



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**  
**ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΑ**  
**ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Κουνέλη Παρασκευή  
Επιβλέπουσα: Γαλανού Αικατερίνη  
Επίκουρος Καθηγήτρια

Πρέβεζα, Οκτώβριος, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**  
**ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΑ**  
**ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Κουνέλη Παρασκευή  
Επιβλέπουσα: Γαλανού Αικατερίνη  
Επίκουρος Καθηγήτρια

Πρέβεζα, Οκτώβριος, 2019

MASTER THESIS

**HUMAN RESOURCES MANAGEMENT POLICIES IN  
PUBLIC HOSPITALS**

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**  
Τόπος, Ημερομηνία

## **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπων καθηγητής

Γαλανού Αικατερίνη,  
Επίκουρη Καθηγήτρια

2. Μέλος επιτροπής

Αρνής Νικόλαος,  
Λέκτορας

3. Μέλος επιτροπής

Κόλιας, Γεώργιος  
Ακαδ. Υπότροφος

Ο Διευθυντής του ΠΜΣ

Ναξάκης Χαρίλαος,  
Καθηγητής

© ΚΟΥΝΕΛΗ, ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

## Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή 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.

Επίθετο, Όνομα

ΚΟΥΝΕΛΗ, ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Υπογραφή

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θέλω αρχικώς να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πρέβεζας που με βοήθησαν με τη συμμετοχή τους στην έρευνα, να ολοκληρώσω την παρούσα διπλωματική εργασία. Επίσης, ευχαριστώ πολύ την επιβλέπουσά μου κ. Γαλανού Αικατερίνη που με την καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράστασή της με βοήθησε ώστε η διπλωματική μου εργασία να πάρει την τελική της μορφή. Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου για τις ώρες που δεν ήμουν δίπλα τους κατά τη φοίτησή μου στο μεταπτυχιακό τμήμα σπουδών.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η διπλωματική αυτή εργασία έχει ως θέμα τις πολιτικές διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων στα δημόσια νοσοκομεία. Σκοπός της είναι η μελέτη των πολιτικών διαχείρισης που πραγματοποιούνται σε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό τους. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός πραγματοποιήθηκε μία έρευνα στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πρέβεζας ανάμεσα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του. Στην έρευνα πήραν μέρος 114 άτομα. Τα αποτελέσματα καταγράφηκαν στο λογιστικό φύλλο Excel, δημιουργήθηκαν πίνακες συχνότητας αλλά και διαγράμματα ώστε να γίνει καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι από την εργασία που εκτελούν σε μεγάλο βαθμό, το νοσοκομείο τους παρέχει συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση ενώ διαφωνία υπήρξε στο ότι η αξιολόγηση της απόδοσής τους δεν ανατροφοδοτεί τους εργαζομένους. Η διοίκηση του νοσοκομείου παροτρύνει τους εργαζομένους να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων λαμβάνοντας σοβαρά τη γνώμη τους.

**ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ:** Ανθρώπινοι πόροι, Διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, Ελληνικό σύστημα υγείας, Μορφές οργανισμών υγείας, Στελέχωση δημόσιων νοσοκομείων, Παρακίνηση προσωπικού.



## **ABSTRACT**

This thesis focuses on human resource management policies in public hospitals. Its purpose is to study the management policies implemented in public Greek hospitals regarding their human resources. To achieve this goal, a survey was carried out at the Prefecture General Hospital of Preveza among its medical, nursing and administrative staff. 114 people participated in the survey. The results were recorded in the Excel spreadsheet, frequency tables and charts were created to better understand the results.

The survey found that employees are satisfied with the work they perform to a large extent, the hospital providing them with ongoing training and training, and there was a disagreement that their performance evaluation did not provide feedback to employees. Hospital management encourages employees to be involved in decision-making by taking their opinion seriously.

**KEY –WORDS:** Human resources, Human resources management, Greek health system, Forms of health organizations, Staffing of public hospitals, Staff motivation.

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	viii
ABSTRACT.....	ix
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xvi
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ .....	1
1.1 Εννοιολογικές ερμηνείες.....	1
1.2 Μοντέλα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων .....	3
1.3 Σύγχρονες τάσεις στο θεωρητικό πλαίσιο των ανθρωπίνων πόρων .....	7
1.4 Σύγχρονη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων .....	14
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
2.1 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας.....	18
2.2 Η δομή και η οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας .....	20
2.2.1 Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας .....	20
2.2.2 Ιδιωτικοί φορείς πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας.....	21
2.2.3 Δευτεροβάθμιες δημόσιες υπηρεσίες υγείας .....	23
2.2.4 Δευτεροβάθμιες ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας .....	25
2.3 Η απόδοση του υφισταμένου συστήματος.....	27
2.4 Η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας του συστήματος υγείας προς τους πολίτες.....	31
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	36
3.1 Τα Νοσοκομεία .....	36

3.2	Φορείς μακροχρόνιας φροντίδας.....	42
3.3	Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας .....	43
3.4	Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας.....	44
4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	47
4.1	Στελέχωση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.....	47
4.2	Ο προγραμματισμός νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού .....	49
4.3	Η προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.....	50
4.4	Η επιλογή του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.....	58
4.5	Η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού.....	61
4.6	Η παρακίνηση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού .....	68
4.7	Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας.....	71
4.8	Προβλήματα στελέχωσης ανθρώπινου δυναμικού του δημοσίου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα .....	77
4.9	Προβλήματα ανάπτυξης και διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων στον δημόσιο υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα.....	78
5	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟΥΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ .....	82
5.1	Μεθοδολογία.....	82
5.2	Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	83
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	136
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	140
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	148



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<i>Πίνακας 1.4.1: Διαφορές μεταξύ παλαιάς και νέας επιχειρηματικής πραγματικότητας. ....</i>	16
Πίνακας 5.2.1: Φύλο .....	84
Πίνακας 5.2.2: Ηλικία .....	84
Πίνακας 5.2.3: Επίπεδο εκπαίδευσης .....	85
Πίνακας 5.2.4: Επάγγελμα .....	86
Πίνακας 5.2.5: Καθεστώς εργασίας .....	87
Πίνακας 5.2.6: Χρόνος επαγγελματικής εμπειρίας .....	88
Πίνακας 5.2.7: Χρόνος προϋπηρεσίας στη σημερινή θέση .....	89
Πίνακας 5.2.8: Στο Νοσοκομείο που εργάζομαι η διαδικασία επιλογής των εργαζομένων είναι λεπτομερής. ....	90
Πίνακας 5.2.9: Η επιλογή των εργαζομένων εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας .....	91
Πίνακας 5.2.10: Υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση. ....	92
Πίνακας 5.2.11: Το νοσοκομείο που εργάζομαι παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης. ....	93
Πίνακας 5.2.12: Τα εκπαιδευτικά προγράμματα προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων. ....	94
Πίνακας 5.2.13: Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα. ....	95
Πίνακας 5.2.14: Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται στους αμοιβαία καθορισμένους στόχους. ....	96
Πίνακας 5.2.15: Η αξιολόγηση της απόδοσης περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση (feedback) προς τους εργαζομένους της. ....	97
Πίνακας 5.2.16: Οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών. ....	98
Πίνακας 5.2.17: Η διοίκηση ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης. ....	99
Πίνακας 5.2.18: Παρέχει στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων. ....	100

Πίνακας 5.2.19:Παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. .....	101
Πίνακας 5.2.20:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις απόψεις μου.....	102
Πίνακας 5.2.21:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία μου.....	103
Πίνακας 5.2.22:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι λαμβάνει σημαντικά υπ' όψιν τους στόχους και τις αξίες μου.....	104
Πίνακας 5.2.23:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για μένα. .....	105
Πίνακας 5.2.24:Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να βιώσω πολλές/ποικίλες εμπειρίες ....	106
Πίνακας 5.2.25:Τα καινούργια πράγματα που ανακαλύπτω στη δουλειά μου με κάνουν να την εκτιμήσω ακόμα περισσότερο. ....	107
Πίνακας 5.2.26:Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να ζήσω αξέχαστες εμπειρίες. ....	108
Πίνακας 5.2.27:Η δουλειά μου αντανακλά τις αξίες που θεωρώ και εγώ σημαντικές σε μένα. ....	109
Πίνακας 5.2.28:Η δουλειά μου εναρμονίζεται με τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου. .....	110
Πίνακας 5.2.29:Είμαι παθιασμένος με τη δουλειά μου. ....	111
Πίνακας 5.2.30:Οι αποφάσεις στον οργανισμό που εργάζομαι, λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο .....	112
Πίνακας 5.2.31:Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων .....	113
Πίνακας 5.2.32:Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση, για να λάβει μία απόφαση, συλλέγει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες .....	114
Πίνακας 5.2.33:Η Διοίκηση διευκρινίζει τις αποφάσεις της και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες, όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους.....	115
Πίνακας 5.2.34:Στον οργανισμό που εργάζομαι, όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς όλους τους εργαζομένους .....	116
Πίνακας 5.2.35:Αντεπεξέρχομαι επαρκώς στα καθήκοντα που μου έχουν ανατεθεί ....	117
Πίνακας 5.2.36:Εκπληρώνω τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή εργασίας μου. ....	118

Πίνακας 5.2.37:Εκτελώ τις δραστηριότητες που αναμένονται από εμένα. ....	119
Πίνακας 5.2.38:Ικανοποιώ τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς μου.....	120
Πίνακας 5.2.39:Συμμετέχω σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής μου .....	121
Πίνακας 5.2.40:Αγνοώ κομμάτια της δουλειάς που είμαι υποχρεωμένος/η να εκτελέσω .....	122
Πίνακας 5.2.41:Δεν καταφέρνω να επιτελέσω βασικά καθήκοντα .....	123
Πίνακας 5.2.42:Πιστεύω πως η δουλειά μου είναι βαρετή .....	124
Πίνακας 5.2.43:Υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου .....	126
Πίνακας 5.2.44:Η δουλειά μου κυλά σε αργούς ρυθμούς .....	127
Πίνακας 5.2.45:Συχνά βαριέμαι στη δουλειά μου .....	128
Πίνακας 5.2.46:Ο χρόνος κυλά αργά όταν βρίσκομαι στη δουλειά .....	129
Πίνακας 5.2.47:Όταν εργάζομαι δε σκέφτομαι τίποτα άλλο .....	130
Πίνακας 5.2.48:Όταν εργάζομαι ξεχνάω οτιδήποτε άλλο τριγύρω μου .....	131
Πίνακας 5.2.49:Βυθίζομαι στη δουλειά μου όταν εργάζομαι.....	132
Πίνακας 5.2.50:Κάνω τη δουλειά μου με μεγάλη ευχαρίστηση.....	133
Πίνακας 5.2.51:Θα εξακολουθούσα να κάνω αυτή τη δουλειά ακόμα και αν έπαιρνα χαμηλότερο μισθό.....	134
Πίνακας 5.2.52:Πολλές φορές νιώθω ότι θέλω να εργάζομαι και στον ελεύθερο μου χρόνο.....	134

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1.1: Δαπάνες της Ελλάδας για υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με την ΕΕ.....	19
Διάγραμμα 4.5.1:Στάδια εκπαίδευσης.....	63
Διάγραμμα 5.2.1:Φύλο.....	84
Διάγραμμα 5.2.2:Ηλικία .....	84
Διάγραμμα 5.2.3:Επίπεδο εκπαίδευσης.....	85
Διάγραμμα 5.2.4:Επάγγελμα .....	86
Διάγραμμα 5.2.5:Καθεστώς εργασίας .....	87
Διάγραμμα 5.2.6:Χρόνος επαγγελματικής εμπειρίας .....	88
Διάγραμμα 5.2.7:Χρόνος προϋπηρεσίας στη σημερινή θέση.....	89
Διάγραμμα 5.2.8:Στο Νοσοκομείο που εργάζομαι η διαδικασία επιλογής των εργαζομένων είναι λεπτομερής .....	90
Διάγραμμα 5.2.9:Η επιλογή των εργαζομένων εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας.....	91
Διάγραμμα 5.2.10:Υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση.....	92
Διάγραμμα 5.2.11:Το νοσοκομείο που εργάζομαι παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης.....	93
Διάγραμμα 5.2.12:Τα εκπαιδευτικά προγράμματα προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων.....	95
Διάγραμμα 5.2.13:Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα.....	96
Διάγραμμα 5.2.14:Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται στους αμοιβαία καθορισμένους στόχους.....	97
Διάγραμμα 5.2.15:Η αξιολόγηση της απόδοσης περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση (feedback) προς τους εργαζομένους της.....	98
Διάγραμμα 5.2.16:Οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών.....	99
Διάγραμμα 5.2.17:Η διοίκηση ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης.....	100



Διάγραμμα 5.2.18:Παρέχει στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων. ....	101
Διάγραμμα 5.2.19:Παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.....	102
Διάγραμμα 5.2.20:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις απόψεις μου. .	103
Διάγραμμα 5.2.21:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία μου.....	104
Διάγραμμα 5.2.22:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι λαμβάνει σημαντικά υπ' όψιν τους στόχους και τις αξίες μου.....	105
Διάγραμμα 5.2.23:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για μένα. ....	106
Διάγραμμα 5.2.24:Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να βιώσω πολλές/ποικίλες εμπειρίες	107
Διάγραμμα 5.2.25:Τα καινούργια πράγματα που ανακαλύπτω στη δουλειά μου με κάνουν να την εκτιμήσω ακόμα περισσότερο. ....	108
Διάγραμμα 5.2.26:Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να ζήσω αξέχαστες εμπειρίες. ....	109
Διάγραμμα 5.2.27:Η δουλειά μου αντανακλά τις αξίες που θεωρώ και εγώ σημαντικές σε μένα. ....	110
Διάγραμμα 5.2.28:Η δουλειά μου εναρμονίζεται με τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου. ....	111
Διάγραμμα 5.2.29:Είμαι παθιασμένος με τη δουλειά μου.....	112
Διάγραμμα 5.2.30:Οι αποφάσεις στον οργανισμό που εργάζομαι, λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο .....	113
Διάγραμμα 5.2.31:Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων .....	114
Διάγραμμα 5.2.32:Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση, για να λάβει μία απόφαση, συλλέγει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες.....	115
Διάγραμμα 5.2.33:Η Διοίκηση διευκρινίζει τις αποφάσεις της και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες, όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους.....	116
Διάγραμμα 5.2.34:Στον οργανισμό που εργάζομαι, όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς όλους τους εργαζομένους .....	117
Διάγραμμα 5.2.35:Αντεπεξέρχομαι επαρκώς στα καθήκοντα που μου έχουν ανατεθεί.	118

Διάγραμμα 5.2.36:Εκπληρώνω τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή εργασίας μου.....	119
Διάγραμμα 5.2.37:Εκτελώ τις δραστηριότητες που αναμένονται από εμένα.....	120
Διάγραμμα 5.2.38:Ικανοποιώ τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς μου. ....	121
Διάγραμμα 5.2.39:Συμμετέχω σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής μου .....	122
Διάγραμμα 5.2.40:Αγνώω κομμάτια της δουλειάς που είμαι υποχρεωμένος/η να εκτελέσω .....	123
Διάγραμμα 5.2.41:Δεν καταφέρνω να επιτελέσω βασικά καθήκοντα.....	124
Διάγραμμα 5.2.42:Πιστεύω πως η δουλειά μου είναι βαρετή .....	125
Διάγραμμα 5.2.43:Υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου .....	126
Διάγραμμα 5.2.44:Η δουλειά μου κυλά σε αργούς ρυθμούς.....	127
Διάγραμμα 5.2.45:Συχνά βαριέμαι στη δουλειά μου.....	128
Διάγραμμα 5.2.46:Ο χρόνος κυλά αργά όταν βρίσκομαι στη δουλειά.....	129
Διάγραμμα 5.2.47:Όταν εργάζομαι δε σκέφτομαι τίποτα άλλο .....	130
Διάγραμμα 5.2.48:Όταν εργάζομαι ξεχνάω οτιδήποτε άλλο τριγύρω μου.....	131
Διάγραμμα 5.2.49:Βυθίζομαι στη δουλειά μου όταν εργάζομαι .....	132
Διάγραμμα 5.2.50:Κάνω τη δουλειά μου με μεγάλη ευχαρίστηση .....	133
Διάγραμμα 5.2.51:Θα εξακολουθούσα να κάνω αυτή τη δουλειά ακόμα και αν έπαιρνα χαμηλότερο μισθό.....	134
Διάγραμμα 5.2.52:Πολλές φορές νιώθω ότι θέλω να εργάζομαι και στον ελεύθερο μου χρόνο.....	135

# **1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

## **1.1 Εννοιολογικές ερμηνείες**

Ένας από τους πιο κρίσιμους παράγοντες σε μία επιχείρηση ή οργανισμό θεωρείται το ανθρώπινο δυναμικό, επειδή δημιουργεί τα αγαθά που πουλάει η επιχείρηση, και προτείνει διάφορες ιδέες για την επίλυση ενδεχόμενων προβλημάτων σε όλα τα παραγωγικά στάδια (Παπαβασιλείου & Τζεκίνης, 1992). Μια αποτελεσματική Διοίκηση των Ανθρώπινων Πόρων μπορεί να δώσει σε μία επιχείρηση βιώσιμο και σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των άλλων επιχειρήσεων του κλάδου. Συνεπώς, θεωρείται πολύ σημαντική η ύπαρξή της.

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί που αναφέρουν τι είναι διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού. Ένας ορισμός για τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού περιγράφει τους ανθρώπινους πόρους ως το ανθρώπινο κεφάλαιο που προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες σε μια επιχείρηση, και τα χαρακτηριστικά στοιχεία που αυτό διαθέτει (πχ. οι ακαδημαϊκές γνώσεις, τα χρόνια εμπειρίας, οι τεχνικές και οι ικανότητες των εργαζομένων), τα οποία προσφέρουν στην επιχείρηση περαιτέρω οικονομική αξία έναντι των ανταγωνιστών αυξάνοντας την αποδοτικότητά της (Νικολάου, 2006). Ένας αντιπροσωπευτικός ορισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί αυτός των Mondy, Noe, και Premeaux (1999), οι οποίοι διατυπώνουν την άποψη ότι η Διοίκηση των Ανθρώπινων Πόρων είναι η αποτελεσματική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, προκειμένου να επιτευχθούν οι επιχειρηματικοί στόχοι.

Ωστόσο, υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων και της Διοίκησης Προσωπικού. Σύμφωνα με τους Παπαλεξανδρή και Μπουραντά (2003) μία από τις διαφορές τους είναι ότι η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη και τη βελτίωση των δεξιοτήτων όλων των εργαζομένων, και των στελεχών της διοίκησης. Αντίθετα, η Διοίκηση του Προσωπικού δίνει μεγαλύτερη έμφαση στα υφιστάμενα στελέχη. Επίσης, μία άλλη σημαντική διαφορά είναι ότι η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων στοχεύει κατά κύριο λόγο στην επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων που επηρεάζουν ολόκληρη την επιχείρηση, ενώ τα στελέχη της Διοίκησης του Προσωπικού ασχολούνται σε μεγαλύτερο βαθμό με τα προβλήματα της καθημερινότητας (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Έτσι, η Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού αποτελεί αναπόσπαστο μέρος όλων των λειτουργιών της σύγχρονης διαχείρισης. Αφορά περισσότερο την ανάπτυξη των εργαζομένων παρά την κατεύθυνση των πραγμάτων. Η αποτελεσματική λειτουργία των ανθρώπων έχει γίνει η πιο σημαντική λειτουργία όλων των καλών επιχειρηματικών διευθυντών. Σήμερα, η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων έχει γίνει μια εξειδικευμένη δουλειά. Διεισδύει σε όλα τα επίπεδα της σύγχρονης διαχείρισης.

Το ανθρώπινο δυναμικό περιλαμβάνει όλες τις αποφάσεις, σχέδια, πολιτικές και πρακτικές που επηρεάζουν άμεσα τους ανθρώπινους πόρους. Η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού που ασχολείται με τις πολλές δραστηριότητες σχετίζεται με τους ανθρώπινους πόρους από την ένταξη στην οργάνωση μέχρι και τη συνταξιοδότηση. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν τον προγραμματισμό ανθρώπινων πόρων, την πρόσληψη, την επιλογή και την τοποθέτηση, την εισαγωγή, την κατάρτιση και την ανάπτυξη, την προώθηση, τη μεταφορά, τις ανταμοιβές, τα κίνητρα, την αξιολόγηση των επιδόσεων, τις αποζημιώσεις και τα οφέλη, τα κίνητρα, τις επικοινωνίες, την κοινωνική ασφάλιση, την ασφάλεια και την υγεία κ.λπ.

Σύμφωνα με τον Flipppo, (1984) η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού είναι ο προγραμματισμός, η οργάνωση, η καθοδήγηση και ο έλεγχος της προμήθειας, της ανάπτυξης, της αποζημίωσης, της ολοκλήρωσης, της συντήρησης και του διαχωρισμού των ανθρώπινων πόρων μέχρι το τέλος των επιμέρους, οργανωτικών και κοινωνικών στόχων.

Σύμφωνα με τον Decenzo & Robbins, (1973) η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού ασχολείται με τη διάσταση των ανθρώπων στη διαχείριση. Δεδομένου ότι κάθε οργανισμός αποτελείται από ανθρώπους, η απόκτηση των υπηρεσιών τους, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους, η παρότρυνση σε υψηλότερα επίπεδα απόδοσης και η διασφάλιση της συνέχισης της δέσμευσής τους στον οργανισμό είναι ουσιώδεις για την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Αυτό ισχύει, ανεξάρτητα από το είδος της οργάνωσης, της κυβέρνησης, της επιχείρησης, της εκπαίδευσης, της υγείας, της ψυχαγωγίας ή της κοινωνικής δράσης.

Ωστόσο, από τη σκοπιά του ερευνητή, η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων αποτελεί ένα σύνολο ειδικών δραστηριοτήτων προσέλευσης ανθρώπινων πόρων υψηλής ποιότητας μετά το σχεδιασμό, την ανάλυση, την περιγραφή, την αξιολόγηση των θέσεων εργασίας και τον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων και τη διατήρηση και ανάπτυξή τους, για την υλοποίηση των στόχων της οργάνωσης και των ανθρώπων.

## 1.2 Μοντέλα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων

Ο σημαντικός ρόλος της στρατηγικής διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων (δηλαδή η σύνδεση των πρακτικών, συστημάτων και πολιτικών διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων με τις στρατηγικές πρωτοβουλίες της εταιρείας) ως αποτελεσματικού μηχανισμού αντιμετώπισης των περιβαλλοντικών αλλαγών έχει αναφερθεί ευρέως στη βιβλιογραφία.

Υπάρχουν τέσσερα μεγάλα μοντέλα που έχουν εντοπιστεί για τη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων σκοπός των οποίων είναι:

1. Η παροχή ενός αναλυτικού πλαισίου για τη μελέτη της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, για παράδειγμα, οι παράγοντες κατάστασης, οι ενδιαφερόμενοι, τα επίπεδα στρατηγικής επιλογής, η ικανότητα.
2. Η νομιμοποίηση ορισμένων πρακτικών διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων. Ένα βασικό θέμα εδώ είναι ο διακριτικός χαρακτήρας των πρακτικών της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων: «Δεν είναι η παρουσία της επιλογής ή της κατάρτισης που έχει σημασία, αλλά μια διακριτική προσέγγιση στην επιλογή ή την κατάρτιση».
3. Η παροχή ενός χαρακτηριστικού της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων που καθορίζει τις μεταβλητές και τη σχέση που πρέπει να ερευνηθεί.
4. Η χρησιμότητά τους που μας βοηθά να ανακαλύψουμε και να κατανοήσουμε τον κόσμο για να εξηγήσουμε τη φύση και τη σημασία των βασικών πρακτικών ανθρώπινου δυναμικού.

Τα πιο γνωστά μοντέλα που καθορίζουν ποια είναι η διαχείριση ανθρωπίνων πόρων και πώς λειτουργεί είναι τα εξής (Anyangwe, 2017):

1. Το μοντέλο αντιστοίχισης ανθρωπίνων πόρων των Fombrun, Tichy & Devanna: το 1984 οι Fombrun, Tichy & Devanna πρότειναν αυτό το μοντέλο και έδειξαν ότι τα συστήματα ανθρωπίνων πόρων και η οργανωτική δομή πρέπει να διαχειρίζονται με τρόπο που να είναι σύμφωνος με την οργανωτική στρατηγική. Εκεί που εστίασαν ήταν στις τέσσερις λειτουργίες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων δηλαδή:
  - i. Στην επιλογή

- ii. Την εκτίμηση
- iii. Την ανάπτυξη και
- iv. Τις ανταμοιβές

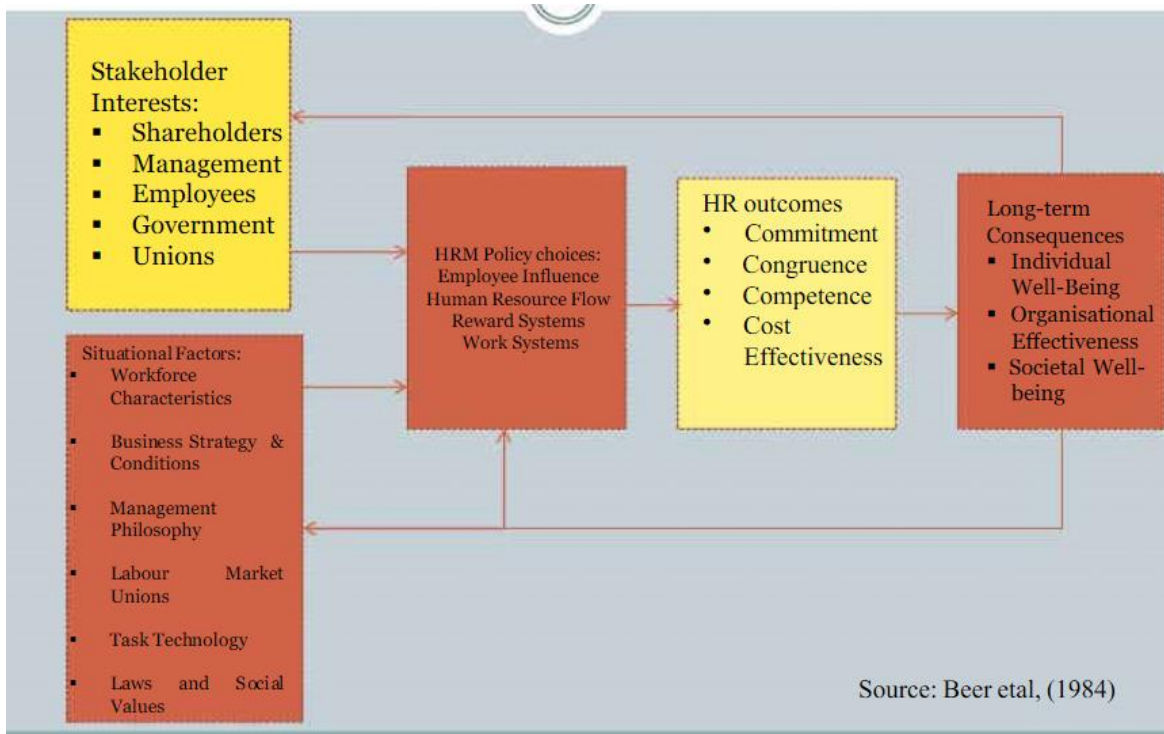
Πρόκειται για το πρώτο και πολύ απλό μοντέλο που χρησιμεύει ως ευρετικό πλαίσιο για την επεξήγηση της φύσης και της σημασίας των βασικών δραστηριοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού. Ωστόσο, είναι ελλιπής, καθώς επικεντρώνεται μόνο σε τέσσερις λειτουργίες και αγνοεί όλους τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τους παράγοντες έκτακτης ανάγκης που επηρεάζουν τις λειτουργίες του ανθρώπινου δυναμικού.

2. Harvard model: Αυτό το μοντέλο θεωρήθηκε από τους Beer et al (1984) στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ και βασίζεται στην πεποίθηση ότι τα προβλήματα της ιστορικής διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων μπορούν να επιλυθούν μόνο όταν οι διευθυντές αναπτύξουν να αναπτύξουν έναν τυποποιημένο τρόπο με τον οποίο επιθυμούν να δουν τους υπαλλήλους τους να εμπλέκονται και να αναπτύσσονται από τον οργανισμό. Η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού επιλέγει ή καθορίζει σαφώς ποια συγκεκριμένη διαδικασία πολιτικής ή πρακτικής ή σύνολο πολιτικών ή διαδικασιών θα οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Το μοντέλο αναφέρει επίσης ότι εάν δεν υπάρχει στρατηγικό όραμα που να μπορεί να παρέχεται από τα γενικά διευθυντικά στελέχη, η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων είναι πιθανότερο να είναι μια σειρά από ανεξάρτητες δραστηριότητες και κάθε μία από αυτές καθοδηγείται από τη δική της πρακτική. Αυτό το μοντέλο αναγνωρίζει την παρουσία πολλών ενδιαφερομένων στο πλαίσιο του οργανισμού.

Οι Beer et al. (1984) πρότειναν ότι οι μακροπρόθεσμες συνέπειες, τόσο τα οφέλη όσο και το κόστος των πολιτικών ανθρώπινου δυναμικού, πρέπει να αξιολογούνται σε τρία επίπεδα:

- i. Ατομικά,
- ii. Οργανωτικά και
- iii. Κοινωνικά.

Ο κύκλος ανάδρασης είναι το έκτο στοιχείο του μοντέλου του Χάρβαρντ. Οι παράγοντες κατάστασης επηρεάζουν την πολιτική και τις επιλογές για τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων και επηρεάζονται από μακροπρόθεσμες συνέπειες. Ομοίως, τα συμφέροντα των ενδιαφερομένων μερών επηρεάζουν τις επιλογές πολιτικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και, με τη σειρά τους, επηρεάζονται από μακροπρόθεσμες συνέπειες.



**Διάγραμμα 1.2.1: Το Harvard model για τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων**

ΠΗΓΗ: Beer et al (1984).

3. Το μοντέλο του Guest: Ένα ακόμα μοντέλο διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού αναπτύχθηκε από τον David Guest το 1997 και ισχυρίζεται ότι είναι πολύ ανώτερο από τα άλλα μοντέλα. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι ο διαχειριστής ανθρώπινου δυναμικού έχει ξεκινήσει συγκεκριμένες στρατηγικές, οι οποίες απαιτούν ορισμένες πρακτικές και όταν εκτελούνται, θα οδηγήσει σε

αποτελέσματα. Αυτά τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν συμπεριφορικές, επιδόσεις και οικονομικά οφέλη.

Το μοντέλο δίνει έμφαση στη λογική ακολουθία έξι συνιστωσών:

- i. στρατηγική ανθρώπινου δυναμικού,
- ii. πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού,
- iii. αποτελέσματα ανθρώπινου δυναμικού,
- iv. αποτελέσματα συμπεριφοράς,
- v. αποτελέσματα απόδοσης και
- vi. οικονομικές συνέπειες.

Κοιτάζοντας αντίστροφα, τα οικονομικά αποτελέσματα εξαρτώνται από την απόδοση των εργαζομένων, η οποία με τη σειρά της είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς των εργαζομένων με προσανατολισμό τη δράση. Τα συμπεράσματα της συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα της δέσμευσης, της ποιότητας και της ευελιξίας των εργαζομένων, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζονται από τις πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού. Οι πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να συμβαδίζουν με τις στρατηγικές ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες είναι πάντοτε ευθυγραμμισμένες με τις οργανωτικές στρατηγικές.

Ο ισχυρισμός του μοντέλου Guest ότι είναι ανώτερος από τα άλλα μοντέλα είναι μερικώς δικαιολογημένος υπό την έννοια ότι σαφώς χαρτογραφεί το πεδίο της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και περιγράφει τις εισροές και τα αποτελέσματα. Αλλά η δυναμική της διαχείρισης των ανθρώπων είναι τόσο περίπλοκη που κανένα μοντέλο (συμπεριλαμβανομένου του μοντέλου Guest) δεν μπορεί να τα καταγράψει συνολικά.

4. Το μοντέλο Warwick: αυτό το μοντέλο αναπτύχθηκε από δύο ερευνητές, τον Hendry και τον Pettigrew του Πανεπιστημίου του Warwick (εξ ου και το μοντέλο Warwick). Όπως και άλλα μοντέλα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, η πρόταση του Warwick επικεντρώνεται σε πέντε στοιχεία:

- i. Εξωτερικό πλαίσιο (μακροπεριβαλλοντικές δυνάμεις).
- ii. Εσωτερικό πλαίσιο (ειδικές επιχειρήσεις ή μικροπεριβαλλοντικές δυνάμεις).



- iii. Περιεχόμενο επιχειρησιακής στρατηγικής.
- iv. Το πλαίσιο διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων.
- v. Το περιεχόμενο διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων.

Το μοντέλο Warwick λαμβάνει γνώση της επιχειρηματικής στρατηγικής και των πρακτικών ανθρώπινου δυναμικού (όπως στο μοντέλο Guest), του εξωτερικού και εσωτερικού πλαισίου στο οποίο πραγματοποιούνται αυτές οι δραστηριότητες και της διαδικασίας με την οποία πραγματοποιούνται τέτοιες αλλαγές, συμπεριλαμβανομένων των αλληλεπιδράσεων αλλαγές στο περιεχόμενο. Η ισχύς του μοντέλου είναι ότι αναγνωρίζει και ταξινομεί σημαντικές περιβαλλοντικές επιδράσεις στη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων. Χαρτογράφει τη σχέση μεταξύ των εξωτερικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και διερευνά πώς προσαρμόζεται η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων στις αλλαγές μέσα στο πλαίσιο. Προφανώς, οι οργανισμοί που επιτυγχάνουν ευθυγράμμιση μεταξύ του εξωτερικού και του εσωτερικού πλαισίου θα επιτύχουν απόδοση και ανάπτυξη.

### **1.3 Σύγχρονες τάσεις στο θεωρητικό πλαίσιο των ανθρωπίνων πόρων**

Η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων είναι μια διαδικασία που φέρνει μαζί τους ανθρώπους και τις οργανώσεις, έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι που έχουν τεθεί. Ο ρόλος του διευθυντή ανθρώπινου δυναμικού μετατοπίζεται από τον ρόλο του προστάτη στο ρόλο ενός σχεδιαστή και ενός παράγοντα αλλαγής. Η σημερινή εστίαση στην επιχείρηση είναι το προσωπικό. Σήμερα δεν είναι δυνατόν ένας οργανισμός να παρουσιάσει μια καλή οικονομική ή λειτουργική έκθεση εκτός εάν οι σχέσεις του προσωπικού του είναι σωστές.

Ο βασικός σκοπός της διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων είναι να αυξήσει και να βελτιώσει την παραγωγική συμβολή του προσωπικού στην οργάνωση με πιο ηθικό, κοινωνικό και διοικητικά υπεύθυνο τρόπο. Ο σκοπός αυτός προέκυψε από τις κοινώς ονομαζόμενες εργασιακές σχέσεις, τη διοίκηση προσωπικού, τη βιομηχανική ψυχολογία και την προσωπική διαχείριση. Η έρευνα δείχνει ότι στόχος της είναι να δημιουργήσει μια ολόκληρη οργανωτική νοοτροπία που

να συνδέει τους εργαζομένους με τους στόχους της εταιρείας με πλήρη επαγγελματική δέσμευση, ολοκλήρωση και ποιοτική εργασία.

Ο 21<sup>ος</sup> αιώνας φέρνει μαζί του τεράστιες ευκαιρίες αλλά και τεράστια πίεση, αν οι εταιρείες δεν θα βελτιώσουν την παραγωγικότητα των ανθρώπων και θα τις μεταχειριστούν ως «ανθρώπινα όντα», τα οποία είναι τα ζωτικά αντικείμενα όλων των οικονομικών δραστηριοτήτων που οδηγούν στη βιομηχανική ανάπτυξη. Τώρα υπάρχει παγκόσμια συναίνεση ως προς τον ανθρώπινο πόρο ως ένα από τα σημαντικότερα μέσα για την αύξηση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ευημερίας της επιχείρησης.

Με την πάροδο των ετών, οι θέσεις εργασίας με υψηλές δεξιότητες και γνώση αυξάνονται, ενώ οι θέσεις χαμηλής εξειδίκευσης μειώνονται. Αυτό απαιτεί τη μελλοντική χαρτογράφηση δεξιοτήτων μέσω κατάλληλων πρωτοβουλιών στον τομέα της διαχείρισης της ανθρώπινης υγείας. Οι οργανισμοί παρακολουθούν επίσης μια αλλαγή στα συστήματα, τους πολιτισμούς διαχείρισης και τη φιλοσοφία. Για το λόγο αυτό υπάρχει ανάγκη για ανάπτυξη πολλαπλών δεξιοτήτων.

Ο ρόλος της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων γίνεται όλο και πιο σημαντικός. Με την αύξηση του ανταγωνισμού, σε τοπικό ή σε παγκόσμιο επίπεδο, οι οργανώσεις πρέπει να γίνουν πιο προσαρμόσιμες, ανθεκτικές, ευέλικτες και με γνώμονα την επιτυχία. Και μέσα σε αυτή την αλλαγή στο περιβάλλον, ο επαγγελματίας του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να εξελιχθεί ώστε να γίνει στρατηγικός συνεργάτης, χορηγός ή δικηγόρος των εργαζομένων και ένας μέντορας αλλαγής μέσα στον οργανισμό. Προκειμένου να επιτύχει, ο υπεύθυνος διαχείρισης ανθρώπινων πόρων πρέπει να είναι μια επιχειρησιακή λειτουργία με πλήρη κατανόηση της συνολικής εικόνας του οργανισμού και να είναι σε θέση να επηρεάσει τις βασικές αποφάσεις και πολιτικές. Γενικά, είναι αυτός που πρέπει να επικεντρώνεται στη διατήρηση στρατηγικού προσωπικού και στην ανάπτυξη ταλέντων. Οι επαγγελματίες της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων θα είναι συνάδελφοι, σύμβουλοι, μέντορες και σχεδιαστές διαδοχής ώστε να βοηθήσουν τα μέλη του οργανισμού. Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού θα προωθήσει και θα αγωνιστεί για αξίες, ηθική, πεποιθήσεις και πνευματικότητα μέσα στις οργανώσεις τους, ειδικά στη διαχείριση της ποικιλομορφίας στο χώρο εργασίας.

Η Διεθνής Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένες αρμοδιότητες και λειτουργίες όπως υπηρεσίες μετεγκατάστασης, προσανατολισμού και

μετάφρασης, προκειμένου να βοηθηθούν οι εργαζόμενοι να προσαρμοστούν σε ένα νέο και διαφορετικό περιβάλλον εκτός της χώρας τους. Οι νέες αυτές τάσεις είναι οι εξής (Albu & Morosan-Danila, 2009):

1. Η επιλογή των υπαλλήλων απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση των προσωπικών χαρακτηριστικών του υποψηφίου.
2. Η κατάρτιση και η ανάπτυξη εκτείνεται πέρα από την εκπαίδευση πληροφόρησης και προσανατολισμού, ώστε να συμπεριλάβει κατάρτιση ευαισθητοποίησης και εμπειρίες πεδίου που θα επιτρέψουν στον διαχειριστή να κατανοήσει καλύτερα τις πολιτισμικές διαφορές. Οι διαχειριστές πρέπει να προστατεύονται από τους κινδύνους επαγγελματικής εξέλιξης, τα προβλήματα επανεμφάνισης και τον πολιτισμικό σοκ.
3. Για την εξισορρόπηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της αξιολόγησης της χώρας καταγωγής και της χώρας υποδοχής, οι αξιολογήσεις των επιδόσεων πρέπει να συνδυάζουν τις δύο πηγές πληροφοριών αξιολόγησης.
4. Τα συστήματα αντιστάθμισης πρέπει να υποστηρίζουν τη γενική στρατηγική πρόθεση του οργανισμού, αλλά πρέπει να προσαρμόζονται στις τοπικές συνθήκες.
5. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες ο νόμος θεσπίζει εκπροσώπηση. Οι οργανώσεις διαπραγματεύονται συνήθως τη συμφωνία με τα συνδικάτα σε εθνικό επίπεδο. Στην Ευρώπη είναι πιο πιθανό οι εργαζόμενοι και οι διευθυντές να είναι συνδικαλισμένοι.

Σήμερα, οι Διευθυντές Ανθρώπινου Δυναμικού επικεντρώνονται στα εξής (Albu & Morosan-Danila, 2009):

1. Πολιτικές: πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού που βασίζονται στην εμπιστοσύνη, το άνοιγμα, την ισότητα και τη συναίνεση.
2. Κίνητρα: δημιουργία συνθηκών όπου οι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να εργαστούν με ζήλο, πρωτοβουλία και ενθουσιασμό. Τα κίνητρα κάνουν τους ανθρώπους να νιώθουν νικητές.
3. Σχέσεις: δίκαιη μεταχείριση των ανθρώπων για υγιείς σχέσεις συνεργασίας.
4. Αλλαγή: προετοιμασία των εργαζομένων ώστε να αποδεχθούν τις τεχνολογικές αλλαγές, αφού τους διευκρινιστούν οι αμφιβολίες που προκύπτουν.

5. Συνειδητότητα Ποιότητας: η δέσμευση για ποιότητα σε όλες τις πτυχές της διοίκησης του προσωπικού θα εξασφαλίσει την επιτυχία.

Λόγω των νέων τάσεων στον τομέα του Ανθρώπινου Δυναμικού, ο Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού θα πρέπει να αντιμετωπίζει τους ανθρώπους ως πόρους, να τους ανταμείβει ισότιμα και να ενσωματώνει τις προσδοκίες τους με εταιρικούς στόχους μέσω κατάλληλων πολιτικών ανθρώπινου δυναμικού.

Άλλες τάσεις και προκλήσεις που προβλέπονται από τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων είναι οι εξής (Albu & Morosan-Danila, 2009):

#### Διαφορετικότητα στο χώρο εργασίας

Οι διαστάσεις της ποικιλομορφίας στο χώρο εργασίας συμπεριλαμβάνουν: ηλικία, εθνικότητα, καταγωγή, φύλο, φυσικές ικανότητες / ιδιότητες, φυλή, σεξουαλικό προσανατολισμό, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, γεωγραφική θέση, εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση, στρατιωτική εμπειρία, θρησκευτικές πεποιθήσεις, την κατάσταση και την εργασιακή εμπειρία. Οι προκλήσεις της ποικιλομορφίας στο χώρο εργασίας αναφέρονται στο γεγονός ότι η μελλοντική επιτυχία οποιωνδήποτε οργανισμών βασίζεται στην ικανότητα διαχείρισης ενός ποικίλου σώματος που μπορεί να φέρει καινοτόμες ιδέες, προοπτικές και απόψεις στο έργο τους.

Η πρόκληση και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ποικιλομορφία του χώρου εργασίας μπορούν να μετατραπούν σε στρατηγικό οργανωτικό πλεονέκτημα, αν ένας οργανισμός είναι σε θέση να αξιοποιήσει τα διάφορα talenta. Με ένα συνδυασμό taléntων διαφορετικού πολιτισμικού περιβάλλοντος, φύλων, ηλικιών και τρόπων ζωής, ένας οργανισμός μπορεί να ανταποκριθεί στις επιχειρηματικές ευκαιρίες πιο γρήγορα και δημιουργικά, ειδικά στην παγκόσμια αγορά. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν το οργανωτικό περιβάλλον δεν υποστηρίζει ευρύτητα την ποικιλομορφία, υπάρχει κίνδυνος να χάσει τα talenta από τους ανταγωνιστές.

Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις πολυεθνικές εταιρείες που έχουν επιχειρήσεις σε παγκόσμια κλίμακα και απασχολούν άτομα από διαφορετικές χώρες και από διαφορετικά ηθικά και πολιτιστικά υπόβαθρα. Έτσι, ένας διευθυντής ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να προσέχει και μπορεί να χρησιμοποιήσει την προσέγγιση «Think Global, Act Local». Πολλοί τοπικοί διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να υποβληθούν σε κατάρτιση διαχείρισης ανθρώπινου

δυναμικού με βάση τον πολιτισμό, προκειμένου να προωθήσουν τις ικανότητές τους να παρακινήσουν μια ομάδα επαγγελματιών που διαθέτουν υψηλά προσόντα αλλά πολιτιστικά διαφορετικά. Επιπλέον, ο επαγγελματίας του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να διαβεβαιώσει τους τοπικούς επαγγελματίες ότι αυτά τα ξένα talέντα δεν αποτελούν απειλή για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας τους. Από πολλές απόψεις, η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της πολυμορφίας στο χώρο εργασίας εξαρτάται από την εξειδικευμένη πράξη εξισορρόπησης του διευθυντή ανθρώπινου δυναμικού.

Ένας από τους κύριους λόγους για την αναποτελεσματική διαχείριση της ποικιλομορφίας στο χώρο εργασίας είναι η προδιάθεση για τους εργαζόμενους, τοποθετώντας τους σε διαφορετική θέση με βάση την ποικιλία τους. Στον πραγματικό κόσμο, η ποικιλομορφία δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί εύκολα και οι οργανισμοί που ανταποκρίνονται στην ανθρώπινη πολυπλοκότητα αξιοποιώντας τα talέντα ενός ευρέος εργατικού δυναμικού θα είναι οι πιο αποτελεσματικοί στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων και της βάσης τους.

### Διαχείριση talέντων

Η διαχείριση των talέντων αναφέρεται στη διαδικασία ανάπτυξης και ένταξης νέων εργαζομένων, στην ανάπτυξη και διατήρηση εργαζομένων και στην προσέλκυση εργαζομένων υψηλής εξειδίκευσης για την εργασία μέσα σε έναν οργανισμό. Η διαχείριση των talέντων είναι μια διαδικασία που εμφανίστηκε στη δεκαετία του 1990 και συνεχίζει να υιοθετείται, καθώς περισσότερες εταιρείες συνειδητοποιούν ότι τα talέντα και οι δεξιότητες των εργαζομένων τους οδηγούν την επιχειρηματική τους επιτυχία. Οι εταιρείες αυτές αναπτύσσουν σχέδια και διαδικασίες για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του talέντου των εργαζομένων τους, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

1. Προσέλκυση και πρόσληψη υποψηφίων με προσόντα ανταγωνιστικού χαρακτήρα.
2. Διαχείριση και καθορισμός ανταγωνιστικών μισθών.
3. Ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης.
4. Διαδικασίες διαχείρισης απόδοσης.
5. Προγράμματα διατήρησης.
6. Προώθηση και μετάβαση.

Η διαχείριση των ταλέντων είναι επίσης γνωστή ως Διαχείριση Ανθρώπινου Κεφαλαίου, Πληροφοριακά Συστήματα Ανθρώπινου Δυναμικού ή Συστήματα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού. Οι εταιρείες που ασχολούνται με τη διαχείριση ταλέντων είναι στρατηγικές στον τρόπο με τον οποίο προμηθεύουν, προσελκύουν, επιλέγουν, εκπαιδεύουν, αναπτύσσουν, διατηρούν, προωθούν και μετακινούν τους υπαλλήλους μέσω του οργανισμού. Αυτός ο όρος ενσωματώνει επίσης τον τρόπο με τον οποίο οι εταιρείες οδηγούν την απόδοση σε ατομικό επίπεδο (διαχείριση απόδοσης). Ο όρος διοίκηση ταλέντου σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Για κάποιους πρόκειται για τη διαχείριση ατόμων υψηλού επιπέδου ή για «ταλαντούχους», ενώ για άλλους πρόκειται για τον τρόπο διαχείρισης του ταλέντου γενικά, δηλαδή για την υπόθεση ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ταλέντο που πρέπει να αναγνωριστεί και να απελευθερωθεί. Αυτός ο όρος συνδέεται συνήθως με τις πρακτικές διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων που βασίζονται σε ικανότητες. Οι αποφάσεις διαχείρισης του ταλέντου συχνά οδηγούνται από ένα σύνολο οργανωτικών βασικών ικανοτήτων καθώς και από συγκεκριμένες αρμοδιότητες θέσης. Το σύνολο ικανοτήτων μπορεί να περιλαμβάνει τη γνώση, τις δεξιότητες, την εμπειρία και τα προσωπικά χαρακτηριστικά (που αποδεικνύονται μέσω καθορισμένων συμπεριφορών).

### Οργανώνοντας στρατηγικά τα ταλέντα

Πολλές εταιρείες συνειδητοποιούν τα πλεονεκτήματα ενός διαφορετικού χώρου εργασίας. Καθώς ολοένα και περισσότερες εταιρείες προχωρούν παγκοσμίως στις επεκτάσεις τους στην αγορά είτε φυσικά είτε ουσιαστικά (για παράδειγμα, εταιρείες που σχετίζονται με το ηλεκτρονικό εμπόριο), υπάρχει ανάγκη να χρησιμοποιηθούν διαφορετικά ταλέντα για να κατανοήσουν τις διάφορες αγορές της αγοράς. Για παράδειγμα, όταν η Κίνα ανέβαινε τις αγορές της και εξάγει τα προϊόντα της παγκοσμίως στα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι κινεζικές εταιρείες αναζητούσαν την εμπειρία που είχαν στο marketing υπάλληλοι από την Σιγκαπούρη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ταλέντα μάρκετινγκ της Σιγκαπούρης μπόρεσαν να κατανοήσουν σχετικά καλά τις τοπικές αγορές της Κίνας καθώς και να προσαρμόζονται στις αγορές της Δύσης λόγω των ανοιχτών οικονομικών πολιτικών της Σιγκαπούρης και των αγγλικών γλωσσικών ικανοτήτων.

Με αυτή την τάση, ο Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού πρέπει να είναι σε θέση να οργανώσει στρατηγικά την ομάδα διαφόρων ταλέντων για τον οργανισμό. Πρέπει να εξετάσει

πώς ένα διαφορετικό εργατικό δυναμικό μπορεί να επιτρέψει στην εταιρεία να επιτύχει νέες αγορές και άλλους οργανωτικούς στόχους προκειμένου να αξιοποιήσει όλες τις δυνατότητες της ποικιλομορφίας στο χώρο εργασίας. Ένας οργανισμός που βλέπει την ύπαρξη διαφορετικού εργατικού δυναμικού ως οργανωτικό πλεονέκτημα και όχι ως ευθύνη θα βοηθούσε έμμεσα τον οργανισμό να λάβει θετικά κάποιες από τις λιγότερο θετικές πτυχές της ποικιλομορφίας του εργατικού δυναμικού.

### Έλεγχος και μέτρηση αποτελεσμάτων

Ένας Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού πρέπει να διεξάγει τακτικές οργανωτικές αξιολογήσεις σε θέματα όπως η αμοιβή, τα οφέλη, το περιβάλλον εργασίας, η διαχείριση και οι ευκαιρίες προώθησης για την αξιολόγηση της προόδου μακροπρόθεσμα. Υπάρχει επίσης ανάγκη να αναπτυχθούν τα κατάλληλα εργαλεία μέτρησης για να μετρηθεί ο αντίκτυπος των πρωτοβουλιών ποικιλομορφίας στην οργάνωση μέσω ερευνών ανάδρασης σε ολόκληρο τον οργανισμό και άλλων μεθόδων. Χωρίς σωστό έλεγχο και αξιολόγηση, μερικές από αυτές τις πρωτοβουλίες διαφορών μπορούν απλώς να εξαφανιστούν, χωρίς να επιλυθούν τα πραγματικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν λόγω της ποικιλομορφίας στο χώρο εργασίας.

### Κίνητρα προσεγγίσεων

Το κίνητρο στο χώρο εργασίας μπορεί να οριστεί ως η επιρροή που μας κάνει να κάνουμε πράγματα για να επιτύχουμε οργανωτικούς στόχους: αυτό είναι αποτέλεσμα των ικανοποιημένων ατομικών μας αναγκών ώστε να είμαστε ενθαρρυμένοι να εκπληρώσουμε αποτελεσματικά τα οργανωτικά καθήκοντα. Καθώς αυτές οι ανάγκες ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, ένας οργανισμός πρέπει να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί διαφορετικά εργαλεία για να ενθαρρύνει τους υπαλλήλους του να βάλουν την απαιτούμενη προσπάθεια και να αυξήσουν την παραγωγικότητα της εταιρείας.

Στον μεταβαλλόμενο χώρο εργασίας μας και στα ανταγωνιστικά περιβάλλοντα της αγοράς, οι εργαζόμενοι με κίνητρα και οι συνεισφορές τους είναι το απαραίτητο νόμισμα για την επιβίωση και την επιτυχία ενός οργανισμού. Οι παρακινητικοί παράγοντες σε ένα οργανωτικό

πλαίσιο περιλαμβάνουν το εργασιακό περιβάλλον, τα χαρακτηριστικά της εργασίας, το κατάλληλο σύστημα οργανωτικής ανταμοιβής κ.λπ.

Η ανάπτυξη ενός κατάλληλου συστήματος οργανωτικής ανταμοιβής είναι πιθανώς ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινητοποίησης. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τόσο την ικανοποίηση από την εργασία όσο και το κίνητρο των εργαζομένων. Το σύστημα ανταμοιβής επηρεάζει την ικανοποίηση από την εργασία, καθιστώντας τον υπάλληλο πιο άνετο και ευχαριστημένο ως αποτέλεσμα των ανταμοιβών που έλαβε. Το σύστημα ανταμοιβής επηρεάζει τα κίνητρα κυρίως μέσω της αντιληπτικής αξίας των ανταμοιβών και της επίδρασης τους στην απόδοση.

Για να είναι αποτελεσματικό, ένα οργανωτικό σύστημα επιβράβευσης θα πρέπει να βασίζεται στην ορθή κατανόηση του κινήτρου των ανθρώπων στην εργασία. Μια από τις πιο δημοφιλείς μεθόδους ανταμοιβής συστημάτων είναι η απόκτηση απόδοσης. Τα προγράμματα κοινής χρήσης κέρδους αναφέρονται γενικά σε σχέδια παροχής κινήτρων που περιλαμβάνουν τους εργαζόμενους σε μια κοινή προσπάθεια βελτίωσης των οργανωτικών επιδόσεων και βασίζονται στην έννοια ότι τα επακόλουθα αυξητικά οικονομικά οφέλη κατανέμονται μεταξύ των εργαζομένων και της εταιρείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι εργαζόμενοι συμμετέχουν οικειοθελώς στη διοίκηση για να αναλάβουν την ευθύνη για σημαντικές μεταρρυθμίσεις. Αυτός ο τύπος αμοιβής βασίζεται σε παράγοντες απευθείας κάτω από τον έλεγχο του εργαζόμενου. Τα κέρδη μετρούνται και οι κατανομές γίνονται συχνά μέσω ενός προκαθορισμένου τύπου. Επειδή αυτή η αμοιβή εφαρμόζεται μόνο όταν επιτυγχάνονται κέρδη, τα σχέδια ανταλλαγής κερδών δεν επηρεάζουν δυσμενώς το κόστος των επιχειρήσεων.

#### **1.4 Σύγχρονη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων**

Οι σύγχρονοι οργανισμοί, έρχονται αντιμέτωποι και λειτουργούν κάτω από αντίξοες συνθήκες ανταγωνισμού. Το νέο αυτό επιχειρησιακό περιβάλλον, επηρεάζει αναπόφευκτα τις σχέσεις απασχόλησης και τους όρους εργασίας. Ο σύγχρονος τρόπος διοίκησης των επιχειρήσεων περιλαμβάνει (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010):



1. τη μείωση του μεγέθους των επιχειρήσεων: μια επιχείρηση πρέπει να απασχολεί τόσο προσωπικό όσο της χρειάζεται για να αποφεύγεται η άσκοπη σπατάλη.
2. Τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών: περιλαμβάνει τον ανασχεδιασμό των λειτουργιών και των διαδικασιών μιας επιχείρησης ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά και με ευελξία (γρήγορη ανταπόκριση στις απαιτήσεις του καταναλωτή).
3. Τη διοίκηση ολικής ποιότητας: αποτελεί μια συστηματική και συντονισμένη προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων και παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, εισάγονται διαφορετικές μέθοδοι διοίκησης, συγκριτικά με τους παραδοσιακούς, όπως είναι η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων. Επιπρόσθετα, η νέα τάση περιλαμβάνει την πολιτική μείωσης των ιεραρχικών επιπέδων καθώς και την εισαγωγή του θεσμού της μερικής απασχόλησης. (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010). Η ριζική αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας της επιχείρησης περιλαμβάνει την ανάπτυξη μορφών ηγεσίας και διοίκησης που προωθούν την αφοσίωση από την πλευρά των εργαζομένων.

<b>ΠΑΛΑΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>
Οι άνθρωποι χρειάζονται τις επιχειρήσεις	Οι επιχειρήσεις χρειάζονται τους ανθρώπους
Οι μηχανές και το κεφάλαιο αποτελούν το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.	Οι άνθρωποι αποτελούν το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.
Οι ταλαντούχοι εργαζόμενοι κάνουν κάποια διαφορά.	Οι ταλαντούχοι εργαζόμενοι κάνουν τεράστια διαφορά
Οι θέσεις εργασίας σπανίζουν.	Οι ταλαντούχοι εργαζόμενοι σπανίζουν
Οι εργαζόμενοι είναι πιστοί και οι θέσεις εργασίας ασφαλείς.	Οι εργαζόμενοι μετακινούνται και η αφοσίωσή τους είναι βραχύχρονη.

Οι εργαζόμενοι αποδέχονται όσα τους προσφέρονται	Οι εργαζόμενοι απαιτούν πολύ περισσότερα
--	--

Πίνακας 1.4.1: Διαφορές μεταξύ παλαιάς και νέας επιχειρηματικής πραγματικότητας.

ΠΗΓΗ: Michaels,handfield-Jones & Axelrod, 2001.

Σήμερα οι απαιτήσεις που διαμορφώνονται αποτελούν πρόκληση αναφορικά με τον παραδοσιακό τρόπο διοίκησης προσωπικού. Ο όρος αυτός που χρησιμοποιούταν πριν λίγα χρόνια υποδήλωνε ουσιαστικά μια βραχυχρόνια προσέγγιση των θεμάτων που αφορούν το προσωπικό ενός οργανισμού. Ο ρόλος του προϊσταμένου στη διεύθυνση προσωπικού ήταν ο ρόλος του μεσολαβητή μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης. Η μετάβαση από τη Διοίκηση Προσωπικού στη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων σηματοδοτεί μια συστηματική και μακροχρόνια αντιμετώπιση του ανθρωπίνου δυναμικού. Σχεδιάζονται πολιτικές διοίκησης σε σχέση με τις μακροχρόνιες ανάγκες του οργανισμού, διαδικασία που προϋποθέτει στρατηγικό σχεδιασμό. Επιπλέον, συμβάλλει στη δημιουργία και τη διατήρηση της οργανωσιακής κουλτούρας δηλαδή τις αρχές και τη φιλοσοφία της οργάνωσης. Ο ρόλος του υπευθύνου διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων είναι περισσότερο συμβουλευτικός και θεωρείται καθοριστικός για τη στελέχωση με το κατάλληλο κατά περίπτωση εργατικό δυναμικό, την εκπαίδευσή του και την εξασφάλιση ενός εργασιακού περιβάλλοντος που προάγει την αφοσίωση για τη επίτευξη των στόχων σε μακροχρόνιο επίπεδο (Michaels,handfield-Jones & Axelrod 2001).

Η επιχείρηση, λοιπόν, πρέπει να αντιληφθεί τη σημασία της διαχείρισης του ανθρώπινου κεφαλαίου, που πέρα από το διανοητικό περιλαμβάνει το συναισθηματικό και το κοινωνικό κεφάλαιο, δηλαδή τα συναισθήματα των ανθρώπων που καθορίζουν την ικανότητα δράσης τους, όπως ενθουσιασμός, πάθος, υπερηφάνεια, θυμός, δυσαρέσκεια, έλλειψη νοήματος, καθώς και το δίκτυο σχέσεων και τους κοινωνικούς δεσμούς που αναπτύσσονται μεταξύ των εργαζομένων αλλά και μεταξύ των υπόλοιπων ομάδων ενδιαφέροντος (Ιορδάνογλου, 2007). Επομένως, η διοίκηση προσωπικού είναι ένα κύριο συστατικό της ευρύτερης διοικητικής λειτουργίας. Είναι ένα σημαντικό υποσύστημα όλων των οργανισμών. Ειδικότερα, διοίκηση προσωπικού είναι η στρατολόγηση, η επιλογή, η ανάπτυξη, η αξιοποίηση και η προσαρμογή των ανθρώπινων πόρων στους οργανισμούς - επιχειρήσεις, με σκοπό την εναρμόνιση και την κατεύθυνση των ανθρώπινων πόρων στην πραγμάτωση των στόχων των οργανισμών.

Η διοίκηση προσωπικού, τα τελευταία χρόνια έχει αναβαθμιστεί σε επιστήμη, η οποία μελετά το προσωπικό όχι ως παράγοντα συντελεστή που προκαλεί κόστος, αλλά ως περιουσιακό στοιχείο στο οποίο κάθε επιχείρηση οργανισμός οφείλει να επενδύει. Γνωστή πλέον, ως διοίκηση ανθρωπίνων πόρων (ΔΑΠ), εκτείνεται σε πολύ μεγαλύτερο φάσμα και σημαντικότερα πεδία απ' ότι απλώς η διοίκηση εργατικού δυναμικού ή τα ζητήματα των αμοιβών, των συνθηκών εργασίας, της πειθαρχίας και της επίλυσης διαφορών. Αφορά ολοένα και περισσότερο την ανάπτυξη και την διατήρηση των βασικών υπαλλήλων.

Η επιτυχής Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων δεν είναι πλέον απασχολημένη με το να εκτελέσει ένα χαρακτηριστικό σύνολο πολιτικών και ενεργειών αλλά απαιτεί και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επιλογών στους ανθρώπους, των στρατηγικών και των στόχων της επιχείρησης και της δυνατότητας που παρουσιάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον (Pike et al, 2002). Η σύγχρονη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων λοιπόν απαιτεί για τις ομάδες των πολιτικών και πρακτικών που έχουν παρθεί να είναι στρατηγικά σημαντικές στην επιχείρηση. Αυτή η πορεία δεν είναι ουσιαστικά χωρίς προβλήματα αλλά είναι μια προϋπόθεση για τις οργανώσεις εάν πρόκειται να διαχειριστούν το ανθρώπινο δυναμικό τους επιτυχώς. Η στρατηγική Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων δεν τοποθετείται σε προοδευτικές πρωτοβουλίες χωριστές από τους επιχειρησιακούς στόχους ή τις διευθυντικές και περιβαλλοντικές πραγματικότητες, ούτε στην κατασκευή ομοιογενών συνόλων καλύτερων πρακτικών. Βρίσκεται στην εξασφάλιση ότι οι επιλογές που γίνονται στους ανθρώπους γίνονται σοφά και με προφανείς και προγραμματισμένους σκοπούς (Hunter, 2002).

## **2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

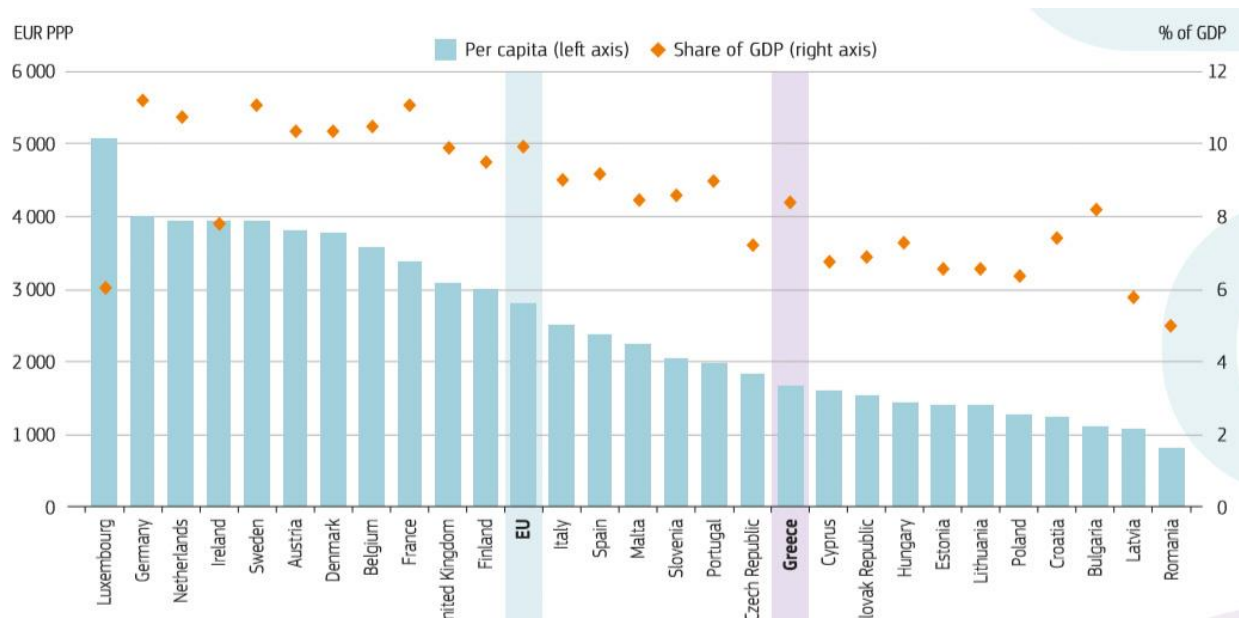
### **2.1 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσμοθετήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αποβλέποντας στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Η λειτουργία του εξυπηρετεί όλα τα άτομα που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Ειδικά όμως για τους ασφαλισμένους σε φορείς δημόσιας ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους (<http://www.ggka.gr>).

Αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, Περιφερειακών και Νομαρχιακών Νοσοκομείων στην Ελλάδα, ενώ από τις πιο σημαντικές μεταρρυθμίσεις ήταν η θεσμοθέτηση του νοσοκομειακού γιατρού αποκλειστικής απασχόλησης, η διακήρυξη με νόμο από το κράτος της αποκλειστικής ευθύνης για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών και η απαγόρευση ίδρυσης και επέκτασης των ιδιωτικών δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων φορέων υγείας, μεγάλο μέρος των οποίων απορροφήθηκε από το ίδιο το ΕΣΥ (<http://el.wikipedia.org>). Η μεταρρύθμιση αυτή εισήχθη με το Νόμο 1397/83 (Φ.Ε.Κ. 143 Α').

Η οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα, προκάλεσε μεγάλες αλλαγές στο ελληνικό σύστημα υγείας το οποίο είναι ένα μικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας και την κεντρική χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Από το 2010 ξεκίνησαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις με γνώμονα τη δομή και την αποδοτικότητα, πολλές από τις οποίες ανταποκρίθηκαν στο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής της χώρας. Σε μια σημαντική μεταρρύθμιση, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (γνωστός ως ΕΟΠΠΥ) δημιουργήθηκε το 2011 με τη συγχώνευση των κλάδων υγείας των σημαντικότερων (επαγγελματικών) ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και τώρα ενεργεί ως ο κύριος αγοραστής της υγείας Υπηρεσίες. Ωστόσο, τα σχέδια για τη μεταφορά περισσότερων εξουσιών στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές είχαν μικρότερο αντίκτυπο και ο τομέας της υγείας παραμένει ιδιαίτερα συγκεντρωμένος (OECD, 2017).

Οι δαπάνες για την υγεία έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Η Ελλάδα δαπάνησε το 8,4% του ΑΕΠ για την υγεία το 2015, αλλά στο πλαίσιο της δραστηκής συρρίκνωσης του ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν. Οι δαπάνες ανά κάτοικο μειώθηκαν από το 2009, όταν ήταν 2.287 ευρώ, σε 1.650 ευρώ το 2015 (προσαρμοσμένες στις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), μείωση κατά 28% που θέτει την Ελλάδα σημαντικά χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ.



**Διάγραμμα 2.1.1: Δαπάνες της Ελλάδας για υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με την ΕΕ**

ΠΗΓΗ: OECD, 2017

Ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας υπήρξε στόχος σημαντικών προσπαθειών αναδιάρθρωσης και εξοικονόμησης δαπανών, ιδίως λόγω των συνεχιζόμενων ελλειμμάτων και της ανεπαρκούς διαχείρισης. Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις ξεκίνησαν το 2013 για να μειώσουν τον αριθμό των κλινών, κλινικών και ειδικών μονάδων, αλλά είχαν περιορισμένη εφαρμογή. Έχουν υπάρξει περισσότερες επιτυχίες με μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της διαφάνειας, τη μείωση του κόστους των προμηθειών και την αλλαγή του συστήματος νοσοκομειακών πληρωμών. Αυτά βοήθησαν τα νοσοκομεία να εξορθολογίσουν τις δαπάνες, αλλά δεν μεταφράστηκαν απαραίτητως σε μια πλήρως αποδοτική κατανομή πόρων (Kaitelidou et al., 2016).

## **2.2 Η δομή και η οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας**

Το σημερινό ελληνικό σύστημα υγείας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών έχει διαρθρωθεί σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες. Στις πρωτοβάθμιες ενσωματώνονται και οι ιδιωτικοί φορείς φροντίδας υγείας, καθώς οι δημόσιες είχαν συσσωρεύσει αρκετά προβλήματα. Επιπλέον ο μεγάλος αριθμός ιατρών συντέλεσαν στη δημιουργία πολυάριθμων ιδιωτικών φορέων υπηρεσιών υγείας. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας είναι τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές.

### **2.2.1 Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί θα μπορούσαμε να πούμε, το στυλοβάτη της φροντίδας υγείας καθώς εδώ παρέχονται υπηρεσίες που εκτείνονται από την πρόσληψη και την αγωγή υγείας έως και το πρώτο στάδιο περίθαλψης, όπου συγκαταλέγονται η διάγνωση, η παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών καθώς και η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη, 2009). Οι υπηρεσίες λοιπόν της ΠΦΥ περιλαμβάνουν (Παπαδοπούλου, 2011):

1. τη διάγνωση και τη θεραπεία μη σοβαρών ασθενειών,
2. τη διεξαγωγή μικρών χειρουργικών επεμβάσεων,
3. την παροχή μαιευτικής φροντίδας,
4. τη φροντίδα υγιών παιδιών,
5. την παροχή συμβουλών, καθώς και
6. την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Στην ΠΦΥ ο πολίτης έρχεται σε επαφή με κάποιον από τους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι ο ιατρός, ο νοσηλευτής, ο επισκέπτης υγείας, η μαία, ο κοινωνικός λειτουργός. Αυτή η

επαφή μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε στα ιατρεία, είτε στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων ή ιδιωτικών νοσοκομείων, είτε στα κέντρα υγείας ή και στις πολυκλινικές. Πιο συγκεκριμένα, η ΠΦΥ παρέχεται από (Παπαδοπούλου, 2011):

1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών τους Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών.
2. Τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΕΟΠΥΥ, πρώην ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Υπηρεσίες παρέχονται από τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς καθώς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα. Πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων.
3. Την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη χώρα μας λειτουργούν ΚΑΠΗ, προγράμματα Βοήθειας στο σπίτι και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία είτε συμπεριλαμβάνουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη είτε παρέχουν μόνο προνοιακές υπηρεσίες.
4. Τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα προσφέροντας υψηλή τεχνολογία και ξενοδοχειακού τύπου συνθήκες.
5. Τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό (ΕΕΣ) ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυιατρεία τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου).

Νομικά η ίδρυση και λειτουργία φορέων ΠΦΥ καθορίζεται από μια σειρά Προεδρικών Διαταγμάτων και νόμων.

### **2.2.2 Ιδιωτικοί φορείς πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

Τα προβλήματα της πρωτοβάθμιας υγείας στη χώρα μας και ο μεγάλος αριθμός ιατρών συντέλεσαν στη δημιουργία πολυάριθμων ιδιωτικών φορέων υπηρεσιών υγείας. Η δημιουργία του ΕΣΥ τη δεκαετία του '80 επέφερε την απαγόρευση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη υγείας. Η κατάσταση αυτή ευνόησε την κατεύθυνση ιδιωτικών κεφαλαίων στους τομείς υγείας και έτσι διευκολύνθηκε η δημιουργία και λειτουργία ιδιωτικών φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η αναζήτηση διεξόδου των ιδιωτικών κεφαλαίων, σε συνδυασμό με την υπερπληθώρα του ιατρικού προσωπικού που γνώρισε η χώρα στις δεκαετίες του '80 και '90 οδήγησαν στην ίδρυση μεγάλου αριθμού ιδιωτικών ιατρείων, εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων.

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.

Την τελευταία δεκαετία πολλοί άνθρωποι στράφηκαν προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας διότι παρείχε καλύτερες υπηρεσίες. Τα περισσότερα ιδιωτικά ιατρικά κέντρα διαθέτουν υψηλή τεχνολογία, παρέχουν υπηρεσίες στους ασθενείς με αμοιβή, όπου η δαπάνη καλύπτεται είτε άμεσα από τον ίδιο τον ασθενή, είτε έμμεσα με μερική ή ολική κάλυψη του ταμείου του ασθενή ή από ιδιωτική ασφάλιση. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι περίπου 5 εκατ. περιπτώσεις ασθενών επισκέπτονταν ετησίως τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος κέρδιζε περίπου 154 εκατ. ευρώ ετησίως. Αυτό συνέβαινε διότι οι ασθενείς δεν έμεναν ικανοποιημένοι από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η χρήση της τεχνολογίας στη διάγνωση και η αξιοποίηση της ιατρικής γνώσης στην έγκαιρη παρέμβαση είναι τα εργαλεία με τα οποία ο γιατρός θα αντιμετωπίσει ένα μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων, τις περισσότερες φορές χωρίς να χρειασθεί η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο (<http://platon.cc.uoa.gr>).

Μάλιστα, τις τελευταίες δεκαετίες έχει υπάρξει μια σημαντική αύξηση στην ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Σημαντικό μερίδιο υπηρεσιών παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είτε συμβάλλονται με διάφορα ασφαλιστικά ταμεία είτε αμείβονται άμεσα από τους ασθενείς. Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι



οι υπηρεσίες αποκατάστασης (φυσιοθεραπεία κ.λπ.) και οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους (γηριατρικά κέντρα) παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, καθώς ο δημόσιος τομέας υγείας έχει παραμελήσει έντονα τους συγκεκριμένους τομείς υπηρεσιών.

Οι προϋποθέσεις και προδιαγραφές των διαγνωστικών κέντρων καθορίζονται με Προεδρικό Διάταγμα. Στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται περίπου 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών και πληρώνονται κυρίως αναδρομικά ([www.ineobservatory.gr](http://www.ineobservatory.gr)). Αυτή η υπερπληθώρα διαγνωστικών κέντρων, σε συνδυασμό με την έλλειψη ορθολογικού νομοθετικού πλαισίου και μηχανισμών παραπομπής των ασθενών οδήγησε σε υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας από τους φορείς αυτούς και σε τεράστιο μέγεθος των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και του ίδιου του δημοσίου.

Μέχρι και το 2009 διάφορες μελέτες έδειχναν αυξητική πορεία του κλάδου με αύξηση κύκλου εργασιών κατά περίπου 7% (Φαρμακοοικονομία, 2009). Ωστόσο η οικονομική κρίση που επακολούθησε τα τελευταία χρόνια, η ανικανότητα μεγάλου μέρους του πληθυσμού να πληρώσει έστω και τη μικρή συμμετοχή του στη δαπάνη των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η στροφή των ασθενών στους δημόσιους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας και η μεγάλη συσσώρευση χρεών των ταμείων, λόγω και της κρατικής οικονομικής δυσπραγίας δημιουργούν μια αντιστροφή του κλίματος στον τομέα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και θέτουν σοβαρά ζητήματα βιωσιμότητας πολλών επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών υγείας και κυρίως αυτών που έχουν μεγάλο κόστος λειτουργίας όπως τα διαγνωστικά κέντρα (<http://www.hellastat.com>).

### **2.2.3 Δευτεροβάθμιες δημόσιες υπηρεσίες υγείας**

Από τα τέλη της δεκαετίας του 2000, παρά τον μεγάλο αριθμό νομοθετικών πρωτοβουλιών που προηγήθηκαν, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα τα οποία θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε έξι βασικούς άξονες (Economou and Giorno, 2009, Economou, 2010):

1. Ανεπάρκειες στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ένα κατατεταγμένο συνονθύλευμα υπηρεσιών αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού.
2. Σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπου και πάλι ήταν εμφανής η απουσία ενός φορέα συγκέντρωσης, και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων.
3. Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας.
4. Ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων.
5. Απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας.
6. Ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Σε όλα τα παραπάνω θέματα καλείται να απαντήσει η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας μέσα στα ασφυκτικά όρια δημοσιονομικής προσαρμογής και οικονομικών περικοπών που θέτει η εφαρμογή των μνημονίων. Ωστόσο η διεθνής εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων δείχνει ότι ευρείας έκτασης, απότομες και γρήγορες αλλαγές, στο πλαίσιο ενός μεγάλου σχεδίου μετασχηματισμού που επιβάλλεται από τα πάνω, σε συνθήκες ραγδαίων κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών, δεν συνιστούν τον πιο κατάλληλο τρόπο αποτελεσματικής αναδιοργάνωσης ενός συστήματος υγείας. Η διαπίστωση αυτή ίσως σε σημαντικό βαθμό προσδιορίζει τις πιθανότητες επιτυχίας της μεγάλης εμβέλειας αναδόμησης του συστήματος υγείας που επιχειρείται σήμερα στην Ελλάδα, υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης και μιας πιθανής χρεοκοπίας της χώρας. Αναδόμηση η οποία ακολουθεί το δόγμα του «σοκ» και όχι των σταδιακών βημάτων ([www.ineobservatory.gr](http://www.ineobservatory.gr)).

Μια σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων κατά την τελευταία τριετία προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα. Ένα πρώτο νομοθέτημα αποτέλεσε ο Νόμος 3863/2010 (ΦΕΚ Α΄ 115), ο οποίος αφορούσε συνταξιοδοτικές διατάξεις. Με το νόμο αυτόν τα ταμεία και

οι κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο διαχωρισμός αυτός ήταν αίτημα χρόνων από την επιστημονική κοινότητα.

Ένα επόμενο μέτρο αποτέλεσε η επέκταση των ρυθμίσεων του Νόμου 2889/2001 (ΦΕΚ 37) για τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, με το Νόμο 3868/2010 και την καθιέρωση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ, μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Ωστόσο, το γεγονός ότι η επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία προϋποθέτει την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον ασθενή δημιουργεί συνθήκες άνισης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αφού σχετίζεται με την εισοδηματική δυνατότητα καταβολής άμεσης πληρωμής.

Τρίτος νόμος ο οποίος ψηφίστηκε το 2010 ήταν ο Νόμος 3892/2010 (ΦΕΚ Α' 189) για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Παρ' όλα τα προβλήματα εφαρμογής του ο νόμος ήταν ένα αποφασιστικό βήμα στον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα και της πάταξης της παράνομης συνταγογράφησης.

Ο Νόμος 3918/2011(ΦΕΚ Α' 31) εισάγει σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στην ενοποίηση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και τέλος, στα φάρμακα.

#### **2.2.4 Δευτεροβάθμιες ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας**

Οι ιδιωτικές κλινικές παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Επενδύουν συνεχώς σε νέο ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό, απασχολούν περίπου 20.000 εργαζόμενους και συμμετέχουν στο σύστημα υγείας με 15.000 κλίνες. Εδρεύουν κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Στη δεκαετία του '90, μετά την άρση των απαγορεύσεων που είχε

επιβάλλει στο χώρο της υγείας η δημιουργία του ΕΣΥ, οι ιδιωτικές κλινικές παρουσιάζουν μεγάλη ανάπτυξη, με την παράλληλη άνθιση του τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Οι ιδιωτικές ασφάλειες κάλυπταν το 100% των εξόδων στις ιδιωτικές κλινικές, χωρίς πλαφόν στα ιατρικά έξοδα. Η ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών συνεχίστηκε με μεγάλους ρυθμούς και στη δεκαετία του 2000. Την περίοδο αυτή άρχισαν να αποκαλούνται και ιδιωτικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με έρευνα της ICAP για το 2007 τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών αυξήθηκαν κατά 13% και των μαιευτηρίων κατά 7%.

Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την ανάπτυξη της ιδιωτικής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η άνθιση της ιδιωτικής ασφάλισης, όπως αναφέρθηκε ήδη, η υψηλή εισοδηματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας, οι σοβαρές ελλείψεις και παθογένειες του δημόσιου συστήματος υγείας (παράδειγμα η έλλειψη υπηρεσιών πρόληψης, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας, οι εικόνες με τα ράντζα στα δημόσια νοσοκομεία κ.α.), η αύξηση των εισοδημάτων, η γήρανση του πληθυσμού που έχει ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου και η αλλαγή καταναλωτικών προτύπων του πληθυσμού.

Ωστόσο, παρ' όλη την ανάπτυξη που παρατηρήθηκε στον χώρο της ιδιωτικής περίθαλψης την τελευταία εικοσαετία, παρατηρείται επίσης και μια συγκέντρωση στον κλάδο, η οποία εντάθηκε τα τελευταία χρόνια και δίνει ουσιαστικά ολιγοπωλιακά χαρακτηριστικά στην αγορά ιδιωτικής δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι εξαγορές και οι συγχωνεύσεις μεγάλων ιδιωτικών κλινικών και μαιευτηρίων, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα δημιούργησε μια αγορά μεγαλύτερη σε μέγεθος αλλά ελεγχόμενη από μικρότερο αριθμό φορέων. Μεγάλες ιδιωτικές κλινικές μετεξελιχτήκαν σε ομίλους κλινικών και γενικότερα φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ μεγάλοι επενδυτικοί όμιλοι έχουν εισέλθει δυναμικά στο χώρο, λόγω των υψηλών κερδών, αλλά και της μεγάλης ζήτησης για κεφάλαια που χαρακτηρίζει το χώρο της υγείας, αφού η ανάγκη για συνεχείς επενδύσεις σε σύγχρονο εξοπλισμό και άρτια καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό κάνουν το όλο εγχείρημα πολυδάπανο και τις μικρές επιχειρήσεις του κλάδου μη βιώσιμες.

Την προηγούμενη δεκαετία οι ασφαλιστικοί φορείς κάλυπταν το 85% των νοσηλίων στις ιδιωτικές κλινικές και οι ιδιωτικές ασφάλειες κάλυπταν το 100% του κόστους περίθαλψης των ασθενών. Σήμερα με την υπάρχουσα οικονομική κρίση η κατάσταση στο χώρο της υγείας έχει διαφοροποιηθεί. Οι μνημονιακές πολιτικές ασκούν περικοπές και στο χώρο της υγείας. Ο κάθε

ασφαλισμένος συμβάλει με το 30% έως 50% ποσοστό συμμετοχής στη δαπάνη νοσηλείας με συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικές κλινικές, και με ποσοστό 15% για εξετάσεις που γίνονται σε συμβεβλημένα κέντρα.

Στην αβεβαιότητα των μικρών παρόχων υγείας συντείνει και η οικονομική κρίση που δε θα μπορούσε να αφήσει ανέγγιχτο και αυτό τον κλάδο επιχειρηματικότητας. Η οικονομική ανέχεια μεγάλου μέρους του πληθυσμού που στράφηκε στα δημόσια νοσοκομεία έχει μειώσει τον κύκλο εργασιών των ιδιωτικών κλινικών κατά 23% το πρώτο τρίμηνο του 2013, πτωτική πορεία που ξεκίνησε από το 2009 και μετά. Υπολογίζεται ότι περίπου 30% των ασθενών του ιδιωτικού τομέα έχει μεταφερθεί στον δημόσιο μέσα στο 2012, με αυξητικές τάσεις. Επίσης οι τεράστιες καθυστερήσεις στην αποπληρωμή των χρεών του ΕΟΠΥΥ (585 εκατ. Ευρώ στο τέλος του 2012) στις ιδιωτικές κλινικές προκαλεί μεγάλα προβλήματα ρευστότητας, που σε συνδυασμό με τα χρέη των ιδιωτικών κλινικών σε δημόσιο, ασφαλιστικά ταμεία, προμηθευτές και τράπεζες δημιουργούν ένα αρνητικό κλίμα και αβεβαιότητα στον κλάδο. Δεν είναι τυχαίο ότι ο πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών (ΠΕΙΚ) Γρ. Σαραφιανός σε δημοσίευσμά του στους Financial Times σημείωσε πως *«η φετινή χρονιά (2013) είναι δύσκολη, χρονιά-ορόσημο για την επιβίωση των ιδιωτικών κλινικών»*.

Μέσα σε αυτό το κλίμα οι ιδιωτικές κλινικές αναζητούν λύσεις για την επόμενη μέρα του κλάδου. Ακόμα και οι μεγαλύτεροι όμιλοι συζητούν για αλλαγή μοντέλου οργάνωσης και μείωση του κόστους λειτουργίας, ενώ, δεδομένης της εγχώριας ασφυξίας, δίνεται έμφαση στην προοπτική προσέλκυσης ασθενών-πελατών από το εξωτερικό.

Ο λεγόμενος «ιατρικός τουρισμός» αναπτύσσεται ήδη με κινήσεις σε γειτονικές χώρες, όπου οι υπηρεσίες υγείας είναι κατώτερες από αυτές στη χώρα μας, ή όπου οι κοινωνικές, οικονομικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές συνθήκες δημιουργούν ελλείμματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ελλείμματα που μπορεί να καλύψει η χώρα μας με το συνδυασμό ομορφιάς και παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου.

### **2.3 Η απόδοση του υφισταμένου συστήματος**

Το ελληνικό σύστημα δημόσιας υγείας έχει κατακερματισμένη οργάνωση που δυσχεραίνει τη συνεκτική διαχείριση των κινήτρων. Το σύστημα δεν αντιστοιχεί σε ένα σαφές ρυθμιστικό μοντέλο. Από το 1983 περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας που εξυπηρετεί ολόκληρο τον πληθυσμό και χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από το κράτος. Αυτή η δομή, η οποία είναι παρόμοια με το βρετανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να δώσει στην κυβέρνηση άμεσο έλεγχο στην παροχή πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών και σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει δημόσια ταμεία ασφάλισης παρόμοια με εκείνα της Γερμανίας και της Γαλλίας, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και των οποίων η αύξηση των δαπανών καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη ζήτηση. Υπάρχουν πάνω από τριάντα ταμεία υγείας που υπόκεινται σε διαφορετικούς κανονισμούς, διαφορετικά ποσοστά συνεισφοράς, κάλυψη και προϋποθέσεις πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η υπαγωγή σε ένα από τα κεφάλαια είναι υποχρεωτική και εξαρτάται από την κατοχή του ασφαλισμένου. Ως αποτέλεσμα, και σε αντίθεση με την κατάσταση σε ορισμένες άλλες χώρες, η ύπαρξη πολλαπλών κεφαλαίων δεν χρησιμεύει για τη δημιουργία ανταγωνισμού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Τα περισσότερα από αυτά τα κεφάλαια είναι μικρά, αφού τα τέσσερα μεγαλύτερα καλύπτουν σχεδόν το 95% του πληθυσμού. Επίσης, η έλλειψη ομοιομορφίας του συστήματος περιπλέκει τη διακυβέρνησή του (Economou & Giorno, 2009).

Ορισμένα διαφορετικά υπουργεία συμμετέχουν στη διαχείριση της παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας, γεγονός που αυξάνει τα προβλήματα διαχείρισης. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φέρει πρωταρχική ευθύνη για τη διαμόρφωση και εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία. Διαθέτει προσωπικό και υλικούς πόρους στις διάφορες δημόσιες ιατρικές εγκαταστάσεις και θέτει τους κανονισμούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρόλα αυτά, μοιράζεται ευθύνες με άλλα υπουργεία. Για παράδειγμα, η ευθύνη για την εποπτεία και ρύθμιση των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία διαχειρίζονται επίσης τα συνταξιοδοτικά συστήματα, υπάγεται στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Αυτό περιλαμβάνει τον καθορισμό των ιατρικών ωφελημάτων που καλύπτονται, τους όρους πρόσβασης στους ιατρούς και τα ποσοστά εισφορών. Όσον αφορά τα ποσοστά εισφορών, το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών παρεμβαίνει επίσης, όπως συμβαίνει στην αντιμετώπιση των επαναλαμβανόμενων ελλειμμάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των ταμείων ασφάλισης ασθενείας. Το Υπουργείο Παιδείας διαδραματίζει βασικό ρόλο στον

καθορισμό του αριθμού των κενών θέσεων στις ιατρικές σχολές και το Υπουργείο Ανάπτυξης καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων (Economou & Giorno, 2009).

Η τρέχουσα οργάνωση του στατιστικού συστήματος περιπλέκει τη διαχείριση της πολιτικής για την υγεία για πολλούς λόγους. Πρώτον, συμβάλλει σε σοβαρά στατιστικά κενά, καθιστώντας δυσχερέστερη τη συλλογή ευρέως διαδεδομένων πληροφοριών και τη μηχανοργάνωση της διαχείρισης αυτής. Η Ελλάδα είναι μία από τις ελάχιστες χώρες του ΟΟΣΑ που δεν έχει υιοθετήσει το σύστημα λογαριασμών υγείας του ΟΟΣΑ. Αυτό επηρεάζει όχι μόνο την ποιότητα των δεδομένων αλλά και την κάλυψή τους. Επίσης, χάνονται πολλές πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την ανάλυση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία για την κατανομή των συνολικών δαπανών, δημόσιων και ιδιωτικών, μεταξύ των διαφόρων τύπων περίθαλψης, εξωτερικών ασθενών, νοσοκομείων, φαρμακευτικών και ούτω καθεξής. Ορισμένες μελέτες έχουν επισημάνει αυτήν την ανεπάρκεια. Πρόκειται εν μέρει για μεθοδολογικές δυσκολίες που περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την εκτίμηση των μεταφορών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ή την εκτίμηση των άτυπων δαπανών. Ορισμένες μελέτες έχουν επιχειρήσει να το διορθώσουν παρέχοντας εκτιμήσεις (Siskou et al., 2008). Αυτές οι εκτιμήσεις, που προέρχονται από διάφορες πηγές και μερικές έρευνες, υποδεικνύουν ότι οι νοσοκομειακές υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν πάνω από το ήμισυ όλων των δαπανών δημόσιας υγείας, ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία για τους πόρους που διατίθενται για την πρόληψη ούτε για το κόστος διαχείρισης του συστήματος. Η αδιαφάνεια των πληροφοριών επεκτείνεται και στη σφαίρα των καταλόγων αναμονής για ιατρικές υπηρεσίες.

Επειδή το σύστημα είναι κατακερματισμένο, η χρηματοδότηση δεν συγκεντρώνεται και η κατανομή της χρηματοδότησης γενικά δεν βασίζεται ούτε σε κριτήρια αποτελεσματικότητας ούτε σε κριτήρια δικαιοσύνης. Οι αρχές ασκούν τη διαπραγματευτική ισχύ τους σε περιορισμένο μόνο βαθμό. Δεν υπάρχει συντονισμός των συμβάσεων μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων. Ωστόσο, οι πρόσφατες προσπάθειες ενοποίησης και εξορθολογισμού των δημόσιων συμβάσεων των νοσοκομείων είναι ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση. Κάθε ασφαλιστικό ταμείο έχει τη δική του διοικητική και οικονομική δομή. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι οικονομικές εκτιμήσεις διαδραματίζουν πολύ περιορισμένο ρόλο στην κατανομή των πόρων. Από την άποψη αυτή, ο ρόλος των ιατρών είναι πρωταρχικός (Rovithis, 2006). Οι ελλείψεις στον τομέα των ιατρικών

στατιστικών αποτελούν άλλο εμπόδιο στη δημιουργία ενός σώματος που θα μπορούσε να συμβουλευσει την αποτελεσματική χρήση των πόρων, όπως κάνει το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στην πράξη, οι οικονομικοί πόροι των νοσοκομείων καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τις προηγούμενες δαπάνες τους. Παρόμοια κριτήρια φαίνεται ότι ισχύουν και για την κατανομή των πόρων της κεντρικής κυβέρνησης μεταξύ των περιφερειών (Mitropoulos & Sissouras, 2004).

Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αντιμετωπίζουν τακτικά οικονομικές δυσκολίες που οφείλονται όχι μόνο στην έλλειψη χρηματοδότησης, αλλά και στις συχνές και σημαντικές καθυστερήσεις στις πληρωμές από τα ασφαλιστικά ταμεία. Μεταξύ του 1997 και του 2004, οι αρχές παρενέβησαν δύο φορές για να καλύψουν το χρέος των νοσοκομείων. Μεταξύ Μαΐου 2001 και Δεκεμβρίου 2004, το ποσό ανήλθε σε 2,5 δις. Ευρώ (1,3% του ΑΕΠ). Έκτοτε, το φθινόπωρο του 2008 (1,6% του ΑΕΠ) υποχώρησε ξανά το χρέος, φθάνοντας τα 4 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία δημιούργησαν στους προμηθευτές τους καθυστερημένες πληρωμές συνολικού ύψους 4½ δις ευρώ. Αντιμέτωποι με τις συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης και τους όρους άμβλυνσης της πρόσβασης στην πίστωση, στα τέλη του 2008, οι προμηθευτές ανακοίνωσαν την πρόθεσή τους να αναστείλουν τις παραδόσεις αγαθών και ιατρικού εξοπλισμού στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Economou & Giorno, 2009). Επιπλέον, οι μεταφορές που απαιτούνται τακτικά για την κάλυψη των ελλειμμάτων των νοσοκομείων εκ των υστέρων δεν παρέχουν κίνητρα για τη μείωση του κόστους και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της δημόσιας υγείας.

Τα ταμεία υγείας, τα οποία είναι υπεύθυνα για τον καθορισμό των προϋπολογισμών για την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη και τα φαρμακευτικά έξοδα των μελών τους, δεν μπορούν να επιβάλουν δεσμευτικά όρια στις δαπάνες τους, οι οποίες στην πράξη εξαρτώνται από τη ζήτηση. Η αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των πολλαπλών ρυθμίσεων για την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών οδηγεί επίσης σε συχνή αλληλοεπικάλυψη πόρων και αναποτελεσματικότητα. Τα συνδικάτα που αντιπροσωπεύουν τα πιο γενναϊόδωρα κεφάλαια έχουν κατά το παρελθόν συστηματικά αντιταχθεί σε οποιαδήποτε απόπειρα ενοποίησης των κεφαλαίων (Davaki και Mossialos, 2005). Οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Εθνικού Συστήματος Υγείας που είναι ανοιχτές στα μέλη του ΟΓΑ είναι περιορισμένες στον εξοπλισμό και το προσωπικό ή διαθέτουν στελέχη που ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους και



έχουν περιορισμένη κλινική εμπειρία. Αυτό υπονομεύει τις υπηρεσίες που παρέχουν (Tountas et al., 2005).

Επίσης, πολύ λίγοι πόροι φαίνεται να διατίθενται στην πρόληψη, γεγονός που παρεμποδίζει την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Το ποσοστό ανοσοποίησης του πληθυσμού δείχνει ότι η Ελλάδα υστερεί σε αυτόν τον τομέα. Ενώ ο ρυθμός εμβολιασμού έχει αυξηθεί έντονα τα τελευταία 20 χρόνια, εξακολουθεί να είναι χαμηλότερος από ό, τι στις περισσότερες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Για παράδειγμα, το 12% των παιδιών δεν έχουν ανοσοποιηθεί κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου, του μαύρου βήχα (DTP3) ή της ιλαράς (Economou & Giorno, 2009).

#### **2.4 Η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας του συστήματος υγείας προς τους πολίτες**

Εκτός από τα προβλήματα ποιότητας που επηρεάζουν τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι μικροοικονομικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν ευρείες δυνατότητες βελτίωσης του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι πόροι. Σύμφωνα με τον Kontodimopoulos et al. (2007), για παράδειγμα, υπάρχει μέση διαφορά τεχνικής απόδοσης 15% μεταξύ των κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης που διαχειρίζεται το ΙΚΑ και εκείνων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο, τα προβλήματα αποτελεσματικότητας επηρεάζουν επίσης τα ιατρικά κέντρα κάθε δικτύου. Οι διαφορές αυτές καταδεικνύουν την έλλειψη κινήτρων για τους παρόχους περίθαλψης να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους. Η τρέχουσα πολιτική περιορισμού των μισθών και των αποζημιώσεων από τον δημόσιο τομέα, σε συνδυασμό με την έλλειψη ελέγχου του αριθμού των επαγγελματιών, μπορεί να οδηγήσει σε ευκαιριακές συμπεριφορές. Οι πολυάριθμοι γιατροί που εργάζονται με μερική απασχόληση για το ΙΚΑ συχνά κάνουν λιγότερες ώρες από όσες ζητούν οι συμβάσεις τους και ελαχιστοποιούν την προσπάθεια που αφιερώνουν στον δημόσιο τομέα για την προώθηση της ιδιωτικής πρακτικής τους (Mossialos et al., 2005). Επιπλέον, αν οι γιατροί αποκλείονται από την ιδιωτική πρακτική, σε πολλές περιπτώσεις λαμβάνουν άτυπες πληρωμές.

Εντούτοις, η ενίσχυση των κινήτρων δημιουργεί δύσκολα προβλήματα. Μια πιθανότητα μπορεί να είναι η απαγόρευση διπλής πρακτικής. Ο κίνδυνος εδώ, ωστόσο, είναι ότι ενδέχεται να

προκαλέσει αύξηση των ανεπίσημων πληρωμών εάν η αποζημίωση παραμείνει χαμηλή. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει εγγύηση ότι η υψηλότερη αμοιβή θα επιτύχει. Οι σοβαρές αυξήσεις των αποδοχών (μέχρι 250%) που χορηγήθηκαν στους ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1985 για να τερματίσουν οι άτυπες πληρωμές δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Mossialos et al., 2005).

Οι αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο καταβάλλονται οι αποζημιώσεις θα ήταν πιθανώς πιο αποτελεσματικές στην ενίσχυση των κινήτρων των παρόχων δημόσιας περίθαλψης να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους. Οι ανεπίσημες συναλλαγές, οι οποίες επεκτάθηκαν υπό την ώθηση των δυνάμεων της αγοράς, εισάγουν στην πράξη μια μορφή πληρωμής αμοιβής για υπηρεσία για τη λήψη υψηλότερης ποιότητας φροντίδας. Ωστόσο, η μετάβαση σε ένα τέτοιο σύστημα πληρωμών θα δημιουργούσε δυσκολίες στον έλεγχο των δημόσιων δαπανών. Το επίπεδο κατά κεφαλή δαπάνης στον ΟΠΑΔ (το οποίο καλύπτει τους δημόσιους υπαλλήλους), όπου ισχύει αυτό το είδος αποζημίωσης, είναι στην πραγματικότητα τριπλάσιο από εκείνο του ΟΑΕΕ, όπου οι ιατροί πληρώνονται με κεφάλαιο και το διπλάσιο του ΙΚΑ, των οποίων οι ιατροί είναι μισθωτοί (Mossialos et al., 2005).

Μια άλλη επιλογή για τον συνδυασμό του ελέγχου των δημόσιων δαπανών και των βελτιώσεων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα ήταν να δημιουργηθεί ένα σύστημα πύλης. Με αυτόν τον τρόπο, η ζήτηση των ασθενών θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά, μετά από μια αξιολόγηση των αναγκών τους, θα μπορούσαν να αποφευχθούν άσκοπες τεχνικές εξετάσεις και η υγειονομική περίθαλψη θα γινόταν αποδοτικότερη από πλευράς κόστους (OECD, 2004). Μια τέτοια προσέγγιση θα βοηθούσε στην καλύτερη συνεκτίμηση των κοινωνικών, οικογενειακών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων των πολιτών αντί να επικεντρώνεται στις παθολογίες που συνδέονται με συγκεκριμένους τομείς της ιατρικής. Θα επιφέρει επίσης καλύτερη ισορροπία μεταξύ της προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής, της βελτιωμένης παρακολούθησης και του ενισχυμένου συντονισμού της φροντίδας για άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, οι τάξεις των οποίων αναμένεται να αυξηθούν λόγω της γήρανσης του πληθυσμού (WHO, 2008).

Όπως δείχνει ένα αυξανόμενο σύνολο εμπειρικών εργασιών, τα συστήματα υγείας που παρέχουν ολοκληρωμένη και συνεχή γενική φροντίδα, προσβάσιμα σε ολόκληρο τον πληθυσμό και τα οποία συντονίζουν πιο εξειδικευμένη φροντίδα, συνδέονται γενικά με καλύτερους δείκτες

υγείας και χαμηλότερο κόστος για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες (Starfield et al., 2005). Αλλά για να δημιουργηθεί ένα τέτοιο σύστημα, το οποίο έχει εξεταστεί στο παρελθόν, αντιμετωπίζει το πρόβλημα ότι το ποσοστό των γενικών ιατρών είναι πολύ χαμηλό. Στην περίπτωση της Ελλάδας, αυτό πιθανόν θα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της αποζημίωσης για τους ιατρούς και την αλλαγή του τρόπου πληρωμής τους, μεταξύ άλλων για την ενίσχυση του κινήτρου τους να εντοπιστούν εκτός των αστικών περιοχών (Economou & Giorno, 2009).

Η ανάγκη για περαιτέρω αύξηση της αποτελεσματικότητας είναι ιδιαίτερα μεγάλη καθώς τα νοσοκομεία υπόκεινται σε έντονες πιέσεις από τη ζήτηση. Δεδομένων των προβλημάτων που επηρεάζουν το σύστημα εξωτερικής περίθαλψης, οι εξωτερικές διαβουλεύσεις στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας χρησιμοποιούνται ευρέως ως αρχικό σημείο επαφής για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτές οι πιέσεις, οι οποίες υπάρχουν σε σχέση με τη φροντίδα που απαιτεί και νοσηλεία, είναι ιδιαίτερα αισθητές για νοσηλευτικές υπηρεσίες. Η έλλειψη πόρων σε αυτόν τον τομέα συχνά οδηγεί τους ασθενείς να προσφύγουν σε ιδιωτικούς βοηθούς υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Επιπλέον, υπάρχουν αρκετές φορές μεγάλες λίστες αναμονής. Παρά την έλλειψη στατιστικών στον τομέα αυτό, οι περισσότεροι παρατηρητές αναγνωρίζουν την ύπαρξη προβλημάτων που συνδέονται με ορισμένα είδη φροντίδας. Σύμφωνα με τον Tanner (2008), η αναμονή είναι έξι μήνες για χειρουργική επέμβαση στα νοσοκομεία της Αθήνας, για παράδειγμα, πέντε μήνες για εξωτερική περίθαλψη και περίπου τρεις μήνες για ακτινοθεραπεία ή για θεραπεία κακοήθους όγκου.

Ορισμένοι παράγοντες περιορίζουν την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων. Το ένα είναι το καθεστώς του προσωπικού του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά το μεγαλύτερο πρόβλημα σχετίζεται πιθανότατα με την οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων. Το σύστημα δεν μπορεί να καθορίσει τη σχέση μεταξύ των δεσμευθέντων οικονομικών πόρων και του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται, γεγονός που αποκλείει οποιαδήποτε αξιολόγηση της αποδοτικότητας της κατανομής των πόρων σε περίπτωση απουσίας λογιστικής κοστολόγησης (Ballas and Tsoukas, 2004). Ωστόσο αυτές οι παθογένειες αρχίζουν να επιλύονται καθώς όλα τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αναφέρουν τις οικονομικές τους καταστάσεις με ένα νέο λογιστικό σύστημα από το 2010. Η χρήση ενός λογιστικού συστήματος διπλής εισόδου θα διευκολύνει επίσης τη συλλογή στοιχείων που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των στατιστικών υγείας στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τους Ballas και Tsoukas (2004), ένας από τους λόγους για τους οποίους δεν δίδεται αρκετή προσοχή στην ανάπτυξη ισχυρών εργαλείων διαχείρισης είναι η έλλειψη επαγγελματισμού στη διοίκηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι διευθυντές νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας διορίζονται βάσει πολιτικών κριτηρίων, όπως και οι πρόεδροι διοικητικών περιφερειών υγείας και μόνο μια μειονότητα από αυτούς έχουν διευθυντικές ικανότητες. Η μεταρρύθμιση του 2001, η οποία απέκρυψε το σύστημα υγείας σε περιφέρειες, ανανέωσε το σύστημα νομιμοποίησης των νοσοκομείων με την ίδρυση εκτελεστικών συμβουλίων με επικεφαλής διευθυντών διορισμένων βάσει των επαγγελματικών προσόντων τους σε πενταετή βάση. Ωστόσο, η μεταρρύθμιση αυτή τέθηκε υπό αμφισβήτηση το 2005, εν μέρει λόγω της αντίθεσης του ιατρικού επαγγέλματος σε αυτό που θεωρούσαν παράνομη «τεχνοκρατική» διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης (Rovithis, 2006).

Οι πρόσφατες πρωτοβουλίες επικεντρώθηκαν στη βελτίωση της διαχείρισης των δημόσιων συμβάσεων. Στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης του 2007 οι δημόσιες συμβάσεις συγκεντρώνονται και διοικούνται από ειδική επιτροπή. Μέχρι σήμερα, κάθε νοσοκομείο είχε αγοράσει ως επί το πλείστον τα ιατρικά προϊόντα του. Το Υπουργείο Υγείας είχε βεβαίως καταρτίσει κατάλογο ιατρικών αγαθών και εξοπλισμού για τα οποία οι αγορές απαιτούσαν την προηγούμενη έγκριση του. Συχνά, ωστόσο, οι διαδικασίες ανάθεσης συμβάσεων δεν ελήφθησαν υπόψη λόγω του μη εξαντλητικού χαρακτήρα του καταλόγου ή με το πρόσχημα ότι ήταν δύσκολο να προβλεφθούν ανάγκες για ορισμένα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, όπως βηματοδότες, εμφυτεύματα ή τεχνητά νεφρά. Ως εκ τούτου, η μεταρρύθμιση είναι ευπρόσδεκτη ως μέσο εξορθολογισμού της διαχείρισης των δημοσίων συμβάσεων, στη βελτίωση της διαφάνειας και στην επίτευξη οικονομικών κλίμακας (Economou & Giorno, 2009).

Από το 2005 οι αρχές επέκτειναν επίσης τις δυνατότητες συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα στη διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων. Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) μπορεί να είναι επωφελής εάν προσεγγιστούν με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και του ελέγχου του κόστους και όχι απλώς από την επιθυμία να αναληφθεί η χρηματοδότηση των επενδύσεων κεφαλαίου από τους δημόσιους λογαριασμούς. Τα καλά σχεδιασμένα έργα μπορούν να επιτρέψουν στον δημόσιο τομέα να επωφεληθεί από την τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα, αλλά η διεθνής εμπειρία δείχνει επίσης ότι η χρήση των ΣΔΙΤ μπορεί να αποδειχθεί δαπανηρή για τα δημόσια οικονομικά, εάν τα έργα διοχετευθούν ανεπαρκώς (OECD 2008). Η χρήση τέτοιων μέσων απαιτεί επομένως μεγάλη προσοχή και

διαφανή αξιολόγηση των σχεδίων. Είναι επίσης σημαντικό να προσδιοριστεί σαφώς ποιος φέρει τους χρηματοοικονομικούς κινδύνους που συνδέονται με αυτά τα έργα.

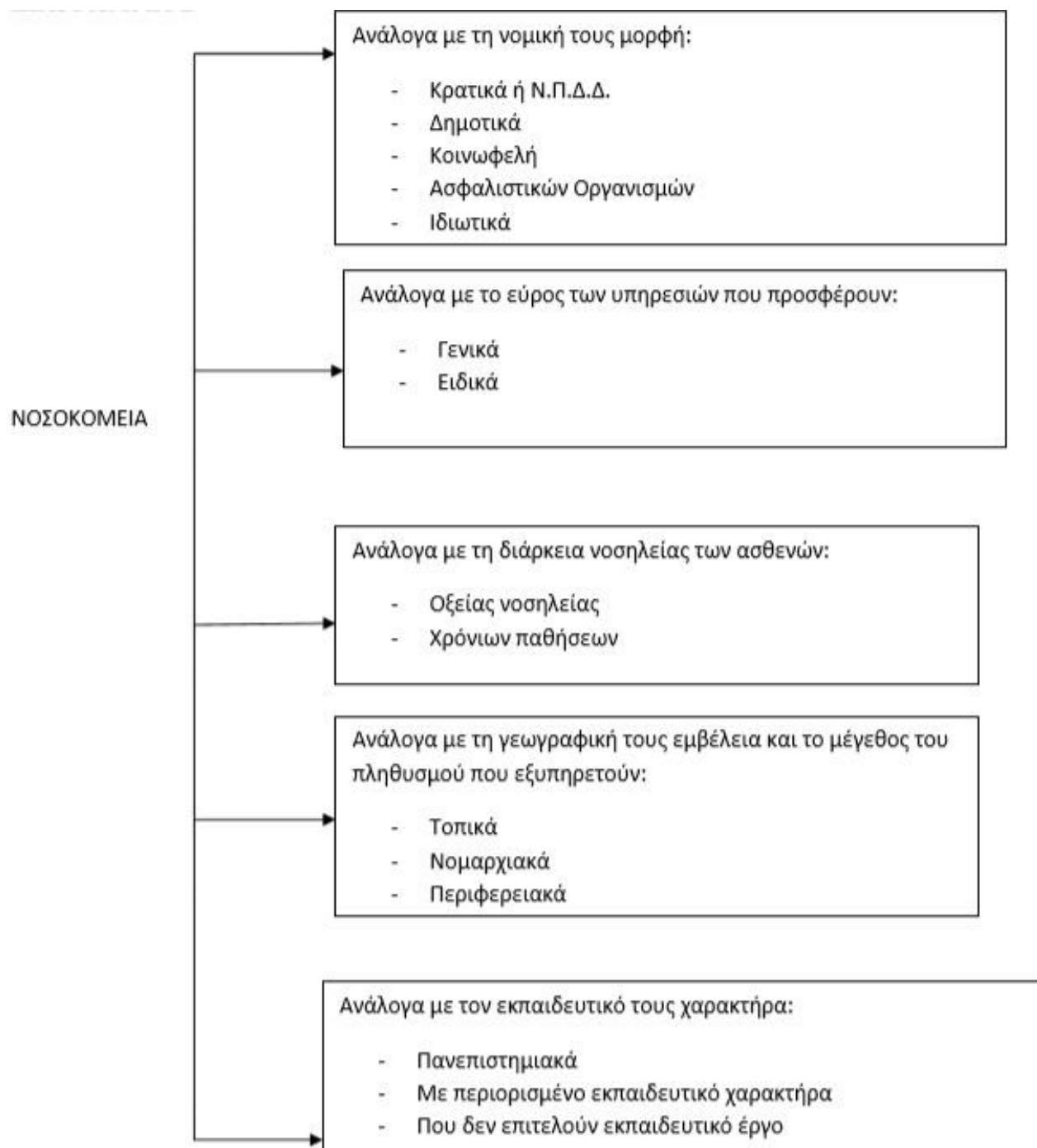
### **3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **3.1 Τα Νοσοκομεία**

Τα Νοσοκομεία αποτελούν Οργανισμούς που έχουν διαφορετική μορφή η οποία είναι ανάλογη με τη παροχή που προσφέρουν. Έτσι, όπως παρατηρούμε και από το παρακάτω διάγραμμα, διακρίνονται (Σιγάλας, 1994 και Τσακλαγκάνος, 2005):

1. Ανάλογα με τη νομική τους μορφή σε:
  - a. Κρατικά ή Ν.Π.Δ.Δ.: ο φορέας τους είναι το Δημόσιο.
  - b. Δημοτικά: ο φορέας τους είναι οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
  - c. Κοινοφελή
  - d. Ασφαλιστικών Οργανισμών
  - e. Ιδιωτικά: ο φορέας τους είναι φυσικό ή νομικό πρόσωπο Ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) ενώ διέπονται από τις αρχές του ιδιωτικού δικαίου με βάση τις οποίες και λειτουργούν.
2. Ανάλογα με τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε:
  - a. Γενικά
  - b. Ειδικά
3. Ανάλογα με τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών σε:
  - a. Οξείας νοσηλείας
  - b. Χρόνιων παθήσεων
4. Ανάλογα με τη γεωγραφική τους εμβέλεια και το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετούν σε:
  - a. Τοπικά
  - b. Νομαρχιακά
  - c. Περιφερειακά
5. Ανάλογα με τον εκπαιδευτικό τους χαρακτήρα σε:
  - a. Πανεπιστημιακά
  - b. Με περιορισμένο εκπαιδευτικό χαρακτήρα

c. Που δεν επιτελούν εκπαιδευτικό έργο



**Διάγραμμα 3.1.1: Διάφοροι τύποι νοσοκομείων**

ΠΗΓΗ: Σιγάλας, (1999)

Τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων είναι:

- 1) Το Διοικητικό συμβούλιο το οποίο είναι πενταμελές για νοσοκομεία μέχρι 399 οργανικές κλίνες και επταμελές για νοσοκομεία από 400 κλίνες και άνω. Αποτελείται από τον διοικητή του νοσοκομείου ως πρόεδρο, δύο μέλη (399 κλίνες) ή τρία μέλη (400 και άνω κλίνες) που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας εκ των οποίων το ένα ορίζεται ως Αντιπρόεδρος ο οποίος είναι μερικής απασχόλησης.

Τα υπόλοιπα μέλη που απαρτίζουν το Διοικητικό Συμβούλιο είναι ένας εκπρόσωπος των ιατρών ο οποίος εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του και ένας εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου ο οποίος ομοίως εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του (ν. 3868/2010).

Ο πρόεδρος του Δ.Σ μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων ή άλλο εκπρόσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι διετής. Ο διοικητής του νοσοκομείου αναπληρώνεται από τον αντιπρόεδρο του Δ.Σ. στα καθήκοντα ως πρόεδρος του Δ.Σ. Επίσης ο Διοικητής του νοσοκομείου αναπληρώνεται από τον αναπληρωτή διοικητή ή όπου δεν υπάρχει από τον διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας.

Το Δ.Σ νοσηλευτικού ιδρύματος ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που του εκχωρούνται με απόφαση του Δ.Σ. της Υγειονομικής Περιφέρειας που υπάγεται και γνωμοδοτεί προς αυτό για τη λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του. Επιπρόσθετα γνωμοδοτεί για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, εγκρίνει το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργων επέκτασης, αναβάθμισης και βελτίωσης της υποδομής. Αποφασίζει για την προμήθεια ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, προτείνει την αναμόρφωση του οργανισμού του νοσοκομείου, τη σύσταση θέσεων προσωπικού και αποδέχεται δωρεές και κληροδοτήματα. Τέλος αποφασίζει για τη διάθεση μη χρησιμοποιούμενου υλικού σε άλλα νοσοκομεία.

- 2) Ο Διοικητής: Σε κάθε νοσοκομείο συνίσταται μία οργανική θέση Διοικητή, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με πενταετή θητεία που μπορεί να



ανανεώνεται. Η πλήρωση γίνεται με προκήρυξη των θέσεων. Ειδικότερα ο Διοικητής, προεδρεύει στο Συμβούλιο Διοίκησης, λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου, προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο. Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, του συντονισμού, του ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου και εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου. Είναι αρμόδιος για την αναμόρφωση και την τροποποίηση του προϋπολογισμού. Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού στα διάφορα τμήματα και καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 10 παρ.2 του Νόμου 1397/83 όπως τροποποιήθηκε με το Νόμο 2889/2001 κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες:

1. Ιατρική
2. Νοσηλευτική
3. Διοικητική-Οικονομική
4. Τεχνική-Ξενοδοχειακή εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Είναι ιεραρχικά ισότιμες και υπάγονται στον πρόεδρο του Δ.Σ του Νοσοκομείου.

Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

1. η προώθηση και η προαγωγή της υγείας,
2. η έρευνα και η εκπαίδευση,
3. η παροχή υπηρεσιών υγείας,
4. ο προγραμματισμός και
5. ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στην ιατρική υπηρεσία προΐσταται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας με κύριο έργο του την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας, ως διοικητικός προϊστάμενος. Σε κάθε τμήμα επίσης προΐσταται ιατρός Δ/ντής ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας με βαθμό διευθυντή (Ν.2889/2001 άρθρο 7).

Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγονται:

1. οι ιατροί,

2. οι οδοντίατροι,
3. οι φαρμακοποιοί,
4. οι ακτινοφυσικοί,
5. οι χημικοί,
6. οι ψυχολόγοι,
7. οι διαιτολόγοι, κ. ά.

Τα τμήματα και οι μονάδες του τομέα κάθε νοσοκομείου (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός κ.λπ.) αποτελούν το κατώτατο επίπεδο διάρθρωσης της Ιατρικής Υπηρεσίας. Η δύναμη κάθε τομέα δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 200 κλίνες (Ν.2889/2001 άρθρο 7 παρ.5)

Στα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία:

1. Στον Παθολογικό τομέα υπάγονται τα τμήματα:
  - i. Παθολογικό,
  - ii. Καρδιολογικό και
  - iii. Παιδιατρικό.
2. Χειρουργικό τομέα υπάγονται τα τμήματα:
  - i. Χειρουργικό,
  - ii. Μαιευτικό-Γυναικολογικό και
  - iii. Αναισθησιολογικό.
3. Στον εργαστηριακό τομέα υπάγονται τα τμήματα:
  - i. Μικροβιολογικό,
  - ii. Ακτινοδιαγνωστικής και
  - iii. Αιματολογικό

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργούν τμήματα Ημερήσιας Νοσηλείας και Επειγόντων Περιστατικών (διατομεακά τμήματα). Επιπλέον είναι ξεχωριστή η λειτουργία των τακτικών εξωτερικών ιατρείων από εκείνη των εξωτερικών ιατρείων εφημερίας.

Επιπρόσθετα προβλέπεται Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής και «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών» που υπάγονται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου (Ν.2889/2001). Οι αρμοδιότητες του Γραφείου Υποδοχής Ασθενών είναι καταρχήν η υποδοχή, η καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους καθώς και η πληροφόρηση για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Επιπλέον το γραφείο παρέχει διοικητική

υποστήριξη και είναι αρμόδιο για τη συλλογή και τη διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων των πολιτών. Ουσιαστικά είναι υπεύθυνο για την προάσπιση των δικαιωμάτων εκείνων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας (ν.3868/2010). Το Γραφείο Υποδοχής Ασθενών παρουσιάζει μέσω της εξαγωγής στατιστικών στοιχείων το έργο που έχει επιτελέσει με την καταγραφή θεμάτων που αντιμετωπίστηκαν. Επιπλέον συνδέεται με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για την καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού τις ημέρες που εφημερεύει το νοσοκομείο. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Δ/ση που διαρθρώνεται σε τομείς και τμήματα.

Οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής, η προώθηση και η προαγωγή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στον τομέα αυτό, ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών. Στη νοσηλευτική υπηρεσία ως Δ/ντης-τρια προΐσταται υπάλληλος του κλάδου ΠΕ Νοσηλευτικής και αν δεν υπάρχει υπάλληλος του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής (όπως προβλέπεται στα νέα οργανογράμματα των νοσοκομείων). Επικεφαλής των τομέων είναι οι Τομεάρχες. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο (ν.2686/1999).

Η Διοικητική–Οικονομική Υπηρεσία, διαρθρώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις:

1. την Υποδιεύθυνση Διοικητικού-Οικονομικού και
2. την Υποδιεύθυνση Τεχνικού (για νοσοκομεία με δύναμη από 101-400 κρεβάτια).

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα:

1. Το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού το οποίο ανήκει στην υποδιεύθυνση Διοικητικού-Οικονομικού είναι υπεύθυνο για τη βέλτιστη ανάπτυξη του Α.Δ., και χειρίζεται θέματα σχετικά με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του νοσοκομείου.
2. Το τμήμα της Γραμματείας παρέχει γραμματειακή υποστήριξη σε όλα τα ιατρικά και νοσηλευτικά τμήματα. Επιπρόσθετα στη συγκεκριμένη υποδιεύθυνση περιλαμβάνεται η Γραμματεία των Εξωτερικών Ιατρείων και των Επειγόντων Περιστατικών, το τμήμα Κίνησης Ασθενών, το τμήμα Οικονομικού και το τμήμα Επιστάσις-Ιματισμού.

Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού περιλαμβάνει το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας και το τμήμα τεχνικού.

### **3.2 Φορείς μακροχρόνιας φροντίδας**

Ο τύπος της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα είναι μικτός αφού σε αυτή περιλαμβάνεται:

1. Η άμεση παροχή φροντίδας μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών που προσφέρει το κράτος.
2. Την κάλυψη της ανάγκης για φροντίδα μέσω των ασφαλιστικών ταμείων.
3. Παροχή φροντίδας μέσω των φορολογικών ελαφρύνσεων που παρέχονται από το κράτος.

Αυτή η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται από:

1. τον κρατικό μηχανισμό με τα:
  - a. θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων
  - b. κέντρα αποθεραπείας φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης
  - c. ιδρύματα
  - d. ψυχιατρικά νοσοκομεία
2. τους ιδιωτικούς οργανισμούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα
3. τους ιδιωτικούς οργανισμούς κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Σχεδόν όλοι οι φορείς της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα έχουν την έδρα τους στα μεγάλα αστικά κέντρα, πράγμα που δυσχεραίνει κατά πολύ την παροχή φροντίδας στους κατοίκους των υπόλοιπων αστικών κέντρων. Στους φορείς αυτούς δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Η νομική μορφή αυτών των φορέων είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ενώ η χρηματοδότησή τους πραγματοποιείται:

1. από τον κρατικό προϋπολογισμό στο μεγαλύτερό τους μέρος,
2. από τα νοσήλια που καταβάλλουν τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία
3. από άλλους πόρους όπως είναι τα κληροδοτήματα, οι δωρεές κ.λπ.

Οι ιδιωτικοί οργανισμοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που χρηματοδοτούνται:

1. από τον κρατικό προϋπολογισμό
2. από τα νοσήλια
3. από δωρεές και κληροδοτήματα.

Για τους ιδιωτικούς φορείς κερδοσκοπικού χαρακτήρα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία αλλά οι υπηρεσίες που προσφέρουν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ η χρηματοδότησή τους πραγματοποιείται μόνο από ιδιωτικούς πόρους, όπως δωρεές.

### **3.3 Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας**

Το 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Management Υπηρεσιών Υγείας που πραγματοποιήθηκε το Νοέμβριο του 2018 ανέλυσε την κατάσταση που επικρατεί σήμερα στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρότειναν μία σειρά μέτρων που βασίζονται στις αρχές του επιστημονικού management, ώστε η οργάνωση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας να κριθεί επιτυχής. Αυτά τα μέτρα είναι τα εξής ([www.docmed.gr/](http://www.docmed.gr/)):

1. Εξασφάλιση μιας κοινωνικής συμφωνίας η οποία θα είναι ικανή να μην ανατρέψει συνεχώς τις βασικές αρχές ενός σχεδίου σε περίπτωση αλλαγής από την εκάστοτε κυβέρνηση και τον εκάστοτε υπουργό υγείας.
2. Δημιουργία ενός σχεδίου όπου θα αναγράφεται με σαφήνεια το πραγματικό κόστος της υγείας και από πού αυτό πηγάζει αλλά ταυτόχρονα και εύρεση της απαραίτητης χρηματοδότησης. Εάν υπάρχει πιθανότητα να μεταφερθούν οι πόροι από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, πρέπει να γνωστοποιηθεί ο σχετικός μηχανισμός.
3. Στήριξη του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
4. Προσπάθεια εξειδίκευσης του ανθρώπινου δυναμικού που πλαισιώνει την εξωνοσοκομειακή φροντίδα καθώς χωρίς αυτό το προσωπικό η εφαρμογή της κρίνεται ελλιπής και μη αναπτυσσόμενη.

5. Ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής υποδομής που είναι απολύτως απαραίτητη σήμερα και για το μέλλον, προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά και αποδοτικά η Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.
6. Επιλογή του πλέον κατάλληλου οργανωτικού σχήματος της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, με βάση την σύγχρονη «τεχνολογία παραγωγής», τα ποικιλόμορφα εθνικά δεδομένα, τις ανάγκες και κυρίαρχες επιλογές των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας, την απόλυτη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και την ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων.

Η βασική οργανωτική πρόταση της Ελληνικής Εταιρίας Management Υπηρεσιών Υγείας είναι μια στέρεη οργάνωση και διοίκηση των εξωνοσοκομειακών δομών ούτως ώστε:

1. Να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη πληρότητα των υπηρεσιών
2. Να αυξηθεί η αντίδραση στις επείγουσες καταστάσεις
3. Να μικρύνει ο χρόνος αναμονής των πολιτών
4. Να βελτιωθεί η χρήση τόσο των ανθρώπινων όσο και των υλικών πόρων.

Το Κέντρο Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας είναι τα αναδιοργανωμένα Κέντρα Υγείας και Μονάδες ΠΕΔΥ τα οποία σήμερα αριθμούν τα 560, που αναλογούν ένα τέτοιο κέντρο ανά 19.000 κατοίκους της χώρας.

### **3.4 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας**

Οι μονάδες κατ' οίκον φροντίδας μπορούν να οργανώνονται και να εξελίσσονται από:

1. τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου που δεν υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
2. από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες υγείας τόσο του Α' όσο και του Β' βαθμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης
3. από Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας
4. από τον ιδιωτικό τομέα από ιδιώτες επαγγελματίες υγείας.

Οι μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας παρέχουν υπηρεσίες υγείας τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από μη φροντιστές σκοπεύοντας να προάγουν, να αποκαταστήσουν και να διατηρήσουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό την ευεξία, τη λειτουργικότητα και την υγεία του άρρωστου ατόμου. Η παροχή αυτή των υπηρεσιών περιλαμβάνει:

1. την πρόληψη
2. την θεραπεία – αποκατάσταση
3. τους χρόνιους πάσχοντες
4. την ανακουφιστική και παρηγορητική.

Ως μονάδες κατ' οίκον φροντίδας είναι οι Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και οι Μονάδες Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού. Η σημασία αυτών των μονάδων είναι μεγάλη καθώς:

1. υπάρχει μεγάλη ανάγκη τα άτομα με μακροχρόνιες ασθένειες να έχουν μια εντατική και συνεχή ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση καθώς και ψυχοκοινωνική υποστήριξη ώστε να μην εισάγονται σε άσυλα για φροντίδα.
2. Έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι άτομα με κακοήθη νεοπλάσματα όταν φροντίζονται στο περιβάλλον όπου ζουν έχουν καλύτερη ψυχολογία και μεγαλύτερα επίπεδα λειτουργικής αυτονομίας.
3. Όταν παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα το οικογενειακό περιβάλλον προσφέρει όχι μόνο στο άρρωστο μέλος αλλά και σε όλη την οικογένεια την άνεση και την ηρεμία που χρειάζονται. Ταυτόχρονα όμως έχει ευεργετική επίδραση πάνω του καθώς εξαλείφει τα συναισθήματα αδυναμίας, άγχους και φόβου, τα οποία εντείνουν την ασθένειά του.

Τα προγράμματα που υλοποιούνται για τους ηλικιωμένους είναι τα εξής:

1. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»: είναι η κατ' οίκον φροντίδα προς τους ηλικιωμένους οι οποίοι μένουν μόνοι τους στο σπίτι τους ή μερικές ώρες της ημέρας και αδυνατούν να φροντίσουν τον εαυτό τους σε ικανοποιητικό επίπεδο. Επίσης, αυτό το πρόγραμμα υλοποιείται και για όσους έχουν αναπηρίες ή βιώνουν καταστάσεις απομόνωσης, αποκλεισμού και οικογενειακής κρίσης. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει και τα εξής προγράμματα:

- i. Κατ' οίκον κοινωνική φροντίδα: απευθύνεται σε ηλικιωμένους που δεν έχουν ασφάλεια και σε ανθρώπους που είναι ανάπηροι.

- ii. Κατ' οίκον νοσηλεία: παρέχει υπηρεσίες φροντίδας σε ανθρώπους που έχουν νοσηλευτεί και αναρρώνουν στο δικό τους χώρο.
2. Πρόγραμμα «Κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων»: στο πρόγραμμα αυτό μπορούν να ενταχθούν συνταξιούχοι του ΕΦΚΑ, του Δημοσίου, του πρώην ΟΓΑ και είναι συνταξιούχοι εξαιτίας γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου. Αυτά τα άτομα, για να μπορέσουν να ενταχθούν σε αυτό το πρόγραμμα θα πρέπει είτε να μένουν μόνοι τους είτε με άλλο άτομο το οποίο πληροί τις προϋποθέσεις υπαγωγής στο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα αυτό δεν καλύπτει συνταξιούχους που διαμένουν σε δομές κλειστής φροντίδας του δημοσίου, ιδιωτικού ή εθελοντικού τομέα ή σε μονάδες νοσηλείας του Ε.Σ.Υ. ή σε ιδιωτικές κλινικές.
3. Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.): τα κέντρα αυτά εξυπηρετούν τα άτομα τα οποία δεν μπορούν μόνοι τους να αυτοεξυπηρετηθούν και παράλληλα τα μέλη της οικογένειάς τους δεν είναι σε θέση να τους παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα επειδή εργάζονται ή γιατί αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας.
4. Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.): ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. απευθύνεται σε όλους τους κατοίκους άνω των 60 ετών της περιοχής όπου λειτουργεί το Κέντρο, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.



## **4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ** **ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **4.1 Στελέχωση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού**

Η στελέχωση είναι η διευθυντική λειτουργία της πρόσληψης, της επιλογής, της κατάρτισης, της ανάπτυξης, της προώθησης και της αποζημίωσης του προσωπικού. Μπορεί να οριστεί ως η διαδικασία πρόσληψης και ανάπτυξης του απαιτούμενου προσωπικού για την πλήρωση των διαφόρων θέσεων του οργανισμού. Περιλαμβάνει (Μακρυδημήτρης, 2004):

1. την εκτίμηση του αριθμού και του είδους του απαιτούμενου προσωπικού.
2. την εκτίμηση του αριθμού και του τύπου του απαιτούμενου προσωπικού,
3. την πρόσληψη και την ανάπτυξή τους,
4. τη διατήρηση και βελτίωση των ικανοτήτων και των επιδόσεών τους.

Η στελέχωση είναι η διαδικασία εντοπισμού, αξιολόγησης, τοποθέτησης, ανάπτυξης και αξιολόγησης ατόμων στην εργασία. Σύμφωνα με τους Koontz και O' Donnell (1980):

Η διοικητική λειτουργία της στελέχωσης περιλαμβάνει τη διαχείριση της οργανωτικής δομής μέσω κατάλληλης και αποτελεσματικής επιλογής, αξιολόγησης και ανάπτυξης προσωπικού για την πλήρωση των ρόλων που σχεδιάζονται στη δομή. Η στελέχωση ορίζεται ως η συμπλήρωση και διατήρηση γεμάτων, θέσεις στην οργανωτική δομή. Αυτό γίνεται με:

1. τον εντοπισμό των απαιτήσεων της εργατικής δύναμης,
2. την απογραφή των διαθέσιμων ατόμων,
3. την πρόσληψη,
4. την επιλογή,
5. τη διάθεση,
6. την προώθηση,
7. την αξιολόγηση,
8. τον προγραμματισμό της σταδιοδρομίας,
9. την αποζημίωση,

10. την κατάρτιση,
11. την ανάπτυξη υπαρχόντων υπαλλήλων ή νέων προσλήψεων έτσι ώστε να μπορούν να εκτελούν τα καθήκοντά τους αποτελεσματικά.

Η στελέχωση ορίζεται ευρέως ως η διαδικασία προσέλκυσης, επιλογής και διατήρησης ικανών ατόμων για την επίτευξη οργανωτικών στόχων. Κάθε οργανισμός χρησιμοποιεί κάποια μορφή διαδικασίας στελέχωσης και η στελέχωση είναι ο πρωταρχικός τρόπος που ένας οργανισμός επηρεάζει την ποικιλομορφία του και το ανθρώπινο κεφάλαιο. Η φύση της εργασίας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα παρουσιάζει πολλές προκλήσεις για το προσωπικό. Για παράδειγμα, η εργασία που βασίζεται στη γνώση θέτει μεγαλύτερες απαιτήσεις στις ικανότητες των εργαζομένων. υπάρχουν εκτεταμένες δημογραφικές, εργατικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές που δημιουργούν αυξανόμενες παγκόσμιες ελλείψεις ειδικευμένων και αρμόδιων αιτούντων · και το εργατικό δυναμικό είναι όλο και πιο διαφορετικό (Ployhart, 2006).

Αυτές οι προκλήσεις θα μπορούσαν να οδηγήσουν κάποιον να σκεφτεί ότι οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων της διοργάνωσης αναγνωρίζουν το προσωπικό ως μια βασική στρατηγική ευκαιρία για την ενίσχυση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Επειδή το ταλέντο είναι σπάνιο, πολύτιμο, δύσκολο να μιμηθεί και δύσκολο να υποκατασταθεί, οι οργανώσεις που προσελκύουν καλύτερα, επιλέγουν και διατηρούν αυτό το ταλέντο πρέπει να ξεπεράσουν εκείνες που δεν το κάνουν (Barney & Wright, 1998).

Παρά ταύτα, μια μελέτη των Rynes, Brown και Colbert (2002) διαπίστωσε ότι ο τομέας στελέχωσης απέδειξε τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των ακαδημαϊκών ευρημάτων και των πεποιθήσεων των διευθυντών. Αυτό σημαίνει ότι, μολονότι η στελέχωση πρέπει να είναι ένας από τους σημαντικότερους στρατηγικούς μηχανισμούς για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, οι οργανωτικοί υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων δεν καταλαβαίνουν τη στελέχωση ή τη χρησιμοποιούν με τον καλύτερο τρόπο. Δεδομένου ότι ο πόλεμος για το ταλέντο είναι πολύ πραγματικός και σχετικός με οργανισμούς ανά τον κόσμο, είναι σημαντικό οι οργανώσεις και οι οργανωτικοί επιστήμονες να αναγνωρίσουν την αξία του προσωπικού.

Σκοπός της λειτουργίας της στελέχωσης σε μία νοσηλευτική μονάδα είναι να διασφαλίσει τον κατάλληλο αριθμό και σύνθεση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να καλύπτονται οι πραγματικές και οι προβλεπόμενες ανάγκες περίθαλψης των ασθενών με αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο.

## **4.2 Ο προγραμματισμός νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού**

Η Δημόσια Υγεία ασκείται από την κεντρική και την περιφερειακή διοίκηση, την αυτοδιοίκηση, τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, στην κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και, γενικά, σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας. (ν. 3370/2005, άρθρο 4).

Ο προγραμματισμός στο χώρο ενός Δημόσιου Νοσοκομείου έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Η υγεία αποτελεί δημόσιο και κοινωνικό αγαθό και δεν πρέπει να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση και κοινωνική θέση των πολιτών. Οι αρνητικές επιπτώσεις της απειλής της αρρώστιας στον ασθενή, στην οικογένειά του και το κοινωνικό σύνολο είναι σημαντικές. Η συνεχής εξέλιξη των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την υγεία και η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζουν σημαντικά τον σχεδιασμό του προγραμματισμού ενός Δημόσιου Νοσοκομείου. Τα στάδια που ακολουθούνται για τον προγραμματισμό ενός Δημόσιου Νοσοκομείου είναι τα ακόλουθα (Δικαίος et al., 1999):

1. Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης. Αναζητούνται τα προβλήματα και οι αδυναμίες που σχετίζονται με την παρούσα κατάσταση με βάση πάντα τον κοινωνικό χαρακτήρα της παροχής υγείας.
2. Η συλλογή και επεξεργασία στοιχείων. Ένα ολοκληρωμένο σχέδιο προγραμματισμού εξαρτάται από την ποιότητα και ποσότητα των στοιχείων που έχει στη διάθεσή της η διοίκηση.
3. Ο σχεδιασμός και αναζήτηση ενδεδειγμένων λύσεων, σε συνεργασία με τις Διευθύνσεις του Νοσοκομείου.
4. Η εκπόνηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης και έγκρισή της από το Διοικητικό Συμβούλιο με ταυτόχρονη ενημέρωση του Υπουργείου Υγείας.
5. Η συνεχής αξιολόγηση του προγραμματισμού, με ενημέρωση του διοικητικού συμβουλίου για την πορεία, τις επιπτώσεις και τις αλλαγές της εφαρμογής του προγράμματος.

Ο προγραμματισμός ενός Δημόσιου Νοσοκομείου εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού υγειονομικού προγραμματισμού και οι αντικειμενικοί του σκοποί και στόχοι πρέπει να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους της κεντρικής εξουσίας (Δικαίος et al., 1999).

Ο σχεδιασμός είναι απολύτως απαραίτητος στο σύστημα υγείας τόσο σε επίπεδο στρατηγικού, όσο και σε επίπεδο λειτουργικού σχεδιασμού-προγραμματισμού. Με τον αποτελεσματικό σχεδιασμό-προγραμματισμό ελαχιστοποιούνται οι επιπτώσεις από την αβεβαιότητα που προκαλεί το συνεχώς μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον των φορέων υγείας, επιτυγχάνεται η σωστή ανάπτυξη και εξέλιξη των οργανισμών με καινοτομίες και πολιτικές προσαρμογής και ως συνέπεια εξασφαλίζεται η βελτίωση του επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού. Κύριοι στόχοι του σχεδιασμού-προγραμματισμού, είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, η πρόληψη της ασθένειας, η αποκατάσταση της υγείας, αλλά, και η επίλυση των ποικίλων και πολλών προβλημάτων που υπάρχουν στα νοσοκομεία (Δικαίος et al., 1999).

Για την υλοποίηση των προγραμμάτων και την επίτευξη των στόχων χρειάζεται η λήψη ενός μεγάλου αριθμού αποφάσεων. Αυτές οι αποφάσεις πρέπει αφενός να είναι συμβατές με το περιεχόμενο των προγραμμάτων και αφετέρου να είναι συντονισμένες και να έχουν συνοχή. Τα επίπεδα στα οποία γίνεται ο προγραμματισμός, καθώς και η συνέπεια στη μέθοδο επικοινωνίας των εμπλεκόμενων, είναι κρίσιμοι παράγοντες για την επιτυχία του. Ο προγραμματισμός αφορά κάθε στέλεχος αλλά και ολόκληρο τον οργανισμό. Ένα στρατηγικό πρόγραμμα ή μια διαδικασία προγραμματισμού δεν γίνεται απλώς με απόφαση του διοικητή ή του διοικητικού συμβουλίου του οργανισμού. Απαιτεί χρόνο αλλά και προσπάθεια.

### **4.3 Η προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού**

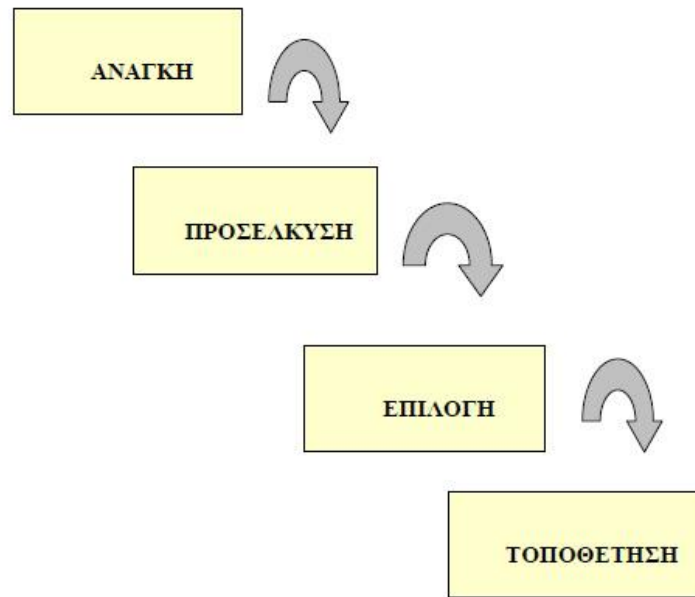
Ως προσέλκυση υποψηφίων ορίζεται η διαδικασία εντοπισμού και πρόσκλησης κατάλληλων ατόμων (τόσο μέσα από την επιχείρηση όσο και κυρίως έξω από αυτήν) για την κάλυψη κενών θέσεων. Η προσέλκυση ικανού αριθμού κατάλληλων υποψηφίων έγκαιρα και με το μικρότερο δυνατό κόστος είναι ο βασικός στόχος αυτής της διαδικασίας (Χυτήρης, 2001). Επομένως προσέλκυση εργαζομένων είναι η διαδικασία με την οποία οι οργανισμοί εντοπίζουν

και προσελκύουν άτομα για να καλύψουν τις κενές θέσεις εργασίας. Στόχος της προσέλκυσης είναι η πρόσληψη ποιοτικών υπαλλήλων και η προώθηση χαρισματικών ατόμων με δυνατότητα εξέλιξης (Armstrong, 2003).

Η διαδικασία της προσέλκυσης τα τελευταία χρόνια έχει εμπλουτιστεί και δεν βασίζεται μόνο στις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες των υποψηφίων αλλά και στο ταίριασμα του ατόμου με την κουλτούρα ενός συγκεκριμένου οργανισμού. Κατά την διαδικασία αυτή φαίνεται να υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο παραπάνω. Η αποδοτικότητα της εργασίας είναι το ενδιάμεσο κομμάτι, το οποίο ο υπεύθυνος θα πρέπει προσαρμόσει ανάμεσα στις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες και στις προδιαγραφές της θέσης (Bowen et al, 1991).

Η διαδικασία που ακολουθείται κατά τις προσλήψεις (Κατσαλής & Τσώκος, 2009):

1. Ξεκινάει με το στάδιο του εντοπισμού της ανάγκης κάλυψης θέσεως εργασίας, την περιγραφή της, καθώς και τα κριτήρια που τίθενται για την επιλογή του κατάλληλου υποψήφιου.
2. Στο δεύτερο στάδιο αποφασίζεται η μέθοδος που θα εφαρμοστεί σχετικά με τη διαδικασία προσέλκυσης και επιλογής.
3. Στο τρίτο στάδιο θα γίνει η αξιολόγηση και κατόπιν η επιλογή των υποψηφίων εφόσον ληφθούν υπόψιν τα δεδομένα από τη συνέντευξη, το βιογραφικό σημείωμα, τυχόν συστατικές επιστολές, test αξιολόγησης κ.λπ.
4. Τέλος εφόσον τηρηθούν τα διαδικαστικά ακολουθεί η ένταξη του προσληφθέντος στην επιχείρηση.



**Διάγραμμα 4.3.1: Διαδικασία που ακολουθείται κατά τις προσλήψεις**

Η διαδικασία προσέλκυσης θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από:

1. αξιοκρατία,
2. χαμηλό κόστος,
3. ταχύτητα,
4. αξιοπιστία,
5. προσβασιμότητα,
6. διαφάνεια

Απαραίτητες προϋποθέσεις για μια αποτελεσματική διαδικασία προσέλκυσης είναι οι εξής (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003):

1. γνώση των απαιτήσεων σε ανθρώπινο δυναμικό
2. γνώση της εξέλιξης των προαγωγών μέσα στον οργανισμό
3. πρόβλεψη των μελλοντικών αλλαγών βάσει της πείρας του παρελθόντος και των προσδοκιών για το μέλλον

4. γνώση του τύπου του ανθρώπου που φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο στη συγκεκριμένη θέση του οργανισμού και των καθηκόντων επακριβώς που αυτός καλείται να αναλάβει και
5. αποφάσεις σχετικά με αν θα χρησιμοποιηθούν εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές προσέλκυσης

Όμως, η επιχείρηση θα πρέπει να αποφασίσει εάν η προσέλκυση και η αναζήτηση υποψηφίων θα πρέπει να γίνεται από το εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης. Τόσο οι εσωτερικές πηγές όσο και οι εξωτερικές πηγές προσέλκυσης έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ένας συνδυασμός από εσωτερικές και εξωτερικές πηγές προσέλκυσης βοηθά τις επιχειρήσεις να παραμένουν ανταγωνιστικές, σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εξωτερικών και εσωτερικών πηγών προσέλκυσης (Χυτήρης, 2001).

### Εσωτερικές πηγές προσέλκυσης

Οι εσωτερικές πηγές προσέλκυσης αποτελούνται από τους τωρινούς εργαζόμενους, τους φίλους και συγγενείς τους, πρώην εργαζόμενους και τους υποψήφιους «πόρτας». Οι πηγές από τις οποίες μπορούν να προσκληθούν εσωτερικοί υποψήφιοι είναι (Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004, Χυτήρης, 2001):

1. Πίνακας ανακοινώσεων, ή εφημερίδα ή περιοδικό της επιχείρησης.
2. Βάση δεδομένων ανθρώπινου δυναμικού
3. Συστάσεις από το υπάρχον προσωπικό.
4. Προαγωγές και μεταθέσεις.
5. Πρώην εργαζόμενοι και υποψήφιοι «πόρτας»: Μια επιχείρηση ενδέχεται να επαναπροσλάβει πρώην υπαλλήλους της. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για άτομα που απολύθηκαν συνήθως επειδή αποτελούσαν εποχικό προσωπικό. Επειδή ο εργοδότης έχει ήδη εμπειρία από την συνεργασία με τα άτομα αυτά, πρόκειται μάλλον για ασφαλείς προσλήψεις. Η αξιοποίηση αυτής της πηγής μειώνει το όλο κόστος προσέλκυσης, αφού η επιχείρηση περιορίζεται σε πληθυσμό υποψηφίων για τους οποίους ήδη γνωρίζει αρκετά πράγματα. Στην ομάδα των πρώην εργαζομένων υπάρχουν συνταξιούχοι, εργαζόμενοι που

παραιτήθηκαν για δικούς τους λόγους και η εταιρεία θεωρεί ότι είναι κατάλληλοι για να θεωρηθούν ως υποψήφιοι για τις κενές θέσεις που δημιουργήθηκαν. Οι υποψήφιοι πόρτας είναι τα άτομα εκείνα που από μόνα τους υποβάλουν αιτήσεις – βιογραφικά για την περίπτωση που θα δημιουργηθεί κενή θέση στην επιχείρηση. Όλοι αυτοί μπορεί να αποτελέσουν μια εσωτερική πηγή προσέλκυσης αν η επιχείρηση τηρεί πλήρη και ενημερωμένα αρχεία ανθρώπινου δυναμικού.

### Εξωτερικές πηγές προσέλκυσης

Οι εξωτερικές πηγές προσέλκυσης είναι πολυάριθμες και διαφέρουν σε όρους κόστους και αποτελεσματικότητας. Οι πιο συνήθεις πηγές είναι (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003, Snell & Bohlander, 2007, Χυτήρης, 2001, Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004):

1. Επαγγελματικές σχολές.
2. Ανώτερα και Ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα.
3. Επαγγελματικές ενώσεις και εργατικά σωματεία.
4. Ανταγωνίστριες εταιρίες. Στην περίπτωση αυτή ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων που επιθυμούν να καλύψουν εξειδικευμένες θέσεις στην επιχείρηση τους, πλησιάζουν συγκεκριμένα στελέχη ανταγωνιστριών επιχειρήσεων και τους κάνουν προσφορά με υψηλά οικονομικά κίνητρα και κίνητρα καριέρας.
5. Γραφεία- βάσεις δεδομένων για υπαλλήλους. Πρόκειται για γραφεία-κέντρα υπολογιστών που έναντι προμήθειας δημιουργούν αρχείο πτυχιούχων, πρώην εργαζομένων με πλήρη στοιχεία, προσόντα, ειδικότητες, προτιμήσεις, κ.λπ. – σε τοπικό, περιφερειακό, ακόμη και εθνικό επίπεδο. Οι επιχειρήσεις που είναι on line συνδεδεμένες με το σύστημα σε 24ωρη βάση, έναντι προμήθειας αναγνωρίζουν τους υποψηφίους, με τους οποίους στη συνέχεια έρχονται σε επαφή για τη διαδικασία επιλογής.
6. Εταιρίες leasing (εργαζομένων). Πρόκειται για εταιρείες που νοικιάζουν σε επιχειρήσεις τους υπαλλήλους τους για προσωρινή απασχόληση. Η εταιρεία Leasing είναι υπεύθυνη και χειρίζεται όλα τα θέματα πρόσληψης, μισθοδοσίας, ασφάλειας κ.λπ. αυτών των υπαλλήλων αφού ανήκουν σε αυτήν.



7. Γραφεία ευρέσεως εργασίας. Υπάρχουν δημόσια και ιδιωτικά. Τα δημόσια (ΟΑΕΔ) προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες σε όλους τους συμμετέχοντες. Τα ιδιωτικά γραφεία χρεώνουν προμήθεια και μπορούν να παρέχουν γενικές υπηρεσίες σε μια ευρύτερη πελατεία ή να περιοριστούν σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Οι εργοδότες πρέπει να παρέχουν σε αυτά τα γραφεία μια πραγματική εικόνα της κενής θέσης με ιδιαίτερη έμφαση στα απαιτούμενα προσόντα, την προϋπηρεσία, την απαιτούμενη μόρφωση, καθώς και τις μισθολογικές διαβαθμίσεις.
8. Εταιρίες επιλογής στελεχών (κυνηγοί κεφαλών). Εξειδικευμένες εταιρείες συμβούλων οι οποίες ανακαλύπτουν διοικητικά στελέχη – ταλέντα για τους πελάτες τους. Διατηρούν πολλές επαφές με ποιοτικές πηγές εξεύρεσης εργαζομένων.
9. Μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στην πηγή αυτή ανήκουν οι εφημερίδες, τα περιοδικά, το ραδιόφωνο ακόμη και η τηλεόραση. Η καταχώρηση αγγελιών σε ημερήσιο και περιοδικό τύπο αποτελεί την πιο δημοφιλή πηγή προσέλκυσης. Άμεσα γνωστοποιώντας δηλαδή, η επιχείρηση την επωνυμία της, ή έμμεσα όταν μεσολαβεί μια άλλη εταιρεία, π.χ. εταιρεία συμβούλων.
10. Διαδίκτυο (internet). Οι επιχειρήσεις στην ιστοσελίδα τους αναγράφουν τις κενές θέσεις και ζητούν την εκδήλωση ενδιαφέροντος ή απλώς ζητούν την αποστολή βιογραφικών. Οι οργανισμοί προσπαθούν να αυξήσουν τις βάσεις δεδομένων μέσω της εταιρικής ιστοσελίδας.

Αναφορικά με τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία η σχέση εργασίας του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού είναι:

1. μόνιμη,
2. προσωρινή στην οποία συγκαταλέγονται το επικουρικό προσωπικό με συμβάσεις ορισμένου χρόνου.

Η προσέλκυση των εργαζομένων αυτών πραγματοποιείται με δύο τρόπους:

1. Μέσω προσκλήσεων ενδιαφέροντος για το προσωπικό που θα είναι προσωρινό.
2. Μέσω προκηρύξεων για το προσωπικό που θα είναι μόνιμο.

Βέβαια, για να πραγματοποιηθεί αυτή η προσέλκυση του υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία απαιτείται:

1. αρχικώς να υπάρχουν κενές οργανικές θέσεις εργασίας ή
2. να υπάρχει έκτακτη ανάγκη όπως είναι π.χ. η εμφάνιση μιας επιδημίας.

Αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό, τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία έχουν ιατρούς με σύμβαση εργασίας:

1. μόνιμους που απασχολούνται με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.
2. επικουρικούς που απασχολούνται με μερική απασχόληση.

Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού πραγματοποιείται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2071/1992, ν.4052/2012, ν.3329/2005, της εγκυκλίου Α2α/Γ.Π.οικ. 46322/19-6-15 και της υπουργικής απόφασης 1078/Β/9-6-2015, καθώς και τις τροποποιήσεις αυτών. Ο ν. 2071/1992 καθορίζει τον τρόπο πρόσληψης των κενών οργανικών θέσεων των νοσοκομείων από μόνιμο ιατρικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, αρμόδιος της προκήρυξης αυτών των θέσεων για μεν τους νομούς της Αττικής και Θεσσαλονίκης είναι ο Υπουργός Υγείας για δε την υπόλοιπη Ελλάδα είναι τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που παίρνουν όμως την έγκριση από τον Υπουργό Υγείας. Οι προκηρύξεις αυτές δημοσιεύονται σε ειδικό τεύχος του ΦΕΚ, (Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως) ούτως ώστε να γίνουν ευρέως γνωστές οι κενές οργανικές θέσεις που υπάρχουν αλλά και τα προσόντα που απαιτούνται για την πλήρωσή τους. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται:

1. η ειδικότητα που απαιτείται,
2. ο βαθμός του υποψηφίου
3. τα προσόντα του υποψηφίου
4. απαραίτητα τυπικά προσόντα όπως η ελληνική ιθαγένεια, ο τίτλος ιατρικής ειδικότητας, η άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, η εγγραφή στον ιατρικό σύλλογο, το να μην ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, η ηλικία, η προϋπηρεσία κ.λπ.

Επίσης, η περίληψη της προκήρυξης, σύμφωνα με το ν.3528/2007, πρέπει να δημοσιευτεί μέσω του τύπου στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Αναφορικά με την πρόσληψη του επικουρικού ιατρικού προσωπικού στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, αυτή πραγματοποιείται μέσω ενός ηλεκτρονικού καταλόγου, τον οποίο

έχει δημιουργήσει το Υπουργείο Υγείας από τον Ιούνιο του 2015 και βρίσκεται στην ιστοσελίδα του [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr). Στον ηλεκτρονικό αυτό κατάλογο αναγράφονται όλοι οι ιατροί ανά ειδικότητα που θέλουν να εργαστούν ως επικουρικοί ενώ τα στοιχεία αυτά ενημερώνονται πολύ συχνά και έτσι θεωρούνται πρόσφατα. Όποιος από τους ιατρούς επιθυμεί να εργαστεί ως επικουρικός σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο καταθέτει αίτηση ώστε να συμπεριληφθεί σε αυτόν τον ηλεκτρονικό κατάλογο. Με την ημερομηνία που πραγματοποιείται η αίτηση κατάθεσης τοποθετείται ο υποψήφιος σε σειρά προτεραιότητας. Το Υπουργείο Υγείας όταν χρειαστεί να προσλάβει επικουρικό προσωπικό δημοσιεύει μια πρόσκληση ενδιαφέροντος όπου αναγράφονται αναλυτικώς οι θέσεις εργασίας και τι απαιτείται για αυτές, δηλαδή: η ειδικότητα, το νοσοκομείο, η υγειονομική περιφέρεια όπου αυτό ανήκει.

Όπως το ιατρικό προσωπικό έτσι και το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων είναι με συμβάσεις εργασίας:

5. μόνιμοι που απασχολούνται με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση
6. με σύμβαση αορίστου χρόνου
7. με σύμβαση ορισμένου χρόνου.

Η πρόσληψη του νοσηλευτικού προσωπικού πραγματοποιείται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 3528/2007, ν.3329/2005, ν. 4052/2012 καθώς και με τις τροποποιήσεις τους. Η διαδικασία της πρόσληψης του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ίδια που ισχύει για την πρόσληψη του μόνιμου ιατρικού προσωπικού. Και εδώ υπεύθυνος για την προκήρυξη είναι ο Υπουργός Υγείας, ο οποίος δημοσιεύει προκήρυξη θέσεως, όπου υπάρχουν κενές οργανικές θέσεις σε συγκεκριμένα δημόσια νοσοκομεία, μέσα στην οποία αναγράφονται αναλυτικά οι θέσεις εργασίας ανά βαθμίδα, το νοσοκομείο και η περιφέρεια. Αυτή η προκήρυξη δημοσιεύεται σε ειδικό Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβέρνησης ενώ περίληψή της δημοσιεύεται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Όσον αφορά την πρόσληψη επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού, οι υγειονομικές περιφέρειες έχουν δημιουργήσει καταλόγους νοσηλευτικού προσωπικού κατά κλάδο, αφού έχουν υποβάλει σε αυτές οι νοσηλευτές τις αιτήσεις τους, σύμφωνα με τους νόμους 4052/2012, ν. 3329/2005 και τις τροποποιήσεις τους. Όταν δημιουργηθούν κενά και κατόπιν υπουργικής απόφασης κάλυψής τους, η οικεία υγειονομική περιφέρεια ως αρμόδια, ανακοινώνει πρόσκληση

εκδήλωσης ενδιαφέροντος και κατόπιν από τους εν λόγω καταλόγους επιλέγουν το επικουρικό προσωπικό.

#### **4.4 Η επιλογή του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού**

Η επιχείρηση με το ελάχιστο δυνατό κόστος θα επιλέξει εκείνο το άτομο που πληροί τις προδιαγραφές που η διοίκηση θέτει π.χ. επίπεδο σπουδών, εμπειρία, δεξιότητες κ.λπ. Μια λάθος επιλογή επιφέρει κόστος τόσο σε χρήματα όσο και σε ανάλωση πολύτιμου χρόνου. Κατά συνέπεια οι επιπτώσεις μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές ή ενδεχομένως να δυσφημιστεί η επιχείρηση από τον αποχωρήσαντα. Για το λόγο αυτό χρειάζεται προσοχή και σωστή προσέγγιση από την αρχή της διαδικασίας έως το τέλος.

Η επιλογή υποψηφίων είναι μια διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών και αξιολόγησης υποψηφίων για την επιλογή των πλέον κατάλληλων για συγκεκριμένες θέσεις εργασίας. Επιλογή λοιπόν, είναι η διαδικασία με την οποία διαλέγει η επιχείρηση από έναν κατάλογο υποψηφίων το πρόσωπο ή τα πρόσωπα που ανταποκρίθηκαν καλύτερα στα κριτήρια επιλογής για την συγκεκριμένη θέση, λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συνθήκες του περιβάλλοντος (Κανελλόπουλος, 2002).

Η καταλληλότητα των υποψηφίων κρίνεται με βάση τα οριζόμενα προσόντα στη προδιαγραφή της θέσης εργασίας. Ανάμεσα στα διαθέσιμα προσόντα των υποψηφίων και αυτών των απαιτήσεων εργασίας θα πρέπει να βρεθεί ο συνδετικός κρίκος ο οποίος θα καταφέρει να ενώσει αυτούς τους δυο παράγοντες. Όσο μεγαλύτερη είναι η σχέσεων δυο παραγόντων, τόσο αποδεκτή και αποδοτική θα είναι η συνεργασία (Prien et al, 2003).

Η επιλογή σχετίζεται άμεσα και με την οργανωσιακή κουλτούρα μιας οργάνωσης. Δεδομένου ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί το σύνολο των αξιών και των «πιστεύω» που κυριαρχούν σε μια οργάνωση είναι επόμενο μια επιχείρηση π.χ. να επιζητεί να προσλάβει άτομα τα οποία εμφορούνται από τις ίδιες αξίες. Από την άλλη πλευρά ένας εργαζόμενος που επιλέγει να εργασθεί σε μια επιχείρηση στην οποία κυριαρχούν αξίες ίδιες με τις δικές του, είναι πολύ πιθανό να εξελιχθεί σε ένα ικανοποιημένο και αποδοτικό στέλεχος.

Ένας άλλος παράγοντας με τον οποίο σχετίζεται άμεσα η επιλογή είναι ο βαθμός προσαρμογής μεταξύ του ατόμου και της εργασίας που αυτό θα εκτελέσει. Έργο της διοίκησης είναι να μπορέσει να διακρίνει και να επιλέξει τα άτομα εκείνα τα οποία διαθέτουν τις ικανότητες για την καλύτερη προσαρμογή στο έργο που θα εκτελέσουν. Κάτι τέτοιο δεν είναι καθόλου εύκολο, γιατί η διοίκηση καλείται να κάνει μια πρόβλεψη για το μέλλον (ποια θα είναι η πιθανή συμπεριφορά του ατόμου) με βάση την ανάλυση ενός δεύτερου προσώπου (του αρμόδιου για την επιλογή), το οποίο πάλι βασίστηκε σε ενδείξεις που διαθέτει σήμερα (βιογραφικά, προϋπηρεσία, βαθμοί σε δοκιμασίες, προσωπικές εντυπώσεις από συνέντευξη με τον ενδιαφερόμενο κ.λπ.) και που είναι κάπως, δύσκολο να διερευνηθούν και αρκετά εύκολο να μεταβληθούν στο μέλλον (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010).

Οι προϋποθέσεις αποτελεσματικής επιλογής περιλαμβάνουν (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003):

1. Ύπαρξη μιας ρεαλιστικής περιγραφής θέσης εργασίας (ΡΠΕ).
2. Γνώση της φύσης της κενής θέσης εργασίας και των προβλημάτων της.
3. Καθορισμός των κριτηρίων για σωστή απόδοση στην κάθε θέση.
4. Γνώση των διαφόρων μεθόδων επιλογής και της σημασίας τους. Η μεγάλη ποικιλία των μεθόδων απαιτεί και καλή γνώση της χρησιμότητάς τους σε κάθε περίπτωση.
5. Κατανόηση των θεμάτων της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των μεθόδων επιλογής.
6. Εκπαίδευση των υπευθύνων για ανάπτυξη των απαιτούμενων ικανοτήτων.
7. Σύστημα ανατροφοδότησης για μέτρηση της αποτελεσματικότητας στην επιλογή ανθρώπινου δυναμικού.

Ως διαδικασία επιλογής υποψηφίων ορίζεται ένα σύνολο συγκεκριμένων ενεργειών, που αφορούν την συγκέντρωση και αξιολόγηση πληροφοριών, για κάθε έναν από τους υποψηφίους ώστε να ληφθεί η απόφαση επιλογής. Ανάλογα με το μέγεθος της επιχείρησης, τις απαιτήσεις της θέσης εργασίας και το σύνολο των υποψηφίων ο χρόνος ολοκλήρωσης της όλης διαδικασίας μέχρι τη λήψη της απόφασης επιλογής μπορεί να κυμαίνεται από μια μέρα μέχρι μερικούς μήνες. Τα συνήθη βήματα- ενέργειες μιας τυπικής διαδικασίας επιλογής είναι (Χυτήρης, 2001):

1. Προκαταρκτική συνέντευξη.
2. Αίτηση απασχόλησης.

3. Δοκιμασίες (tests).
4. Επιβεβαίωση πληροφοριών που αφορούν το παρελθόν του υποψηφίου.
5. Ιατρικές εξετάσεις.
6. Τελική απόφαση επιλογής- προσφορά θέσης εργασίας

Σε καθένα από αυτά τα βήματα είναι δυνατόν ο υποψήφιος να απορριφθεί. Οι πληροφορίες που συλλέγονται σε κάθε στάδιο, αποτελούν τη βάση για το επόμενο βήμα. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε στάδιο λαμβάνεται απόφαση αν κάποιος υποψήφιος θα συνεχίσει τη διαδικασία ή θα αποκλεισθεί. Η απόφαση για τον αποκλεισμό ενός υποψηφίου λαμβάνεται με πολλή περίσκεψη και μόνο εφόσον είμαστε βέβαιοι για την αξιοπιστία των στοιχείων μας, γιατί διαφορετικά μπορεί να αποκλεισθεί ένας υποψήφιος που πραγματικά έχει επιθυμητά χαρακτηριστικά για τη συγκεκριμένη θέση (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010). Το βιογραφικό σημείωμα, η αίτηση απασχόλησης και η συνέντευξη χρησιμοποιούνται για την επιλογή υποψηφίων για κάλυψη θέσεων σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα.

Οι νόμοι 1397/1983 και 3528/2007 καθορίζουν το νομικό πλαίσιο διαδικασίας επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει:

1. αρχικώς την προκήρυξη κενών θέσεων,
2. τις αιτήσεις των ενδιαφερομένων
3. την αξιολόγηση των αιτήσεων από τον εκάστοτε αρμόδιο φορέα
4. την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων πλήρωσης θέσεως
5. την αποδοχή των θέσεων από τους υποψηφίους.

Τα αντικειμενικά τυπικά και ουσιαστικά κριτήρια είναι αυτά που καθορίζουν τελικά και την πλήρωση των κενών θέσεων στα νοσοκομεία. Η διαδικασία γίνεται με σειρά προτεραιότητας ενώ η πρόσληψη ανακοινώνεται στο Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, ούτως ώστε να διασφαλιστεί η διαφάνεια και η δημοσιότητα.

Όσον αφορά την πρόσληψη ιατρικού προσωπικού για τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία αυτή πραγματοποιείται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, σύμφωνα με το άρθρο 6 του νόμου 1278/1982 με σειρά αξιολόγησης. Η επιλογή γίνεται με βάση τα προσόντα και την προϋπηρεσία του ιατρού/οδοντίατρου ενώ υπάρχει δυνατότητα να υποβάλλουν οι ιατροί αίτηση για περισσότερες της μιας θέσεως. Το επικουρικό ιατρικό

προσωπικό υποβάλλει ηλεκτρονική αίτηση στους ηλεκτρονικούς καταλόγους του υπουργείου υγείας. Από εκεί, με βάση τα προσόντα και την προτίμηση που έχουν θέσει για την υγειονομική περιφέρεια, γίνεται η επιλογή τους.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό των δημοσίων ελληνικών νοσοκομείων, ο νόμος 3528/2007 καθορίζει το πλαίσιο πρόσληψής τους. Οι αιτήσεις πρόσληψης ελέγχονται από την Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή του ΑΣΕΠ είτε με δημόσιο διαγωνισμό είτε με σειρά προτεραιότητας και με βάση τις αρχές:

1. της ίσης ευκαιρίας συμμετοχής
2. της αξιοκρατίας
3. της αντικειμενικότητας
4. της κοινωνικής αλληλεγγύης
5. της διαφάνειας
6. της δημοσιότητας.

Τα απαραίτητα προσόντα που απαιτούνται είναι τα εξής:

1. η ελληνική ιθαγένεια
2. η εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων για τους άνδρες
3. η καλή κατάσταση υγείας
4. η μη απόλυσή τους από άλλη θέση του δημοσίου τομέα
5. τα τυπικά προσόντα που απαιτούνται κατά την προκήρυξη της θέσης
6. οι ιατροί να μην έχουν υπερβεί το 63<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους
7. οι νοσηλευτές να είναι πάνω από 21 ετών.

#### **4.5 Η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού**

Εκπαίδευση Ανθρώπινου Δυναμικού, είναι η διαδικασία μάθησης που αποσκοπεί στη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων. Πρόκειται για μία προγραμματισμένη διαδικασία η οποία σκοπεύει στην απόκτηση και βελτίωση των γνώσεων, στην ανάπτυξη ικανοτήτων και

επαγγελματικών δεξιοτήτων και στην τροποποίηση της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων. Ως μέσο χρησιμοποιεί κυρίως τη διδασκαλία για την επίτευξη αποτελεσματικής απόδοσης σε μία δραστηριότητα ή σε μία σειρά δραστηριοτήτων που εκτελούνται στα πλαίσια της επιχείρησης. Ο σκοπός της στο εργασιακό περιβάλλον είναι να βελτιώσει την απόδοση των εργαζομένων ώστε να ικανοποιήσει τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του οργανισμού για ανθρώπινο δυναμικό (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Σκοπός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος είναι (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010):

1. να είναι ενημερωτικό εξοπλίζοντας τον εκπαιδευόμενο με γνώσεις,
2. Να αποσκοπεί στην ανάπτυξη ικανοτήτων και
3. να αποσκοπεί στην αλλαγή στάσεων αξιών, νοοτροπίας (

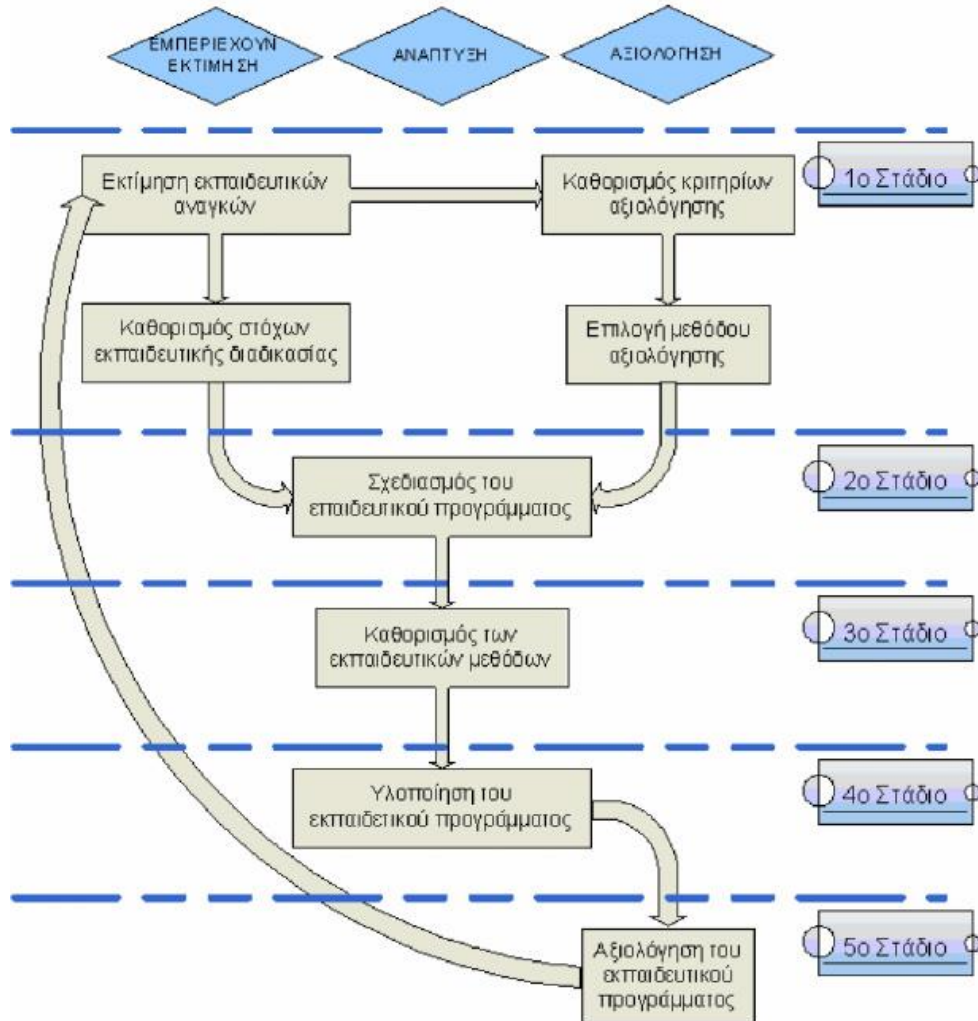
Για να συμβεί αυτό θα πρέπει η εκπαιδευτική διαδικασία να είναι συνεχής και επαναλαμβανόμενη. Ο εκπαιδευτικός κύκλος περιλαμβάνει τέσσερα στάδια (Bernadin & Russel, 2003):

1. ο εντοπισμός των εκπαιδευτικών αναγκών που προκύπτουν εφόσον εντοπιστεί η διαφορά ανάμεσα στις απαιτούμενες και στις υπάρχουσες γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές.
2. Η κατάρτιση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
3. Ο καθορισμός των εκπαιδευτικών μεθόδων.
4. Η υλοποίησή τους.

Με την ολοκλήρωσή τους ακολουθεί η αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου. Οι υπάλληλοι μπορούν να καταρτιστούν και να αποκτήσουν νέες ικανότητες εκτός εργασίας ως εξής (Montana & Charnov, 2008):

1. Εξωτερικά σεμινάρια. Η παρακολούθηση αυτών των σεμιναρίων μπορεί να έχει διάφορους σκοπούς όπως είναι η μάθηση ή/και η επικοινωνία με άλλα άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, ενώ μπορεί να αποτελεί και ανταμοιβή για την καλή απόδοση ενός εργαζομένου.
2. Εκπαιδευτική βοήθεια ή επιδοτούμενα προγράμματα. Πολλές εταιρίες προσφέρουν εκπαιδευτική βοήθεια για μαθήματα που σχετίζονται με την εργασία του υπαλλήλου.





**Διάγραμμα 4.5.1:Στάδια εκπαίδευσης**

ΠΗΓΗ: Bernadin & Russel, 2003

Οι βασικότερες μέθοδοι εκπαίδευσης που χρησιμοποιούνται σήμερα από τις επιχειρήσεις είναι οι εξής (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003, Χυτήρης, 2001, Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004):

1. Επιδείξεις: Η μέθοδος της επίδειξης χρησιμοποιείται κυρίως για νέους υπαλλήλους κυρίως σε εισαγωγικό επίπεδο. Πολλές δουλειές αποτελούνται από μια λογική σειρά βημάτων και διδάσκονται καλύτερα με αυτό τον τρόπο βήμα

προς βήμα. Αυτή η μέθοδος βήμα προς βήμα ονομάστηκε εκπαίδευση μέσω επίδειξης στη θέση εργασίας.

2. Εκπαίδευση μέσω καθοδήγησης στη θέση εργασίας (coaching): Πρόκειται για την πιο παλιά μέθοδο εκπαίδευσης και αναφέρεται κυρίως σε στελέχη. Κατά την διάρκεια αυτής ο άμεσα προϊστάμενος του στελέχους του δίνει οδηγίες τεχνικού χαρακτήρα, σχολιάζει την συμπεριφορά του και τον ενημερώνει για την πρόοδό του. Στόχος της καθοδήγησης είναι η ανάπτυξη προσωπικών ικανοτήτων, γνώσεων και συμπεριφορών. Είναι πιο αποτελεσματική όταν αναπτύσσεται άτυπα ως φυσικό επακόλουθο της διοικητικής διαδικασίας. Αποτελείται από:
  - i. Βοήθεια στον εργαζόμενο να κατανοήσει πάσο καλά αποδίδει και τι χρειάζεται να μάθει.
  - ii. Ελεγχόμενη ανάθεση αρμοδιοτήτων.
  - iii. Χρήση των συμβάντων στη δουλειά ως ευκαιρίες μάθησης και
  - iv. παροχή συμβουλών στον εργαζόμενο για το πώς να φέρει εις πέρας τα εργασιακά του καθήκοντα, όταν το χρειάζεται.
3. Εκπαίδευση μέσω μέντορα: είναι η διαδικασία με την οποία ειδικά επιλεγμένα και εκπαιδευμένα άτομα παρέχουν καθοδήγηση και συμβουλές που θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη της καριέρας των «προστατευόμενων» τους. Χρησιμοποιείται ως άτυπο συμπλήρωμα στην επιστήμη εκπαίδευση που λαμβάνει ο εργαζόμενος από την επιχείρηση. Ο μέντορας συνήθως προσφέρει στον « προστατευόμενο » του:
  - i. Συμβουλές για να διαμορφώσει προγράμματα αυτό – ανάπτυξης ή συμφωνίες εκπαίδευσης και ανάπτυξης.
  - ii. Καθοδήγηση στην απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων και ικανοτήτων για να κάνει τη νέα δουλειά.
  - iii. Συμβουλές αναφορικά με το πώς να αντιμετωπίσει διοικητικά, τεχνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που μπορεί να συναντήσει, κυρίως στα πρώτα στάδια της καριέρας του.
  - iv. Πληροφορίες για την επιχειρησιακή κουλτούρα.
  - v. Καθοδήγηση σε συγκεκριμένες ικανότητες.
  - vi. Ένα οικείο πρόσωπο με το οποίο ο προστατευόμενος μπορεί να συζητήσει τις φιλοδοξίες του και ότι τον απασχολεί.

4. Συμμετοχή σε επιτροπές: Αυτή η μέθοδος ενδείκνυται για επιχειρήσεις ή οργανισμούς που διαθέτουν μόνιμες επιτροπές που χειρίζονται διάφορα θέματα. Κατ' αυτή την μέθοδο το υπό εκπαίδευση στέλεχος συμμετέχει ως κανονικό μέλος σε μόνιμες ή ειδικές επιτροπές. Με την συμμετοχή του αυτή το στέλεχος αποκτά εμπειρίες στην διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων, γνωρίζει και αντιμετωπίζει διάφορες προσωπικότητες και συμπεριφορές. Ακόμα η συμμετοχή του σε διάφορες επιτροπές του δίνει την ευκαιρία να μάθει για θέματα – προβλήματα και διαδικασίες που αφορούν ολόκληρη την επιχείρηση ή τμήματα, πέρα από εκείνο στο οποίο εργάζεται.
5. Διαλέξεις: είναι ένας από τους πιο απλούς και παραδοσιακούς τρόπους μεταβίβασης γνώσης στους εκπαιδευόμενους. Στοχεύουν στην ενημέρωση των στελεχών για τις εξελίξεις γενικά στη διοίκηση επιχειρήσεων.
6. Σεμινάρια – Εργαστήρια: Τα σεμινάρια έχουν πιο συμμετοχικό χαρακτήρα από τη διάλεξη και απευθύνονται σε μικρότερο αριθμό συμμετεχόντων. Στοχεύουν στη μετάδοση γνώσεων, στην ανάπτυξη ικανοτήτων και στη διαμόρφωση στάσεων και έχουν διάρκεια από λίγες ώρες ως αρκετές μέρες. Ακόμη πιο συμμετοχικά και ολιγοπρόσωπα είναι τα εργαστήρια. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ποικίλους τρόπους. Κάποιες φορές ο εκπαιδευτής και αφού παρουσιάσει τα γεγονότα, τις αρχές και τις ιδέες ώστε να γίνονται κατανοητά από τον εκπαιδευόμενο καθοδηγεί τη συζήτηση. Κάποιες άλλες φορές ο σκοπός των εργαστηρίων είναι η εύρεση μιας απάντησης ή μιας λύσης σε ορισμένο πρόβλημα.
7. Προσομοιώσεις: Κατά την προσομοίωση ο εκπαιδευόμενος υποβάλλεται σε συνθήκες που είναι παρόμοιες με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας που αντιμετωπίσει στην πράξη και χρησιμοποιούνται τόσο για στελέχη όσο και για μη υπαλληλικό προσωπικό.
8. Υπόδηση Ρόλων: Στην υπόδηση ρόλων οι συμμετέχοντες καλούνται να παίξουν συγκεκριμένους ρόλους, σ' ένα μικρό σκετς που αναφέρεται σε μια κατάσταση- πρόβλημα, σε μια επιχείρηση. Ο στόχος της μεθόδου αυτής είναι οι συμμετέχοντες που υποδύονται κάποιον άλλο να κατανοήσουν το ρόλο- ευθύνες του, να δουν και να κατανοήσουν τα πράγματα από μια άλλη σκοπιά και να δοκιμάσουν, ίσως συμπεριφορές για αυτούς τους ίδιους. Το υποθετικό

περιστατικό συνήθως αφορά συναλλαγή μεταξύ δυο ή περισσότερων ανθρώπων. Εναλλακτικά η υπόδηση ρόλων μπορεί να προκύψει φυσιολογικά από μια μελέτη περίπτωσης αν οι εκπαιδευόμενοι κληθούν να δοκιμάσουν τη λύση που έδωσαν, αναλαμβάνοντας το ρόλο των υποθετικά εμπλεκόμενων προσώπων. Η υπόδηση ρολών χρησιμοποιείται για να δώσει σε στελέχη, ηγέτες ομάδων, πωλητές και εμπορικούς αντιπροσώπους, εμπειρία στην εφαρμογή πρακτικών που απαιτούν διάδραση μεταξύ δυο ή περισσότερων προσώπων, όπως για παράδειγμα την ολοκλήρωση μιας υποθετικής συνέντευξης πρόσληψης ή αξιολόγησης, την παροχή συμβουλών ή καθοδήγησης, την διαχείριση παραπόνων, την πώληση ενός προϊόντος, τη διοίκηση μιας συνάντησης ομάδας και άλλα.

9. Μελέτη περιπτώσεων: αφορά μια ιστορία ή περιγραφή ενός γεγονότος που αναλύεται από τους εκπαιδευόμενους, προκειμένου να διαγνώσουν τις αιτίες του προβλήματος και να ανακαλύψουν πώς να το λύσουν.
10. Επιχειρηματικά Παιχνίδια: είναι ίσως η πιο φιλόδοξη εκπαιδευτική μέθοδος. Πρόκειται για την προσπάθεια αναζωογόνησης ολόκληρης της επιχείρησης. Για το σκοπό αυτό δίδονται στους εκπαιδευόμενους πολλές πληροφορίες για τα οικονομικά δεδομένα της επιχείρησης, για την παραγωγή, τις εργασιακές σχέσεις και τις νομικές διαδικασίες. Οι εκπαιδευόμενοι, αναλαμβάνοντας ρόλους όπως του διευθύνοντα συμβούλου, του διευθυντή προμηθειών, ή του διευθυντή πωλήσεων, καλούνται να λάβουν και μεγάλης πνοής αποφάσεις πολιτικής και λεπτομερείς αποφάσεις επί συγκεκριμένων προβλημάτων. Εάν στο παιχνίδι γίνεται χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και οι λεπτομέρειες για τις αποφάσεις τροφοδοτούν ένα κατάλληλο πρόγραμμά του, οι συνέπειες των αποφάσεών τους κοινοποιούνται άμεσα στους συμμετέχοντες. Διαφορετικές ομάδες, οι οποίες λειτουργούν ταυτόχρονα, μπορούν να προσδώσουν και ανταγωνισμό στο παιχνίδι. Έτσι, αποφάσεις που υπό άλλες συνθήκες θα χρειάζονταν δύο χρόνια για να ληφθούν, επιτυγχάνονται σε μερικές ώρες.
11. Πρακτική άσκηση: Υπό την επίβλεψη του εκπαιδευτή ο εργαζόμενος αποπειράται να επιτελέσει μια εργασία που μόλις του έχει περιγραφεί ή επιδειχθεί. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως από Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, σαν μέσο βοήθειας των φοιτητών να αποκτήσουν πρακτική εμπειρία πάνω στο αντικείμενο

που σπουδάζουν. Η διάρκεια αυτής της πρακτικής άσκησης είναι συνήθως από 3–12 μήνες και γίνεται σε συνεργαζόμενες εταιρείες, ή οργανισμούς.

12. Εργασίες και projects: Οι εργασίες περιλαμβάνουν έρευνα, αξιολόγηση και επίλυση προβλημάτων. Οι γραπτές εργασίες είναι συγκεκριμένες έρευνες ή εργασίες που αναθέτει στον εκπαιδευόμενο ο εκπαιδευτής ή ο προϊστάμενος του. Οι εργασίες αυτές χρησιμοποιούνται σαν τεστ, στο τέλος της εκπαιδευτικής διαδικασίας και στο βαθμό που βασίζονται σε ρεαλιστικά δεδομένα, μπορούν να βοηθήσουν στη σύνδεση των αποκτημένων γνώσεων με τη θέση εργασίας.

13. Εκπαίδευση σε ειδικά θέματα: Η εκπαίδευση σε ειδικά θέματα μπορεί να αφορά την ανάπτυξη ικανοτήτων του ατόμου στους εξής τομείς:

- i. Διαχείριση χρόνου (time management).
- ii. Έλεγχος άγχους (stress management).
- iii. Δημιουργικότητα (creativity training).
- iv. Θετική στάση-δυναμικότητα (assertiveness training).
- v. Ανοχή διαφορετικότητας (diversity training).
- vi. Εναρμόνιση επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Work-life balance).

Ένας ακόμη τρόπος εκπαίδευσης των εργαζομένων, ο οποίος με την ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας γνωρίζει άνθιση στις μέρες μας, είναι η ηλεκτρονική εκπαίδευση. Η μέθοδος αυτή ανήκει στην κατηγορία της εξ' αποστάσεως εκπαίδευση. Με τον όρο ηλεκτρονική εκπαίδευση αναφερόμαστε στην διδασκαλία ή στην εκπαίδευση με την χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών μέσω του διαδικτύου ή των τοπικών δικτύων των επιχειρήσεων. Η ηλεκτρονική εκπαίδευση γίνεται μέσω του παγκόσμιου ιστού και οικείων πυλών, καθώς επίσης και με τη χρήση οπτικών δίσκων (cd-rom). Περιλαμβάνει εξ αποστάσεως εκπαίδευση, εικονικές αίθουσες διδασκαλίας, προσομοίωση, υποστήριξη καθηκόντων κ.ά. (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Ο νόμος 3528/2007 είναι αυτός ο οποίος θέτει τη διαδικασία της εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. Η οργάνωση καθώς και η εποπτεία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων εμπίπτει στην αρμοδιότητα του υπεύθυνου εκπαίδευσης ή του προϊσταμένου του τμήματος προσωπικού. Το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης - Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης πραγματοποιεί υποχρεωτικά προγράμματα εκπαίδευσης για κάθε νεοεισερχόμενο υγειονομικό υπάλληλο του δημόσιου

νοσοκομείου ούτως ώστε αυτός να μονιμοποιηθεί. Πέραν όμως του συγκεκριμένου υποχρεωτικού εκπαιδευτικού προγράμματος, κάθε υγειονομικός υπάλληλος έχει τη δυνατότητα παρακολούθησης και άλλων προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων επιμόρφωσης, μετεκπαίδευσης ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, μέσω των οποίων μπορεί να εξελιχθεί. Υπάρχουν βέβαια και υποχρεωτικά εκπαιδευτικά προγράμματα όπως η εκμάθηση ενός συγκεκριμένου προγράμματος ή μηχανήματος ή τεχνικής. Όλα αυτά τα προγράμματα πραγματοποιούνται κυρίως από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α) εκτός από τα μεταπτυχιακά που πραγματοποιούνται από αναγνωρισμένα Πανεπιστήμια του εσωτερικού ή του εξωτερικού. Ως προγράμματα ή κύκλοι μεταπτυχιακών σπουδών νοούνται όσα καθορίζονται από τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις για την ανώτατη εκπαίδευση (ν.3528/2007, άρθρο 47).

#### **4.6 Η παρακίνηση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού**

Το κίνητρο ορίζεται ως η διαδικασία που καθορίζει την ένταση, την κατεύθυνση και την επιμονή της προσπάθειας για την επίτευξη ενός στόχου. Θεωρείται μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους της επίδρασης της παραγωγής και μια κεντρική διοικητική λειτουργία. Το κίνητρο είναι μια εσωτερική κινητήρια δύναμη που δεν επηρεάζεται εύκολα από εξωτερικούς παράγοντες. Ωστόσο, τα διευθυντικά στελέχη μπορούν να ικανοποιήσουν τους υπαλλήλους ώστε να δώσουν κίνητρα και από όλες τις λειτουργίες που εκτελεί ένας διευθυντής, καθώς η κινητοποίηση των υπαλλήλων είναι αναμφισβήτητα ένα πολύπλοκο ζήτημα, αφού επηρεάζεται τόσο από οικονομικά όσο και από μη οικονομικά κίνητρα (Dieleman et al., 2003).

Οι παραδοσιακοί τύποι κινήτρων συνδέονταν με:

1. οικονομικά κίνητρα (σύνδεση με την παραγωγικότητα),
2. κοινωνικά κίνητρα (ευχάριστες συνθήκες εργασίας),
3. κίνητρα που σχετίζονται με τη φύση του έργου (τρόποι να το κάνουν πιο ενδιαφέρον) και
4. η ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών.

Οι πρώτες ενδείξεις ότι οι εργαζόμενοι δεν κινούνται αποκλειστικά με χρήματα και ότι η συμπεριφορά των εργαζομένων συνδέεται με συμπεριφορές ήταν αποτέλεσμα έρευνας (που αναφέρεται ως η μελέτη Hawthorne) που διενήργησε ο Elton Mayo από το 1924 έως το 1932. Σύμφωνα με αυτόν, μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντας υποκίνησης. Επίσης, υποστήριξε ότι υπάρχουν πέντε επίπεδα αναγκών από τα οποία εξαρτάται όλη σχεδόν η συμπεριφορά των εργαζομένων. Αυτές οι μελέτες αποτελούσαν την έναρξη της προσέγγισης της διοίκησης στις ανθρώπινες σχέσεις, όπου οι ανάγκες και τα κίνητρα των εργαζομένων έγιναν πρωταρχικός στόχος των διαχειριστών. Τις επόμενες δεκαετίες, πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με το ζήτημα των υποκινούμενων υπαλλήλων και του τρόπου με τον οποίο τους παρακίνησαν. Πέντε σημαντικές προσεγγίσεις που οδήγησαν σε μια καλύτερη κατανόηση των κινήτρων είναι η θεωρία της ιεραρχίας των αναγκών της Maslow, η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg, η θεωρία της προσδοκίας του Vroom, η θεωρία της δικαιοσύνης Adams και η θεωρία ενίσχυσης του Skinner.

Οι σύγχρονες μελέτες έχουν δώσει ορισμένους ορισμούς για τα κίνητρα, όπως μια ψυχολογική διαδικασία που δίνει σκοπό και κατεύθυνση συμπεριφοράς, μια εσωτερική προσπάθεια για την ικανοποίηση μιας ανικανοποίητης ανάγκης και τη βούληση για επίτευξη (Kontodimopoulos, Paleologou & Niakas, 2009).

Οι όροι ικανοποίηση από την εργασία και κίνητρα χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά, ωστόσο υπάρχει ένας σαφής διαχωρισμός. Η ικανοποίηση από την εργασία είναι η συναισθηματική ανταπόκριση ενός ατόμου στην κατάσταση της δουλειάς του, ενώ το κίνητρο είναι η κινητήρια δύναμη να επιδιώκεται και να ικανοποιεί τις ανάγκες του. Η ανάγκη για κίνητρο πηγάζει από την ανάγκη για επιβίωση και οι εργαζόμενοι με κίνητρο βοηθούν τους οργανισμούς να επιβιώσουν (Kontodimopoulos, Paleologou & Niakas, 2009).

Η πολιτική κινήτρων στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο ρυθμίζει ορισμένα σημαντικά ζητήματα όπως οι μισθοί, οι προοπτικές επαγγελματικής ανάπτυξης κ.λπ. Οι μισθοί των ιατρών καθορίζονται από το κρατικό δίκαιο. Ως εκ τούτου, ένα σημαντικό εργαλείο κινήτρων δεν βρίσκεται στα χέρια των αρχηγών διοίκησης. Υπάρχουν επίσης αυστηρά κριτήρια για θέματα σχετικά με την εξέλιξη της σταδιοδρομίας. Η βασική προϋπόθεση της επαγγελματικής εξέλιξης είναι η προηγούμενη εμπειρία. Ωστόσο, η συμμετοχή ανώτερων και μεσαίων στελεχών της ιατρικής υπηρεσίας στα

εκλογικά όργανα τους επιτρέπει να παρεμβαίνουν στην επαγγελματική ανάπτυξη (Tsounis, Sarafis & Bamidis, 2014).

Στην Ελλάδα, δεν έχει πραγματοποιηθεί μεγάλη έρευνα σχετικά με τα κίνητρα των ιατρών. Ωστόσο, μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης έρευνας, που αναφέρεται στο ιατρικό δυναμικό, οδηγεί σε ορισμένα βασικά συμπεράσματα. Σύμφωνα με την μελέτη των Kontodimoroulo, Paleologou and Niakas, (2009) σε 13 ελληνικά νοσοκομεία, ο σημαντικότερος παράγοντας για τους γιατρούς είναι ο παράγοντας «επιτεύγματα», ο οποίος αναφέρεται σε εγγενή κίνητρα όπως η υπερηφάνεια, η εκτίμηση, ο σεβασμός και η κοινωνική αποδοχή. Τα περισσότερα χρόνια στο ίδιο νοσοκομείο και στην ίδια θέση (ειδικά μια διευθυντική θέση) σήμαιναν υψηλότερα κίνητρα από τα επιτεύγματα. Τα κίνητρα που συνδέονται με την «αμοιβή» ακολουθούν και φαίνονται να είναι τα υψηλότερα για εκείνους που είναι υψηλότερα στην ιεραρχία. Όσον αφορά το κίνητρο των «συνεργατών», το οποίο αναφέρεται στις εργασιακές σχέσεις με τους επιβλέποντες και τους συναδέλφους ως πηγή ικανοποίησης, φαίνεται να αξιολογείται υψηλότερα από εκείνους που εργάζονται για περισσότερα χρόνια.

Σύμφωνα με τον Niavis (2010), ο σημαντικότερος παράγοντας κινήτρων μεταξύ των ιατρών ήταν τα «επιτεύγματα», τα οποία ακολούθησαν οι «συνεργάτες», η «αμοιβή» και οι «ιδιότητες απασχόλησης». Τα αποτελέσματα ήταν συνεπή με τις γενικές θεωρίες των κινήτρων, οι οποίες χαρακτηρίζουν ως κίνητρο τόσο οικονομικούς όσο και μη οικονομικούς παράγοντες, ενώ η κατάταξη των ανθρώπινων αναγκών από τη θεωρία του Maslow δεν επιβεβαιώθηκε.

Η σημασία των εγγενών παραγόντων για την αποτελεσματική κινητοποίηση των γιατρών έχει αναφερθεί σε πολλές έρευνες και μελέτες που σχετίζονται με πολλά και διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά περιβάλλοντα. Μελέτες στην Ιορδανία και τη Γεωργία ανέφεραν ότι η αυτοεκτίμησή τους και η υπερηφάνεια τους αποτελούν σημαντικούς παρακινητικούς παράγοντες. Η έρευνα σε δύο αφρικανικές χώρες, στο Μπενίν και στην Κένυα, τόνισε τη σημασία των μη οικονομικών παραμέτρων, ενώ μια γερμανική μελέτη έδειξε επίσης ότι οι εγγενείς παράγοντες είναι πιο σημαντικοί από τις αποδοχές (Lambrou, Kontodimopoulos & Niakas, 2010).

Τα παραπάνω μας οδηγούν σε ορισμένα βασικά συμπεράσματα για τους ιατρούς των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. Οι εγγενείς παράγοντες φαίνονται να είναι τα πιο σημαντικά κίνητρα. Από τους εσωτερικούς παράγοντες που διαχωρίζονται κυρίως σε «χαρακτηριστικά



θέσεων εργασίας (κίνητρα που σχετίζονται με ορισμένα χαρακτηριστικά της εργασίας, όπως συμβολή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, δημιουργικότητα και χρήση δεξιοτήτων) και «επιτεύγματα» (υπερηφάνεια, αναγνώριση, αξία και κοινωνική αποδοχή), η δεύτερη κατηγορία αποδεικνύεται ότι είναι η πιο σημαντική. Ταυτόχρονα, η ανάγκη συνεχούς κατάρτισης, η οποία οδηγεί σε επαγγελματική ανάπτυξη, φαίνεται να αξιολογείται υψηλότερα από τους γιατρούς.

Αναφορικά με το διοικητικό προσωπικό των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, καθώς η πρόσληψη και η επιλογή γίνεται από ένα ανώτατο συμβούλιο επιλογής προσωπικού, οι ανταμοιβές και οι προαγωγές συνδέονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ελέγχονται από τις κεντρικές αρχές. Κατά συνέπεια, η ανώτατη διοίκηση πρακτικά δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει κίνητρα, ανταμοιβή ή τιμωρία των εργαζομένων. Το πρόβλημα αυτό συμπληρώνεται από την έλλειψη εσωτερικών διαδικασιών λειτουργίας, προκαλώντας αναποτελεσματική επικοινωνία και σύγχυση (Theodorakioglou and Tsiotras, 2000). Η οργανωτική κουλτούρα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν είναι πολύ ισχυρή, ίσως επειδή οι διαχειριστές δεν μπορούν να εισάγουν ένα κοινό πρότυπο αξιών μεταξύ των εργαζομένων, καθώς είναι πρακτικά ανίκανοι να διαμορφώσουν πολιτικές και πρακτικές ανθρωπίνων πόρων (Bellou, 2008).

Η κατάσταση είναι διαφορετική στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου η διοίκηση είναι ελεύθερη να προσλαμβάνει υπαλλήλους σύμφωνα με τα δικά τους κριτήρια, τα οποία συνήθως περιστρέφονται γύρω από το κέρδος για τον οργανισμό. Οι κυριότερες πηγές εισοδήματος στον ιδιωτικό τομέα είναι οι πληρωμές από ιδιωτικές ασφάλειες και εξωχρηματοπιστηριακές πληρωμές από τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, ειδικά οι γιατροί, προσλαμβάνονται με βάση τη δέσμευσή τους να αυξήσουν τα έσοδα για το νοσοκομείο και μπορούν να παρακινηθούν να τηρήσουν αυτόν τον στόχο με κατάλληλες πολιτικές διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων που καθορίζονται από τη διαχείριση νοσοκομείων. Μπορούν επίσης να οριστούν οι κατάλληλες πολιτικές κινήτρων για τους νοσηλευτές και τους υπαλλήλους γραφείου (Kontodimopoulos, Paleologou & Niakas, 2009).

#### **4.7 Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας**

Η φροντίδα των ασθενών περιλαμβάνει πολλά διαφορετικά άτομα, τα οποία πρέπει να μοιράζονται μεταξύ τους πληροφορίες. Κατά συνέπεια, αυξάνεται το ενδιαφέρον και η χρήση τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας για την υποστήριξη των υπηρεσιών υγείας. Ενώ όμως υπάρχει σημαντική συζήτηση και επένδυση πάνω στις τεχνολογίες της πληροφορίας, τα συστήματα επικοινωνίας λαμβάνουν πολύ λιγότερη προσοχή. Επίσης, ενώ υπάρχουν σημαντικές προηγμένες έρευνες σε τομείς ιδιαίτερα ειδικούς, όπως η τηλεϊατρική, η κλινική υιοθέτηση ακόμη πιο απλών υπηρεσιών, όπως η φωνητική αλληλογραφία ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, εξακολουθεί να μην είναι συνηθισμένη σε πολλές υπηρεσίες υγείας. Πολλά από αυτά θα αλλάζονταν αν συνειδητοποιούταν ευρέως ότι ο μεγαλύτερος χώρος αποθήκευσης πληροφοριών στην υγειονομική περίθαλψη βρίσκεται στους επικεφαλής των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτό, και το μεγαλύτερο δίκτυο πληροφοριών είναι ο σύνθετος ιστός των συνομιλιών που συνδέουν τις ενέργειες αυτών των ατόμων (Coiera, 2006).

Για το λόγο αυτό υπάρχουν μεγάλα κενά στην ευρεία κατανόηση του ρόλου των υπηρεσιών επικοινωνίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που επικεντρώνεται σήμερα η προσοχή στη βελτίωση των περιόδων εργαστηρίου και της εσωτερικής αποτελεσματικότητας, λίγα είναι πραγματικά γνωστά για τις ευρύτερες διαδικασίες επικοινωνίας στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, των οποίων τα κλινικά εργαστήρια είναι μόνο ένας κρίκος στην αλυσίδα.

Έτσι, υπάρχουν λίγες μελέτες που έχουν προσπαθήσει να ποσοτικοποιήσουν άμεσα το πραγματικό μέγεθος του χώρου επικοινωνίας στον τομέα της υγείας. Αυτές οι μελέτες που υπάρχουν απεικονίζουν όλες μια παρόμοια εικόνα. Οι Covell et al., (1985) ανέφεραν ότι οι συνάδελφοι και όχι οι πηγές των εγγράφων συναντούσαν περίπου το 50% των αιτημάτων πληροφοριών από τους κλινικούς ιατρούς. Σε μια παρόμοια μελέτη, οι Tang et al., (1996) διαπίστωσαν ότι περίπου το 60% του χρόνου κλινικής είναι αφιερωμένο στην ομιλία. Οι Safran et al., (1999) εξέτασαν τις συναλλαγές πληροφοριών σε ένα νοσοκομείο με ένα ώριμο σύστημα καταγραφής με βάση τον υπολογιστή και διαπίστωσαν ότι περίπου το 50% των συναλλαγών πληροφόρησης πραγματοποιήθηκαν πρόσωπο με πρόσωπο μεταξύ συναδέλφων, με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και το φωνητικό ταχυδρομείο να αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τέταρτο του συνόλου. Μόνο το 10% περίπου των συναλλαγών πληροφοριών πραγματοποιήθηκαν μέσω του ηλεκτρονικού ιατρικού μητρώου.

Η τεράστια κλίμακα και η πολυπλοκότητα αυτών των αλληλεπιδράσεων στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης βαρύνουν πολύ τη διαδικασία επικοινωνίας και οι κακοδιοίκηση μπορεί να έχουν τρομερές συνέπειες. Όχι μόνο ο χώρος επικοινωνίας είναι τεράστιος όσον αφορά τις συνολικές συναλλαγές πληροφοριών και τον χρόνο κλινικής, είναι επίσης μια πηγή σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι αποτυχίες της επικοινωνίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τα αρνητικά κλινικά συμβάντα και τα αποτελέσματα. Σε μια αναδρομική ανασκόπηση 14.000 θανάτων σε νοσοκομείο, διαπιστώθηκε ότι τα σφάλματα επικοινωνίας ήταν η κύρια αιτία, δύο φορές συχνότερα από τα λάθη που οφείλονται σε ανεπαρκή κλινική ικανότητα (Coiera, 2006).

Επιπλέον, περίπου το 50% όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών που ανιχνεύθηκαν σε μια μελέτη για τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας συνδέονταν με δυσκολίες επικοινωνίας. Ο χώρος της κλινικής επικοινωνίας είναι καθοδηγούμενος από διακοπές, έχει κακά επικοινωνιακά συστήματα και κακές πρακτικές. Στο διοικητικό επίπεδο, η κακή επικοινωνία των πληροφοριών μπορεί να έχει σημαντικές οικονομικές συνέπειες. Είναι πλέον σαφές, για παράδειγμα, ότι το σύστημα υγείας υφίσταται τεράστια αναποτελεσματικότητα λόγω της κακής ποιότητας των συστημάτων επικοινωνίας που υπάρχουν συχνά. Έτσι, συνοπτικά, ο χώρος επικοινωνίας είναι προφανώς το μεγαλύτερο μέρος του χώρου πληροφοριών του συστήματος υγείας. Περιέχει ένα σημαντικό ποσοστό της παθολογίας της πληροφορίας του συστήματος υγείας, αλλά εξακολουθεί να αγνοείται η σημαντική συμβολή του (Coiera, 2006).

Τα καθήκοντα επικοινωνίας ποικίλλουν ευρέως σε ολόκληρο το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης και είναι χρήσιμο να διαχωριστούν οι ανάγκες επικοινωνίας στις ανάγκες εντός των οργανώσεων εντός συγκεκριμένων ομάδων, όπως τα νοσοκομεία ή τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και οι διαπεριφερειακές ανάγκες που προκύπτουν στις διεπαφές μεταξύ διαφόρων οργανισμών. Το όριο επικοινωνίας μεταξύ των παραγόντων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην κοινότητα και στις υπηρεσίες υγείας που βασίζονται σε νοσοκομεία, για παράδειγμα, χαρακτηρίζεται από τις πολύ διαφορετικές μορφές καθηκόντων και τις οργανωτικές δομές των ατόμων στις δύο ομάδες.

Τα τηλεϊατρικά συστήματα έχουν διερευνηθεί ενεργά στη διεπαφή μεταξύ ειδικών υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρόμοια προβλήματα υπάρχουν μεταξύ των μικρών νοσοκομείων, τα οποία μπορεί να μην έχουν πρόσβαση στο

εξειδικευμένο προσωπικό. Πράγματι, με τον αυξανόμενο αριθμό υπο-ειδικοτήτων στην κλινική ιατρική, είναι πλέον απίθανο ότι ένα θεσμικό όργανο έχει έναν εκπρόσωπο από κάθε εφικτή ιατρική ειδικότητα εντός του ιδρύματός του. Για το λόγο αυτό, υπάρχει ανάγκη να μοιράζονται εξειδικευμένες εμπειρίες σε διάφορα νοσοκομεία, μερικές φορές με μεγάλες αποστάσεις.

Υπάρχουν ορισμένες αποδείξεις ότι η απομακρυσμένη διαβούλευση, χρησιμοποιώντας τηλε-ιατρικές εγκαταστάσεις όπως η τηλεδιάσκεψη, είναι σε θέση να βοηθήσει με αυτό το πρόβλημα της διανομής της εμπειρογνομοσύνης. Έχει αποδειχθεί, για παράδειγμα, ότι όταν ένας γενικός ακτινολόγος είναι σε θέση να διαβουλευτεί με έναν απομακρυσμένο ειδικό, η ανταλλαγή απόψεων των εικόνων ακτίνων Χ χρησιμοποιώντας βίντεο χαμηλής ανάλυσης βελτιώθηκε συμπαρασύροντας και τη διαγνωστική ακρίβεια του γενικού ακτινολόγου. Φαίνεται πλέον αποδεκτό ότι με την κατάλληλη τεχνολογία οι ψηφιακά μεταδιδόμενες εικόνες μπορούν καταρχήν να ταιριάζουν με τις υπάρχουσες μεθόδους απεικόνισης. Το κόστος επίτευξης τέτοιων αποτελέσματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της εργασίας απεικόνισης που επιχειρείται. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη, δόθηκε στους ασθενείς η πρόσβαση σε εξειδικευμένους ιατρούς που βρίσκονταν σε διαφορετική χώρα. Οι ασθενείς ήταν σε θέση να ταξιδέψουν εκεί ή να πραγματοποιήσουν διαβουλεύσεις με βίντεο-σύνδεσμο. Η επιλογή της επιλογής βίντεο-διάσκεψης άλλαξε τις επιθυμίες των ασθενών να ταξιδεύουν στο εξωτερικό. Από αυτούς που ζήτησαν διαβούλευση, το 20% αρχικά επιθυμούσε να ταξιδέψει για θεραπεία, αλλά μετά από τηλεδιάσκεψη μόνο το 6% επέλεξε αυτή την επιλογή (Coiera, 2006).

Οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι τα προηγμένα συστήματα και υπηρεσίες επικοινωνίας είναι πολύτιμα και πλέον έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει κάποια πραγματική σχέση κόστους-οφέλους από αυτήν την προσέγγιση. Συνολικά, η εξοικονόμηση κόστους από την εγκατάσταση οποιουδήποτε συστήματος επικοινωνίας είναι σημαντική. Η ποσότητα του αποθηκευμένου πόρου, ωστόσο μετρούμενη, εξαρτάται από πολλές μεταβλητές. Αυτά περιλαμβάνουν (Coiera, 2006):

1. το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετείται
2. τα ποσοστά αξιοποίησης των υπηρεσιών που ενισχύονται από την επιλογή επικοινωνίας
3. οι αποστάσεις των εργαζομένων ή των ασθενών που θα έπρεπε διαφορετικά να ταξιδεύουν

4. η αποτελεσματικότητα των τοπικών υπηρεσιών σε σύγκριση με τις επιλογές τηλεϊατρικής.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι ορισμένοι τύποι εργασιών δεν είναι απολύτως κατάλληλοι για το μοντέλο απομακρυσμένης διαβούλευσης. Οι μικροβιολόγοι, για παράδειγμα, χρειάζονται πιθανώς πληροφορίες τρισδιάστατης εικόνας, καθώς και μη οπτικά δεδομένα όπως οσμή, πριν γίνει εφικτή η απομακρυσμένη ερμηνεία των μικροβιολογικών δειγμάτων. Όπως πάντα, είναι σημαντικό να μην παραβλέπονται απλούστερες λύσεις στα προβλήματα επικοινωνίας, εάν υπάρχουν. Δεν είναι πάντοτε σκόπιμο ή απαραίτητο, για παράδειγμα, να χρησιμοποιείτε τη διαβούλευση μέσω βίντεο. Σε πολλές περιπτώσεις, οι επικοινωνιακές ανάγκες μιας ειδικής διαβούλευσης μπορούν να ικανοποιηθούν μόνο με τη χρήση του τηλεφώνου. Αντί να αγοράζονται συστήματα που επιτρέπουν την τηλεδιάσκεψη σε πραγματικό χρόνο, οι εικόνες μπορούν να αποστέλλονται σε δίκτυα υπολογιστών. Τα τυπικά συστήματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου είναι ικανά να μεταδίδουν κείμενο και εικόνα και είναι περισσότερο από ικανά να χειριστούν την αποστολή φωτογραφιών, όπως διαφάνειες παθολογίας ή εικόνες ακτίνων X.

Σχεδόν όλη η τρέχουσα τηλεϊατρική έρευνα επικεντρώνεται στις διασυνδέσεις μεταξύ νοσοκομείων και κοινοτικών υπηρεσιών ή στο σπίτι. Έχει γίνει πολύ λίγη δουλειά για να γίνει κατανοητή η δυναμική της εσωτερικής επικοινωνίας και οι απαιτήσεις των νοσοκομείων. Ωστόσο, θα πρέπει να είναι προφανές ότι κάθε νοσοκομείο είναι μια πολύπλοκη οργάνωση και ότι οι καλές διαδικασίες επικοινωνίας πρέπει να είναι θεμελιώδεις για τη λειτουργία του. Έτσι, ενώ έχει καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια για την ανάπτυξη του ηλεκτρονικού αρχείου ασθενών, έχει γίνει ελάχιστη διερεύνηση των συστημάτων επικοινωνίας που μπορούν να αναπτυχθούν για την υποστήριξη της λειτουργίας του νοσοκομείου. Ωστόσο, η κριτική εξέταση των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου ως χώρου εργασίας μπορεί να εντοπίσει σαφείς περιοχές όπου υπάρχει σημαντική δυνατότητα βελτίωσης. Δύο τομείς αξίζουν ειδικότερα τη συζήτηση. η ανάγκη υποστήριξης της κινητικότητας και η ανάγκη ασύγχρονης ανταλλαγής μηνυμάτων.

Σε αντίθεση με άλλους πληθυσμούς, όπως οι εργαζόμενοι γραφείου ή οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσοκομειακοί εργαζόμενοι είναι ιδιαίτερα κινητοί κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας τους. Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να χρειαστεί να κινηθεί ευρέως σε μια πανεπιστημιούπολη. Το ανώτερο ιατρικό προσωπικό μπορεί επίσης να χρειαστεί να απομακρυνθεί από την πανεπιστημιούπολη, να παρακολουθήσει άλλα νοσοκομεία ή

κλινικές. Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό το προσωπικό να παραμείνει σε επαφή κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας.

Η πιο συνηθισμένη λύση στο πρόβλημα της επικοινωνίας με το προσωπικό που κινείται παρέχεται μέσω ραδιοτηλεειδοποίησης. Οι παγίδες είναι σχεδόν πανταχού παρόντες στα σύγχρονα νοσοκομεία και το προσωπικό μπορεί να μεταφέρει πολλά από αυτά. Για παράδειγμα, μπορεί να εκδοθεί ένας τηλεειδοποιητής σε κάθε άτομο. Άλλες συσκευές τηλεειδοποίησης εκδίδονται σε μέλη ομάδων, για παράδειγμα μια ομάδα που πρέπει να ανταποκριθεί σε κρίσιμες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως καρδιακές ανακοπές εντός του νοσοκομείου.

Πάντα σε ένα πολυάσχολο περιβάλλον εργασίας, οι άνθρωποι κινούνται και τα τηλέφωνα είναι ένας συγκεντρωμένος πόρος που γρήγορα εμπλέκεται. Η παροχή κινητών τηλεφώνων παρακάμπτει πολλά προβλήματα. Οι καθυστερήσεις στη ρύθμιση της κλήσης που είναι εγγενείς στην τηλεειδοποίηση εξαλείφονται και ο αριθμός των σημείων πρόσβασης επικοινωνίας πολλαπλασιάζεται μέσω των προσωπικών ακουστικών. Η αξία των κινητών επικοινωνιών σε ένα κλινικό περιβάλλον αρχίζει να εκτιμάται, αλλά επί του παρόντος παραμένει μια υποεκμετάλλευτη επιλογή. Όπως συμβαίνει με κάθε τεχνολογία, υπάρχουν ορισμένα μειονεκτήματα. Σε πρακτικό επίπεδο, ορισμένοι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν να επιλέξουν να κρύβονται πίσω από ένα σύστημα τηλεειδοποίησης, επιλέγοντας αποτελεσματικά ποιες κλήσεις πρέπει να απαντήσουν με βάση την τρέχουσα κατάστασή τους. Αυτή η μορφή επιλογής κλήσεων ενδέχεται να μην είναι πλέον δυνατή αν τα άτομα έχουν προσωπικά κινητά τηλέφωνα. Το μειωμένο κόστος επικοινωνίας με τους συναδέλφους και τα αυξημένα οφέλη από την επαφή μπορεί να είναι με το κόστος του μειωμένου ελέγχου της επικοινωνίας και της αυξημένης διακοπής. Προς το παρόν φαίνεται ότι τα οφέλη υπερτερούν σημαντικά του κόστους, αλλά απαιτούνται επίσημες μελέτες για να επιβεβαιωθεί αυτό.

Εν κατακλείδι η τεχνολογία της πληροφορίας και της επικοινωνίας προσφέρει ισχυρά μέσα για την αναδιάρθρωση πολλών διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης και σήμερα υπάρχει μια αυξανόμενη ποικιλία διαύλων επικοινωνίας, μέσων και συσκευών από τις οποίες μπορούν να κατασκευαστούν υπηρεσίες επικοινωνίας. Στην υγειονομική περίθαλψη, όπου μας υπενθυμίζεται συνεχώς η ανάγκη να γίνουν πραγματικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, απαιτούνται εμπειρικά στοιχεία για να καθοδηγηθεί η χρήση των νέων τεχνολογιών και υπάρχει τώρα μια ευτυχώς αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με την αξία της

επικοινωνίας συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, παραμένει μια σημαντική ανισορροπία στην προσοχή που δίδεται στην υποστήριξη επικοινωνίας, σε σύγκριση με την προσοχή που καταβάλλεται στα παραδοσιακά συστήματα πληροφοριών. Ωστόσο, οι βελτιώσεις της επικοινωνίας φαίνεται να είναι μια από τις φθηνότερες και πιο οικονομικές παρεμβάσεις που έχουμε στη διάθεσή μας για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των κλινικών υπηρεσιών και αξίζουν πολύ μεγαλύτερη προσοχή από ό, τι λαμβάνουν σήμερα.

#### **4.8 Προβλήματα στελέχωσης ανθρώπινου δυναμικού του δημοσίου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2017), οι πόροι υγείας και το προσωπικό των δημοσίων νοσοκομείων είναι άνισα κατανομημένα σε όλη τη χώρα. Οι φυσικοί πόροι στην Ελλάδα κατανέμονται μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, των ιδιωτικών νοσοκομείων, των κλινικών και των διαγνωστικών κέντρων. Περισσότερο από τα μισά από τα 283 νοσοκομεία της χώρας (με 35% της συνολικής χωρητικότητας κλινών και μερικές υπηρεσίες που έχουν επιστραφεί μέχρι 50%) είναι ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα και υπάρχουν πάνω από 3.500 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Οι εγκαταστάσεις υγείας, η στελέχωση και ο ιατρικός εξοπλισμός διανέμονται άνισα σε ολόκληρη τη χώρα, με υψηλότερο επίπεδο συγκεντρώσεις σε αστικές περιοχές και ανεπαρκώς εξυπηρετούμενες αγροτικές περιοχές, γεγονός που συμβάλλει σε υψηλά επίπεδα ανεκπλήρωτης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη. Για παράδειγμα, ο αριθμός των οξείας νοσοκομειακής κλίνης το 2015 (360 ανά 100.000 κατοίκους) δεν είναι μόνο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (418), αλλά παρουσιάζει επίσης μια τριπλή διαφορά μεταξύ των αριθμών κλινών στη μητροπολιτική Αττική και στην αγροτική κεντρική Ελλάδα (OECD, 2017).

Το 2010, επιβλήθηκε πάγωμα μισθωτών σε υπαλλήλους του δημόσιου τομέα και σταμάτησε η σταθερή αύξηση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας που χαρακτήρισε την περίοδο πριν από την κρίση. Αυτό οδήγησε σε μείωση κατά 15% του προσωπικού που εργάζεται στα νοσοκομεία, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει την

υψηλότερη αναλογία των ιατρών σε πληθυσμό (6,3 ανά 1 000) στην ΕΕ (αν και οι εγγεγραμμένοι γιατροί συμπεριλαμβάνουν τους ανέργους (OECD, 2017)).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών είναι ειδικοί με μικρή μόνο μειονότητα (6%) που είναι γιατροί γενικής ιατρικής ή γιατροί οικογενειακής ιατρικής. Σε αντίθεση με τον αριθμό των ιατρών, ο λόγος των νοσηλευτών προς τον πληθυσμό είναι κατά πολύ ο χαμηλότερος στην ΕΕ (3,2 έναντι 8,4 ανά 1 000).

Όσον αφορά τις ελλείψεις του προσωπικού, αυτές κυρίως αφορούν τις δημόσιες εγκαταστάσεις. Παρά το συνολικό πλεόνασμα των ιατρών, τα δημόσια νοσοκομεία και ορισμένες υπηρεσίες συχνά δεν έχουν επαρκή στελέχη ή λειτουργούν κάτω από την επιχειρησιακή τους ικανότητα (Clarke, Houliaras και Sotiropoulos, 2016). Επιπλέον, οι επαγγελματικοί οργανισμοί εκτιμούν ότι σχεδόν το ένα τέταρτο των εγγεγραμμένων ιατρών είναι τώρα άνεργοι και ότι 7.340 γιατροί εγκατέλειψαν την Ελλάδα μεταξύ του 2009 και του 2015.

Το πρόβλημα είναι ακόμη πιο επιτακτικό σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπήρχαν πάντοτε ελλείψεις νοσοκόμων λόγω χαμηλού αριθμού και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις δημόσιες εγκαταστάσεις. Η πρόκληση της στελέχωσης των δημόσιων εγκαταστάσεων επιδεινώνεται επαρκώς από το πάγωμα των μισθωτών σε όλο το προσωπικό του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, το οποίο έχει τεθεί σε ισχύ από το 2010. Ειδικότερα, θα πρέπει να διασφαλιστεί επαρκές επίπεδο στελέχωσης στην εφαρμογή της νέας πρωτοβάθμιας φροντίδας συστήματος.

#### **4.9 Προβλήματα ανάπτυξης και διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων στον δημόσιο υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια πολυεπίπεδη κρίση η οποία, όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, παρουσιάζει τη χώρα με μια ευκαιρία όχι μόνο για την αναθεώρηση των προβλημάτων της, αλλά και για την πλήρη μετατροπή των πρακτικών της διαχείρισης. Ο



εκσυγχρονισμός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι κρίσιμος για τρεις λόγους (Matsaganis, 2011):

1. οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στον εκτροχιασμό των κρατικών οικονομικών,
2. η κρίση και η συνεχιζόμενη ύφεση αφαιρούν κεφάλαια και άλλους πόρους από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και
3. οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βοηθήσουν τον πληθυσμό να αντιμετωπίσει τις συνολικές συνέπειες της κρίσης

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλη συζήτηση για το πώς να μεταρρυθμιστούν τα συστήματα υγείας (Oliver and Mossialos, 2005, Schmid et al, 2010). Ο λόγος επικεντρώνεται πάντοτε σε θέματα όπως η πολιτική ηγεσία, ο οργανωτικός μετασχηματισμός, η κλινική βελτίωση κ.λπ. Η κενότητα της γενίκευσης παρά τις τρεις κατηγορίες μεταρρυθμίσεων καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής επικράτειας (Brown, 2006):

1. Το πρώτο είναι τα μέτρα «βελτίωσης του συστήματος», όπως:
  - i. η συσσώρευση και ανάλυση δεδομένων,
  - ii. τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία,
  - iii. η διαχείριση των ασθενειών.
2. Το δεύτερο είναι οι πολιτικές «μετασχηματισμού του συστήματος», όπως :
  - i. ο σαφής καθορισμός προτεραιοτήτων και
  - ii. η θεσμική επανευθυγράμμιση.
3. Η τρίτη κατηγορία, η οποία είναι πιο συχνά απαρατήρητη, είναι η «διατήρηση του συστήματος». Μπορεί να ακούγεται οξύμωρο καθώς οι μεταρρυθμίσεις υποτίθεται ότι αλλοιώνουν το status quo που δεν την διαφυλάσσει, αλλά έχει εξαιρετική σημασία για τη διατήρηση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Η κύρια, αν όχι μόνο, αρετή αυτής της τυπολογίας είναι να υπογραμμίσει την κεντρική θέση της πολιτικής στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Το θέμα είναι ότι οι προσπάθειες μεταρρύθμισης υποφέρουν από ένα μεγάλο και διευρυνόμενο χάσμα μεταξύ της ανάλυσης πολιτικής και της πρακτικής πολιτικής. Η πολιτική για την υγεία στην Ελλάδα είναι όλο και περισσότερο μια περίπλοκη δομή ιδεών που βρίσκονται πάνω σε μάλλον ευάλωτους

πυλώνες πολιτικής κατανόησης και θεσμικής ικανότητας. Διαφορετικά, το κύριο επιχείρημα είναι ότι η Ελλάδα πρέπει να σχεδιάσει και την πολιτική υγείας, η οποία αναμένεται να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και ταυτόχρονα να μεταβάλλει τους υφιστάμενους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων του συστήματος με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπει την εφαρμογή τέτοιων πολιτικών (Minogiannis, 2012).

Η συναίνεση των αναλυτών για το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι το κύριο χαρακτηριστικό του είναι ο κατακερματισμός (Oikonomou & Giorno, 2009, Mossialos et al., 1995, OECD, 2010, Minogiannis, 2012, Tountas et al., 2005). Δεν προσφέρει πρακτικά ενιαία κάλυψη και διαθέτει μηχανισμούς χρηματοδότησης και παράδοσης πολλαπλών κατακερματισμών (Siskou et al., 2008). Χαρακτηρίζεται από την προοδευτική χρηματοδότησή του με πολλές ανισότητες στην πρόσβαση, την προσφορά και την ποιότητα των υπηρεσιών. Οι ανεπάρκειες προκύπτουν από την υπερβολική εξάρτηση από τις δαπανηρές εισροές. Η υπερπροσφορά ειδικών και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα είναι καλά τεκμηριωμένα (OECD, 2010). Η κατανομή των σπάνιων πόρων είναι αποτέλεσμα ιστορικών και συχνά πολιτικών διαδικασιών και ποτέ δεν συνδέθηκε με πρότυπα επιδόσεων που οδηγούν σε ένα σύστημα που δεν παρέχει κίνητρα στους παρόχους για αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Mossialos, 2005, Economou, 2010). Αυτός ο κατακερματισμός αναπτύσσεται σε τρία επίπεδα που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Mossialos, 2005):

1. τη δομή του συστήματος (χρηματοδότηση, στελέχωση, μονάδες ανάπτυξης κ.λπ.),
2. τη διαχείριση (λήψη αποφάσεων) και
3. την έλλειψη δικτύων διαχείρισης ασθενειών.

Η μείωση του κατακερματισμού σε αυτά τα τρία επίπεδα θα οδηγήσει πιθανότατα σε ένα σύγχρονο σύστημα διοίκησης που θα είναι σωστά θεσμοθετημένο και θα έχει επαρκείς πόρους για την επίτευξη τόσο της οικονομικής βιωσιμότητας όσο και της βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού.

Η αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού είναι υψίστης σημασίας για την επίτευξη οποιουδήποτε επιθυμητού αποτελέσματος στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε μια οικονομική κρίση όπου οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι για την υγειονομική περίθαλψη είναι μάλλον σπάνιοι. Οι αναλυτές έχουν ρίξει φως στη σχέση " μεταξύ

ανθρώπινων πόρων και εταιρικής απόδοσης, δίνοντας πάντοτε έμφαση στην ενσωμάτωση της εφαρμογής της στρατηγικής ως κεντρικής διαμεσολαβητικής μεταβλητής σε αυτήν τη σχέση (Becker and Huselid, 2006). Η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού, ωστόσο, φαίνεται να λείπει από την ατζέντα της ελληνικής πολιτικής για την υγεία. Τα προβλήματα στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων επικεντρώνονται στις ακόλουθες τέσσερις παραμέτρους (Minogiannis, 2012):

1. καθυστερημένες διαδικασίες επιλογής του προσωπικού,
2. έλλειψη ουσιαστικής αξιολόγησης του προσωπικού,
3. κουλτούρα μη λογοδοσίας και
4. οριζόντια προσέγγιση για ανταμοιβή ή τιμωρία.

Η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων είναι ένα ευρύτερο ζήτημα που πρέπει να αφορά όχι μόνο τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αλλά ολόκληρο τον δημόσιο τομέα.

## **5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟΥΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

### **5.1 Μεθοδολογία**

#### **Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Για τη συλλογή δεδομένων επιλέξαμε τη μέθοδο του ερωτηματολογίου λόγω των πλεονεκτημάτων της ευκολίας, της ταχύτητας και της δυνατότητας συλλογής μεγάλου αριθμού πληροφοριών. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε μία δομημένη μορφή καθορισμένων ερωτήσεων προς διευκόλυνση των ερωτηθέντων.

Χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικών στάσεων που χωρίζεται σε δυο μέρη:

1. Το πρώτο μέρος αφορά σε ερωτήσεις σχετικά με την εφαρμογή καλών πρακτικών διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού από τον Οργανισμό- Νοσοκομείο (τρόπος επιλογής υποψηφίων, εκπαιδευτικά προγράμματα, αξιολόγηση της απόδοσης, ανταμοιβές, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων).
2. Το δεύτερο μέρος αφορά σε δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, θέση εργασίας, σχέση εργασίας, χρόνος επαγγελματικής εμπειρίας, χρόνος προϋπηρεσίας στη σημερινή θέση).

Κάθε ερώτηση είναι κλειστού τύπου και έχει τη μορφή γνώμης – στάσης με την οποία ο ερωτώμενος καλείται να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με την βοήθεια μίας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert. Το 1 αντιστοιχεί στη Διαφωνία του ερωτώμενου και το 5 στη Συμφωνία με την εκφραζόμενη άποψη.

Από τις συνολικά δεκαεπτά (52) ερωτήσεις (προδιατυπωμένες στάσεις) οι πρώτες είκοσι (27) εκφράζουν στάσεις οργανωτικής υποστήριξης. Οι επόμενες επτά (7) εκφράζουν στάσεις ως προς την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Οι πέντε (5) επόμενες ερωτήσεις εκφράζουν στάσεις

ανίας ενώ δεκατρείς (13) ερωτήσεις εκφράζουν στάσεις αφοσίωσης και απόλαυσης στην εργασία και εσωτερικών κινήτρων.

Διανεμήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή. Όμως, επειδή η μέθοδος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή απαιτεί τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και την κατοχή mail των υπαλλήλων, οι υπάλληλοι μη κάτοχοι mail δεν εκπροσωπήθηκαν στην έρευνα.

Η ηλεκτρονική διανομή του ερωτηματολογίου ξεκίνησε την .... Σεπτεμβρίου του 2019 και ολοκληρώθηκε την .... Οκτωβρίου 2019.

### **Η σύνθεση του δείγματος.**

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα Α', στάλθηκε ηλεκτρονικά σε περίπου 123 άτομα, τα οποία επιλέχθηκαν τυχαία. Η έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση της εργασιακής συμπεριφοράς στο νοσοκομείο της Πρέβεζας. Απαντήθηκε από 114 άτομα. Από αυτά οι 34 ήταν γιατροί, 50 Νοσηλευτικό προσωπικό και οι 30 διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό.

## **5.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων**

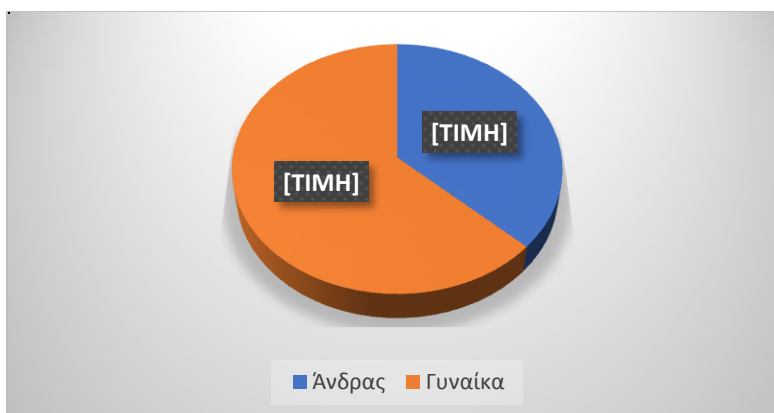
### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα (63,16%) είναι γυναίκες ενώ το 36,84% άνδρες.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Άνδρας	42	36,84%
Γυναίκα	72	63,16%

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	114	100,00%
---------------	-----	---------

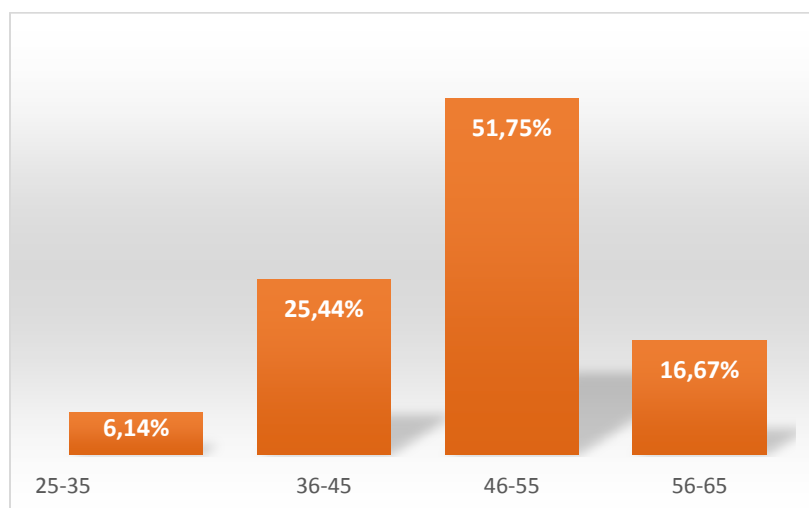
**Πίνακας 5.2.1: Φύλο**



**Διάγραμμα 5.2.1:Φύλο**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
25-35	7	6,14%
36-45	29	25,44%
46-55	59	51,75%
56-65	19	16,67%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	114	100,00%

**Πίνακας 5.2.2:Ηλικία**

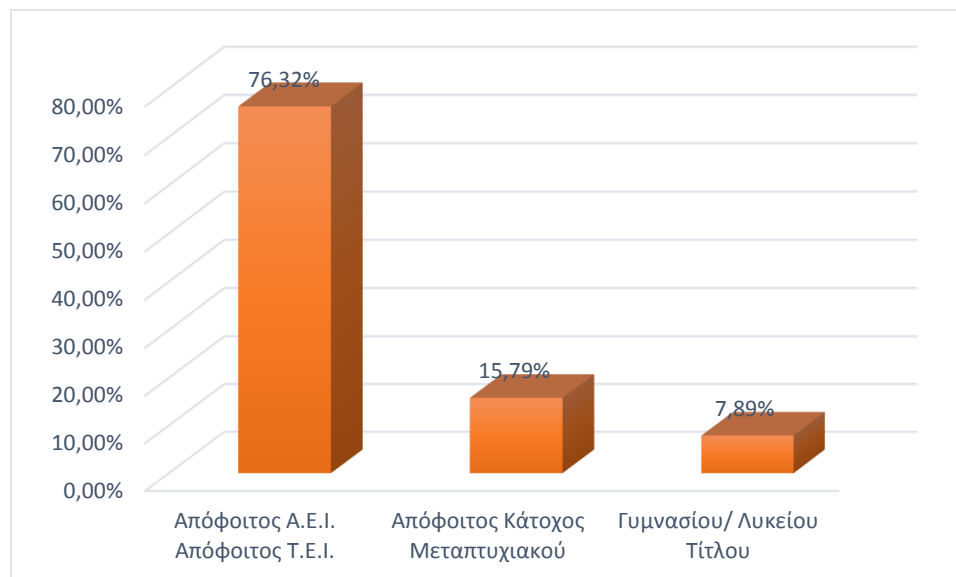


**Διάγραμμα 5.2.2:Ηλικία**

Το 51,75% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 46-55 ετών, το 25,44% στην 36-45 ετών, το 16,67% στην 56-65 ετών και το 6,14% μέχρι 35 ετών.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Απόφοιτος Α.Ε.Ι. Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	87	76,32%
Απόφοιτος Κάτοχος Μεταπτυχιακού	18	15,79%
Γυμνασίου/ Λυκείου Τίτλου	9	7,89%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	114	100,00%

**Πίνακας 5.2.3:Επίπεδο εκπαίδευσης**

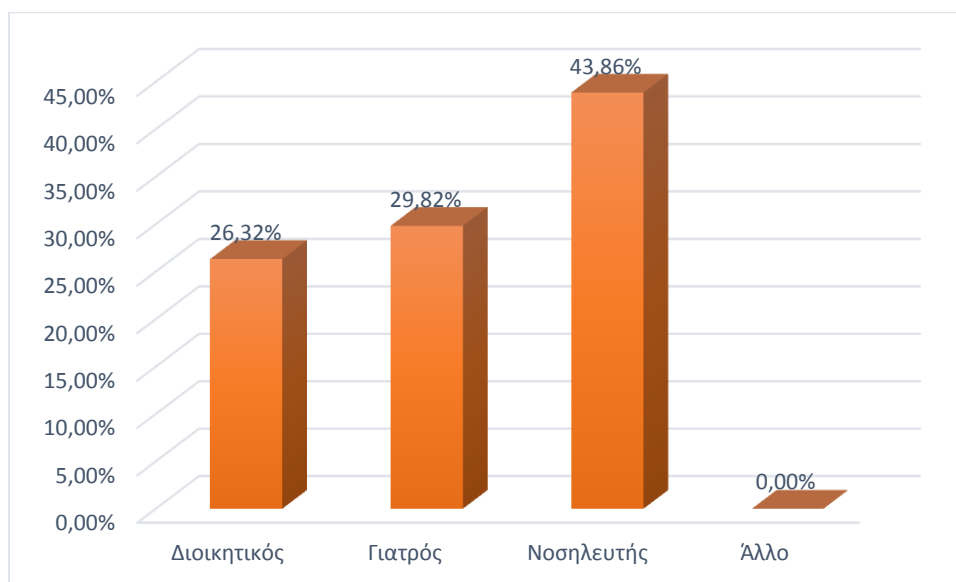


**Διάγραμμα 5.2.3:Επίπεδο εκπαίδευσης**

Το μεγαλύτερο ποσοστό 76,32% είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ενώ το 15,79% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Μικρό ποσοστό 7,89% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι το προσωπικό του Νοσοκομείου Πρέβεζας έχει υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης καθώς το ποσοστό όσων έχουν τελειώσει τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι αρκετά μικρό σε σχέση με το σύνολο των συμμετεχόντων, ενώ παράλληλα ικανοποιητικό κρίνεται και το ποσοστό το οποίο έχει αποκτήσει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διοικητικός	30	26,32%
Γιατρός	34	29,82%
Νοσηλεύτης	50	43,86%
Άλλο	0	0,00%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.4:Επάγγελμα**



**Διάγραμμα 5.2.4:Επάγγελμα**

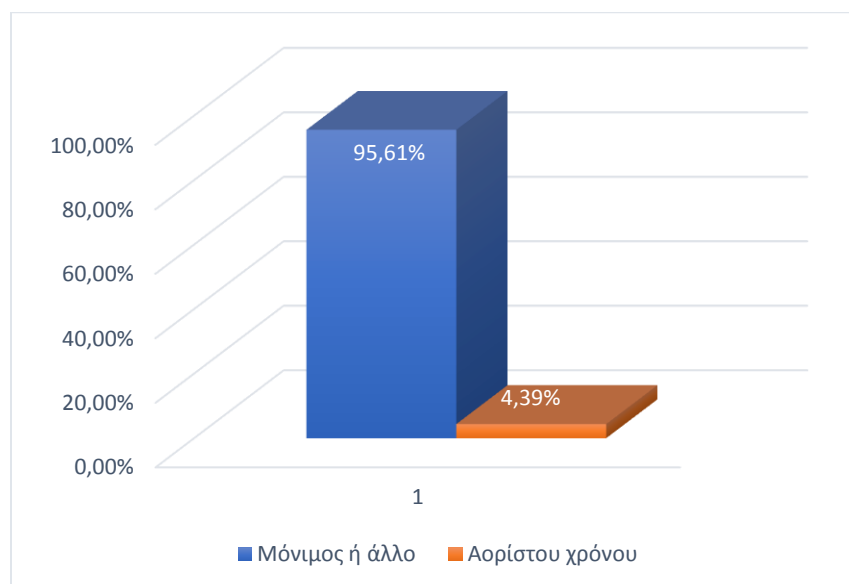
Όσον αφορά το επάγγελμα των συμμετεχόντων στην έρευνα, το 43,86% είναι νοσηλεύτες, το 29,82% ιατροί και το 26,32% διοικητικοί υπάλληλοι.



## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: ΕΡΓΑΣΙΑ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Μόνιμος ή άλλο	109	95,61%
Αορίστου χρόνου	5	4,39%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.5: Καθεστώς εργασίας**

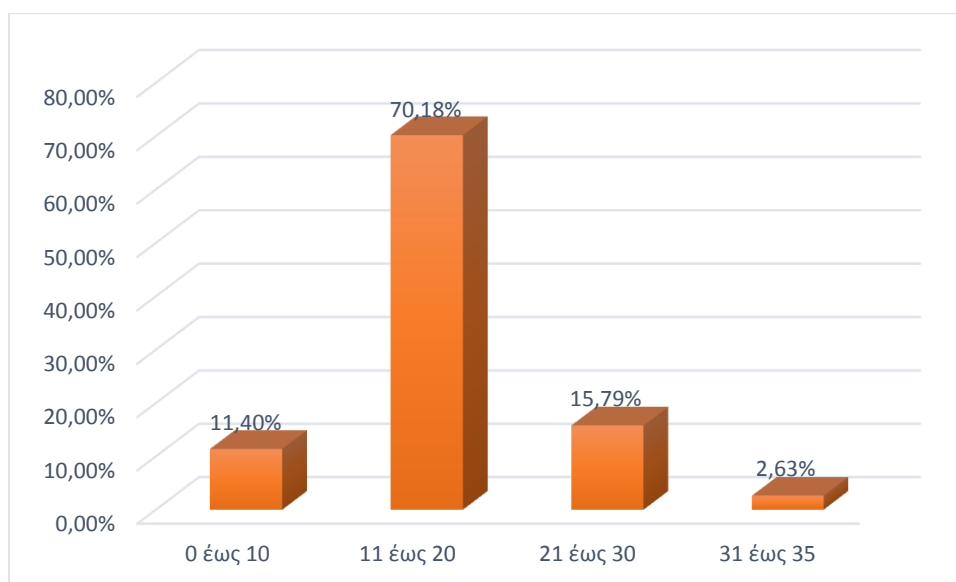


**Διάγραμμα 5.2.5: Καθεστώς εργασίας**

Το 95,61% είναι μόνιμο προσωπικό στο Νοσοκομείο Πρέβεζας σε αντίθεση με το 4,39% που είναι με σύμβαση αορίστου χρόνου.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
0 έως 10	13	11,40%
11 έως 20	80	70,18%
21 έως 30	18	15,79%
31 έως 35	3	2,63%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	114	100,00%

**Πίνακας 5.2.6:Χρόνος επαγγελματικής εμπειρίας**



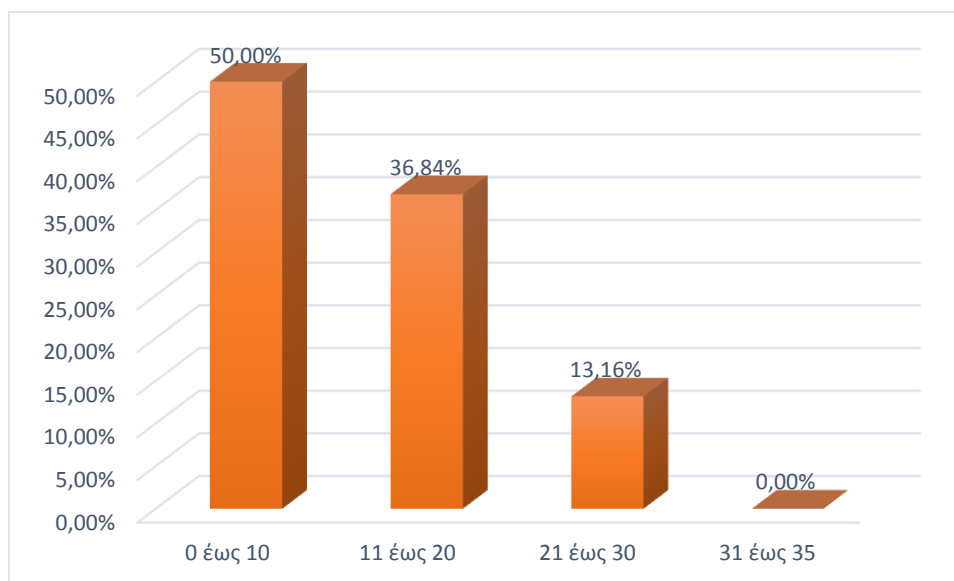
**Διάγραμμα 5.2.6:Χρόνος επαγγελματικής εμπειρίας**

Το 70,18% έχει επαγγελματική εμπειρία από 11 έως 20 χρόνια ενώ το 15,79% από 21 έως 30 χρόνια. Επίσης, το 11,40% έχει έως 10 χρόνια και το 2,63% από 31 έως 35 χρόνια. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων στο Νοσοκομείο Πρέβεζας, 88,60%, κρίνεται ότι έχει ικανή επαγγελματική εμπειρία καθώς τα έτη δουλειάς τους είναι από 11 έως 35 χρόνια. Ωστόσο

το μικρό ποσοστό επαγγελματικής εμπειρίας (11,40%) υποδηλώνει ότι στο Νοσοκομείο της Πρέβεζας δεν έχουν πραγματοποιηθεί απαραίτητες προσλήψεις που να καλύπτουν τα κενά.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
0 έως 10	57	50,00%
11 έως 20	42	36,84%
21 έως 30	15	13,16%
31 έως 35	0	0,00%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	114	100,00%

**Πίνακας 5.2.7:Χρόνος προϋπηρεσίας στη σημερινή θέση**



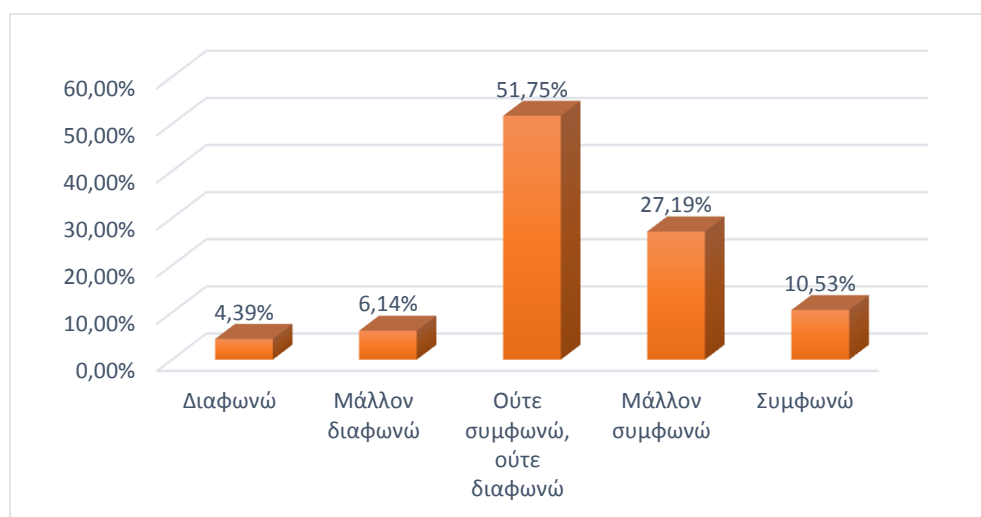
**Διάγραμμα 5.2.7:Χρόνος προϋπηρεσίας στη σημερινή θέση**

Το 50% των συμμετεχόντων στην έρευνα έχουν προϋπηρεσία στη σημερινή τους θέση έως 10 χρόνια. Επίσης, το 36,84% έχει από 11 έως 20 χρόνια, το 13,16% από 21 έως 30 χρόνια ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν δουλεύει πάνω από 31 χρόνια.

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	5	4,39%
Μάλλον διαφωνώ	7	6,14%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	59	51,75%
Μάλλον συμφωνώ	31	27,19%
Συμφωνώ	12	10,53%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.8:Στο Νοσοκομείο που εργάζομαι η διαδικασία επιλογής των εργαζομένων είναι λεπτομερής.**

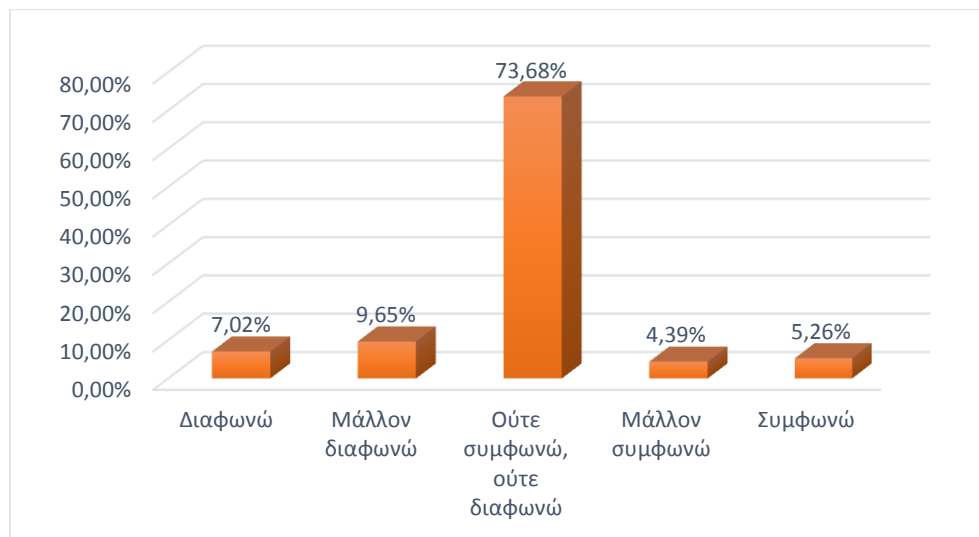


**Διάγραμμα 5.2.8:Στο Νοσοκομείο που εργάζομαι η διαδικασία επιλογής των εργαζομένων είναι λεπτομερής.**

ΤΟ 51,75% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί σχετικά με το εάν η διαδικασία επιλογής των εργαζομένων στο Νοσοκομείο της Πρέβεζας είναι λεπτομερής. Το 27,19% μάλλον συμφωνεί ενώ το 10,53% συμφωνεί. Επίσης, ένα ποσοστό 6,14% μάλλον διαφωνεί ενώ το 4,39% διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον διαφωνώ	11	9,65%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	84	73,68%
Μάλλον συμφωνώ	5	4,39%
Συμφωνώ	6	5,26%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.9: Η επιλογή των εργαζομένων εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας.**

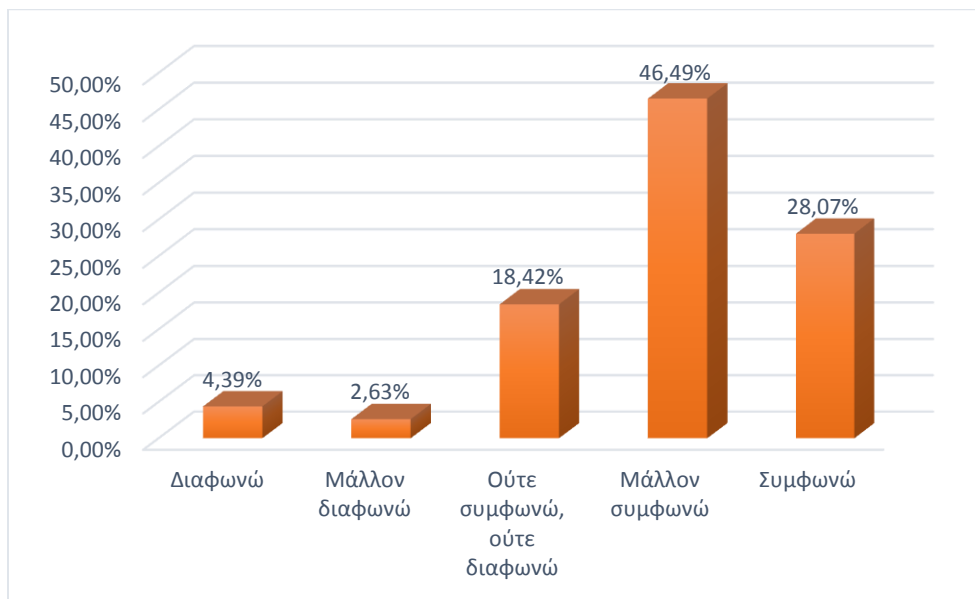


**Διάγραμμα 5.2.9: Η επιλογή των εργαζομένων εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας.**

Το 73,68% δεν εξέφρασε άποψη σχετικά με το εάν η επιλογή των εργαζομένων εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας. Όμως το 9,65% μάλλον διαφωνεί με αυτή την άποψη και το 7,02% διαφωνεί σε αντίθεση με το 5,26% που συμφωνεί και με το 4,39% που μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	5	4,39%
Μάλλον διαφωνώ	3	2,63%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	21	18,42%
Μάλλον συμφωνώ	53	46,49%
Συμφωνώ	32	28,07%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.10: Υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση.**



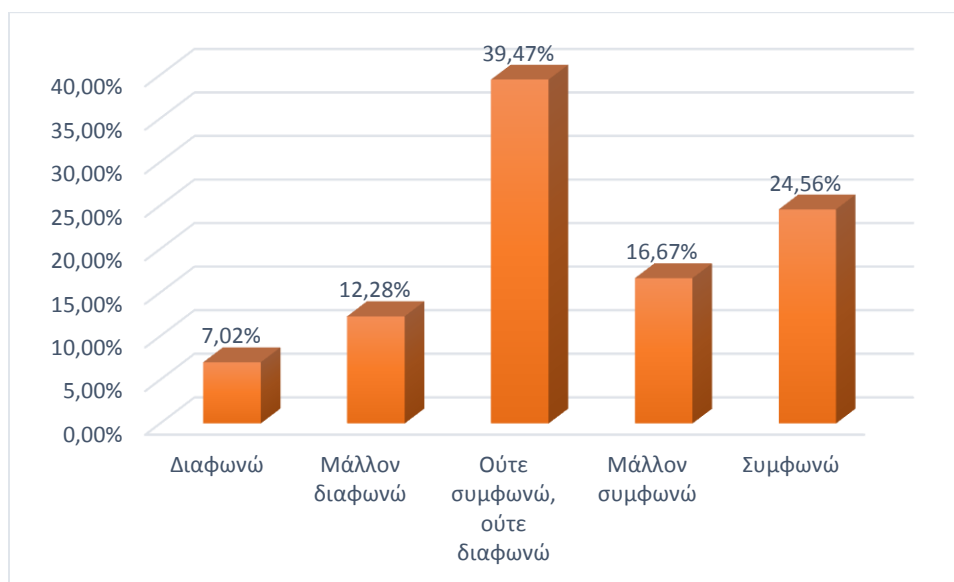
**Διάγραμμα 5.2.10: Υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση.**

Το 46,49% μάλλον συμφωνεί ότι υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση ενώ το 28,07% συμφωνεί. Το 18,42% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 4,39% διαφωνεί και το

2,63% μάλλον διαφωνεί. Συνεπώς το 74,56% θεωρεί ότι υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση σε αντίθεση με το 7,02% που θεωρεί ότι δεν υπάρχει και με το 18,42% που δεν εξέφρασε άποψη.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον διαφωνώ	14	12,28%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	45	39,47%
Μάλλον συμφωνώ	19	16,67%
Συμφωνώ	28	24,56%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.11:Το νοσοκομείο που εργάζομαι παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης.**

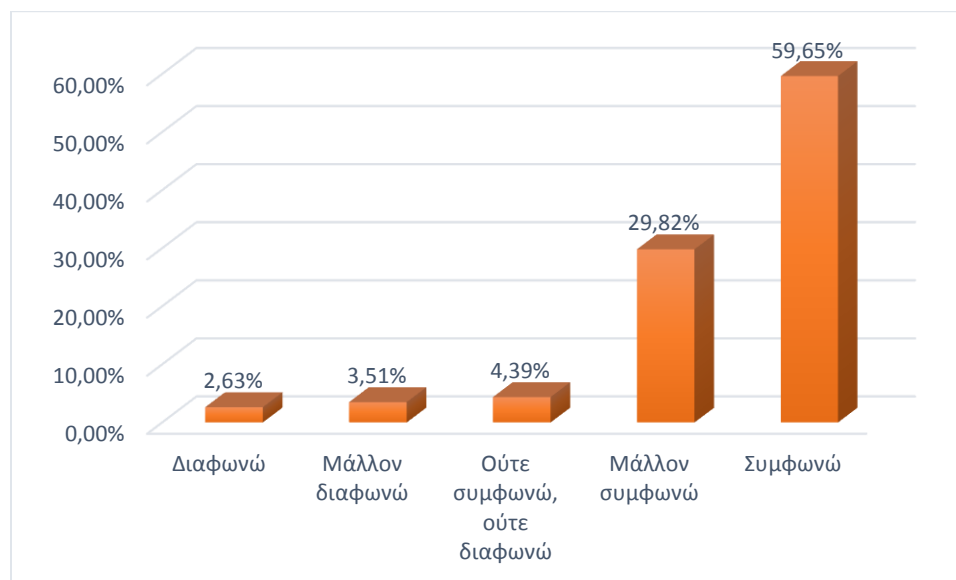


**Διάγραμμα 5.2.11:Το νοσοκομείο που εργάζομαι παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης.**

Το 39,47% των συμμετεχόντων στην έρευνα ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί με το εάν το νοσοκομείο όπου εργάζονται τους παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης. Αντίθετα, το 24,56% συμφωνεί όπως και το 16,67% μάλλον συμφωνεί. Όμως, το 12,28% μάλλον διαφωνεί και το 7,02% διαφωνεί. Άρα, το 41,23% συμφωνεί ότι το νοσοκομείο τους παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον διαφωνώ	4	3,51%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	5	4,39%
Μάλλον συμφωνώ	34	29,82%
Συμφωνώ	68	59,65%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.12: Τα εκπαιδευτικά προγράμματα προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων.**



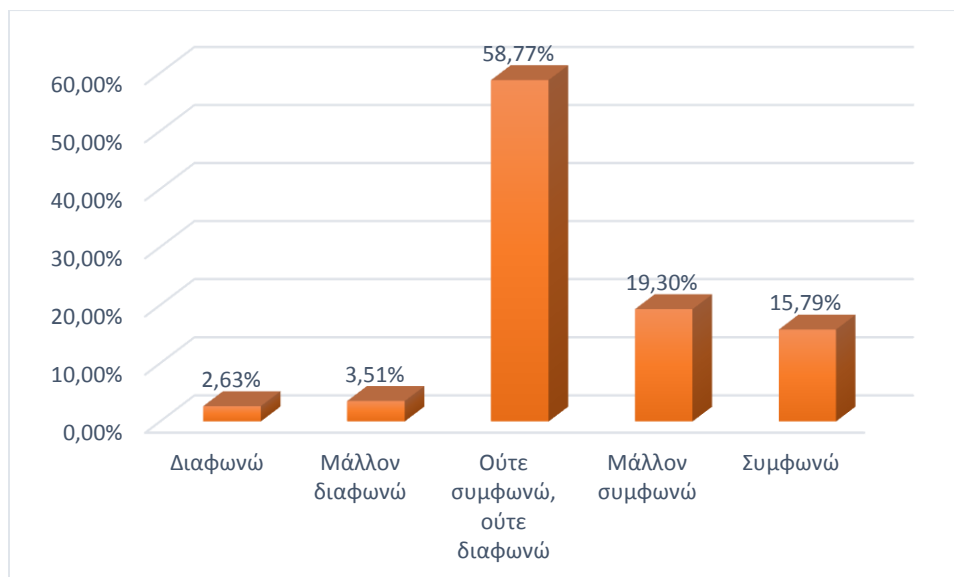


**Διάγραμμα 5.2.12: Τα εκπαιδευτικά προγράμματα προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων.**

Το 59,65% συμφωνεί ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων, όπως επίσης και το 29,82% μάλλον συμφωνεί. Το 4,39% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 3,51% μάλλον διαφωνεί και το 2,63% διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον διαφωνώ	4	3,51%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	67	58,77%
Μάλλον συμφωνώ	22	19,30%
Συμφωνώ	18	15,79%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.13: Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα.**

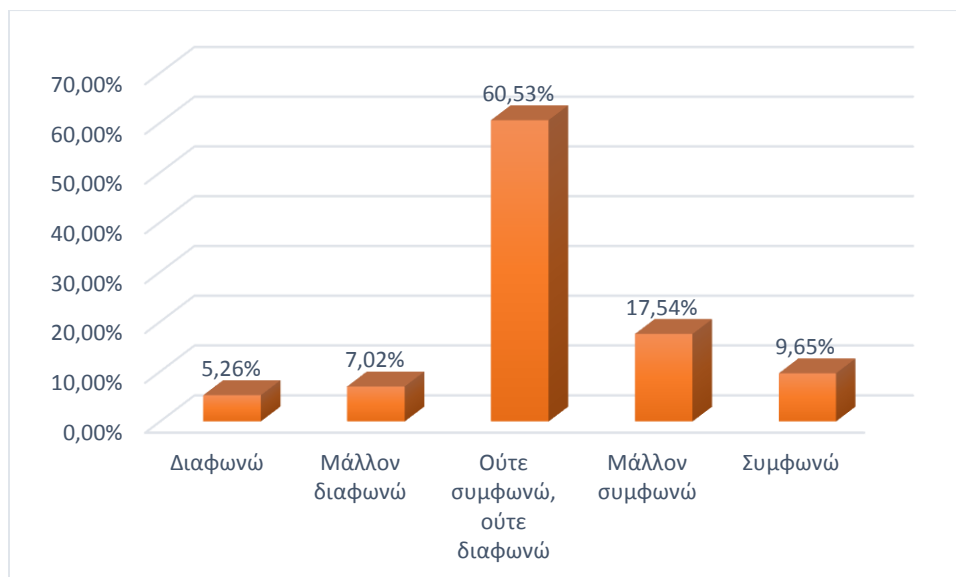


**Διάγραμμα 5.2.13: Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα.**

Το 58,77% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα. Όμως, το 19,30% μάλλον συμφωνεί και το 15,79% συμφωνεί σε αντίθεση με το 3,51% που μάλλον διαφωνεί και με το 2,63% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	6	5,26%
Μάλλον διαφωνώ	8	7,02%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	69	60,53%
Μάλλον συμφωνώ	20	17,54%
Συμφωνώ	11	9,65%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.14: Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται στους αμοιβαία καθορισμένους στόχους.**

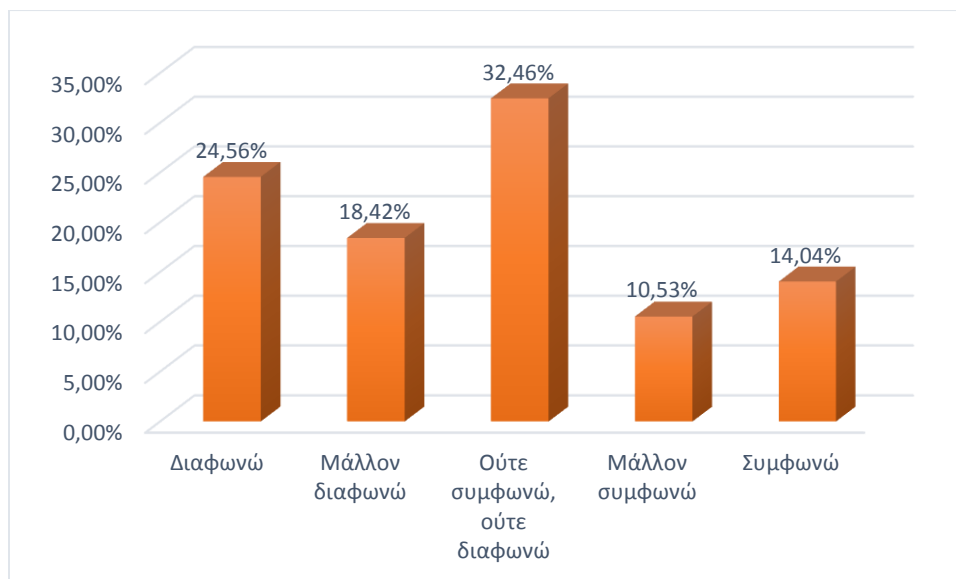


**Διάγραμμα 5.2.14: Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται στους αμοιβαία καθορισμένους στόχους.**

Το 60,53% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται στους αμοιβαίους καθορισμένους στόχους. Επίσης, το 17,54% μάλλον συμφωνεί όπως και το 9,65% συμφωνεί. Όμως, το 7,02% μάλλον διαφωνεί και το 5,26% διαφωνεί με αυτό.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	28	24,56%
Μάλλον διαφωνώ	21	18,42%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	37	32,46%
Μάλλον συμφωνώ	12	10,53%
Συμφωνώ	16	14,04%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.15: Η αξιολόγηση της απόδοσης περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση (feedback) προς τους εργαζομένους της.**

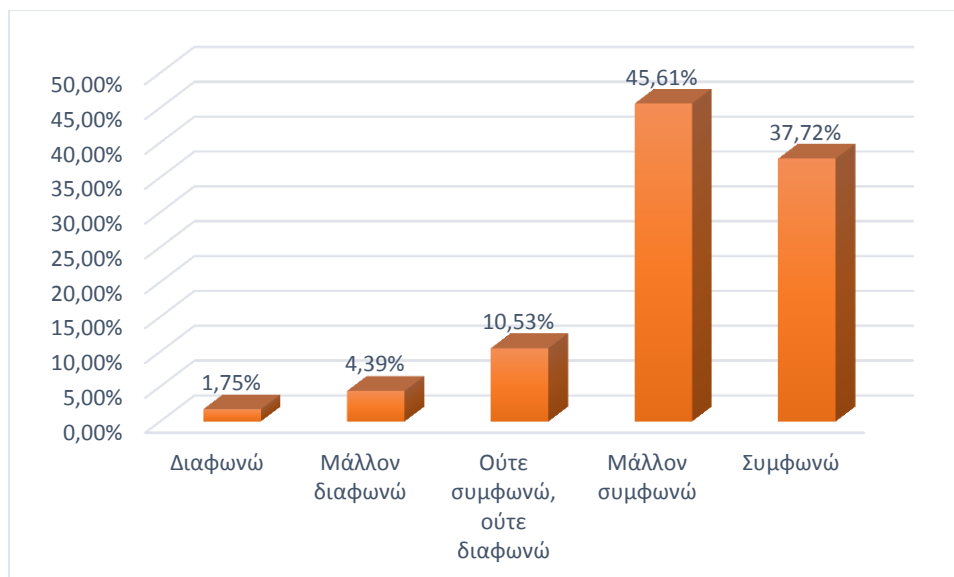


**Διάγραμμα 5.2.15: Η αξιολόγηση της απόδοσης περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση (feedback) προς τους εργαζομένους της.**

Το 32,46% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με το ότι η αξιολόγηση της απόδοσής τους περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση προς τους εργαζομένους. Επίσης, το 24,56% διαφωνεί και το 18,42% μάλλον διαφωνεί σε αντίθεση με το 14,04% που συμφωνεί και με το 10,53% που μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	2	1,75%
Μάλλον διαφωνώ	5	4,39%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	12	10,53%
Μάλλον συμφωνώ	52	45,61%
Συμφωνώ	43	37,72%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.16: Οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών.**

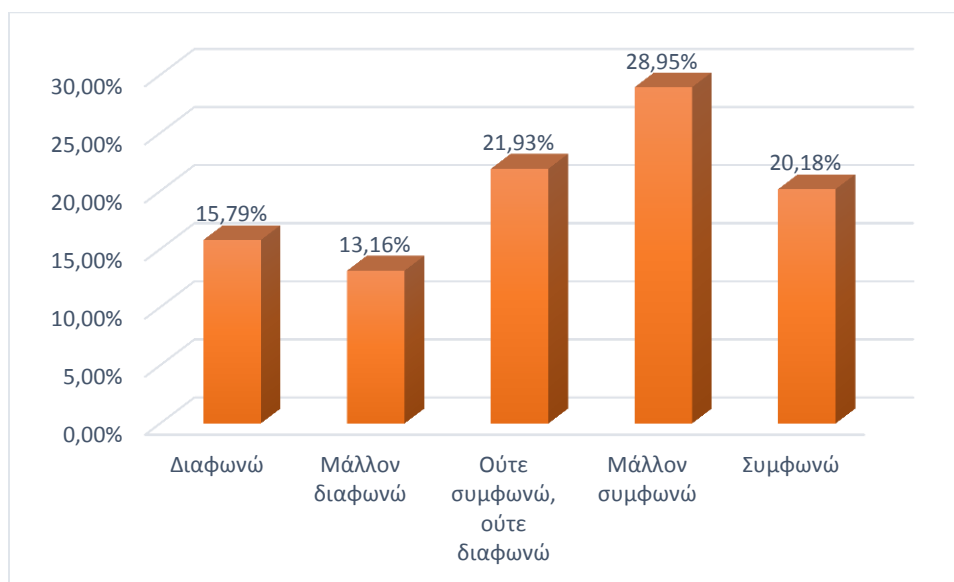


**Διάγραμμα 5.2.16:Οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών.**

Το 45,61% μάλλον συμφωνεί ότι οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών όπως και το 37,72% συμφωνεί. Υπάρχει και ένα ποσοστό 10,53% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 4,39% μάλλον διαφωνεί όπως και το 1,75% διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	18	15,79%
Μάλλον διαφωνώ	15	13,16%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	25	21,93%
Μάλλον συμφωνώ	33	28,95%
Συμφωνώ	23	20,18%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.17:Η διοίκηση ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης.**

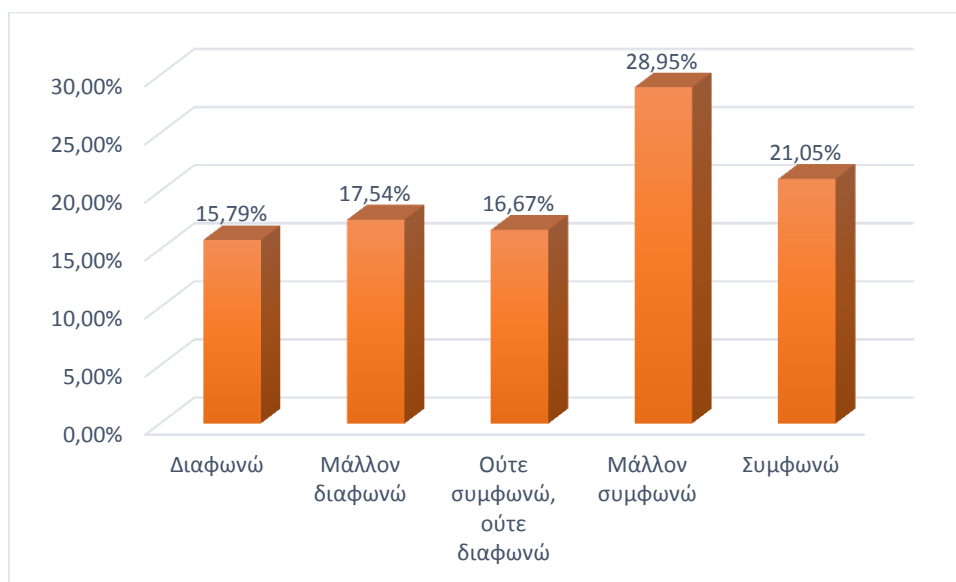


**Διάγραμμα 5.2.17: Η διοίκηση ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης.**

Το 28,95% μάλλον συμφωνεί όπως και το 20,18% συμφωνεί ότι η διοίκηση του νοσοκομείου ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης. Υπάρχει όμως ένα ποσοστό 21,93% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 15,79% διαφωνεί όπως και το 13,16% μάλλον διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	18	15,79%
Μάλλον διαφωνώ	20	17,54%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	19	16,67%
Μάλλον συμφωνώ	33	28,95%
Συμφωνώ	24	21,05%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.18: Παρέχει στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων.**

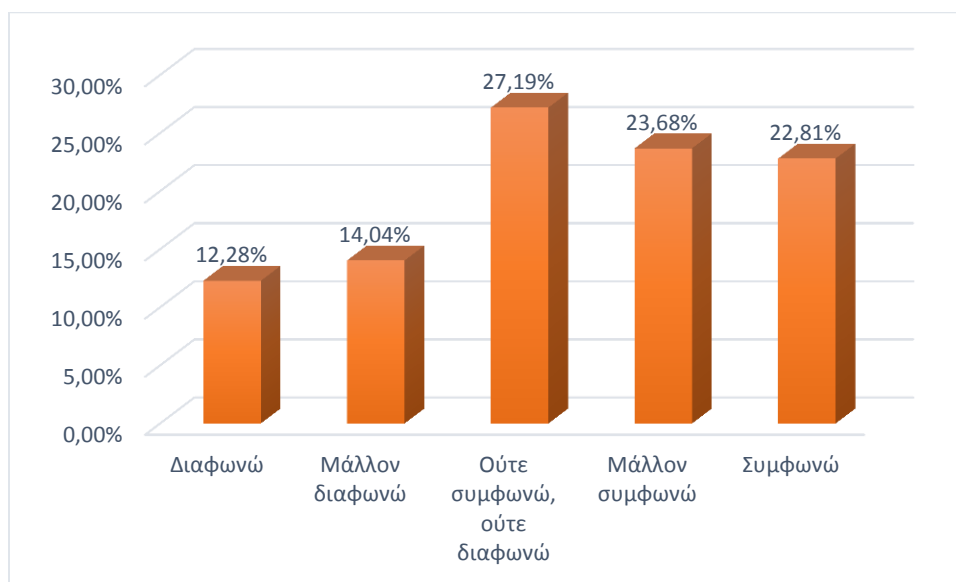


**Διάγραμμα 5.2.18: Παρέχει στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων.**

Το 28,95% μάλλον συμφωνεί όπως και το 21,05% συμφωνεί ότι η διοίκηση παρέχει στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων. Αντίθετα, το 17,54% μάλλον διαφωνεί όπως και το 15,79% διαφωνεί ενώ το 16,67% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	14	12,28%
Μάλλον διαφωνώ	16	14,04%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	31	27,19%
Μάλλον συμφωνώ	27	23,68%
Συμφωνώ	26	22,81%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.19: Παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.**



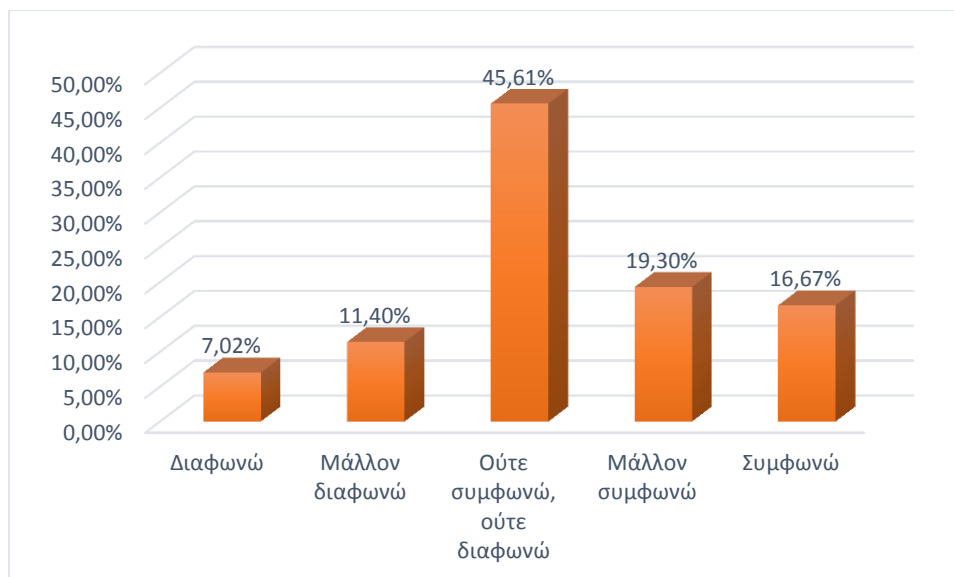
**Διάγραμμα 5.2.19: Παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.**

Το 27,19% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι η διοίκηση παροτρύνει τους εργαζομένους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Επίσης το 23,68% μάλλον συμφωνεί όπως και το 22,81% συμφωνεί σε αντίθεση με το 14,04% που μάλλον διαφωνεί και με το 12,28% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον διαφωνώ	13	11,40%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	52	45,61%
Μάλλον συμφωνώ	22	19,30%
Συμφωνώ	19	16,67%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.20: Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις απόψεις μου.**



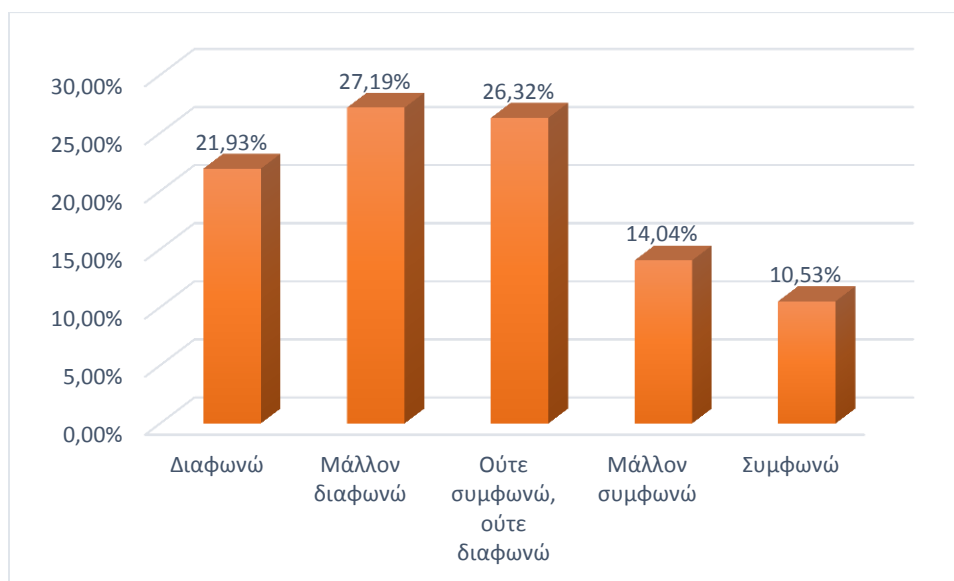


**Διάγραμμα 5.2.20: Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις απόψεις μου.**

Το 45,61% ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί ότι το νοσοκομείο που εργάζονται ενδιαφέρεται για τις απόψεις του. Επίσης, το 19,30% μάλλον συμφωνεί όπως και το 16,67% που συμφωνεί σε αντίθεση με το 11,40% που μάλλον διαφωνεί και με το 7,02% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	25	21,93%
Μάλλον διαφωνώ	31	27,19%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	30	26,32%
Μάλλον συμφωνώ	16	14,04%
Συμφωνώ	12	10,53%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.21: Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία μου.**

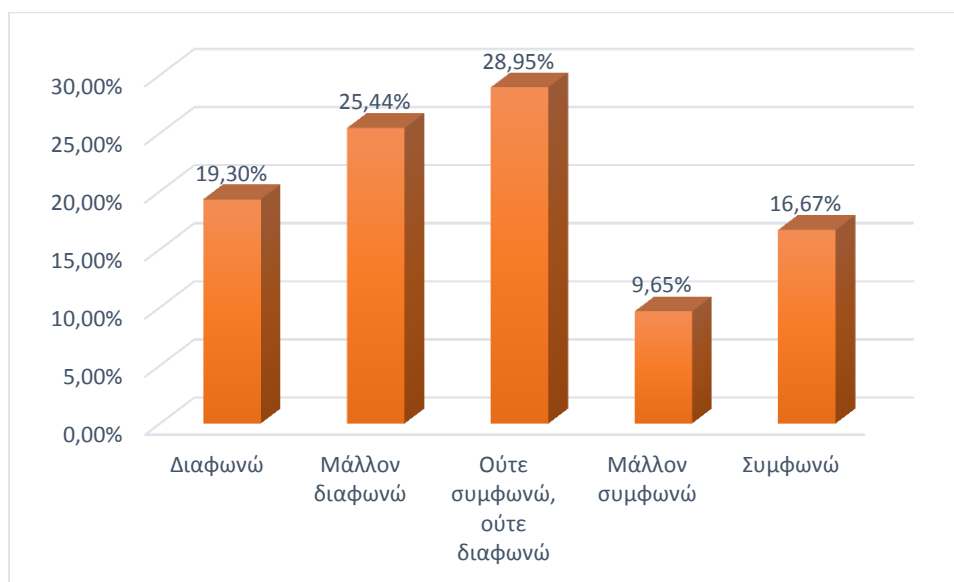


**Διάγραμμα 5.2.21:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία μου.**

Το 27,19% μάλλον διαφωνεί όπως και το 21,93% διαφωνεί ότι το νοσοκομείο όπου εργάζεται ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία του, σε αντίθεση με το 26,32% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και με το 14,04% που μάλλον συμφωνεί όπως και το 10,53% που συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	22	19,30%
Μάλλον διαφωνώ	29	25,44%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	33	28,95%
Μάλλον συμφωνώ	11	9,65%
Συμφωνώ	19	16,67%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.22:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι λαμβάνει σημαντικά υπ' όψιν τους στόχους και τις αξίες μου.**

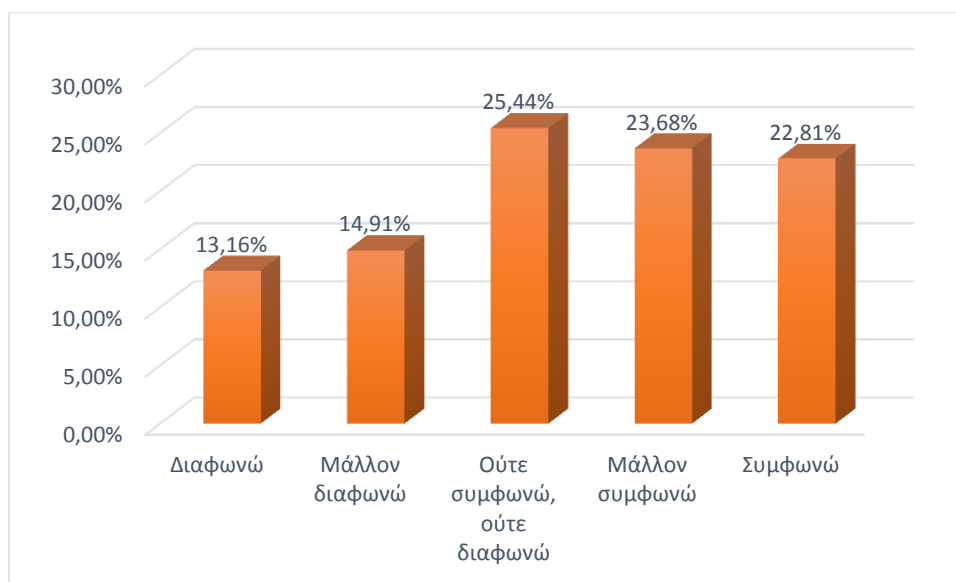


**Διάγραμμα 5.2.22:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι λαμβάνει σημαντικά υπ’ όψιν τους στόχους και τις αξίες μου.**

Το 28,95% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι το νοσοκομείο που εργάζεται λαμβάνει σημαντικά υπόψιν του τους στόχους και τις αξίες που έχει θέσει. Επίσης, το 25,44% μάλλον διαφωνεί όπως και το 19,30% διαφωνεί, σε αντίθεση με το 16,67% που συμφωνεί και με το 9,65% που μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	15	13,16%
Μάλλον διαφωνώ	17	14,91%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	29	25,44%
Μάλλον συμφωνώ	27	23,68%
Συμφωνώ	26	22,81%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.23:Το Νοσοκομείο που εργάζομαι δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για μένα.**

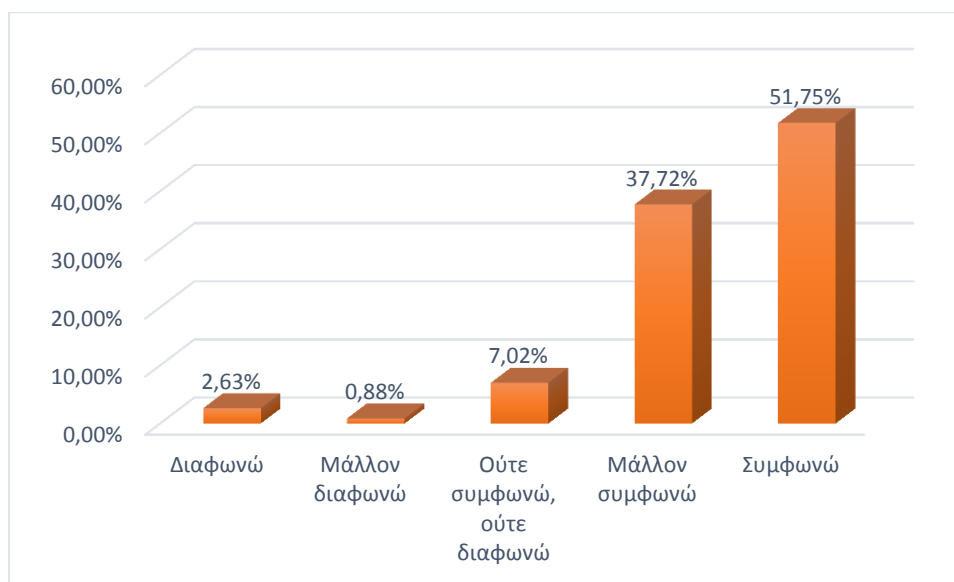


**Διάγραμμα 5.2.23: Το Νοσοκομείο που εργάζομαι δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για μένα.**

Το 25,44% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι το νοσοκομείου όπου εργάζεται δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για αυτό. Αντίθετα, το 23,68% μάλλον συμφωνεί όπως και το 22,81% συμφωνεί σε αντίθεση με το 14,91% που μάλλον διαφωνεί και με το 13,16% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον διαφωνώ	1	0,88%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον συμφωνώ	43	37,72%
Συμφωνώ	59	51,75%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.24: Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να βιώσω πολλές/ποικίλες εμπειρίες**

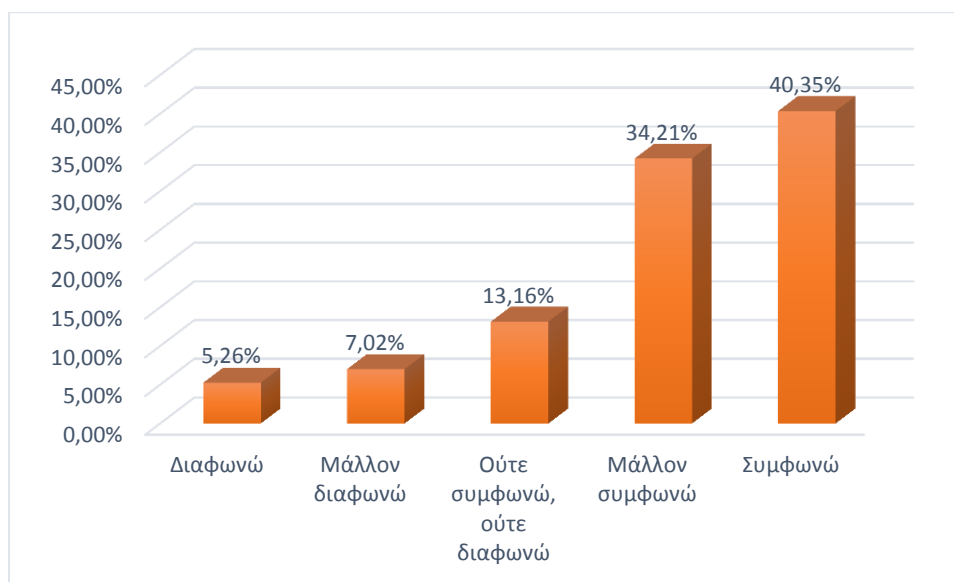


**Διάγραμμα 5.2.24: Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να βιώσω πολλές/ποικίλες εμπειρίες**

Το 51,75% συμφωνεί όπως και το 37,72% μάλλον συμφωνεί ότι η δουλειά που κάνουν τους επιτρέπει να βιώσουν πολλές και ποικίλες εμπειρίες. Αντίθετη γνώμη εξέφρασε το 2,63% που διαφώνησε και το 0,88% που μάλλον διαφώνησε ενώ το 7,02% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	6	5,26%
Μάλλον διαφωνώ	8	7,02%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	15	13,16%
Μάλλον συμφωνώ	39	34,21%
Συμφωνώ	46	40,35%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.25: Τα καινούργια πράγματα που ανακαλύπτω στη δουλειά μου με κάνουν να την εκτιμήσω ακόμα περισσότερο.**

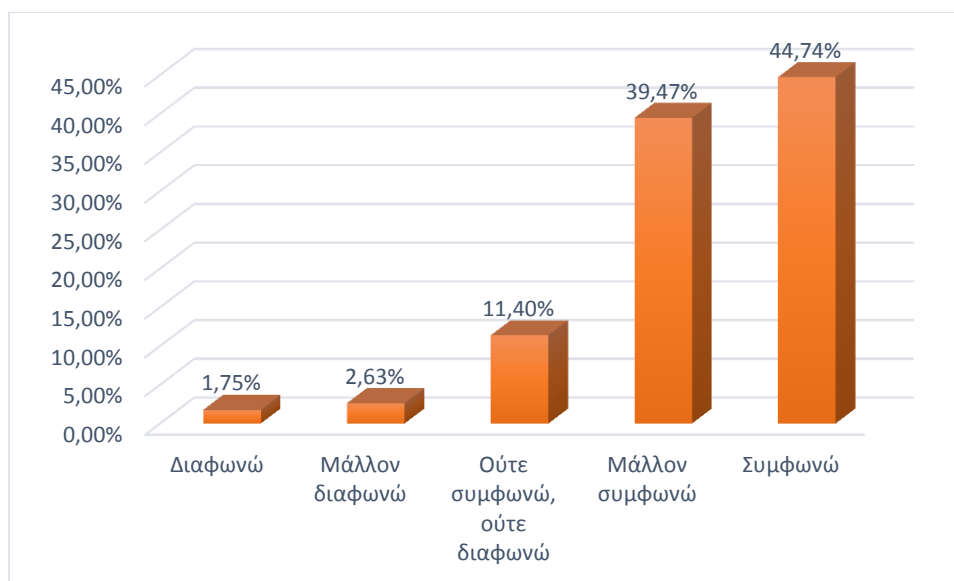


**Διάγραμμα 5.2.25: Τα καινούργια πράγματα που ανακαλύπτω στη δουλειά μου με κάνουν να την εκτιμήσω ακόμα περισσότερο.**

Το 40,35% συμφωνεί όπως και το 34,21% μάλλον συμφωνεί ότι τα καινούρια πράγματα που ανακαλύπτει μέσα από τη δουλειά του, το κάνουν να εκτιμήσει τη δουλειά του ακόμα περισσότερο. Αντίθετα, το 13,16% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με αυτό ενώ το 7,02% μάλλον διαφωνεί όπως και το 5,26% διαφωνεί.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Διαφωνώ	2	1,75%
Μάλλον διαφωνώ	3	2,63%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	13	11,40%
Μάλλον συμφωνώ	45	39,47%
Συμφωνώ	51	44,74%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.26: Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να ζήσω αξέγαστες εμπειρίες.**

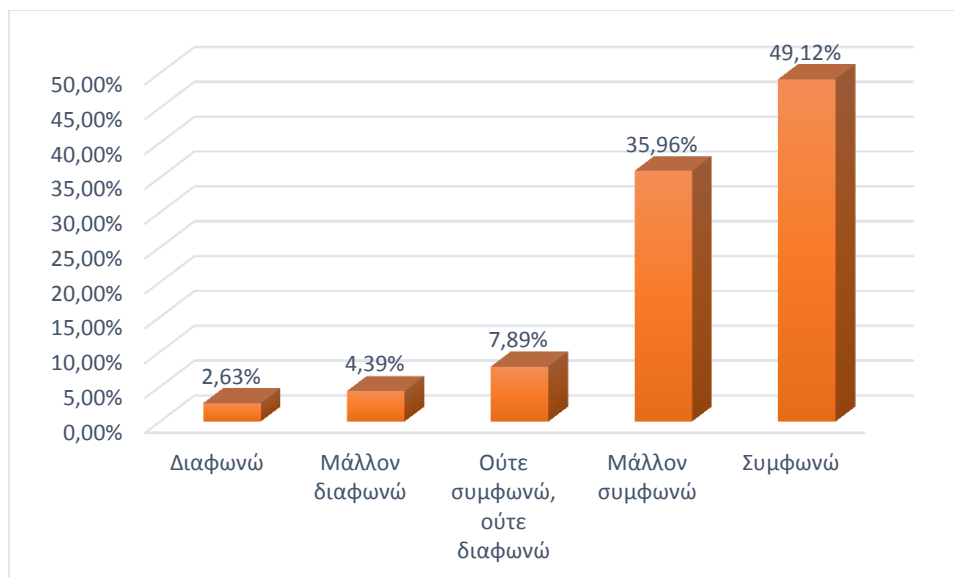


**Διάγραμμα 5.2.26: Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να ζήσω αξέχαστες εμπειρίες.**

Το 44,74% συμφωνεί όπως και το 39,47% μάλλον συμφωνεί ότι η δουλειά που κάνει τους επιτρέπει να ζήσουν αξέχαστες εμπειρίες. Όμως το 11,40% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 2,63% μάλλον διαφωνεί και το 1,75% διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον διαφωνώ	5	4,39%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	9	7,89%
Μάλλον συμφωνώ	41	35,96%
Συμφωνώ	56	49,12%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.27: Η δουλειά μου αντανακλά τις αξίες που θεωρώ και εγώ σημαντικές σε μένα.**



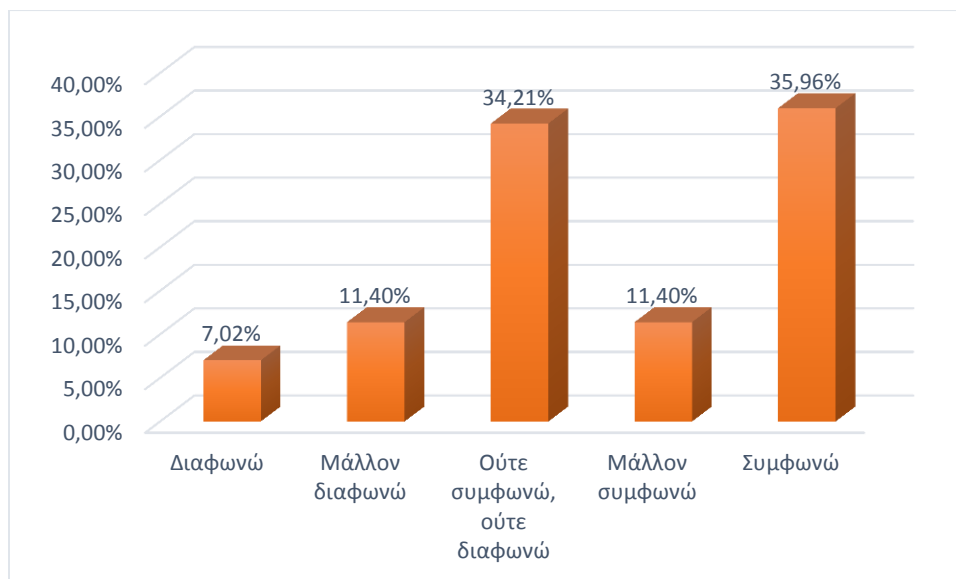
**Διάγραμμα 5.2.27: Η δουλειά μου αντανακλά τις αξίες που θεωρώ και εγώ σημαντικές σε μένα.**

Το 49,12% συμφωνεί όπως και το 35,96% μάλλον συμφωνεί ότι η δουλειά που εξασκεί αντανακλά στις αξίες που θεωρεί σημαντικές για τον εαυτό του. Όμως, το 7,89% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 4,39% μάλλον διαφωνεί και το 2,63% διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον διαφωνώ	13	11,40%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	39	34,21%
Μάλλον συμφωνώ	13	11,40%
Συμφωνώ	41	35,96%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.28: Η δουλειά μου εναρμονίζεται με τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου.**



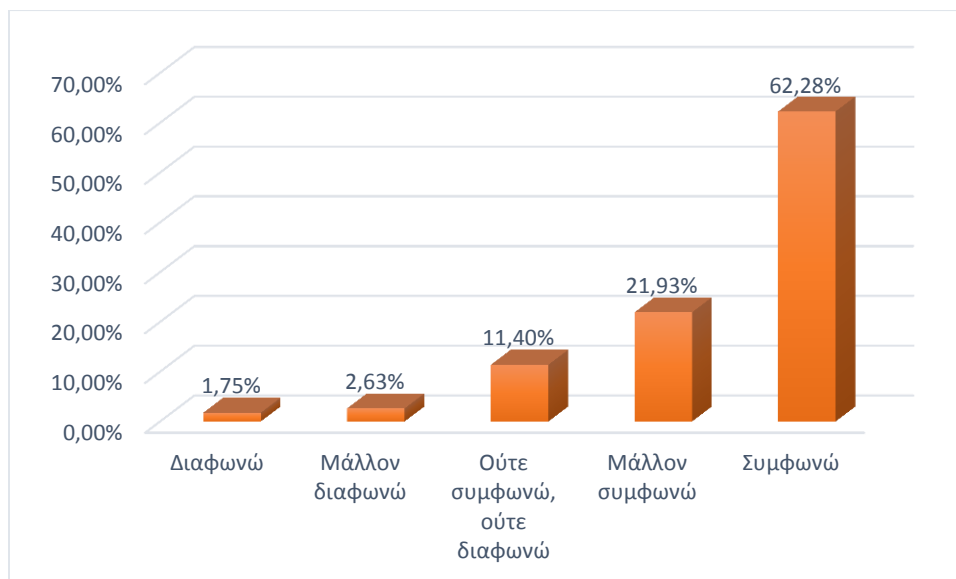


**Διάγραμμα 5.2.28: Η δουλειά μου εναρμονίζεται με τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου.**

Το 35,96% συμφωνεί ότι η δουλειά του εναρμονίζεται ποσθ Όμως, το 34,21% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε με αυτό. Επίσης, ίδιο ποσοστό 11,40% μάλλον συμφώνησε και μάλλον διαφώνησε ενώ το 7,02% διαφώνησε.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	2	1,75%
Μάλλον διαφωνώ	3	2,63%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	13	11,40%
Μάλλον συμφωνώ	25	21,93%
Συμφωνώ	71	62,28%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.29: Είμαι παθιασμένος με τη δουλειά μου.**

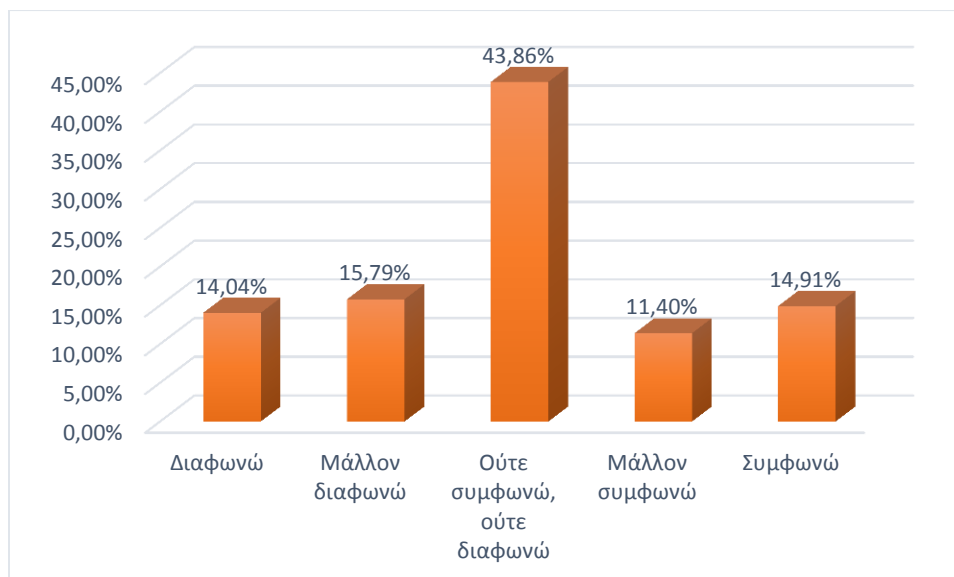


**Διάγραμμα 5.2.29:Είμαι παθιασμένος με τη δουλειά μου.**

Το 62,28% συμφωνεί όπως και το 21,93% μάλλον συμφωνεί ότι είναι παθιασμένο με τη δουλειά του. Όμως, το 11,40% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ μόνο το 2,63% μάλλον διαφώνησε και το 1,75% διαφώνησε με αυτό.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	16	14,04%
Μάλλον διαφωνώ	18	15,79%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	50	43,86%
Μάλλον συμφωνώ	13	11,40%
Συμφωνώ	17	14,91%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.30:Οι αποφάσεις στον οργανισμό που εργαζομαι, λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο**

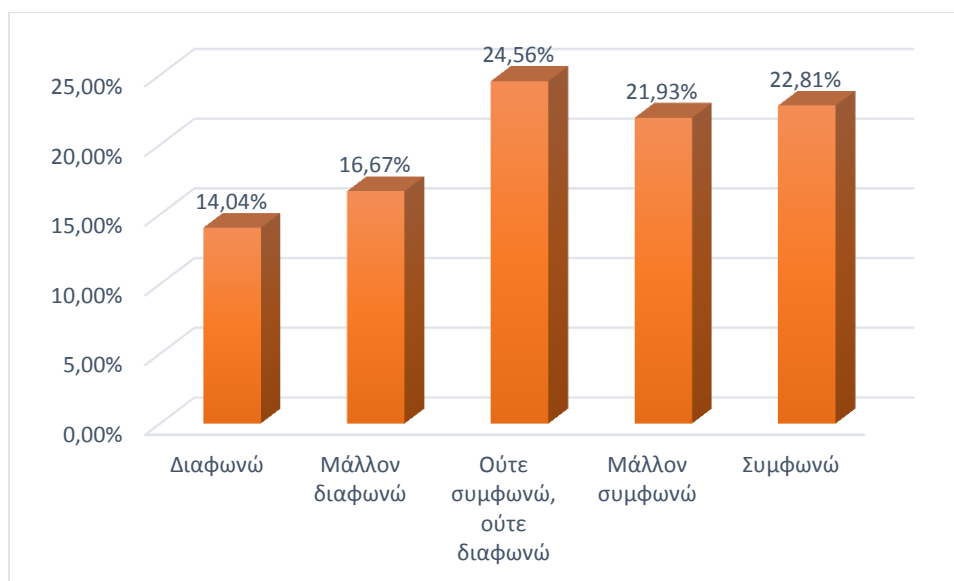


**Διάγραμμα 5.2.30:Οι αποφάσεις στον οργανισμό που εργάζομαι, λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο**

Το 43,86% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι οι αποφάσεις στο νοσοκομείο όπου εργάζεται λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο. Επίσης, το 14,91% συμφωνεί όπως και το 11,40% μάλλον συμφωνεί σε αντίθεση με το 15,79% που μάλλον διαφωνεί και με το 14,04% που διαφωνεί.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Διαφωνώ	16	14,04%
Μάλλον διαφωνώ	19	16,67%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	28	24,56%
Μάλλον συμφωνώ	25	21,93%
Συμφωνώ	26	22,81%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.31:Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων**

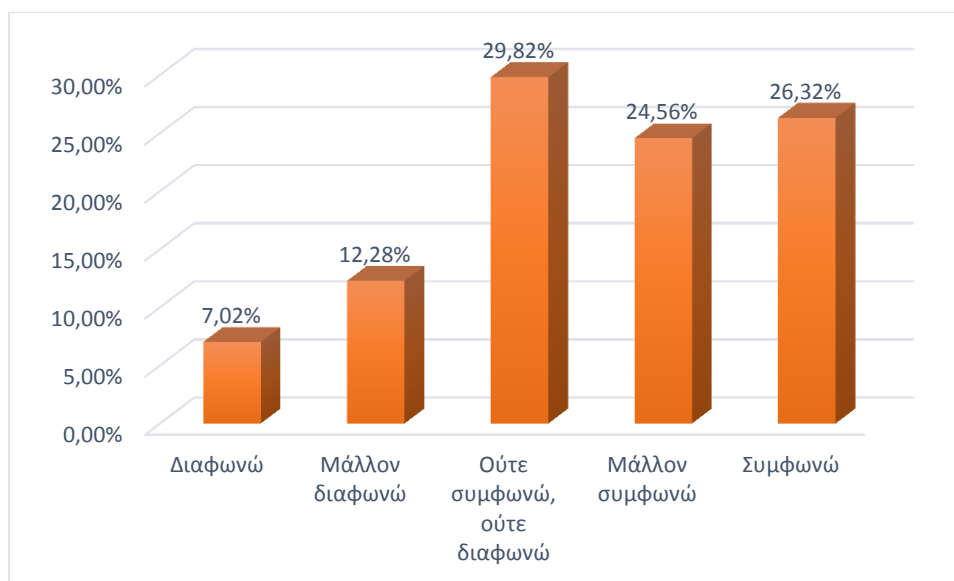


**Διάγραμμα 5.2.31: Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων**

Το 24,56% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεται πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων. Όμως, το 22,81% συμφωνεί όπως και το 21,93% μάλλον συμφωνεί σε αντίθεση με το 16,67% που μάλλον διαφωνεί και με το 14,04% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον διαφωνώ	14	12,28%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	34	29,82%
Μάλλον συμφωνώ	28	24,56%
Συμφωνώ	30	26,32%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.32: Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση, για να λάβει μία απόφαση, συλλέγει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες**

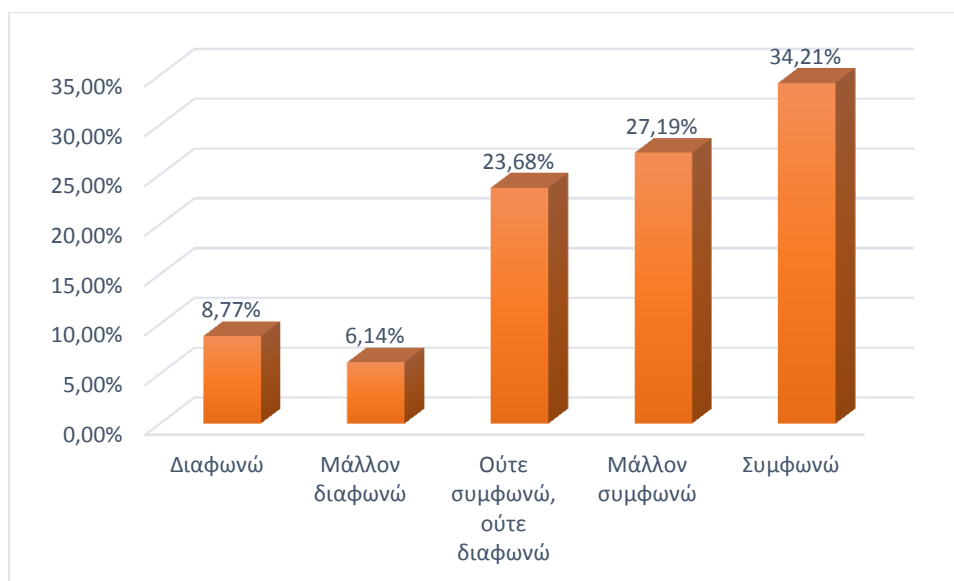


**Διάγραμμα 5.2.32:Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση, για να λάβει μία απόφαση, συλλέγει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες**

Το 29,82% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί εάν η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεται πριν λάβει μια απόφαση συλλέγει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες. Όμως, το 26,32% συμφωνεί όπως και το 24,56% μάλλον συμφωνεί σε αντίθεση με το 12,28% που μάλλον διαφωνεί και με το 7,02% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	10	8,77%
Μάλλον διαφωνώ	7	6,14%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27	23,68%
Μάλλον συμφωνώ	31	27,19%
Συμφωνώ	39	34,21%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.33:Η Διοίκηση διευκρινίζει τις αποφάσεις της και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες, όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους**

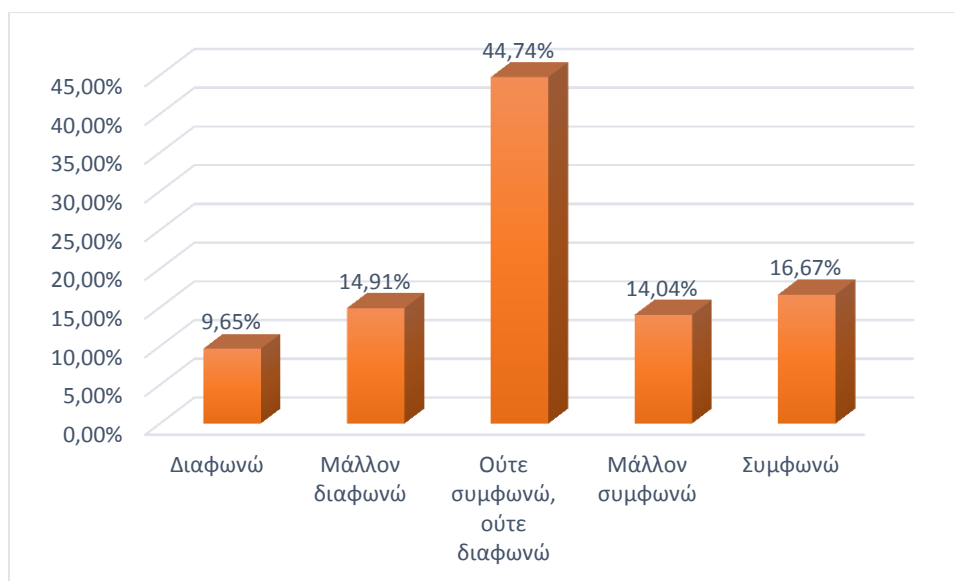


**Διάγραμμα 5.2.33: Η Διοίκηση διευκρινίζει τις αποφάσεις της και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες, όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους**

Το 34,21% συμφωνεί ότι η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεται διευκρινίζει τις αποφάσεις της και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους του νοσοκομείου. Επίσης, και το 27,19% μάλλον συμφωνεί ενώ το 23,68% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί. Αντίθετη άποψη έχει το 8,77% που διαφωνεί και το 6,14% που μάλλον διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	11	9,65%
Μάλλον διαφωνώ	17	14,91%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	51	44,74%
Μάλλον συμφωνώ	16	14,04%
Συμφωνώ	19	16,67%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.34: Στον οργανισμό που εργάζομαι, όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς όλους τους εργαζομένους**

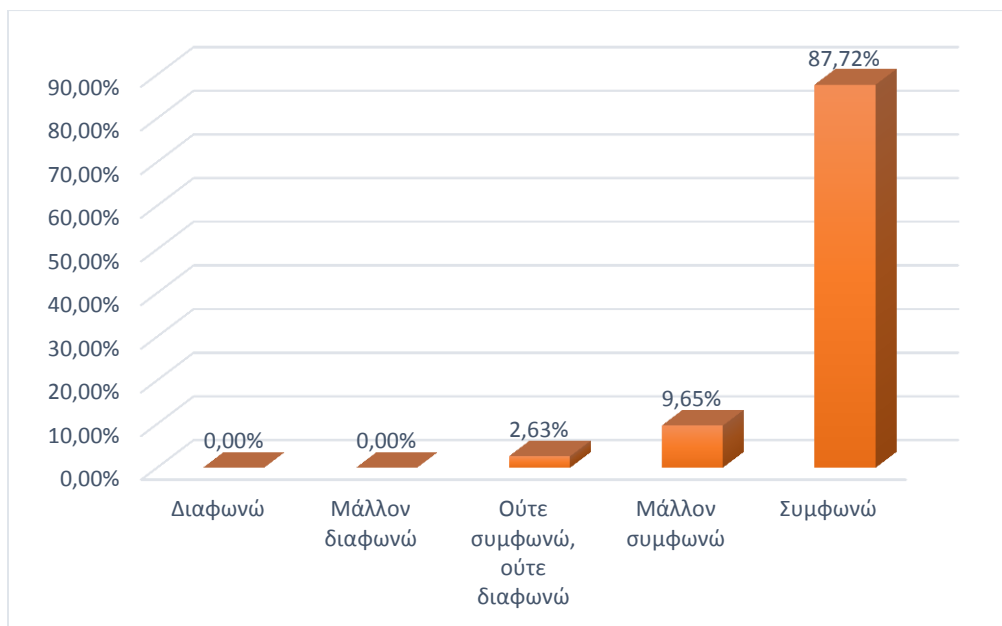


**Διάγραμμα 5.2.34:Στον οργανισμό που εργάζομαι, όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς όλους τους εργαζομένους**

Το 44,74% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι στο νοσοκομείο όπου εργάζεται όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς όλους τους εργαζομένους. Επίσης, το 16,67% συμφωνεί όπως και το 14,04% μάλλον συμφωνεί. Αντίθετη άποψη έχει το 14,91% που μάλλον διαφωνεί και το 9,65% που διαφωνεί.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Διαφωνώ	0	0,00%
Μάλλον διαφωνώ	0	0,00%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον συμφωνώ	11	9,65%
Συμφωνώ	100	87,72%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.35:Αντεπεξέρχομαι επαρκώς στα καθήκοντα που μου έχουν ανατεθεί.**



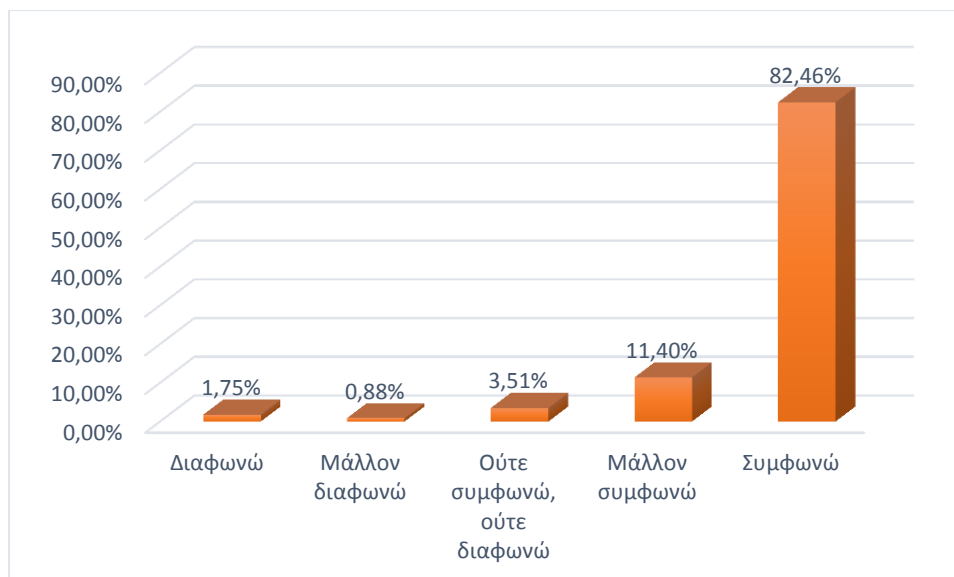
**Διάγραμμα 5.2.35:Αντεπεξέρχομαι επαρκώς στα καθήκοντα που μου έχουν ανατεθεί.**

Το 87,72% συμφωνεί όπως και το 9,65% μάλλον συμφωνεί στην άποψη ότι ανταπεξέρχεται επαρκώς στα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί. Επίσης υπάρχει ένα μικρό ποσοστό 2,63% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ κανένας δεν διαφώνησε.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	2	1,75%
Μάλλον διαφωνώ	1	0,88%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	4	3,51%
Μάλλον συμφωνώ	13	11,40%
Συμφωνώ	94	82,46%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.36:Εκπληρώνω τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή εργασίας μου.**



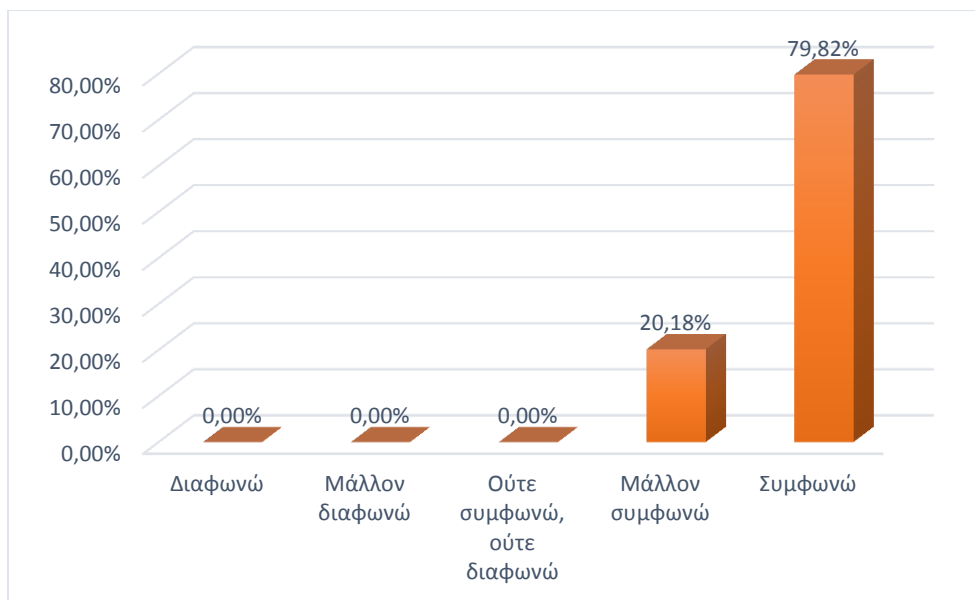


**Διάγραμμα 5.2.36:Εκπληρώνω τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή εργασίας μου.**

Το 82,46% συμφωνεί όπως και το 11,40% μάλλον συμφωνεί ότι εκπληρώνει τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή της εργασίας τους. Επίσης υπάρχει και ένα ποσοστό 3,51% που ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί. Τέλος, το 1,75% διαφωνεί και το 0,88% μάλλον διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	0	0,00%
Μάλλον διαφωνώ	0	0,00%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	0	0,00%
Μάλλον συμφωνώ	23	20,18%
Συμφωνώ	91	79,82%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.37:Εκτελώ τις δραστηριότητες που αναμένονται από εμένα.**

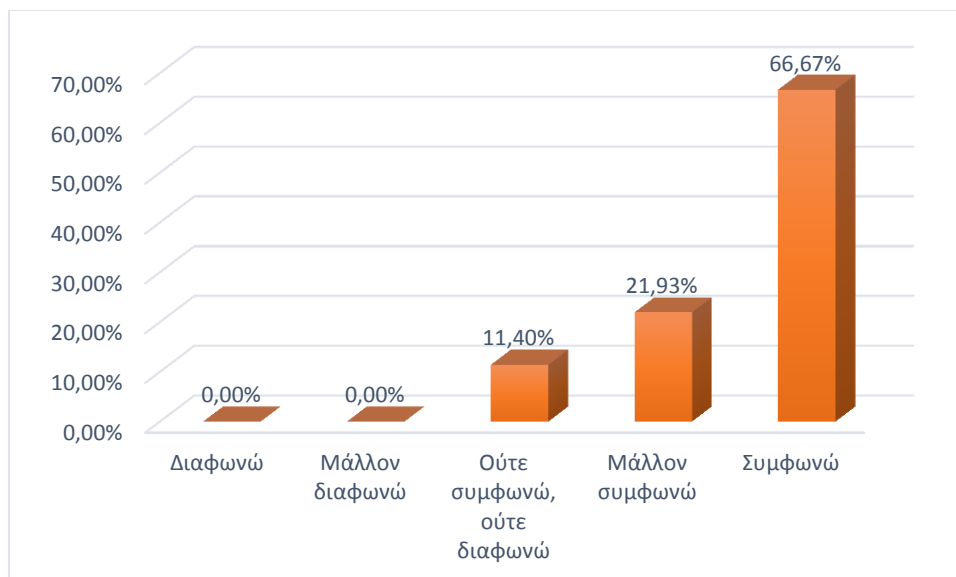


**Διάγραμμα 5.2.37:Εκτελώ τις δραστηριότητες που αναμένονται από εμένα.**

Το 79,82% συμφωνεί όπως και το 20,18% μάλλον συμφωνεί ότι εκτελεί τις δραστηριότητες που αναμένεται από αυτούς. Κανένας δεν διαφώνησε.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Διαφωνώ	0	0,00%
Μάλλον διαφωνώ	0	0,00%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	13	11,40%
Μάλλον συμφωνώ	25	21,93%
Συμφωνώ	76	66,67%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.38:Ικανοποιώ τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς μου.**

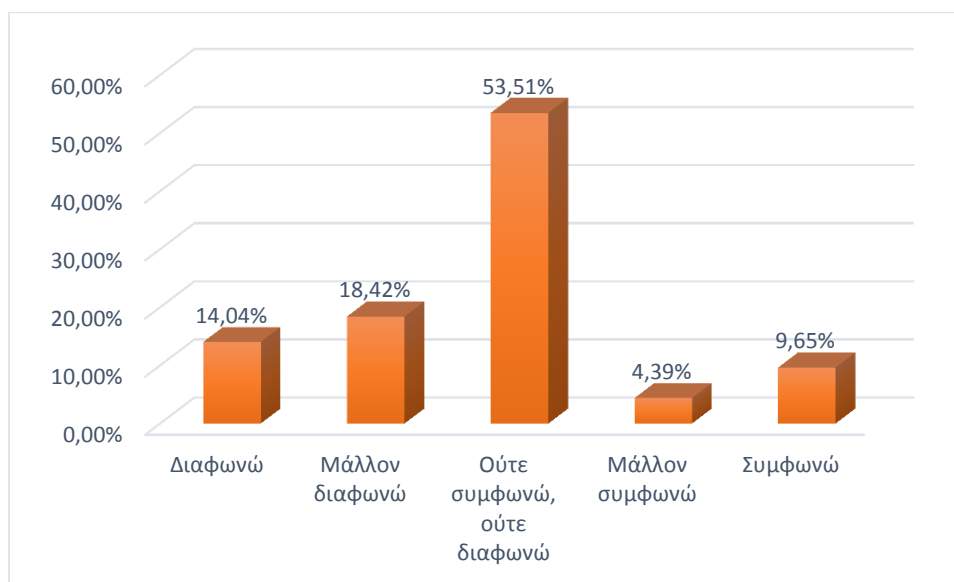


**Διάγραμμα 5.2.38: Ικανοποιώ τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς μου.**

Το 66,67% συμφωνεί όπως επίσης και το 21,93% μάλλον συμφωνεί ότι ικανοποιεί τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς τους. Μόνο το 11,40% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ επίσης κανένας δεν διαφώνησε.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	16	14,04%
Μάλλον διαφωνώ	21	18,42%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	61	53,51%
Μάλλον συμφωνώ	5	4,39%
Συμφωνώ	11	9,65%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.39: Συμμετέχω σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής μου**

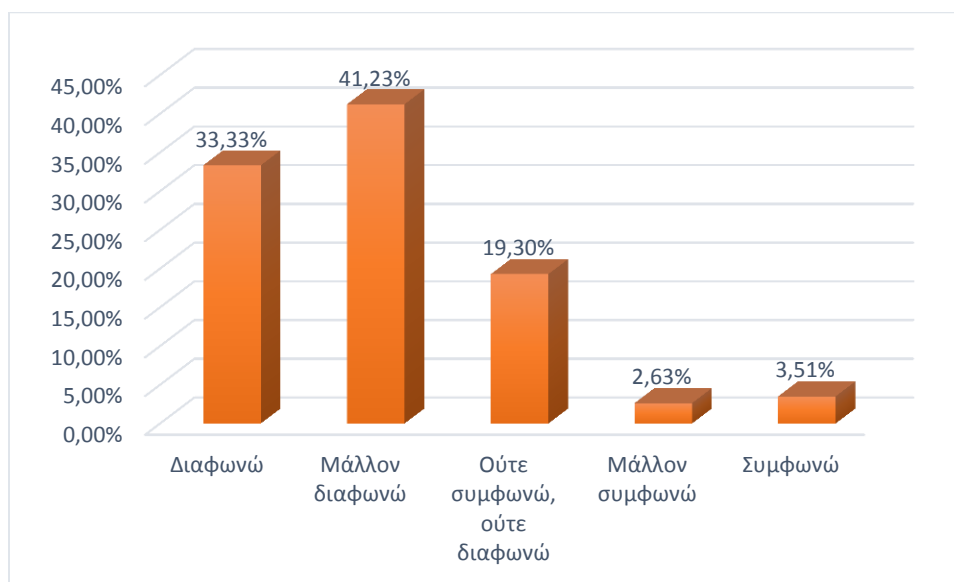


**Διάγραμμα 5.2.39: Συμμετέχω σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής μου**

Το 53,51% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι συμμετέχει σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής του. Όμως, το 18,42% μάλλον διαφωνεί όπως και το 14,04% διαφωνεί σε αντίθεση με το 9,65% που συμφωνεί και με το 4,39% που μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	38	33,33%
Μάλλον διαφωνώ	47	41,23%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	22	19,30%
Μάλλον συμφωνώ	3	2,63%
Συμφωνώ	4	3,51%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.40: Αγνοώ κομμάτια της δουλειάς που είμαι υποχρεωμένος/η να εκτελέσω**

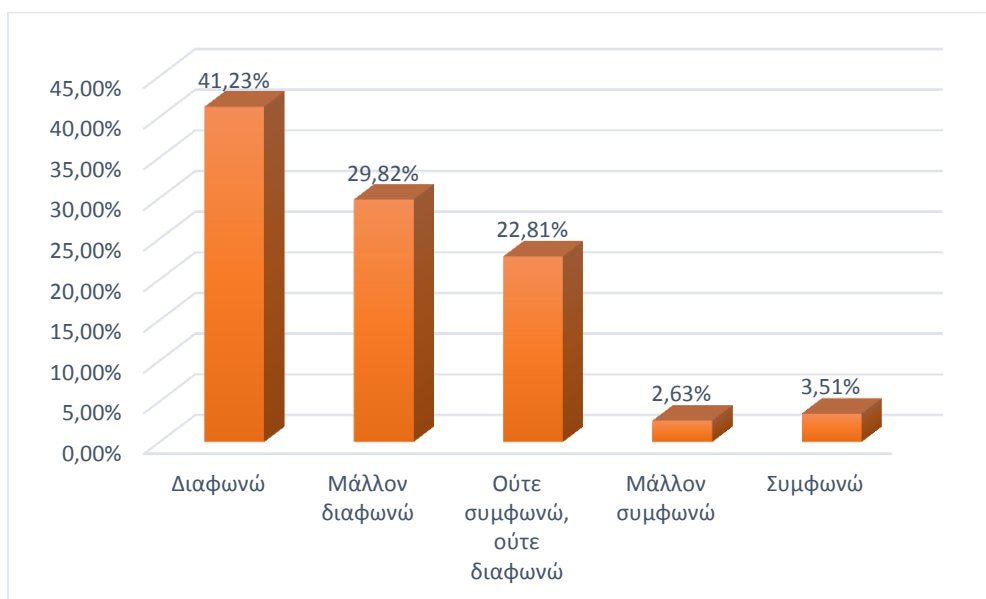


**Διάγραμμα 5.2.40: Αγνοώ κομμάτια της δουλειάς που είμαι υποχρεωμένος/η να εκτελέσω**

Το 41,23% μάλλον διαφωνεί όπως και το 33,33% διαφωνεί ότι αγνοεί κομμάτια της δουλειά που είναι υποχρεωμένο να εκτελέσει. Το 19,30% όμως ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί σε αντίθεση με το 3,51% που συμφωνεί και με το 2,63% που μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	47	41,23%
Μάλλον διαφωνώ	34	29,82%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	26	22,81%
Μάλλον συμφωνώ	3	2,63%
Συμφωνώ	4	3,51%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.41: Δεν καταφέρνω να επιτελέσω βασικά καθήκοντα**

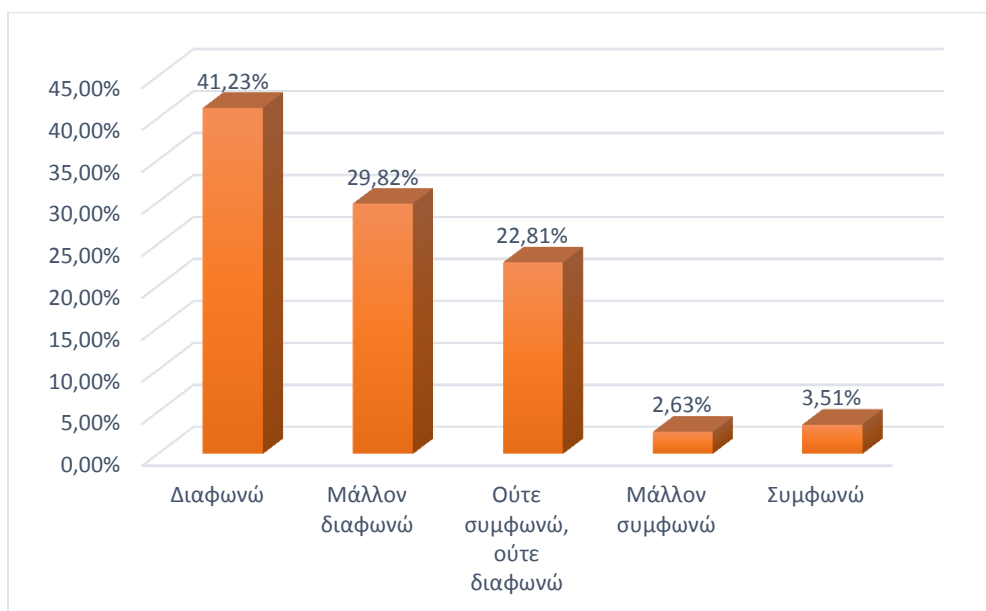


**Διάγραμμα 5.2.41: Δεν καταφέρνω να επιτελέσω βασικά καθήκοντα**

Το 41,23% διαφωνεί όπως και το 29,82% μάλλον διαφωνεί ότι δεν καταφέρνει να επιτελέσει βασικά καθήκοντα στην άσκηση της εργασία του. Επίσης, το 22,81% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί σε αντίθεση με το 3,51% που συμφωνεί και με το 2,63% που μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	47	41,23%
Μάλλον διαφωνώ	34	29,82%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	26	22,81%
Μάλλον συμφωνώ	3	2,63%
Συμφωνώ	4	3,51%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.42: Πιστεύω πως η δουλειά μου είναι βαρετή**

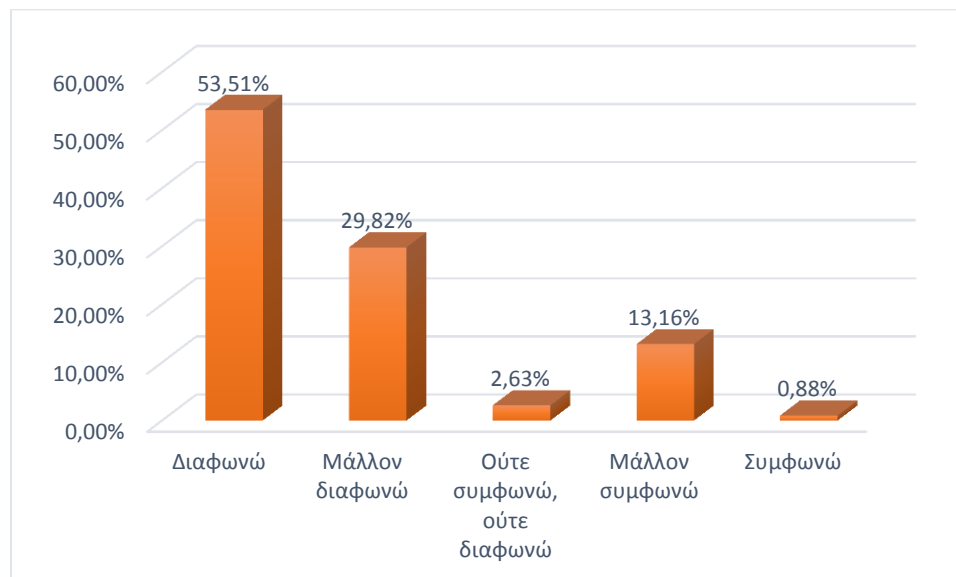


**Διάγραμμα 5.2.42: Πιστεύω πως η δουλειά μου είναι βαρετή**

Το 41,23% διαφωνεί όπως και το 29,82% μάλλον διαφωνεί με την άποψη ότι η δουλειά που κάνουν είναι βαρετή. Ωστόσο, το 22,81% ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί ενώ το 3,51% συμφωνεί όπως και το 2,63% μάλλον συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	61	53,51%
Μάλλον διαφωνώ	34	29,82%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον συμφωνώ	15	13,16%
Συμφωνώ	1	0,88%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.43:Υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου**



**Διάγραμμα 5.2.43:Υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου**

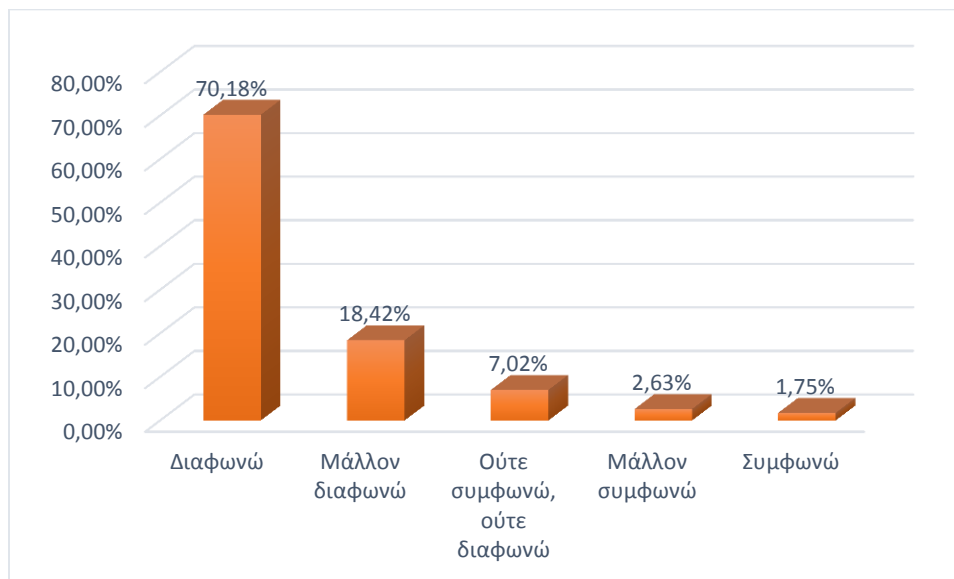
Το 53,51% διαφωνεί όπως και το 29,82% μάλλον διαφωνεί ότι υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς τους. Όμως υπάρχει ένα ποσοστό 13,16% που μάλλον συμφωνεί όπως και το 0,88% που συμφωνεί ενώ το 2,63% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

Διαφωνώ	80	70,18%
Μάλλον διαφωνώ	21	18,42%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	8	7,02%
Μάλλον συμφωνώ	3	2,63%
Συμφωνώ	2	1,75%



<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>
---------------	------------	----------------

**Πίνακας 5.2.44: Η δουλειά μου κυλά σε αργούς ρυθμούς**



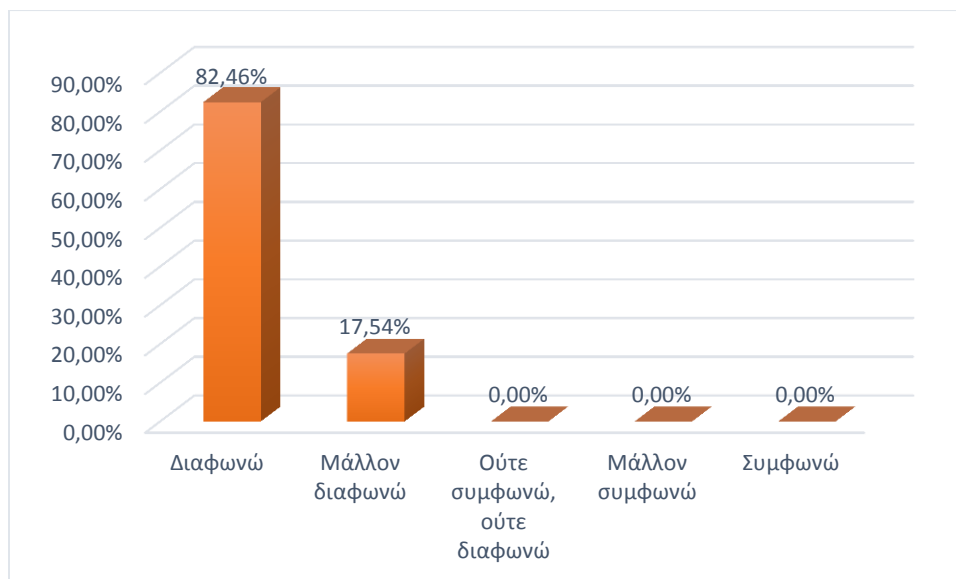
**Διάγραμμα 5.2.44: Η δουλειά μου κυλά σε αργούς ρυθμούς**

Το 70,18% διαφωνεί όπως και το 18,42% μάλλον διαφωνεί ότι η δουλειά τους κυλάει σε αργούς ρυθμούς. Επίσης υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό 7,02% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 2,63% μάλλον συμφωνεί όπως και το 1,75% που συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	94	82,46%
Μάλλον διαφωνώ	20	17,54%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	0	0,00%
Μάλλον συμφωνώ	0	0,00%
Συμφωνώ	0	0,00%

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>
---------------	------------	----------------

**Πίνακας 5.2.45:Συχνά βαριέμαι στη δουλειά μου**



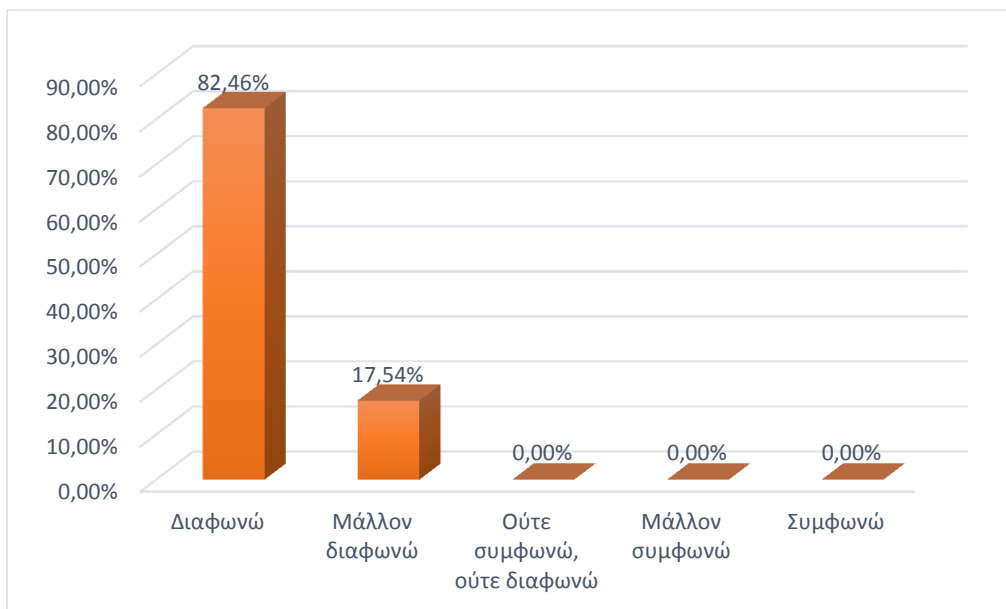
**Διάγραμμα 5.2.45:Συχνά βαριέμαι στη δουλειά μου**

Το 82,46% διαφωνεί όπως και το 17,54% μάλλον διαφωνεί ότι συχνά βαριέται στη δουλειά του. Κανένας δεν συμφώνησε με αυτό.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	94	82,46%
Μάλλον διαφωνώ	20	17,54%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	0	0,00%
Μάλλον συμφωνώ	0	0,00%
Συμφωνώ	0	0,00%

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>
---------------	------------	----------------

**Πίνακας 5.2.46:Ο χρόνος κυλά αργά όταν βρίσκομαι στη δουλειά**



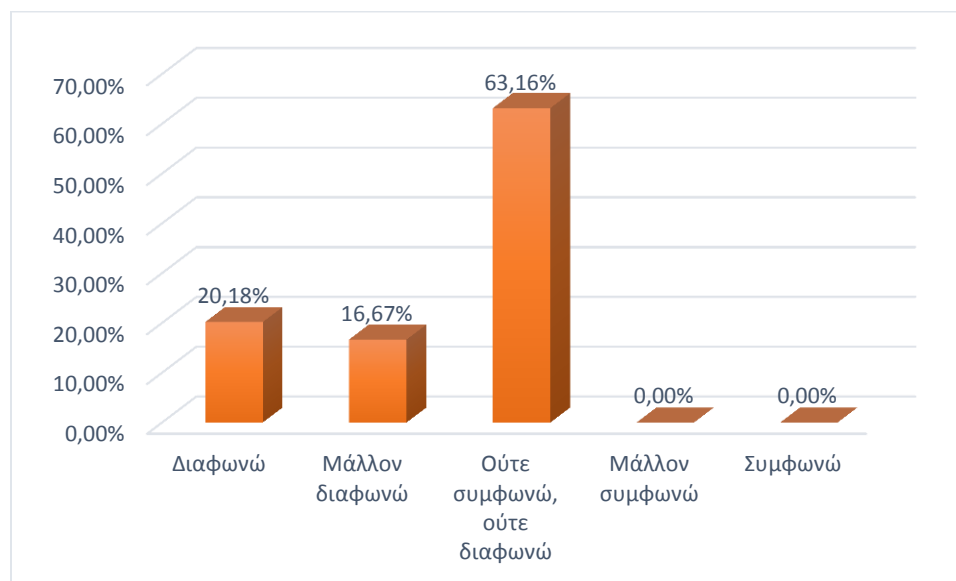
**Διάγραμμα 5.2.46:Ο χρόνος κυλά αργά όταν βρίσκομαι στη δουλειά**

Το 82,46% διαφωνεί όπως και το 17,54% μάλλον διαφωνεί ότι ο χρόνος κυλάει αργά όταν βρίσκεται στη δουλειά του. Κανένας δεν συμφώνησε με αυτό.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	23	20,18%
Μάλλον διαφωνώ	19	16,67%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	72	63,16%
Μάλλον συμφωνώ	0	0,00%

Συμφωνώ	0	0,00%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.47: Όταν εργάζομαι δε σκέφτομαι τίποτα άλλο**



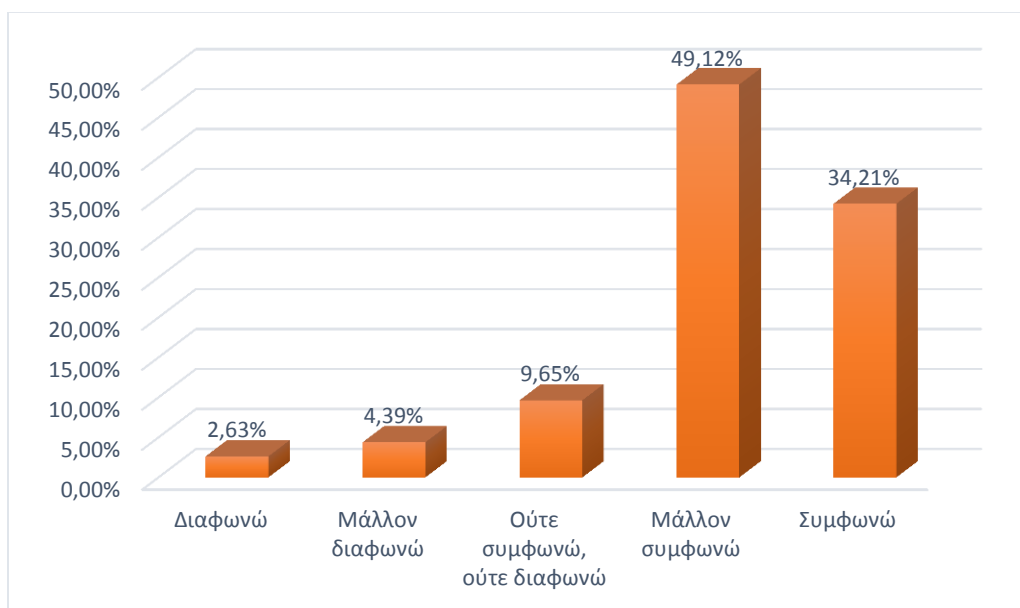
**Διάγραμμα 5.2.47: Όταν εργάζομαι δε σκέφτομαι τίποτα άλλο**

Το 63,16% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί. Επίσης το 20,18% διαφωνεί ενώ το 16,67% μάλλον διαφωνεί. Κανένας δεν απάντησε ότι συμφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	3	2,63%
Μάλλον διαφωνώ	5	4,39%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	11	9,65%
Μάλλον συμφωνώ	56	49,12%

Συμφωνώ	39	34,21%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.48:Όταν εργάζομαι ξεχνάω οτιδήποτε άλλο τριγύρω μου**



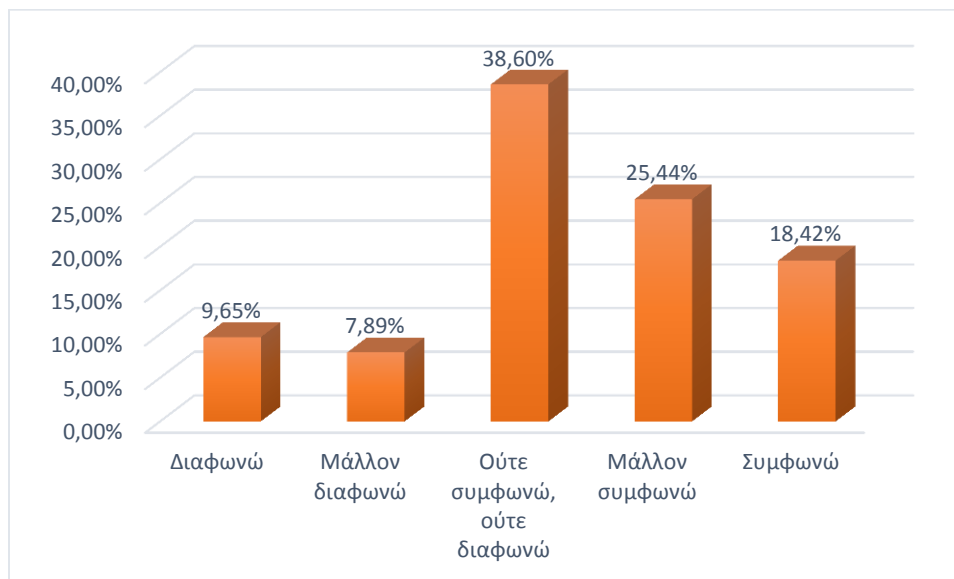
**Διάγραμμα 5.2.48:Όταν εργάζομαι ξεχνάω οτιδήποτε άλλο τριγύρω μου**

Το 49,12% μάλλον συμφωνεί όπως και το 34,21% συμφωνεί ότι όταν εργάζεται ξεχνάει οτιδήποτε άλλο τριγύρω του. Επίσης, το 9,65% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ το 4,39% μάλλον διαφωνεί όπως και το 2,63% που διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	11	9,65%
Μάλλον διαφωνώ	9	7,89%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	44	38,60%
Μάλλον συμφωνώ	29	25,44%
Συμφωνώ	21	18,42%

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>
---------------	------------	----------------

**Πίνακας 5.2.49:Βυθίζομαι στη δουλειά μου όταν εργάζομαι**



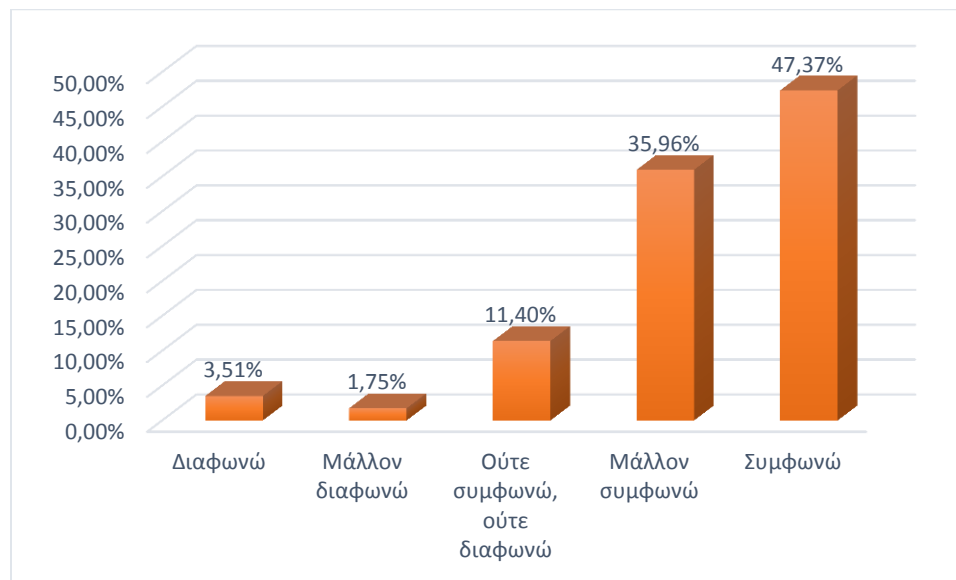
**Διάγραμμα 5.2.49:Βυθίζομαι στη δουλειά μου όταν εργάζομαι**

Το 38,60% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με το γεγονός ότι βυθίζεται στη δουλειά του όταν εργάζεται. Αντίθετα, μάλλον συμφωνεί το 25,44% και συμφωνεί το 18,42% σε αντίθεση με το 9,65% που διαφωνεί και με το 7,89% που μάλλον διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	4	3,51%
Μάλλον διαφωνώ	2	1,75%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	13	11,40%
Μάλλον συμφωνώ	41	35,96%
Συμφωνώ	54	47,37%

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>
---------------	------------	----------------

**Πίνακας 5.2.50:Κάνω τη δουλειά μου με μεγάλη ευχαρίστηση**

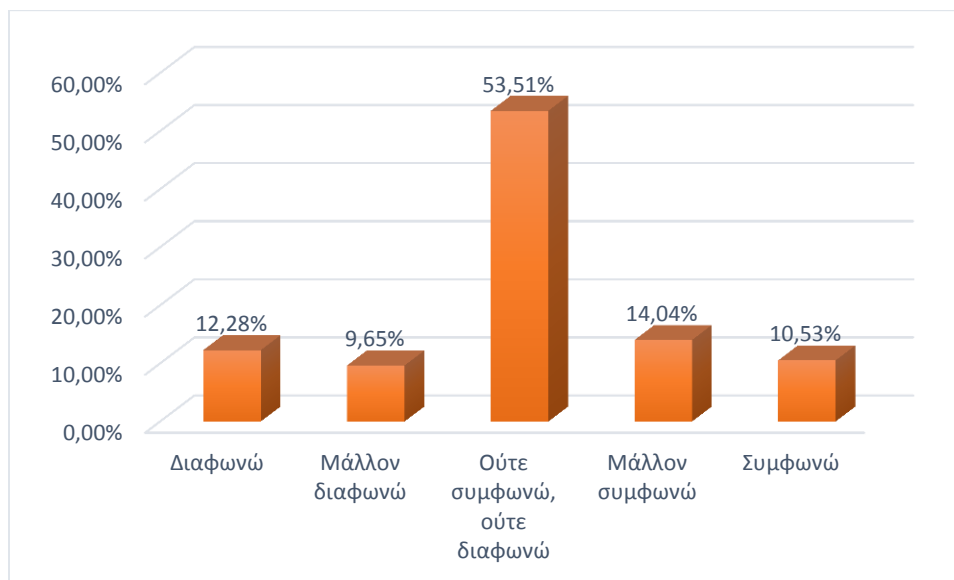


**Διάγραμμα 5.2.50:Κάνω τη δουλειά μου με μεγάλη ευχαρίστηση**

Το 47,37% συμφωνεί και το 35,96% μάλλον συμφωνεί ότι κάνει τη δουλειά του με μεγάλη ευχαρίστηση. Επίσης υπάρχει και ένα ποσοστό 11,40% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ διαφωνεί το 3,51% και μάλλον διαφωνεί το 1,75%.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	14	12,28%
Μάλλον διαφωνώ	11	9,65%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	61	53,51%
Μάλλον συμφωνώ	16	14,04%
Συμφωνώ	12	10,53%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.51:Θα εξακολουθούσα να κάνω αυτή τη δουλειά ακόμα και αν έπαιρνα  
χαμηλότερο μισθό**



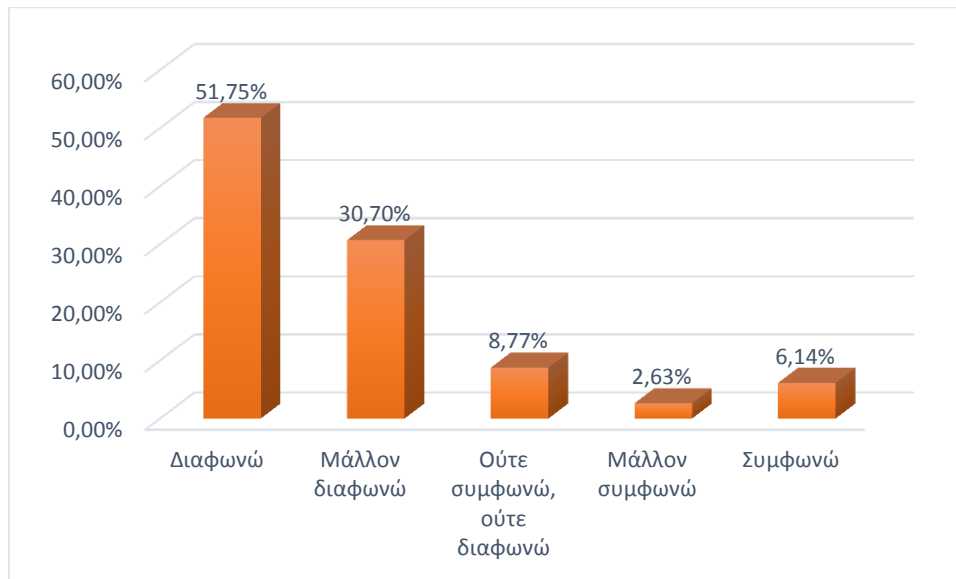
**Διάγραμμα 5.2.51:Θα εξακολουθούσα να κάνω αυτή τη δουλειά ακόμα και αν έπαιρνα  
χαμηλότερο μισθό**

Το 53,51% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την άποψη ότι θα εξακολουθούσε να κάνει αυτή τη δουλειά ακόμα και εάν έπαιρνε χαμηλότερο μισθό. Όμως, το 14,04% μάλλον συμφωνεί και το 10,53% συμφωνεί σε αντίθεση με το 12,28% που διαφωνεί και με το 9,65% που μάλλον διαφωνεί.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Διαφωνώ	59	51,75%
Μάλλον διαφωνώ	35	30,70%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	10	8,77%
Μάλλον συμφωνώ	3	2,63%
Συμφωνώ	7	6,14%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>114</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 5.2.52:Πολλές φορές νιώθω ότι θέλω να εργάζομαι και στον ελεύθερο μου χρόνο**





**Διάγραμμα 5.2.52: Πολλές φορές νιώθω ότι θέλω να εργάζομαι και στον ελεύθερο μου χρόνο**

Το 51,75% διαφωνεί όπως και το 30,70% μάλλον διαφωνεί με την άποψη ότι νιώθει πολλές φορές ότι θέλει να εργάζεται και στον ελεύθερό του χρόνο. Το 8,77% ούτε διαφωνεί αλλά ούτε και συμφωνεί ενώ το 6,14% συμφωνεί όπως επίσης και το 2,63% μάλλον συμφωνεί.

## **6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ανάγκη για βελτίωση των επιδόσεων του συστήματος υγείας είναι σταθερά στόχος της Ελλάδας. Η κυβέρνηση έχει αναπτύξει ένα σχέδιο δράσης για τη βελτίωση και τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, το οποίο περιγράφει στρατηγικές που συγκεντρώνονται σε τρεις τομείς προτεραιότητας: α) καθολική πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη, β) διαφανή, σύγχρονη και αποτελεσματική διαχείριση του συστήματος υγείας και γ) δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση.

Η Ελλάδα όμως σήμερα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα στον προγραμματισμό και στην ορθολογική κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία έχει επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα και την πρόσβαση. Υπάρχει μεγάλη ανισορροπία στη διανομή φυσικών πόρων, μεταξύ των οποίων και το ιατρικό προσωπικό, μεταξύ αστικών κέντρων και αγροτικών περιοχών, καθώς και μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν σε πολύ υψηλά αναφερόμενα επίπεδα ανεκπλήρωτης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών. Οι τρέχουσες μεταρρυθμίσεις, όπως αυτή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναμένεται να αντιμετωπίσουν άμεσα αυτά τα ζητήματα.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Πρέβεζας διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι γυναίκες. Αυτό δικαιολογείται καθώς το νοσηλευτικό των νοσοκομείων απαρτίζεται σχεδόν αποκλειστικά από το γυναικείο φύλο και πολλοί λίγοι είναι οι άνδρες που ακολουθούν το συγκεκριμένο επάγγελμα. Αντίθετα, το ποσοστό των ανδρών είναι μεγαλύτερο στον κλάδο των ιατρών αλλά καθώς το σύνολο του ιατρικού προσωπικού είναι σαφώς μικρότερο από εκείνο του νοσηλευτικού, εμφανίζεται αυξημένο το ποσοστό των γυναικών έναντι των ανδρών. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιακής ομάδας είναι μεταξύ 36 και 55 ετών. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι προσλήψεις έχουν μειωθεί κατά πολύ από το 2008 και εξής, λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει στη χώρα και τη μνημονιακή πολιτική που αυτή έχει ακολουθήσει. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης παρατηρήθηκε ότι το προσωπικό του Νοσοκομείου της Πρέβεζας είναι στο μεγαλύτερό του ποσοστό απόφοιτοι ανώτερων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων ενώ ένα ποσοστό 15,79% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι μόνιμοι ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό είναι

αορίστου χρόνου, ενώ η επαγγελματική τους εμπειρία είναι για το 70,18% από 11 έως 20 χρόνια. Από αυτά διαπιστώνεται ότι το προσωπικό του εν λόγω δημοσίου νοσοκομείου έχει και τα απαραίτητα πανεπιστημιακά προσόντα και την εξειδίκευση αλλά και την εμπειρία που του προσδίδει ο χρόνος εργασίας του.

Αναφορικά με τη διαδικασία επιλογής των εργαζομένων, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν γνώριζε εάν αυτή είναι λεπτομερής και εάν εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας που υπάρχει. Όμως, το 74,56% πιστεύει ότι υπάρχει στο εν λόγω δημόσιο νοσοκομείο συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού και του παρέχεται επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης. Αυτά, για το 89,47% προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις του.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν συμφώνησε αλλά ούτε διαφώνησε εάν η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα και στους αμοιβαίους καθορισμένους στόχους. Όμως, το 42,98% διαφωνεί ότι η αξιολόγηση της απόδοσής τους περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση προς τους εργαζομένους.

Το 83,33% συμφωνεί ότι οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών. Όσον αφορά τη διοίκηση του νοσοκομείου, το 48,13% συμφωνεί ότι αυτή ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης παρέχοντας στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων, ενώ παράλληλα παροτρύνει τους εργαζομένους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Όμως, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν συμφώνησε ούτε διαφώνησε για το εάν οι αποφάσεις αυτές λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο και ούτε εάν η διοίκηση ενδιαφέρεται για τις απόψεις των εργαζομένων. Αυτή τους η απάντηση έρχεται σε αντίθεση με τις προηγούμενες απαντήσεις και διαφοροποιεί τη στάση της διοίκησης του νοσοκομείου από τους προϊσταμένους των διάφορων τμημάτων όπου εργάζονται. Αυτή την άποψη επιτείνει και το γεγονός ότι το 49,12% διαφωνεί ότι το νοσοκομείο όπου εργάζεται ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία του προσωπικού και δεν λαμβάνει σημαντικά υπόψην του τους στόχους και τις αξίες που έχει θέσει. Έτσι, και το 46,49% θεωρεί ότι το νοσοκομείο δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για το προσωπικό του.

Παρά όμως αυτές τις διαφωνίες που εξέφρασαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό (89,47%) συμφωνεί ότι η δουλειά που κάνουν τους επιτρέπει να βιώσουν πολλές, ποικίλες και αξέχαστες εμπειρίες, πράγμα που τους οδηγεί να εκτιμούν τη δουλειά τους

ακόμα περισσότερο, καθώς αυτή αντανακλά τις αξίες που θεωρούν σημαντικές για αυτούς. Το ότι νοιώθουν ικανοποίηση από τη δουλειά τους φαίνεται και από το γεγονός ότι το 84,21% είναι παθιασμένο με τη δουλειά του και το 47,36% την εναρμονίζει με τις άλλες δραστηριότητες που κάνουν στη ζωής τους.

Αναφορικά με τη λήψη των αποφάσεων το 44,74% συμφωνεί ότι η διοίκηση του νοσοκομείου πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων συλλέγοντας ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες και διευκρινίζοντας τις αποφάσεις της παρέχοντας παράλληλα πρόσθετες πληροφορίες όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους του νοσοκομείου. Όμως, για το μεγαλύτερο ποσοστό ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί εάν όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς όλους τους εργαζομένους.

Το 87,72% ανταπεξέρχεται επαρκώς στα καθήκοντα που του έχει ανατεθεί, εκπληρώνει τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή της εργασίας του και εκτελεί τις δραστηριότητες που αναμένεται από αυτό. Έτσι το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνεί ότι ικανοποιεί τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς του. Αυτό δείχνει τη συνέπεια και τη σοβαρότητα με την οποία το προσωπικό του νοσοκομείου αντιμετωπίζει τη δουλειά του και έρχεται σε συμφωνία με τις απαντήσεις που έχουν δοθεί προηγούμενα με το ότι το προσωπικό είναι παθιασμένο με τη δουλειά του. Όμως, το 53,51% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι συμμετέχει σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής του ενώ το 74,56% διαφωνεί ότι αγνοεί κομμάτια της δουλειά που είναι υποχρεωμένο να εκτελέσει. Επίσης, το 71,05% διαφωνεί ότι δεν καταφέρνει να επιτελέσει βασικά καθήκοντα στην άσκηση της εργασίας του και έτσι η δουλειά που κάνουν δεν κρίνεται από αυτούς βαρετή αφού δεν υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκειά της ούτε κυλάει σε αργούς ρυθμούς. Έτσι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν βαριέται στη δουλειά του ενώ ο χρόνος δεν κυλάει αργά. Παρόλα αυτά όμως το 63,16% δεν συμφώνησε ούτε διαφώνησε ότι όταν εργάζεται δε σκέφτεται τίποτα άλλο σε αντίθεση με το 83,33% που συμφώνησε ότι όταν εργάζεται ξεχνάει οτιδήποτε άλλο τριγύρω του και βυθίζεται στη δουλειά του.

Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει μεγάλη ευχαρίστηση από τη δουλειά του αλλά ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε για το εάν θα εξακολουθούσε να κάνει αυτή τη δουλειά ακόμα και εάν έπαιρνε χαμηλότερο μισθό ενώ διαφώνησε με την άποψη ότι νιώθει πολλές φορές ότι θέλει να εργάζεται και στον ελεύθερό του χρόνο.

## **Προτάσεις**

Μία πρότασή είναι η βελτίωση της αποτελεσματικότητας στο νοσοκομειακό τομέα: εταιρικές σχέσεις και μέτρα περιορισμού του κόστους. Για να πραγματοποιηθεί αυτό απαιτείται εκμετάλλευση των ευκαιριών των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγείας. Πιθανές περιοχές κοινής δράσης στον νοσοκομειακό χώρο μπορεί να κυμαίνονται από επιχειρήσεις κατασκευής έως διαχείριση νοσοκομείων και εξωτερική ανάθεση.

Επιπλέον, εκτός από τις συνεργασίες, είναι απαραίτητο να ληφθούν ορισμένα μέτρα περιορισμού των δαπανών, όπως:

1. Ολοκλήρωση της εφαρμογής λογιστικού συστήματος διπλής εισόδου για την αποτελεσματική οικονομική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων και την εφαρμογή αναλυτικών λογιστικών συστημάτων.
2. Αναβάθμιση της πρακτικής δημοσίευσης οικονομικών καταστάσεων (εισοδημάτων και δαπανών) σε νοσοκομειακό επίπεδο μέσω του ESY.net για αξιολόγηση και συγκριτική αξιολόγηση.
3. Ενίσχυση και βελτίωση του Συστήματος Προμηθειών για ιατρικές προμήθειες και φάρμακα, αξιοποίηση του Παρατηρητηρίου Τιμών (observe.net) και προώθηση της ήδη αποδεδειγμένης ως επιτυχίας ηλεκτρονικής δημοπρασίας και διαγωνισμού.
4. Ανάπτυξη και τυποποίηση βέλτιστων πρακτικών για την ορθολογική χρήση των πόρων και των οικονομιών κλίμακας στα δίκτυα των νοσοκομείων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστολοπούλου, Δ. και Παπαματθαϊάκη, Π. (2009). *Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας*. Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Armstrong, M., (2003). *A Handbook of Human Resource Management, Practice 9th edition*, London: Kogan Page

Beer, M., Spector, B., Lawrence, P., Mills, D.Q. and Walton, R., (1987). *Managing human asset. The groundbreaking Harvard Business School Program*. Copyrighted Material.

Bernadin H.J., Russel J.E.A., (2003). *Human Resource Management: An Experimental Approach*, McGraw Hill Publishing Co UK,

Γούλα, Α. (2007). *Διοίκηση και Διαχείριση νοσοκομείου*. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: Παπαζήσης,

Clarke, J., A. Houliaras, A. and Sotiropoulos, D. (2016). *Austerity and the Third Sector in Greece*. Routledge, New York.

Decenzo, A. D., and Robbins, P. S. (1973). *Personnel/Human Resource Management*, (3rd Ed.). New Delhi: Printice Hall of India Pvt. Ltd.

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ

Hunter, L.W. (2002). *Choices and the high-performance workplace, mastering management*, part 11". The Financial Post.

Ιορδάνογλου, Δ. (2007). *Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στις σύγχρονες οργανώσεις -Νέες τάσεις και πρακτικές*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Κανελλόπουλος, Κ.Χ. (2002). *Διοίκηση προσωπικού -ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα: Πολιτεία.

Κατσαλής, Α. and Τσώκος, Δ. (2009). *Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού*. Αθήνα: FORUM

Koontz, H., O'Donnell, C. & Weihrich, H. (1980). *Management*. 5<sup>th</sup> edition, New York.: McGraw-Hill.

Niavis, V.(2010). *Employee Motivation in a Public Hospital: the Case of "AHEPA" Hospital*.

Μακρυδημήτρης, Α. (2004). *Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, 4η έκδοση, Αθήνα: Καστανιώτη. Master's thesis. Hellenic Open University Patra.

Michaels E., Handfield- Jones H., Axerlod B., (2001), *The war for talent*, Publised by Harvard Business School Press.

Montana, P., Charnov, B. (2008). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Κλειδάριθμος

Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. (2010). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα: Ανίκουλα.

Flippo, B. E. (1984). *Personnel Management*. New York: McGraw-Hill.

OECD, *OECD health data 2010*, Paris: OECD, 2010

Παπαβασιλείου, Μ. and Τζεκίνης, Χρ. (1992). *Πρακτικά Θέματα Στη Διοίκηση Προσωπικού*. Αθήνα: Γαλαίος.

Παπαλεξανδρή, Ν. and Μπουραντάς, Δ. (2003), *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα: Μπένου.

Prien E.P., Schippmann J.S., Kristin O. P., (2003), *INDIVIDUAL ASSESSMENT As Practiced in industry and Consulting*, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Roussel, L. and Swansburg, R. (2009): *Management and Leadership*. Fifth Edit. Massachusetts. : Jones and Bartlett.

Σιγάλας, Ι. (1994). Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης; *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(5).

Σιγάλας Ι. (1999). Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας», στο Δίκαιος και συν. (επιμέλεια), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα: ΕΑΠ.

Snell S., Bohlander G., (2007), *Human Resource Management*, International Thomson Publishing Company

Τερζίδης, Κ., Τζωρτζάκης, Κ. (2004). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα: Rosili

Τσακλάγκανος, Α. (2005). *Βασικές Αρχές του marketing*. Αθήνα: Αφοί Κυριακίδη.

Χυτήρης, Λ., (2001), *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα: Interbooks.

## NOMOI

1278/1982 «Για σύστημα Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας», ΦΕΚ 105/Α/31-8-1982

1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983

2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», ΦΕΚ 123/Α/15- 7-1992.

2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 37/Α/2- 3-2001.

3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ 81/Α/4- 4- 2005

3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ 176/Α/ 11-7-2005

3528/2007 «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.», ΦΕΚ 26/Α/ -2-2007

3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις», ΦΕΚ 115/Α/15-7-2010

3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας», ΦΕΚ129/Α/3-8-2010

3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ31/Α/2-3-2011

4052/2012 «Μνημόνιο Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος, για τη μείωση του δημοσίου χρέους και της διάσωση της εθνικής οικονομίας», ΦΕΚ41/Α/1-3-2012

Υπουργική Απόφαση 1078/2015 «Κατάρτιση και τήρηση καταλόγου – διαδικασία τοποθέτησης επικουρικών γιατρών», ΦΕΚ1043/Β/4-6-2015



## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Albu, O. and Morosan-Danila, L. (2009). Current trends in HEM. The Annals of The "Ștefan cel Mare" University of Suceava. *Fascicle of The Faculty of Economics and Public Administration*, 9, 2(10). Available at [https://www.researchgate.net/publication/46525559\\_CURRENT\\_TRENDS\\_IN\\_HRM](https://www.researchgate.net/publication/46525559_CURRENT_TRENDS_IN_HRM)

Anyangwe, X. (2017). STRATEGIC HUMAN RESOURCE MANAGEMENT A Cross-Cultural Managerial Approach. Thesis CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, *Business Management*. Available at <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/126569/Anyangwe%20Xavier%20.pdf;jsessionid=DCD38F3DC55960553CCAE41FE2E9971F?sequence=2>

Ballas, A. and Tsoukas, H. (2004). Measuring nothing: The case of the Greek National Health System. *Human Relations*, 57(6). Available at <https://pdfs.semanticscholar.org/ca01/f5b930dd25f5189568a244a6125ab368eb7d.pdf>

Barney, J. B. and Wright, P. W. (1998). On becoming a strategic partner: The role of human resources in gaining competitive advantage. *Human Resource Management*, 37. Available at <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1149&context=cahrswp>

Becker, B. and Huselid, M., (2006). Strategic Human Resources Management: Where Do We Go From Here?. *Journal of Management*, 32(6). Available at <https://pdfs.semanticscholar.org/48f6/cd5a88e39aead3f60b7dcedbb46bf2ebf7e.pdf>

Bellou, V. (2008). Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 22(5). Available at doi: 10.1108/14777260810898714

Bowen D., Ledford G., Nathan B., (1991), *Hiring for the organization not for the job*, Academy of Management executive, Vol. 5, No 4 pp 35-50

Brown, L.D., (2006). Policy fixes, public funds, and political frustration. *Revue française des affaires sociales*, 6-7. Available at <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-6-page-315.htm>

Coiera, E., (2006). Communication Systems in Healthcare. *The clinical biochemist reviews*, 27(2). Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1579411/>

Covell, D.G., Uman, G.C., Phil, R. and Manning, P.R. (1985). Information needs in office practice: are they being met? *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 103(4). Available at doi: 10.7326/0003-4819-103-4-596

Davaki, K. and E. Mossialos, (2005). Plus ça change: Health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2). Available at doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-143>

Dieleman, M., Cuong, P.V., Anh, L.V. and Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Hum Resour Health*, 1. Available at doi: 10.1186/1478-4491-1-10

Διαπιστώσεις και προτάσεις για την Πρωτοβάθμια και επείγουσα φροντίδα υγείας. Available at [https://www.docmed.gr/wp-content/uploads/2016/12/18th-EEMYY-Congress\\_CONCLUSIONS.pdf](https://www.docmed.gr/wp-content/uploads/2016/12/18th-EEMYY-Congress_CONCLUSIONS.pdf)

Economou, Ch. and Giorno, Cl. (2009). Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece. *OECD Economics Department Working Papers*, 722. Available at [https://www.researchgate.net/publication/46456922\\_Improving\\_the\\_Performance\\_of\\_the\\_Public\\_Health\\_Care\\_System\\_in\\_Greece](https://www.researchgate.net/publication/46456922_Improving_the_Performance_of_the_Public_Health_Care_System_in_Greece)

Economou, Ch. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 9(2). Available at [www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file\\_1.Economou-Kaitelidou.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_1.Economou-Kaitelidou.pdf)

Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, Ch., Siskou, O., Souliotis, K., Tsavaliias, K. and Liaropoulos, L. (2016). The Impact of the Economic Crisis on the Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, Vol. 4(10). Available at

[https://www.researchgate.net/publication/292975733\\_The\\_impact\\_of\\_economic\\_crisis\\_to\\_hospital\\_sector\\_and\\_the\\_efficiency\\_of\\_Greek\\_public\\_hospitals](https://www.researchgate.net/publication/292975733_The_impact_of_economic_crisis_to_hospital_sector_and_the_efficiency_of_Greek_public_hospitals)

Kontodimopoulos, N., Moschovakis, G., Aletras, V.H. and Niakas, D., (2007). The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5(14). Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2211454/>

Kontodimopoulos, N., Paleologou, V. and Niakas, A.D. (2009). Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC Health Services Research*, 9. Available at [https://www.researchgate.net/publication/26812816\\_Identifying\\_important\\_motivational\\_factors\\_for\\_professionals\\_in\\_Greek\\_hospitals](https://www.researchgate.net/publication/26812816_Identifying_important_motivational_factors_for_professionals_in_Greek_hospitals)

Lambrou, P., Kontodimopoulos, N. and Niakas, D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health* 8. Available at doi: 10.1186/1478-4491-8-26.

Matsaganis M., (2011). The Welfare State and the Crisis: The case of Greece. *Journal of European social Policy*, 2(5). Available at doi: doi.org/10.1177/0958928711418858

Minogiannis, P. (2012). Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and Development*, 7 (1). Available at [http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file\\_6.Panos%20Minogiannis.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_6.Panos%20Minogiannis.pdf)

Mitropoulos, J. and A. Sissouras, (2004). Rationalising the allocation of central resources to the health care regions in Greece. *Applied Health Economics and Health Policy*, 3.

Mossialos, E. Allin, S. and Davaki. K., (2005). Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14 (supplement 1). Available at doi: 10.1002/hec.1033

OECD, (2004). Increasing value for money in health systems: The quest for efficiency. Economics department working, 722. Available at [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2009\)63](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2009)63)

OECD (2008). Public–Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money. Available at <https://www.oecd.org/gov/budgeting/public-privatepartnershipsinpursuitofrisksharingandvalueformoney.htm>

OECD (2017). State of Health in the EU Greece Country Health Profile 2017. Available at [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_english.pdf)

Oliver, A. and Mossialos, E. (2005). European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? *Journal Health Polit Policy Law*, 30 (1-2). Available at [doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-7](https://doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-7)

Pike, S., Roos G., Rylander A., (2002), *Intellectual capital management and disclosure*, in Bontis, N., Choo, W.W. (Eds), *The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge*, Oxford University Press, New York, NY, pp.657-73

Ployhart, R. (2006). Staffing in the 21st Century: New Challenges and Strategic Opportunities. *Journal of Management* 32(6). Available at [https://www.researchgate.net/publication/247570058\\_Staffing\\_in\\_the\\_21st\\_Century\\_New\\_Challenges\\_and\\_Strategic\\_Opportunities](https://www.researchgate.net/publication/247570058_Staffing_in_the_21st_Century_New_Challenges_and_Strategic_Opportunities).

Rovithis, D. (2006). Health economic evaluation in Greece. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(3). Available at doi: 10.1017/s0266462306051294

Rynes, S. L., Brown, K. G., and Colbert, A. E. (2002). Seven misconceptions about human resource practices: Research findings versus practitioner beliefs. *Academy of Management Executive*, 16. Available at [https://www2.bc.edu/candace-jones/articles/rynes\\_AME\\_2002.pdf](https://www2.bc.edu/candace-jones/articles/rynes_AME_2002.pdf)

Safran, C., Sands, D.Z. and Rind, D.M. (1999). Online Medical Records: A decade of experience. *Proceedings of EPRIMP. US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 38(4-5). Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10805019>

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L., (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, Article in Press, Elsevier, 88 (2-3). Available at doi:10.1016/j.healthpol.2008.03.016

Schmid, A., Cacace, M., Götze, R. and Rothgang, H., (2010). Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35(4). Available at doi: 10.1215/03616878-2010-013.

Starfield, B. Sgi, L. and Macinko, J., (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3). Available at doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Tang, P.C., Jaworski, M.A., Fellencer, C.A., Kreider, N., LaRosa, M.P. and Marquardt, W.C. (1996). Clinician information activities in diverse ambulatory care practices. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 103(4). Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2232980/>

Tanner, M. (2008). The grass is not always greener: A look at National Health Care Systems Around the World. *Policy Analysis*, 613, CATO Institute. Available at <https://www.cato.org/publications/policy-analysis/grass-is-not-always-greener-look-national-health-care-systems-around-world>

Theodorakioglou, Y. and Tsiotras, G.G. (2000). The need for the introduction of quality management into Greek health care. *Total Quality Management*, 11(8). Available at doi: [doi.org/10.1080/095441200440403](https://doi.org/10.1080/095441200440403)

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. and Souliotis, K. (2005). The unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74(2). Available at doi: 10.1016/j.healthpol.2005.01.013

Tsounis, A., Sarafis, P. and Bamidis, D.P. (2014). Motivation among Physicians in Greek Public Health-Care Sector. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 4(5). Available at [https://www.researchgate.net/publication/258437171\\_Motivation\\_among\\_Physicians\\_in\\_Greek\\_Public\\_Health-Care\\_Sector](https://www.researchgate.net/publication/258437171_Motivation_among_Physicians_in_Greek_Public_Health-Care_Sector)

WHO, (2008). Primary Health Care: Now more than ever. The World Health Report 2008. Available at <https://www.who.int/whr/2008/en/>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αγαπητοί κύριοι/ες,

Σας παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγα λεπτά από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου.

Η έρευνα αποσκοπεί στη μελέτη των πρακτικών Διοίκησης Προσωπικού, που εφαρμόζει το Νοσοκομείο της Πρέβεζας.

Η συνεργασία σας σε αυτή την προσπάθεια θα είναι καθοριστική για την πορεία της έρευνας. Η συμμετοχή σας έγκειται στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που εσωκλείεται και το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις, που αφορούν, κυρίως, στον τομέα Διοίκησης Προσωπικού του Νοσοκομείου της Πρέβεζας. Το ερωτηματολόγιο είναι **απολύτως εμπιστευτικό** και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο για τον σκοπό της ανάλυσης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία.

Βάλτε ένα (x) στο αντίστοιχο τετραγωνάκι.

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

2. Ηλικία

25-35

36-45

46-55

56-65

3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Απόφοιτος Α.Ε.Ι. Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.

Απόφοιτος Κάτοχος Μεταπτυχιακού

Γυμνασίου/ Λυκείου Τίτλου

4. Επάγγελμα

Διοικητικός

Γιατρός

Νοσηλεύτης

Άλλο

ΕΡΓΑΣΙΑ

5. Το καθεστώς εργασίας σας:

Μόνιμος/η Άλλο

Αορίστου χρόνου

6. Χρόνος επαγγελματικής εμπειρίας

Χρόνια

0-10

11-20

21-30

31-35

7. Χρόνος προϋπηρεσίας στη σημερινή θέση

Χρόνια

0-10

11-20

21-30

31-35

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:** Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας σας με τις παρακάτω απόψεις.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Διαφωνώ</b>	<b>Μάλλον διαφωνώ</b>	<b>Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ</b>	<b>Μάλλον συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>

**Απόψεις**

*1= Διαφωνώ*

*5= Συμφωνώ*

Στο Νοσοκομείο που εργάζομαι η διαδικασία επιλογής των εργαζομένων είναι λεπτομερής.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Η επιλογή των εργαζομένων εστιάζει στην επιλογή του καλύτερου υποψηφίου, ανεξάρτητα από τη θέση εργασίας.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>



Υπάρχει συνεχής εκπαίδευση/επιμόρφωση.

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

Το νοσοκομείο που εργάζομαι παρέχει επαρκή προγράμματα εκπαίδευσης.

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

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα προσπαθούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων.

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

Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα.

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

Η αξιολόγηση της απόδοσης βασίζεται στους αμοιβαία καθορισμένους στόχους.

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

Η αξιολόγηση της απόδοσης περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση (feedback) προς τους εργαζομένους της.

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

Οι αποζημιώσεις περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα αμοιβών.

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

Η διοίκηση ακούει πάντα τη γνώμη και τις ιδέες της ομάδας πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης.

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

Παρέχει στις ομάδες επαρκή ισχύ και πόρους για την επίλυση προβλημάτων.

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

Παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.

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

Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται για τις απόψεις μου.

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

Το Νοσοκομείο που εργάζομαι ενδιαφέρεται πραγματικά για την ευημερία μου.

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

Το Νοσοκομείο που εργάζομαι λαμβάνει σημαντικά υπ' όψιν τους στόχους και τις αξίες μου.

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

Το Νοσοκομείο που εργάζομαι δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για μένα.

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

Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να βιώσω πολλές/ποικίλες εμπειρίες

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

Τα καινούργια πράγματα που ανακαλύπτω στη δουλειά μου με κάνουν να την εκτιμήσω ακόμα περισσότερο.

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

Η δουλειά μου, μου επιτρέπει να ζήσω αξέχαστες εμπειρίες.

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

Η δουλειά μου αντανακλά τις αξίες που θεωρώ και εγώ σημαντικές σε μένα.

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

Η δουλειά μου εναρμονίζεται με τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου.

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

Είμαι παθιασμένος με τη δουλειά μου.

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

Οι αποφάσεις στον οργανισμό που εργάζομαι, λαμβάνονται από τη Διοίκηση με αμερόληπτο τρόπο

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

Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση πριν πάρει αποφάσεις λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη των εργαζομένων

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

Στον οργανισμό που εργάζομαι, η Διοίκηση, για να λάβει μία απόφαση, συλλέγει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες

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

Διοίκηση διευκρινίζει τις αποφάσεις της και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες, όταν αυτό ζητηθεί από τους εργαζομένους

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

Στον οργανισμό που εργάζομαι, όλες οι αποφάσεις εφαρμόζονται με συνέπεια προς

όλους τους εργαζομένους

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

Αντεπεξέρχομαι επαρκώς στα καθήκοντα που μου έχουν ανατεθεί.

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

Εκπληρώνω τις υποχρεώσεις που προβλέπονται από την περιγραφή εργασίας μου.

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

Εκτελώ τις δραστηριότητες που αναμένονται από εμένα.

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

Ικανοποιώ τις τυπικές απαιτήσεις απόδοσης της δουλειάς μου.

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

Συμμετέχω σε δραστηριότητες που επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της απόδοσής μου

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

Αγνώω κομμάτια της δουλειάς που είμαι υποχρεωμένος/η να εκτελέσω

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

Δεν καταφέρνω να επιτελέσω βασικά καθήκοντα

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

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ** Παρακάτω υπάρχει μία σειρά διατυπώσεων. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά την κάθε διατύπωση και απαντήστε πόσο συχνά νιώθετε ότι συμβαίνει αυτό

*Απόψεις*

Πιστεύω πως η δουλειά μου είναι βαρετή 1 2 3 4 5

Υπάρχουν μεγάλα χρονικά διαστήματα ανίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου

1 2 3 4 5

Η δουλειά μου κυλά σε αργούς ρυθμούς 1 2 3 4 5

Συχνά βαριέμαι στη δουλειά μου 1 2 3 4 5

Ο χρόνος κυλά αργά όταν βρίσκομαι στη δουλειά 1 2 3 4 5

Όταν εργάζομαι δε σκέφτομαι τίποτα άλλο 1 2 3 4 5

Όταν εργάζομαι ξεχνάω οτιδήποτε άλλο τριγύρω μου 1 2 3 4 5

Βυθίζομαι στη δουλειά μου όταν εργάζομαι 1 2 3 4 5

Κάνω τη δουλειά μου με μεγάλη ευχαρίστηση 1 2 3 4 5

Θα εξακολουθούσα να κάνω αυτή τη δουλειά ακόμα και αν έπαιρνα χαμηλότερο μισθό  
1 2 3 4 5

Πολλές φορές νιώθω ότι θέλω να εργάζομαι και στον ελεύθερο μου χρόνο

1 2 3 4 5