρειάζονται εντατική φροντίδα και να χρησιμοποιούν αναπνευστήρες. Εκτός από την εστίαση στον ιό, πολλές χώρες έχουν εξετάσει τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας και, ως εκ τούτου, έχουν αναλάβει αρκετές οικονομικές πρωτοβουλίες θεσπίζοντας σχετικά μέτρα οικονομικής πολιτικής για την ανακούφιση αυτών που πλήττονται και την τόνωση των επηρεαζόμενων τομέων στην αγορά.

Τα στοιχεία από χώρες που έχουν βιώσει το ξέσπασμα του Sars-CoV-2 για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα υποδηλώνουν ότι εκείνες οι χώρες που έχουν σημαντικά ποσοστά πληθυσμού με χρόνιες παθήσεις ή πληθυσμού που εμπλέκεται σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας, κινδυνεύουν περισσότερο από σοβαρές συνέπειες του COVID-19. Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να σχετίζονται με την πρόγνωση των ενεργών περιπτώσεων COVID-19, εξετάζεται κατά περίπτωση ο επιπολασμός των χρόνιων παθήσεων, η χρήση καπνού και η κατανάλωση αλκοόλ. Για παράδειγμα η Ελλάδα έχει ένα ιδιαίτερος υψηλό ποσοστό πληθυσμού + 15 ετών που είναι καπνιστές καθημερινά (27%), σε σχέση με άλλες χώρες.

Στις 26 Φεβρουαρίου 2020 έχουμε το πρώτο κρούσμα στην Ελλάδα και στις 5 Μαρτίου τα κρούσματα ανήλθαν στα 31. Στις 9/ 10 και 11 Μαρτίου 2020 συγκροτείται η Επιτροπή Διαχείρισης της Πανδημίας (Επιτροπή Διαχείρισης Κρίσεων) στην Περιφέρεια της Αττικής και με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών δημιουργείται κοινή Επιτροπή Διαχείρισης Κρίσης

Τα δυο βασικά στοιχεία που αφορούν τα μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας σε επίπεδο πολιτικών υγείας είναι η εξασφάλιση των υποδομών καθώς και του υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση της επιδημίας COVID-19, καθώς μπορεί να υπάρχει τόσο αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας όσο και μειωμένη διαθεσιμότητα εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Παρά την αναποτελεσματικότητα διαφόρων κρατών στην λήψη αποτελεσματικών μέτρων διαχείρισης της τρέχουσας πανδημικής υγειονομικής κρίσης, η Ελλάδα βελτίωσε την αποτελεσματικότητα μέσω των ακόλουθων μέτρων:⁴

- Το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ Α.Ε), μια δημόσια εταιρεία θυγατρική εταιρεία του "Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων" που ενεργεί για λογαριασμό των ελληνικών αρχών Υγείας, διασφαλίζει τις εισαγωγές και τη διανομή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών προμηθειών, συμπεριλαμβανομένου του Εξοπλισμού Ατομικής Προστασίας, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας μετά τις απαραίτητες εγκρίσεις από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων) ·

- Το Υπουργείο Υγείας (σε συντονισμό με την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ)⁵, σε μια προσπάθεια να κατανείμει αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους, έχει δημιουργήσει ένα Ψηφιακό Μητρώο που παρακολουθεί το απόθεμα και τη χρήση όλου του σχετικού με τον COVID-19 εξοπλισμού (γάντια, μάσκες, προστατευτικά εργαλεία για ιατρικό προσωπικό κ.λπ.), καθώς και την χωρητικότητα των νοσοκομειακών κρεβατιών και την χωρητικότητα των κλινών εντατικής θεραπείας, σε πραγματικό χρόνο. Τα δεδομένα χρησιμοποιούνται επίσης στην οικονομετρική μοντελοποίηση μέσω του οποίου προβλέπονται μελλοντικές ανάγκες.

- Σημαντικές χρηματικές δωρεές και δωρεές σε είδος (κυρίως ιατρικά αναλώσιμα, όπως μάσκες, κλίνες εντατικής θεραπείας, οθόνες, αναπνευστικές συσκευές) έχουν επίσης αποδοθεί στο Υπουργείο Υγείας. Για παράδειγμα στις 21 Μαρτίου 2020, η κινεζική κυβέρνηση παρείχε περίπου 20 τόνους ιατρικών προμηθειών στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων 670.000 масκών προσώπου και σετ προστατευτικών εργαλείων. Έντεκα τόνοι ιατρικών προμηθειών από τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα έφτασαν επίσης στην Ελλάδα στις 26 Μαρτίου 2020. Οι προμήθειες και ο εξοπλισμός διανεμήθηκαν σε νοσοκομεία σε όλη τη χώρα. Στο πλαίσιο αυτό, συστάθηκε μια ταχεία και διαφανής διαδικασία αποδοχής όλων των δωρεών, τόσο σε είδη

⁴ WHO, Policy responses for Greece, <https://www.covid19healthsystem.org/countries/greece/livinghit.aspx?Section=2.1%20Physical%20infrastructure&Type=Section>

⁵ Η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.4472/ΦΕΚ Α' 74/19-5-2017) και έχει ως σκοπό, όπως αυτός καθορίζεται από τον ν. 4472/2017, την εξασφάλιση υλοποίησης κεντροποιημένων Προμηθειών, όπως επίσης και τον έλεγχο ανάληψης, κατανάλωσης, τιμολόγησης όλου του εφοδιαστικού κύκλου προμήθειας προϊόντων και υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Πηγή: ΕΚΑΠΥ.

νοσοκομειακού εξοπλισμού, όσο και χρηματικών δωρεών και για το σκοπό αυτό συστάθηκε τριμελής Επιτροπή ελέγχου και λογοδοσίας αξιοποίησης χρηματικών δωρεών.

- Χορηγήθηκαν άδειες για την εγχώρια παραγωγή αντισηπτικών, αυξάνοντας τη χωρητικότητα από περίπου 600.000 τεμάχια / ημέρα σε 1 εκατομμύριο και ενθαρρύνθηκε η παραγωγή τριοδιάστατων εκτυπωτών.

- Η ελληνική κυβέρνηση ενθάρρυνε τις ιδιωτικές επενδύσεις για την εγχώρια παραγωγή προστατευτικών масκών προσώπου, ήδη από τον Μάιο του 2020.

- Οι εγχώριες φαρμακευτικές εταιρείες ξεκίνησαν έγκαιρα δοκιμές για την παραγωγή φαρμάκων με βάση τη χλωροκίνη ως περαιτέρω προσπάθεια ενίσχυσης της προσπάθειας για την αντιμετώπιση της πανδημικής κρίσης.

Παράλληλα, λήφθηκαν σημαντικά μέτρα αναδιάρθρωσης για να διασφαλιστεί η κάλυψη για ασθενείς με COVID-19. Έτσι δημόσια νοσοκομεία μετατράπηκαν σε νοσοκομεία αναφοράς COVID-19. Επίσης σε επιλεγμένα γενικά νοσοκομεία, ιατρικοί θάλαμοι και μονάδες εντατικής θεραπείας προορίζονται επίσης μόνο για ασθενείς με COVID-19.

Όσον αφορά τα νοσοκομειακά κρεβάτια, είναι γεγονός ότι με την έναρξη της τρέχουσας επιδημίας, το ελληνικό σύστημα υγείας είχε περιορισμένη χωρητικότητα για νοσηλεία ασθενών με εξαιρετικά μολυσματικές ασθένειες, ειδικά σε θαλάμους απομόνωσης αρνητικής πίεσης ή μεμονωμένα δωμάτια, μερικά από τα οποία είχαν ήδη καταληφθεί από υπάρχουσες περιπτώσεις που απαιτούν απομόνωση (TBC, μηνιγγίτιδα, ανοσοκαταστολή, μεταμοσχεύσεις κ.λπ.).

Μέσω όμως συντονισμένων δράσεων και της συνεργασίας των Διοικήσεων του Υπουργείου Υγείας και των Νοσηλευτικών Μονάδων, άμεσα έως τις 31 Μαρτίου 2020 εξασφαλίστηκαν 3.307 κρεβάτια για νοσηλεία των περιπτώσεων COVID-19, ενώ ως τις 16 Απριλίου, είχαν συγκεντρωθεί 4.007 νοσοκομειακά κρεβάτια. Όσον αφορά δε τις κλίνες εντατικής θεραπείας στο πρώτο κύμα της πανδημίας, τον Φεβρουάριο του 2020, υπήρχαν συνολικά 565 δημόσια κρεβάτια εντατικής θεραπείας στην Ελλάδα διαθέσιμα για πιθανή νοσηλεία των περιπτώσεων COVID-19. Μέχρι τις 31 Μαρτίου, ο συνολικός αριθμός κλινών εντατικής θεραπείας αυξήθηκε σε 870, με την πλειονότητα αυτών να βρίσκεται σε δημόσια νοσοκομεία.

Η αρχική αύξηση του συνολικού αριθμού κλινών εντατικής θεραπείας προήλθε από:

- α) προσθήκη 85 νέων κλινών εντατικής θεραπείας σε δημόσια Νοσοκομεία.

β) μετατροπή μονάδων υψηλής εξάρτησης (HDU), καθώς και θαλάμων αρνητικής πίεσης ή άλλων χώρων που είχαν την απαραίτητη υποδομή για μηχανικό αερισμό, σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

γ) Παροχή 30 μονάδων εντατικής θεραπείας από στρατιωτικά νοσοκομεία.

δ) Παροχή 137 κλινών εντατικής θεραπείας από ιδιωτικές κλινικές.⁶

Μέχρι τις αρχές Νοεμβρίου 2020, το Εθνικό Σύστημα Υγείας διέθετε 1006 κρεβάτια εντατικής θεραπείας (εκ των οποίων 825 βρίσκονται σε δημόσια νοσοκομεία, 32 κρεβάτια σε στρατιωτικά νοσοκομεία και 149 κρεβάτια σε ιδιωτικά νοσοκομεία), με δέσμευση της κυβέρνησης να προσεγγίσει 1.200 κλίνες ΜΕΘ έως το τέλος του έτους, αντανakλώντας τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Πράγματι, στις 7/12/2020 σύμφωνα με ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας υπήρχαν 1.305 κλίνες ΜΕΘ στη χώρα, ενώ έγιναν πάνω από 7.000 προσλήψεις στο Ε.Σ.Υ.⁷

Τα τελευταία ωστόσο στοιχεία μετά την έλευση του τρίτου κύματος της πανδημίας στη χώρα δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικά. Για παράδειγμα, την 18/3/2021 οι νοσηλεύόμενοι με κορωνοϊό σε όλη τη χώρα έφθασαν τους 4.648. Στα νοσοκομεία αναφοράς δεν υπάρχουν πλέον διαθέσιμες κλίνες την ώρα που ο αριθμός των ανθρώπων που διασωληνώνονται αυξάνεται σταθερά κάθε μέρα και στις 17/3/2021 έφτασε τους 630 με γιατρούς και επιστήμονες να μην κρύβουν τους φόβους τους ότι ο αριθμός αυτός μπορεί να υπερβεί τους 700. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε λίστα αναμονής για ένα κρεβάτι ΜΕΘ Covid είναι καθημερινά 30-35 ασθενείς.⁸

Στην Ελλάδα, η Εθνική Εκστρατεία Εμβολιασμού για την covid-19 βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη. Τα εμβόλια είναι εγκεκριμένα για την ασφάλεια, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά τους από τους αρμόδιους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον EMA (European Medicines Agency) και τον FDA (US Food and Drug Administration). Το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει αναπτύξει ένα σύστημα για την

⁶ Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). Αντιμετώπιση των ασθενών με λοίμωξη COVID-19, <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/11/covid-19-therapeutikosalgorithmos.pdf>

⁷ <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/8068-b-kikilias-1-305-oi-klines-meth-sth-xwra-panw-apo-7-000-proslhpseis-sto-e-s-y-problhmatismos-gia-to-trito-kyma>

⁸ <https://www.in.gr/2021/03/18/greece/koronaioi-empolemi-zoni-ta-nosokomeia-diasolinomenoi-stin-anamoni-gia-meth-plisiazei-epitaksi-idioton-giatron/>

διαχείριση του προγράμματος εμβολιασμού. Ειδικότερα, οι πολίτες προσέρχονται στα Εμβολιαστικά Κέντρα με προκαθορισμένο ραντεβού, ενώ κατά την προσέλευση γίνεται έλεγχος του ραντεβού και καταχώρηση στο ηλεκτρονικό σύστημα. Το Σύστημα Διαχείρισης Συνεδριών Εμβολιασμού κατά του κορωνοϊού, που σχεδιάζεται και λειτουργεί υπό την ευθύνη και εποπτεία της ΗΔΙΚΑ ΑΕ, έχει ως σκοπό τον προκαθορισμό της ημερομηνίας εμβολιασμού των προσώπων που έχουν εγγραφεί στο Σύστημα.

Ενδεικτικό της σοβαρότητας της κατάστασης είναι ότι στις 17/3/2021, ο Υπουργός Υγείας, απηύθυνε προειδοποίηση 48 ωρών σε πνευμονολόγους, παθολόγους και γενικούς ιατρούς, να συνδράμουν στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλιώς θα προχωρήσει σε επίταξη. "Σε διαφορετική περίπτωση κι αν τουλάχιστον 200 ιατροί των ως άνω ειδικοτήτων δεν ανταποκριθούν στο κάλεσμά μας, θα εισηγηθώ στον πρωθυπουργό της χώρας την λήψη του μέτρου της επίταξης υπηρεσιών ιατρών των ανωτέρω ειδικοτήτων για την κάλυψη των αναγκών του ΕΣΥ" είπε χαρακτηριστικά.⁹

Παράλληλα, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει αναπτύξει μια στρατηγική ελέγχων από το δημόσιο τομέα η οποία περιλαμβάνει: έλεγχο συμπτωματικών (νοσοκομειακών και ΚΥ), αντιμετώπιση συρροών, δειγματοληψίες σε περιοχές υψηλής επίπτωσης καθώς και προληπτικούς ελέγχους. Παράλληλα διενεργεί μέσω rapid tests, τυχαίους δειγματοληπτικούς ελέγχους ανά την επικράτεια με στόχο την διακοπή αλυσίδων μετάδοσης, την έγκαιρη πρόβλεψη και την ανίχνευση της αντικειμενικής ασυμπτωματικής διασποράς.¹⁰

4.3 Διαχείριση του Ανθρωπίνου Δυναμικού του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια της Πανδημίας

Η πανδημία Covid 19, αποδείχθηκε ότι επιτάχυνε την ανάγκη για γρήγορες αντιδράσεις σε μακροχρόνιες συστηματικές ελλείψεις, ενδημικές στη δομή του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ταχεία και εστιασμένη ανταπόκριση με τη σειρά της βελτίωσε την ικανότητα και το δυναμικό του συνολικού συστήματος με αποτέλεσμα την παροχή υπηρεσιών

⁹ <https://www.capital.gr/epikairoτητα/3532688/koronoios-epitaxi-idioton-giatron-proaniggeile-o-b-kikilias-an-den-antapokrithoun-entos-48-oron>

¹⁰ Υπουργείο Υγείας <https://covid19.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/%CE%A0%CE%9B%CE%91%CE%A4%CE%A6%CE%9F%CE%A1%CE%9C%CE%91-%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%93%CE%A7%CE%9F%CE%A5.pdf>

σε αυτούς που είναι πιο ευάλωτοι, αποτελεσματικότητα στην κινητοποίηση και συντήρηση των βασικών υπηρεσιών.

Μέχρι σήμερα, υπάρχουν 13 νοσοκομεία αναφοράς COVID-19 σε ολόκληρη τη χώρα και 4 νοσοκομεία αποκλειστικά για ασθενείς με COVID-19. Έχουν επίσης οριστεί θάλαμοι απομόνωσης, και σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια (υπάρχουν συνολικά 7 που περιλαμβάνουν τόσο υπηρεσίες πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας υγείας σε όλη τη χώρα) υπάρχει τουλάχιστον ένα νοσοκομείο αναφοράς με θάλαμο απομόνωσης αρνητικής πίεσης.

Επίσης είναι σημαντικό ότι στην περίοδο της πανδημίας προωθήθηκαν συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για την αγορά υπηρεσιών Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας από τον ιδιωτικό τομέα ώστε να χρησιμοποιούνται όποτε κρίνεται απαραίτητο για την κάλυψη πιθανών μελλοντικών αναγκών νοσηλείας COVID-19.

Παράλληλα έχει εκπονηθεί ένα σχέδιο έκτακτης ανάγκης σε περίπτωση που οι περιπτώσεις COVID-19 αυξηθούν δραματικά, πράγμα που συνεπάγεται την απαίτηση ιδιωτικών κλινικών (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός ατομικής προστασίας, φαρμακευτικά προϊόντα και προσωπικό).

Από τον Μάρτιο έως τον Αύγουστο, ολοκληρώθηκαν πάνω από 6.000 προσλήψεις υγειονομικών. Επίσης προωθήθηκαν προκηρύξεις μόνιμων θέσεων στο ΕΣΥ όπως ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων για τα Νοσοκομεία των επτά Υγειονομικών Περιφερειών, ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, σε νησιωτικές, παραμεθόριες και απομακρυσμένες περιοχές καθώς και νοσηλευτικού, παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού για Υγειονομικές Δομές σε όλη την επικράτεια.

4.4. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε ευρωπαϊκές χώρες

4.4.1 Η περίπτωση της Ιταλίας

Στο σημείο αυτό θα γίνει αναφορά στην εμπειρία της Ιταλικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (INHS) κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Το ξέσπασμα του COVID-19 στην Ιταλία ξεκίνησε στις 31 Ιανουαρίου 2020 με δύο περιπτώσεις που εισήχθησαν από την Κίνα. Στις 21 Φεβρουαρίου, ο πρώτος Ιταλός πολίτης με το COVID-19 επιβεβαιώθηκε ως το πρώτο κρούσμα (Pisano et al., 2020). Τον Φεβρουάριο του 2020, η ιταλική κεντρική κυβέρνηση εισήγαγε μέτρα που προορίζονταν αρχικά για τις περιοχές της λεγόμενης «κόκκινης ζώνης» που στη συνέχεια επεκτάθηκαν σταδιακά σε ολόκληρη την εθνική επικράτεια.

Η Ιταλία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως περιπτωσιολογική μελέτη, δεδομένου ότι παρόμοια με πολλές άλλες χώρες, υποβλήθηκε την τελευταία δεκαετία πριν από το ξέσπασμα της πανδημίας, σε μια μαζική διαδικασία μεταρρυθμίσεων του εθνικού συστήματος υγείας που βασίστηκε στο μοντέλο του «διοικητισμού» (managerialism) της υγειονομικής περίθαλψης.

Κατά συνέπεια στο ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας, έχουν πραγματοποιηθεί δραματικές αλλαγές στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία τριάντα χρόνια, με σημαντική μείωση των κρεβατιών και του προσωπικού υγείας. Παράλληλα στο ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας οι ευθύνες για την υγειονομική περίθαλψη έχουν αποκεντρωθεί στις περιφέρειες, αν και η κεντρική κυβέρνηση εξακολουθεί να διατηρεί βασικό ρόλο στη διασφάλιση ότι όλοι οι πολίτες έχουν ομοιόμορφη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, και η αυτονομία των περιφερειών στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας δημιούργησε διάφορες προσεγγίσεις στα τοπικά συστήματα υγείας, μία για κάθε διαφορετική ιταλική περιφέρεια, και ορισμένες περιφέρειες επικεντρώθηκαν περισσότερο στην προσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών, ενώ άλλες επικεντρώθηκαν περισσότερο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ως εκ τούτου, παρατηρούνται βαθιές διαφορές στα αποτελέσματα της υγείας σε διάφορες περιοχές όσον αφορά την προσβασιμότητα και την καταλληλότητα της περίθαλψης στο ιταλικό σύστημα υγείας (Ferrè et al., 2012; Cavalieri et al., 2016).

Ξεκινώντας τη δεκαετία του 1990, κατά τη διάρκεια του κύριου κύματος του διεθνούς κινήματος της Νέας Δημόσιας Διοίκησης (Hood, 1991) πραγματοποιήθηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που εισήγαγαν τη διαχείριση και την περιφερειοποίηση (Fattore, 2019): η κεντρική κυβέρνηση διατήρησε καθοδηγητικό ρόλο στον καθορισμό και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων για την υγεία και την οικονομική βιωσιμότητα των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ οι οικονομικά αυτόνομες και οικονομικά υπεύθυνες περιφέρειες ανέπτυξαν τα δικά τους σχέδια για την επίτευξη των στόχων υγείας που καθορίζονται από την κεντρική κυβέρνηση (Ferrè et al., 2012).

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης του COVID-19 έχει ανατρέψει πλήρως αυτήν την προσέγγιση, οδηγώντας σε αμφισβήτηση των μέτρων που υιοθετήθηκαν θεσμικά, τα τελευταία τριάντα χρόνια. Με τη θέσπιση πολλών ρυθμίσεων, η κεντρική κυβέρνηση εισήγαγε συγκεκριμένα μέτρα με άμεσο αντίκτυπο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και στη διαχείριση των νοσοκομείων. Τα μέτρα που υιοθετήθηκαν αποσκοπούσαν στην αύξηση της ικανότητας του ιταλικού συστήματος υγείας, η οποία έχει μειωθεί σε μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που σχεδιάζονται και υλοποιούνται από τη διοίκηση.

Η περίπτωση της Ιταλίας μπορεί να παρέχει χρήσιμα στοιχεία σχετικά με τη συζήτηση σχετικά με τη διαχείριση και την αποκέντρωση της υγειονομικής περίθαλψης σε περιόδους πανδημίας (Carinci, 2020). Οι μεταρρυθμίσεις που υιοθετήθηκαν κατά τους πρώτους μήνες της έκτακτης ανάγκης για την αντιμετώπιση της έκτακτης ανάγκης του COVID-19 αποσκοπούσαν κυρίως στην ενίσχυση των νοσοκομείων ώστε να αντιμετωπίσουν τις οξείες φάσεις της πανδημίας. Ορισμένες περιοχές επέκτειναν τον αριθμό κλινών σε λειτουργικές μονάδες νοσοκομείων. Άλλες περιοχές (όπως η περιφέρειες Λομβαρδίας και Μάρκε) αποφάσισαν να κατασκευάσουν νέες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις αποκλειστικά αφιερωμένες στη φροντίδα των ασθενών COVID 19, οι οποίες είχαν πολύ υψηλό κόστος κατασκευής για δομές που δεν χρησιμοποιήθηκαν ποτέ κατά το πρώτο κύμα λόγω της μείωσης των μολυσμένων ατόμων.

Με την έγκριση μεταγενέστερων ρυθμιστικών παρεμβάσεων (το νομοθετικό διάταγμα αριθ. 34 της 19ης Μαΐου 2020¹¹), η ιταλική κυβέρνηση εισήγαγε επείγουσες διατάξεις με στόχο την παρακολούθηση και την εφαρμογή της επιτήρησης της κυκλοφορίας του SARS-CoV-2, την επιβεβαίωση των κρουσμάτων και την ανίχνευση των επαφών τους για την άμεση αναχαίτιση τυχόν εστιών μετάδοσης του ιού, επιπλέον της διασφάλισης της έγκαιρης διαχείρισης των μολυσμένων ασθενών. Έτσι, η προσοχή στράφηκε στην παρακολούθηση και την πρόληψη της κυκλοφορίας του ιού για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και την αποφυγή ή τη μείωση των νοσηλείας.

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης COVID-19 επέβαλλε την εισαγωγή νέων μέτρων με στόχο την αύξηση των πόρων για την επέκταση της ικανότητας του ιταλικού εθνικού συστήματος υγείας. Έτσι, ο αριθμός των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε συνολικά από 11.062 το 2010 σε σύνολο 9750 το 2019. Επιπλέον, ως απάντηση στην κατάσταση έκτακτης ανάγκης COVID-19, το νέο διάταγμα υπογράμμισε την ανάγκη αύξησης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης που διατίθεται σε οργανισμούς δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, το διάταγμα Decreto legge nr. 34 της 19^{ης} Μαΐου 2020, προέβλεπε τη διάθεση περίπου 660 εκατομμυρίων ευρώ που διανεμήθηκε μεταξύ των ιταλικών περιφερειών για την πρόσληψη νέου προσωπικού υγείας.

Στις αρχές Μαρτίου 2020, η πίεση στο εθνικό σύστημα υγείας όσον αφορά τις ελλείψεις σε προσωπικό ήταν τέτοια με αποτέλεσμα η Κυβέρνηση να ανακοινώσει ότι οι συνταξιούχοι

¹¹ 2020. Decreto legge nr. 34 of 19 May 2020. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonche' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052) (GU Serie Generale n.128 del 19-05. Suppl. Ordinario n. 21.

γιατροί και νοσηλευτές καθώς και οι φοιτητές ιατρικής του τελευταίου έτους θα μπορούσαν να προσληφθούν από την εθνική υπηρεσία υγείας για έξι μήνες για να ενισχύσουν το εργατικό δυναμικό έκτακτης ανάγκης.

Για να αποφευχθεί η έλλειψη εργαζομένων υγείας, μια κατάσταση που διαιωνίστηκε επί δεκαετίες με την εφαρμογή ανεπαρκών πολιτικών προσλήψεων, η Ιταλική κυβέρνηση εξουσιοδότησε τις περιφέρειες για την πρόσληψη 20.000 εργαζομένων στον τομέα της υγείας διαθέτοντας 660 εκατομμύρια ευρώ για τον σκοπό αυτό. Ωστόσο, το γεγονός ότι την προηγούμενη της κρίσης περίοδο είχαν επιβληθεί σημαντικές δημοσιονομικές περικοπές στο ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας δυσχέρανε την διαχείριση της κρίσης όσον αφορά την επάρκεια του υγειονομικού προσωπικού. Κατά την περίοδο 2010 – 2019, το Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπέστη οικονομικές περικοπές άνω των 37 δισεκατομμυρίων ευρώ, καθώς και προοδευτική ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος ήταν 6,6% για τα έτη 2018-2020 ενώ προβλέπεται να μειωθεί περαιτέρω στο 6,4% το 2022 (Cartabellotta et al., 2019).

Υπάρχουν μαθήματα που πρέπει να αντληθούν από την τρέχουσα πανδημία COVID-19 στο Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πρώτον, η ιταλική αποκέντρωση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να περιόρισαν και να εξακολουθούν να περιορίζουν έως σήμερα, τις έγκαιρες παρεμβάσεις και την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στο ιταλικό σύστημα υγείας, ενώ πρέπει να υπάρξει καλύτερος εθνικός συντονισμός σε μια ενδεχόμενη νέα έξαρση του πανδημικού κύματος ή σε μια νέα μελλοντική πανδημία.

Δεύτερον, η ικανότητα και η χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι πιο ευέλικτη ώστε να ληφθούν υπόψη εξαιρετικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και την αντίστοιχη ανάγκη για στελέχωση του εθνικού συστήματος υγείας με το κατάλληλο υγειονομικό προσωπικό. Τρίτον, ως απάντηση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, πρέπει να θεσπιστούν σταθερές εταιρικές σχέσεις μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.

Τέλος, οι προσλήψεις προσωπικού πρέπει να προγραμματιστούν και να χρηματοδοτηθούν με ένα μακροπρόθεσμο όραμα, καθώς η πανδημική κρίση στην περίπτωση της Ιταλίας έδειξε ότι οι χρόνιες δυσλειτουργίες και ελλείψεις στην πρόσληψη του κατάλληλου αριθμού υγειονομικού προσωπικού δυσχέραναν την διαχείριση της πανδημικής κρίσης. Για το λόγο αυτό στο μέλλον, απαιτούνται συνεπείς επιλογές διαχείρισης και ισχυρή πολιτική δέσμευση για τη δημιουργία ενός πιο βιώσιμου συστήματος μακροπρόθεσμα.

4.4.2 Η περίπτωση της Γερμανίας

Σε όλη την περίοδο της πανδημίας COVID-19, η Γερμανία έχει δείξει έως σήμερα πολλά στοιχεία επιτυχίας στις τέσσερις φάσεις του πλαισίου ετοιμότητας και αντίδρασης: πρόληψη, ανίχνευση, περιορισμός και θεραπεία, αλλά και στη διαχείριση του υγειονομικού προσωπικού του εθνικού της συστήματος υγείας. Το απίστευτα δυνατό περιβάλλον της χώρας, συμπεριλαμβανομένου ενός καλού τοπικού συστήματος δημόσιας υγείας και υγειονομικής περίθαλψης και ειδικών επιστημονικών ιδρυμάτων, έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό σε αυτήν την ευρεία πρόοδο.

Η Γερμανία δεν απέτρεψε το ξέσπασμα του COVID-19, αλλά τα ισχύοντα πρωτόκολλα πρόληψης διευκόλυναν την αντίδραση της χώρας στο ξέσπασμα της πανδημίας. Αυτά τα πρωτόκολλα περιελάμβαναν πρώιμο καθορισμό τεστ, υψηλά επίπεδα τεστ (στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Γερμανία κατέχει ηγετική θέση στις δοκιμές ανά επιβεβαιωμένη περίπτωση), μια αποτελεσματική στρατηγική περιορισμού μεταξύ των ηλικιωμένων (που μπορεί να εξηγήσει γιατί η Γερμανία έχει πολύ χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από συγκρίσιμες χώρες), και αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, σε συνδυασμό με την ικανοποιητική χρήση του ήδη επαρκούς νοσοκομειακού δυναμικού της χώρας.

Η μεγαλύτερη επιτυχία της Γερμανίας στον τομέα της ορθολογικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού ήταν η σχετικά περιορισμένη μετάδοση σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Επειδή οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό από τους νεότερους να πεθάνουν από τον ιό, κάθε χώρα κινδυνεύει περισσότερο λόγω του ηλικιωμένου πληθυσμού της. Το συγκρίσιμο χαμηλό ποσοστό μόλυνσης μεταξύ του πληθυσμού της Γερμανίας άνω των 70 ετών είναι πιθανώς ένας από τους συνολικούς σχετικά χαμηλούς ρυθμούς θνησιμότητας σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Το γεγονός δε ότι η Γερμανία διέθετε ένα ήδη προηγμένο εθνικό σύστημα υγείας, καθώς και υγειονομικό προσωπικό, αυτό συνέβαλλε στην επιτυχή διαχείριση της κρίσης. Με μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών και προσεκτικού σχεδιασμού, οι μονάδες εντατικής θεραπείας της Γερμανίας (ICUs) δεν έχουν ως σήμερα υποστεί υπερβολική πίεση, αν και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είχαν να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις εξοπλισμού ατομικής προστασίας.

Τον Απρίλιο, η Γερμανία άρχισε να χαλαρώνει τα φυσικά μέτρα απόστασης, μια στρατηγική που βασίζεται στα δεδομένα και την επιστήμη. Αυτή η προσέγγιση ενημερώνεται με συνεχή παρακολούθηση βασικών δεικτών και θα συμπληρωθεί από ευρήματα από ορολογικές δοκιμές. Ένα μήνα αφότου η Γερμανία άρχισε να χαλαρώνει τις φυσικές αποστάσεις, η ασθένεια έχει δείξει λίγα σημάδια επανεμφάνισης.

Οι τοπικές αρχές υγείας, το Robert Koch Institute (RKI) - το ινστιτούτο δημόσιας υγείας της Γερμανίας, και άλλα επιστημονικά ιδρύματα κινητοποιήθηκαν στις αρχές Ιανουαρίου του 2020 για να ξεκινήσουν την εθνική διαχείριση κρίσεων για να κατανοήσουν την επιδημιολογία της πανδημίας.

Μια από τις πρώτες διαγνωστικές εξετάσεις για τον COVID-19 αναπτύχθηκε στο νοσοκομείο Charité του Βερολίνου και η κυβέρνηση εργάστηκε για να κινητοποιήσει τα δημόσια και ιδιωτικά εργαστήρια της χώρας για να αυξήσει γρήγορα την ικανότητα τεστ. Αργότερα, η Γερμανία έγινε πρωτοπόρος στη δοκιμή αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR), η οποία εξακολουθεί να εμφανίζεται σε εξέχουσα θέση στην εθνική στρατηγική.

Σε πολιτικό επίπεδο, ο χειρισμός της πανδημίας στην Γερμανία μπορεί να χαρακτηριστεί από διαπραγματευόμενες συμφωνίες μεταξύ της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και των ομόσπονδων κρατιδίων, οι οποίες επέφεραν υψηλό επίπεδο πολιτικής συναίνεσης, παρά τις συζητήσεις και τις αποκλίσεις μεταξύ των ομόσπονδων κρατών. Αυτή η υγειονομική κρίση επιτάχυνε επίσης την ανάγκη προώθησης διαδικασιών αλλαγής που είχαν ξεκινήσει στο γερμανικό σύστημα υγείας.

Η χρήση απομακρυσμένων διαβουλεύσεων παροχής ιατρικών υπηρεσιών στην Γερμανία όπως και σε άλλες χώρες (π.χ. Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Εσθονία, Γαλλία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ελβετία) χρησιμοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19 προσφέροντας ένα σημαντικό πλεονέκτημα στην διαχείριση της πανδημίας.

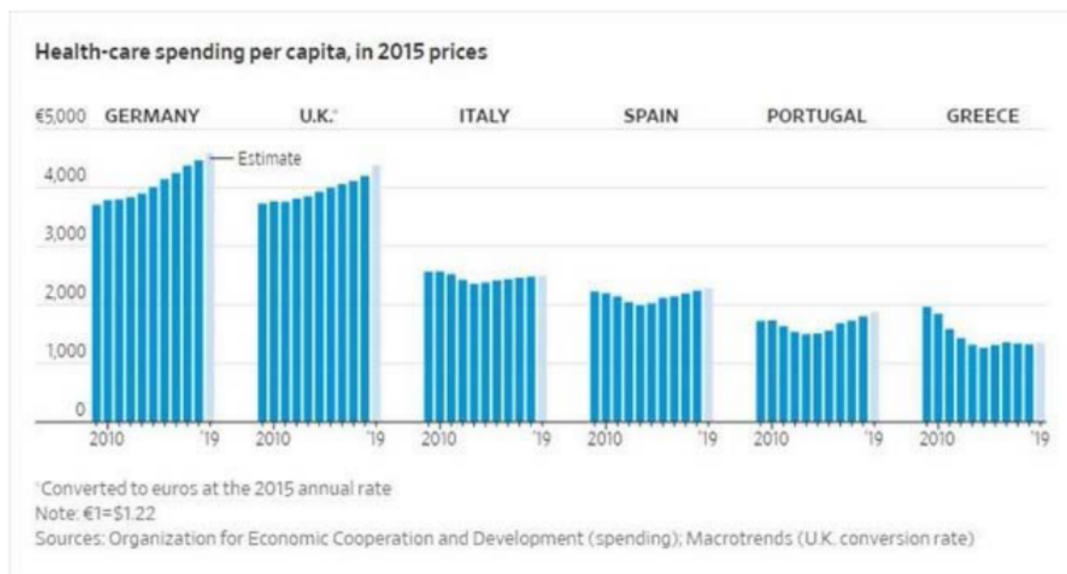
4.3 Συγκριτική ανάλυση διαχείρισης μεταξύ Ελλάδας και ευρωπαϊκών χωρών

Από την συγκριτική ανάλυση της διαχείρισης των τριών χωρών, και ειδικότερα της Ελλάδας, της Ιταλίας και της Γερμανίας, με την Γερμανία να παρουσιάζει τα θετικότερα αποτελέσματα και την Ελλάδα και την Ιταλία να έπονται, αποδεικνύεται ότι οι χώρες που την προηγούμενη

της υγειονομικής κρίσης επλήγησαν από την οικονομική κρίση, αποδείχθηκαν πιο ευάλωτες στην πανδημία του κορωνοϊού.

Αποτέλεσμα της δυσπραγίας αυτής σε συνδυασμό με χρόνιες δυσλειτουργίες των εθνικών συστημάτων υγείας, ήταν ότι με το ξέσπασμα της κρίσης αυτής οι χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση κλήθηκαν να προχωρήσουν εκτάκτως σε σημαντικές δαπάνες στην υγεία κυρίως στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και συγκεκριμένα των προσλήψεων υγειονομικού προσωπικού.

Σύμφωνα με έρευνες, οι χώρες της νότιας Ευρώπης μεταξύ των οποίων η Ελλάδα και η Ιταλία, μείωναν σταθερά τις δαπάνες τους στον χώρο της υγείας κατά την προηγούμενη δεκαετία ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής κρίσης που τις είχε πλήξει. Για παράδειγμα οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη, μειώθηκαν κατά 2,6% στην Ιταλία στην δεκαετία 2010-2019 με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ.



Γράφημα 3. Οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 2010-2019

Πηγή: OECD

Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, στην Ελλάδα οι σχετικές δαπάνες έπεσαν στο ένα τρίτο. Αντίθετα, η Γερμανία, η οποία είχε ήδη δαπανήσει 45% περισσότερα από την Ιταλία το 2009 για την υγειονομική περίθαλψη, αύξησε τις δαπάνες υγείας κατά ένα τέταρτο την τελευταία δεκαετία 2009-2019. Για τον λόγο αυτό και έχοντας ήδη ένα θωρακισμένο εθνικό σύστημα

υγείας, η Γερμανία, παρόλο που επλήγη σοβαρά κυρίως από το δεύτερο κύμα της πανδημίας στην Ευρώπη, δεν κατέγραψε υψηλό αριθμό θανάτων από κορωνοϊό.

Έτσι, η Γερμανία αποδείχθηκε η χώρα η οποία φάνηκε ότι διαχειρίστηκε επιτυχέστερα την πανδημία μεταξύ των τριών υπό ανάλυση χωρών, δαπανώντας σημαντικά κονδύλια για την ενίσχυση του εθνικού συστήματος υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας. Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό ότι το Ομοσπονδιακό Ελεγκτικό Συνέδριο άσκησε πρόσφατα κριτική στο γερμανικό υπουργείο Υγείας, για τις «υπερβολικές δαπάνες» στη διάρκεια της πανδημίας απαιτώντας στο εξής οι αποφάσεις για δαπάνες δισεκατομμυρίων ευρώ να μην λαμβάνονται απλώς με νομοθετικά διατάγματα και χωρίς την έγκριση του Ομοσπονδιακού Κοινοβουλίου. Σύμφωνα με τη γνωμοδότηση του Ελεγκτικού Συνεδρίου, ο υπουργός Υγείας Γενς Σπαν ξόδεψε σημαντικά περισσότερα κονδύλια από ό,τι ήταν απαραίτητο προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες για την καταπολέμηση της πανδημίας.

Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας, μετά την έξοδο από την κρίση του δημόσιου χρέους, η χώρα κλήθηκε να αντιμετωπίσει μια ακόμη κρίση - αυτή της πανδημίας COVID-19. Στο πλαίσιο αυτό αναδύθηκαν βασικές προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει η οργανωτική δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος δημόσιας υγείας για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πληθυσμών. Η κοινωνική απομάκρυνση, μέσω του επιβληθέντος lock down πολύ νωρίς στην πανδημία, ήταν ένα βασικό μέτρο έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία που οδήγησε σε ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, στη συνέχεια αποδείχθηκε ότι το σύστημα θα έπρεπε να ενισχύσει την ικανότητά του, μέσω της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής υποστήριξης, ώστε να είναι σε θέση να καλύψει τις υπάρχουσες ανάγκες υγείας, τον αντίκτυπο της πανδημίας στην ψυχική υγεία, καθώς και να αντιμετωπίσει μελλοντικά νέα κύματα της πανδημίας.

Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού αποδείχθηκε το μεγάλο στοίχημα για το ελληνικό σύστημα υγείας στην περίοδο της πανδημίας. Με ένα εθνικό σύστημα υγείας το οποίο παρουσιάζει χρόνιες δυσλειτουργίες και είναι υποστελεχωμένο, το Υπουργείο Υγείας κλήθηκε να αντιμετωπίσει μια έκτακτη κατάσταση η οποία επέβαλλε την λήψη δραστικών μέτρων. Έτσι ήδη από το 2020 στο εθνικό σύστημα Υγείας διατέθηκαν σημαντικοί πόροι, σε ανθρώπινο δυναμικό αλλά και υλικοί και οικονομικοί προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πανδημία.

Όσον αφορά ειδικότερα την ενίσχυση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού έγιναν περισσότερες από 7000 προσλήψεις επικουρικού προσωπικού, ενώ ανανεώθηκε η χρονική ισχύς όλων των συμβάσεων ορισμένου χρόνου έως και τις 30 Οκτωβρίου του 2021. Επιπλέον

δημοσιεύθηκαν προκηρύξεις για μόνιμες θέσεις ιατρικού προσωπικού και μόνιμες θέσεις λοιπού προσωπικού. Παράλληλα συστάθηκε ένας αριθμός θέσεων ειδικευομένων Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/ Κοινωνικής Νοσηλευτικής καθώς και θέσεις ιατρών στις ΜΕΘ αλλά και νοσηλευτών.

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας αποδείχθηκε επίσης απροετοίμαστο καθώς είχε δεχτεί πλήγματα από προσπάθειες περικοπών και από τα σχέδια αποκέντρωσης που εφαρμόστηκαν στην προηγούμενη δεκαετία. Έτσι οι πολιτικές λιτότητας και οι σημαντικές περικοπές στις δαπάνες του εθνικού συστήματος υγείας είχαν ήδη επιφέρει ένα μεγάλο κόστος και στις υποδομές υγείας του ιταλικού εθνικού συστήματος υγείας. Με δεδομένου ότι η χώρα είχε έναν πληθυσμό που ήταν σε φάση γήρανσης, τα προβλήματα εντάθηκαν με αποτέλεσμα να βρεθεί σχετικά απροετοίμαστη για την διαχείριση της πανδημίας.

Η συγκεκριμένη δημοσιονομική πολιτική περικοπών στο σύστημα υγείας που ακολούθησαν επί μακρόν πριν το ξέσπασμα της πανδημίας, κυβερνήσεις όπως η Ελλάδα και η Ιταλία, μπορεί να εξηγήσει ως ένα βαθμό γιατί κάποιες χώρες αντιμετώπισαν πιο δύσκολα και με μέσα έκτακτης παρέμβασης την πανδημία του κορωνοϊού καταγράφοντας υψηλά κρούσματα και θανάτους σε σχέση με άλλες χώρες όπως η Γερμανία οι οποίες διέθεταν ένα ήδη στελεχωμένο με προσωπικό εθνικό σύστημα υγείας που δεν χρειάστηκε ιδιαίτερες μεγάλες παρεμβάσεις διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, κονδυλίων και υλικού κατά τη διάρκεια της κρίσης.

5. Συμπεράσματα και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η πανδημία COVID-19 αποδείχθηκε μια από τις μεγαλύτερες υγειονομικές προκλήσεις και καταστροφές του αιώνα έχοντας συγκλονίσει κάθε γωνιά του κόσμου. Οι χώρες έχουν επικεντρωθεί σε στρατηγικές δημόσιας υγείας για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου, θεσπίζοντας μέτρα όπως καραντίνες, lock down και μέτρα για την τήρηση φυσικών αποστάσεων (Andrews et al., 2020). Αυτό επηρέασε την κανονική ζωή σε όλο τον κόσμο και έπρεπε να ληφθούν δραστικά μέτρα για να καταστούν ασφαλείς οι χώροι εργασίας (CDC, 2021; WHO, 2020; WHO, 2021). Η πρωτοφανής υγειονομική κρίση, αποτελεί επίσης πεδίο πρόκλησης έχοντας θέσει σημαντικές απαιτήσεις στους υπεύθυνους διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, να επιδείξουν, προηγμένες ικανότητες στην καθοδήγηση της κρίσης, μέσω του σχεδιασμού και της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, υπό το καθεστώς πρωτόγνωρων συνθηκών, που πιθανόν να μην τις είχαν καν φανταστεί πριν το ξέσπασμα της παγκόσμιας πανδημικής κρίσης (Domínguez et al., 2020).

Οι οργανωτικοί ηγέτες σε κάθε τομέα βρίσκονται αντιμέτωποι με την εξεύρεση τρόπων εκμάθησης, λειτουργίας και προσαρμογής στις νέες συνθήκες που υπαγορεύεται από τη βαρβαρότητα της πανδημίας και τις εντολές δημόσιας υγείας της κάθε χώρας (Desai et al., 2020). Έτσι οι υγειονομικοί σε κάθε τομέα και σε κάθε επίπεδο υγειονομικής κλίμακας, και κυρίως οι υγειονομικές δομές αναφοράς του Covid-19, σε κάθε χώρα θα πρέπει να ευθυγραμμιστούν με τη νέα πραγματικότητα και να βρουν τρόπους να πλοηγηθούν επιδέξια στις ταχέως μεταβαλλόμενες συνθήκες, εάν θέλουν να αντιμετωπίσουν τις μεγάλης κλίμακας υγειονομικές ανάγκες που έχουν προκύψει και οι υγειονομικοί οργανισμοί να αντέξουν στην πρωτόγνωρη πίεση που δέχονται και να αναδειχθούν ισχυρότεροι από αυτήν την κρίση έχοντας αποκτήσει την τεχνογνωσία για την αντιμετώπιση συναφών υγειονομικών κρίσεων στο μέλλον, εγγύς ή μακροπρόθεσμο (Blekas et al., 2020). Οι ηγέτες στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού που είναι σε θέση να διαχειριστούν τις απειλές και να αξιοποιήσουν τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται από μια υγειονομική κρίση παγκόσμιου μεγέθους όπως την παρούσα, παγκόσμια υγειονομική κρίση και να διαχειριστούν τις αλλαγές σε ατομικό, ομαδικό και οργανωτικό επίπεδο, θα είναι αυτοί που μπορούν να οδηγήσουν στην οργανωτική ευελιξία και τη μελλοντική βελτίωση των υγειονομικών οργανισμών (Wang, 2008). Οι ηγέτες της ανάπτυξης ανθρώπινων πόρων (HRD) στον τομέα της υγείας, αποτελούν κρίσιμη παράμετρο στα υγειονομικά συστήματα αφενός για την αντιμετώπιση των υγειονομικών κρίσεων, αφετέρου δε για την αναδιάρθρωση των συστημάτων διαχείρισης κρίσεων στο μέλλον.

Οι ηγέτες της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού καλούνται συνεπώς να ανταποκριθούν επειγόντως στις μοναδικές ψυχολογικές, φυσιολογικές και κοινωνικο-τεχνικές προκλήσεις που θέτει η πανδημία του COVID-19 (Hutchins and Wang, 2008).

Δεδομένης της κρισιμότητας του ζητήματος της ετοιμότητας των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση πιθανών μελλοντικών πανδημιών, είναι κρίσιμη η λήψη αποφάσεων πολιτικής για την ενίσχυση των εθνικών συστημάτων υγείας και η ορθολογική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού ώστε τα συστήματα υγείας να είναι θωρακισμένα. Παράλληλα η διεξαγωγή έρευνας για ζητήματα που σχετίζονται με την εργασιακή εξουθένωση, του υγειονομικού προσωπικού σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων είναι απαραίτητη καθώς θα συμβάλλει στην εξαγωγή συμπερασμάτων που θα βοηθήσουν στη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων πολιτικής.

Η πανδημία είναι μια ακόμη υπενθύμιση ότι πρέπει να επενδύσουμε στη δημόσια υγεία και τα δημόσια αλλά και ιδιωτικά συστήματα υγείας ώστε να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε μελλοντικές πανδημίες. Είναι καιρός να ενισχυθούν χωρίς περαιτέρω καθυστέρηση τα συστήματα υγείας και το υγειονομικό προσωπικό, καθώς επιδημίες και πανδημίες αυτής της φύσης θα συνεχίσουν να προκαλούν τη δημόσια υγεία στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aguirre-Duarte N. Can people with asymptomatic or pre-symptomatic COVID-19 infect others: a systematic review of primary data. medRxiv. 2020
- Akkermans J., Richardson J., and Kraimer M. L., “The Covid-19 crisis as a career shock: Implications for careers and vocational behavior,” *J. Vocat. Behav.*, vol. 119, no. May, 2020
- Ala’ Alwan και Peter Hornby, “The implications of health sector reform for human resources development”, *Bulletin of the World Health Organization*, Yr-Pub: 2012, Pub: World Health Organization, Pub-Ser: 80:56-60.
- Analoui, F. (2002). *Changing Patterns of Human Resource Management*, Ashgate, UK.
- Andrews, E. E., Ayers, K. B., Brown, K. S., Dunn, D. S., και Pilarski, C. R. (2020). No body is expendable: Medical rationing and disability justice during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*.
- Arora P. and Suri D., “Redefining, relooking, redesigning, and reincorporating HRD in the post Covid 19 context and thereafter,” *Hum. Resour. Dev. Int.*, vol. 23, no. 4, pp. 438–451, 2020
- Bakker, A. B. και Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
- Bakker, A. B. και Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13, 209-223.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. και Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389–411.
- Beardwell, J. και Claydon, T. (2007). *Human Resource Management: A Contemporary Approach*, Fifth Edition, Pearson Education Limited, England.

- Berer Marge, “Human Resources: An impersonal term for the people providing Health Care”, *Reproductive Health Matters*, Yr-Pub: 2016, P-Pub: UK, Pub: Elsevier, Pub-Ser: 14(27): 6 – 11; PII: S0 968 - 808 0 (0 6) 27 241- 0
- Bhat Ramesh, Kumar Sunil Maheshwari, “Human resource issues and its implications for health sector reforms”, *Journal of Health Management*, Yr-Pub: 2015, P-Pub: Jaipur, Pub: SAGE, Pub-Ser: 7(1): 1-39
- Bickerton, G. R., Miner, M. H., Dowson, M. και Griffin, B. (2015). Spiritual resources as antecedents of clergy well-being: The importance of occupationally specific variables. *Journal of Vocational Behavior*, 87, 123-133
- Bigley, G. A., Roberts, K. H. 2001. The incident command system: High-reliability organizing for complex and volatile task environments. *Academy of Management Journal*, 44: 1281-1299.
- Biryuk, A. (2009). How to motivate staff to work efficiently. *Business without problems*, 5.
- Blekas, A., Voitsidis, P., Athanasiadou, M., Parlapani, E., Chatzigeorgiou, A. F., Skoupra, M., . . . Diakogiannis, I. (2020). COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 812-819.
- Bratton, J. και Gold, J. (2003). *Introduction to Human Resource Management, Theory and Practice*, 3rd edition, Palgrave Macmillan.
- Brown, C, Milke, M (2017) Recycling disaster waste: Feasibility, method and effectiveness. *Resource Conservation and Recycling* 106: 21–32.
- Buchanan, D. και Huczynski, A. (2004). *Organisational Behaviour*, 5th edition, Harlow: FT/Prentice Hall.
- Burns, R. A. και Machin, A. (2009). Investigating the structural validity of Ryff’s psychological well-being scales across two samples. *Social Indicators Research*, 93(2), 359–375.
- Carinci F. Covid-19: preparedness, decentralisation, and the hunt for patient zero. *BMJ*. 2020;368 bmj.m799.

- Carnevale Joel, Hatak Isabella, Employee adjustment and well-being in the era of COVID-19: Implications for human resource management, *Journal of Business Research*, Volume 116, 2020, Pages 183-187
- Cartabellotta N, Cottafava E, Luceri R, Mosti M. Il definanziamento 2010–2019 del Servizio Sanitario Nazionale. September, 2019.
- Cavalieri M., Ferrante L. Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy. *Social Science και Medicine*. 2016;164:74–88.
- CDC, Covid-19, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/whats-new-all.html> (date assessed 15/2/2021) Center for Disease Control . 2020. Protect Yourself.<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
- Chan J.F. , S. Yuan, K.H. Kok, K.K. To, H. Chu, J. Yang, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster *Lancet*, 395 (2020), pp. 514-523
- Chen Y, Liu Q, Guo D. Coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol*. 2020;92(4):418-423.
- Coombs, W. T. 2007. Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of situational crisis communication theory. *Corporate Reputation Review*, 10: 163-176.
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of V Nat Microbiol, 5 (2020), The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2, pp. 536-544
- Daviaud Emmanuelle, Chopra Mickey, “How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa”, *Bulletin of the World Health Organization*, Yr-Pub: January 2008, Pub-Ser: 86 (1), ISSN 0042-9686
- De Beer, L. T. και Bianchi, R. (2017). Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory: A Bayesian structural equation modelling approach. *European Journal of Psychological Assessment*

- De Chavez, A. C., Backett-Milburn, K., Parry, O. και Platt, S. (2005). Understanding and researching wellbeing: Its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. *Health Education Journal*, 64(1), 70–87.
- De Jonge, J. και Schaufeli, W. B. (1998). Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modeling. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 387-407.
- De Jonge, J., Reuvers, M. M. E. N., Houtman, I. L. D., Bongers, P. M. και Kompier, M. A. J. (2000). Linear and non-linear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: baseline results from SMASH. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 256-268.
- Deci, E. L. και Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1–11.
- Demir, A., Ulusoy, M. και Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 807-827.
- Desai, A., Durham, K., Burke, S. C., NeMoyer, A., και Heilbrun, K. (2020). Releasing individuals from incarceration during COVID-19: Pandemic-related challenges and recommendations for promoting successful reentry. *Psychology, Public Policy, and Law*. Advance online publication.
- Dominguez, D. G., García, D., Martínez, D. A., και Hernandez-Arriaga, B. (2020). Leveraging the power of mutual aid, coalitions, leadership, and advocacy during COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 909-918
- Espeland, K. E. (2006). Overcoming burnout: How to revitalize your career. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(4), 178-184.
- Fattore G. Health care and cost containment in the European Union. Routledge; 2019. Cost containment and reforms in the Italian National health service; pp. 513–546.
- Ferrè F., Cuccurullo C., Lega F. The challenge and the future of health care turnaround plans: evidence from the Italian experience. *Health Policy*. 2012;106:3–9.

- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Garg, P. και Rastogi, R. (2007). New model of job design: monitoring employees' performance. *Journal of Workplace Design*, 19 (5), 269-285.
- Gephart, R. P., Van Maanen, J., Oberlechner, T. 2009. Organizations and risk in late modernity. *Organization Studies*, 30: 141-155.
- Girma Samuel et al., "Human Resource Development for Health in Ethiopia: Challenges of Achieving the Millennium development Goals", *Ethiopian Journal of Health Development*, Yr-Pub: 2017, P-Pub: South Africa, Pub: African Journals OnLine (AJOL), Pub-Ser: 21(3): 216-231
- Gorgievski, M. J., Moriano, J. A. και Bakker, A. B. (2014). Relating work engagement and workaholism to entrepreneurial performance. *Journal of Managerial Psychology*, 29, 106-121.
- Guest, D. E. (1997). Human resource management and performance: a review and research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 8, 263–276.
- Hackman, J. R. και Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.
- Hindson J. COVID-19: faecal–oral transmission? *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2020;17:259. doi: 10.1038/s41575-020-0295-7
- Hood C. A public management for all seasons? *Public administration*. 1991;69:3–19.
- Hu Z., Song C., Xu C., Jin G., Chen Y., Xu X., Ma H., Chen W., Lin Y., Zheng Y., Wang J., Hu Z., Yi Y., Shen H. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci. China Life Sci.* 2020;63(5):706–711.
- Huang C. , Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China *Lancet*, 395 (2020), pp. 497-506

- Huta, V. και Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1425–1456.
- Iza Gigauri. (2020) Effects of Covid-19 on Human Resource Management from the Perspective of Digitalization and Work-life-balance. *International Journal of Innovative Technologies in Economy*. 4(31)
- Jaques, T. 2019. Issue management as a post-crisis discipline: Identifying and responding to issue impacts beyond the crisis. *Journal of Public Affairs*, 9: 35-44.
- Johns, G. και Saks, A. M. (2005). *Organizational Behaviour* (6th ed.). Toronto: Pearson Education Canada Inc.
- Johnson N.P. , Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic *Bull Hist Med*, 76 (2012), pp. 105-115
- Johnson, J. V. και Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1336-1342.
- Kabene, S.M., Orchard, C., Howard, J.M. et al. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health* 4, 20 (2016).
- Kain T. , Fowler R. Preparing intensive care for the next pandemic influenza *Crit Care*, 23 (2019), p. 337
- Kaitelidou, D., Economou, C., Siskou, O., Konstatopoulou, O., Galanis, P., Myloneros, T., και Domete, S. (2021). Human Resources for Health in Greece: Current status and the way forward. *Social Cohesion and Development*, 13(2), 107-124.
- Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R. και King, L.A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219–233.

- Kernaghan, K. (2011). Getting engaged: Public-service merit and motivation revisited. *Canadian Public Administration*, 51(1), 1-21.
- Khdour, N. J., Omar, D. και Martin, H. (2015). The effect of job burnout on employees' satisfaction: A comparison study between public universities and private universities in Jordan. *The Journal of Management Research*, 7(4), 54-80.
- Krasyuk, I. A., Bakharev, V. V. και Medvedeva, Y. Y. (2017). Sector specific features of innovative development in the Russian economy. *SHS Web of Conferences* 35, 01052.
- Lavigna, R. J. (2013). *Engaging government employees: Motivate and inspire your people to achieve superior performance*. New York, NY: Amacom.
- Lavigna, R. J. (2015). Public Service Motivation and employee engagement. *Public Administration Review*, 75, 732-733.
- Lee, R. T. και Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369-398.
- Lehmann Uta, "Strengthening Human Resources for Primary Health Care", South African Health Review, Yr-Pub: 2018, P-Pub: South Africa, Pub: Health Systems Trust, Pub-Ser: 372(9642):163-178, ISBN: 1-919839-62-3
- Martinez Javier and Collini Liz, "A Review Of Human Resource Issues in the Health Sector", DFID Health Systems Resource Centre, Yr-Pub: 2012, P-Pub: London, Pub: HSRC and HRC
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. και Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslow, Abraham H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand Reinhold Co

- Matthews, G., Jones, D. M. και Chamberlain, A. G. (1990). Defining the measurement of mood: The UWIST mood adjective checklist. *British Journal of Psychology*, 81, 17-42.
- Mitroff, I.; Anagnos, G. (2001). "Managing Crises Before They Happen: A Summary in Brief". *Executive Book Summaries*. 23 (2): 8.
- Nelemans T., Kikkert M. Viral innate immune evasion and the pathogenesis of emerging rna virus infections. *Viruses*. 2019;11(10):961.
- Nzomo Mwita et al., "Human resource (HR) crisis in health", Competency Gaps in Human Resource Management in the Health Sector: An Exploratory Study of Ethiopia, Kenya, Tanzania, and Uganda, Yr-Pub: 2016, P-Pub: Cambridge, Pub: Leadership, Management and Sustainability Program Management Sciences for Health
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing
- O'Neil Mary, Reimann Steve, "Strengthening Human resource Management to Improve Health Outcomes", *The eManager*, Yr-Pub: 2018, P-Pub: USA, Pub: Management Science for Health, Pub-Ser: 1:17
- Pearson, C. M., Clair, J. A. 2008. Reframing crisis management. *Academy of Management Review*, 23: 59-76.
- Pearson, C. M., Roux-Dufort, C., Clair, J. A. 2007. *International handbook of organizational crisis management*. London: Sage.
- Perry, J. L. και Vandenabeele, W. (2015). Public service motivation research: Achievements, challenges, and future directions. *Public Administration Review*, 75, 692-699.
- Pfarrer, M. D., DeCelles, K. A., Smith, K. G., Taylor, M. S. 2008. After the fall: Reintegrating the corrupt organization. *Academy of Management Review*, 33: 730-749.
- Pisano G.P., Sadun R., Zanini M. 2020. Lessons from Italy's response to coronavirus. *Harvard business review*
- Reusken C.B. , B.L. Haagmans, M.A. Muller, C. Gutierrez, G.J. Godeke, B. Meyer, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus neutralising serum antibodies in

dromedary camels: a comparative serological study *Lancet Infect Dis*, 13 (2013), pp. 859-866

Rigoli Felix and Dussault Gilles, “The interface between health sector reform and human resources in health”, *Human Resources for Health*, Yr-Pub: 2013, PPub: UK, Pub: BioMed Central Ltd, Pub-Ser:1(9

Roux-Dufort, C. 2017. Is crisis management (only) a management of exceptions? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15: 105-114.

Ryff, C. D. και Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.

Ryff, C. D. και Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069- 1081.

Ryff, C.D. (1989c). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

Ryff, C.D. (2013a). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization. In A.S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia*, (pp. 77–98). Washington, DC: American Psychological Association.

Schaufeli, W. B. και Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and research: A critical analysis*. London: Taylor and Francis.

Schaufeli, W. B. και Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work και Stress*, 19(3), 256–262.

Schaufeli, W. B. και Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources model: Implications for improving work and health. In G.F. Bauer και O. Hämmig

- (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43–68). Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. και Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893–917.
- Shkurkin, D. V., Krasnyuk, I. A., Krymov, S. M., Kazantseva, I. G. και Zakharenko, G. N. (2017). Sales Policy and Sales Marketing System. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 15(12), 203-213.
- Simonsen L. , Clarke M.J. , Schonberger L.B. , Arden N.H. , N.J. Cox, K. Fukuda Pandemic versus epidemic influenza mortality: a pattern of changing age distribution *J Infect Dis*, 178 (1998), pp. 53
- Srinivas R. K. (2005). *Human Resource Management in Practice with 300 models, techniques and tools*, New Delhi, Prentice – Hall of India Private Limited.
- Storey, J. (1995). *Human Resource Management: still marching on or marching out?* In *Human resource management: A critical text*, edited by J. Storey, Routledge, London.
- The New York Times (2019). How Uber Got Lost <https://www.nytimes.com/2019/08/23/business/how-uber-got-lost.html> (date assessed 15/2/2021)
- Thuynsma, C. και De Beer, L. T. (2016). Burnout, depressive symptoms, job demands and satisfaction with life: Investigating discriminant validity and explained variance. *South African Journal of Psychology*, 47(1), 46–59.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. και Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff’s Scale of Psychological Well-Being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100, 1151–1164.
- Van Dierendonck, D., Diaz, D., Rodriguez-Carvajal, R., Blanco, A. και Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff’s six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473–479.

- Vigoda-Gadot, E., Eldor, L. και Schohat, L. M. (2012). Engage them to public service: Conceptualization and empirical examination of employee engagement in public Administration. *The American Review of Public Administration*, 43, 518-538.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and Stress*, 8(2), 84-97.
- Warr, P. (1999). Well-Being and the Workplace. In D. Kahneman, E. Diener και N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.392-412). New York, U.S: Russell Sage Foundation.
- Warr, P. (2007). *Work, Happiness, and Unhappiness*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers: New Jersey
- Waterman, A. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 234–252.
- Watson, T. (2002) *Organising and Managing Work*. Harlow: FT/Prentice-Hall.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. 2001. *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: Jossey Bass.
- WHO, 2019. “Coronavirus disease 2019 (COVID-19),” vol. 94, no. April. pp. 1–2, 2020.
- WHO, 2021. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (date assessed 15/2/2021)
- Wu F. , S. Zhao, B. Yu, Y.M. Chen, W. Wang, Z.G. Song, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China *Nature*, 579 (2020), pp. 265-269
- Yin Y., Wunderink R.G. MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia *Respirology*, 23 (2018), pp. 130-137
- Zhang N, Wang L, Deng X, et al. Recent advances in the detection of respiratory virus infection in humans. *J Med Virol*. 2020;92(4):408-417.

Zhang R., Li Y., Zhang A.L., Wang Y., Molina M.J. Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 2020:202009637.

Zhang, Y. και Feng, X. (2011). The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study.

Zhu N. , D. Zhang, W. Wang, X. Li, B. Yang, J. Song, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019 N Engl J Med, 382 (2020), pp. 727-733

Δαρδαβέσης Ι. Θεόδωρος, Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981), Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Οκτώβριος - Νοέμβριος 2008

