

**ΑΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ**

**Σχολή Διοίκησης Οικονομίας**

**Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής**

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΓΚΑΒΑΝΟΖΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΤΟΥ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΑΜ:13314**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΜΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**Πρέβεζα, Σεπτέμβριος 2014**



## Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
Εισαγωγή .....	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ .....</b>	<b>6</b>
1.1 Διοίκηση-Management και Ηγεσία.....	6
1.2 Μορφές Διοίκησης.....	7
1.3 Θεωρίες Ηγεσίας που Εστιάζουν στην Πολυπλοκότητα της Σχέσης Μεταξύ Ηγέτη-Οπαδού. ....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ .....</b>	<b>14</b>
2.1 Σύγχρονη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων .....	14
2.2 Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Ανθρωπίνων Πόρων .....	16
2.2.1. Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού. ....	16
2.2.2 Προσέλκυση Επιλογή και Τοποθέτηση Προσωπικού. ....	17
2.2.3 Εκπαίδευση και Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού .....	18
2.2.4 Υποκίνηση Πολιτική Αμοιβών και Ανταμοιβών .....	22
2.2.5 Αξιολόγηση.....	26
2.2.6 Υγιεινή και Ασφάλεια Εργαζομένων στο Χώρο Εργασίας .....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ...</b>	<b>31</b>
3.1 Η Ιδιαιτερότητα της Υπηρεσίας « Υγεία».....	31
3.2 Οργάνωση Εθνικού Συστήματος Υγείας .....	32
3.3 Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	35
3.4 Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων.....	36
3.5 Όργανα Διοίκησης Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. ....	36
3.6 Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Πρέβεζας .....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>43</b>
4.1 Το Ανθρώπινο Δυναμικό στις Υπηρεσίες Υγείας.....	43
4.2 Η Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στα Νοσοκομεία .....	45
4.3 Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας.....	46

4.4 Επιλογή και Πρόσληψη Ανθρωπίνου Δυναμικού στην Υγεία .....	49
4.5 Προβλήματα Ανάπτυξης Ανθρωπίνου Δυναμικού στην Υγεία.....	50
4.6 Υποκίνηση Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού .....	52
4.7 Υγιεινή και Ασφάλεια Εργαζομένων στον Τομέα της Υγείας.....	54
4.8 Αλληλοσύνδεση Προσωπικού στους Οργανισμούς Υγείας.....	57
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ</b>	
<b>ΤΟΜΕΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .....</b>	<b>58</b>
5.1 Συγχωνεύσεις και Διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ....	58
5.2 Διαθεσιμότητα Ανθρωπίνου Δυναμικού στο Δημόσιο.....	62
5.3 Κατάργηση Οργανικών και Προσωποπαγών Θέσεων Νοσοκομείων .....	64
5.4 Κινητικότητα Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού Προσωπικού Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. ....	65
5.5 Οι Μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Υπαγωγή του Ανθρωπίνου Δυναμικού των Μονάδων Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε Διαθεσιμότητα.....	67
5.6 Γενικές Αρχές Νόμου 4238/17-2-2014 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	72
5.7 Αξιολόγηση του Ανθρωπίνου Δυναμικού στο Δημόσιο Τομέα. ....	73
5.8 Διαθεσιμότητα Οδηγών και Πληρωμάτων Ασθενοφόρων Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. ....	76
<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>77</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>80</b>

## Εισαγωγή

Το διαρκώς μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον, στο οποίο δραστηριοποιούνται οι σύγχρονοι Οργανισμοί, καθιστά επιβεβλημένη την ευελιξία και το στρατηγικό σχεδιασμό σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας τους. Η παγκοσμιοποίηση, οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, οι συγχωνεύσεις, οι εξαγορές, η οικονομική πολιτική, οι αλλαγές στη συμπεριφορά των καταναλωτών και πολλοί άλλοι παράγοντες ωθούν τις επιχειρήσεις σε διαρκή αγώνα για βελτίωση, ανανέωση και αλλαγή.

Το σημαντικότερο κεφάλαιο μιας επιχείρησης ή ενός Οργανισμού είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Στη σύγχρονη πραγματικότητα, η υλοποίηση των στόχων και των σκοπών μιας επιχείρησης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το ανθρώπινο στοιχείο.

Μετά το σχεδιασμό και την οργάνωση, η στελέχωση είναι το τρίτο στάδιο της διοικητικής διαδικασίας. Οι στρατηγικές διοίκησης ανθρώπινων πόρων έχουν ως απώτερο στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας ενώ συμβάλλουν γενικότερα στην οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία.

Εκτός από όσα ισχύουν γενικά για τις επιχειρήσεις, στους Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας η αποτελεσματικότητα της διοίκησης εξασφαλίζει την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών. Ο τρόπος διοίκησης είναι ιδιαίτερος εξαιτίας της ιδιομορφίας του αγαθού «υγεία», της πολυπλοκότητας των οργανισμών, και των διαφορών στην οργάνωση και τη λειτουργία τους.

Από αυτούς τους Οργανισμούς μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα νοσοκομεία καθώς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη των πολιτών. Οι συγκεκριμένες δομές υγείας απασχολούν πολυάριθμο προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, λειτουργούν 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, 365 ημέρες το χρόνο και το σύστημα βασίζεται κατά κύριο λόγο στο συντελεστή παραγωγής «εργασία». Η πολυμορφία των επαγγελματιών υγείας καθώς και η φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελούν πρόκληση για την αποτελεσματική διοίκηση μιας υγειονομικής μονάδας. Στην παρούσα εργασία θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη διοίκηση υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ηγεσία της εποχής των σχέσεων. Ακολουθούν οι μορφές διοίκησης καθώς και οι θεωρίες ηγεσίας που εστιάζουν στην πολυπλοκότητα της σχέσης μεταξύ ηγέτη-διοικούντων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται γενικά η σύγχρονη διοίκηση καθώς και οι αρμοδιότητες του τμήματος διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, δηλαδή ο προγραμματισμός, η προσέλκυση, η επιλογή, η τοποθέτηση του προσωπικού, η εκπαίδευση, η υποκίνηση, η πολιτική αμοιβών, οι τρόποι αξιολόγησης και τέλος η υγιεινή και η ασφάλεια των εργαζομένων στο χώρο εργασίας.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη Διοίκηση και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ξεκινάει με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας « Υγεία» και συνεχίζει με την περιγραφή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, την Περιφερειακή του Συγκρότηση, το Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων και τα Όργανα Διοίκησης Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Τελειώνει με την παρουσίαση του Οργανογράμματος του Νοσοκομείου της Πρέβεζας.

Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Στις ενότητες που ακολουθούν περιγράφεται ο προγραμματισμός, η επιλογή και η πρόσληψη του ανθρώπινου δυναμικού. Στη συνέχεια περιγράφονται τα προβλήματα στην ανάπτυξη, οι τρόποι υποκίνησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η υγιεινή και η ασφάλεια στο χώρο εργασίας και τέλος ο τρόπος με τον οποίο αλληλοσυνδέεται γενικά το προσωπικό στις υπηρεσίες υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παραθέτονται οι πιο πρόσφατες εξελίξεις που αφορούν τις Συγχωνεύσεις και την Κατάργηση θέσεων προσωπικού νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Επιπλέον γίνεται αναφορά στα Διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, την Κινητικότητα και την Αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού. Περαιτέρω παρουσιάζονται οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την υπαγωγή του ανθρώπινου δυναμικού σε διαθεσιμότητα. Εν κατακλείδι ακολουθούν τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

## 1.1 Διοίκηση-Management και Ηγεσία

**Διοίκηση** (management) είναι η διαδικασία του **προγραμματισμού** (planning), της **οργάνωσης** (organizing), της **διεύθυνσης** (directing), και του **ελέγχου** (controlling) που ασκούνται σε μια επιχείρηση (ή σε ένα οργανισμό), προκειμένου να επιτευχθούν αποτελεσματικά οι στόχοι τους. (Μπουραντάς et al, 1999).

«**Ηγεσία** είναι οι ενέργειες που κάνει ένα άτομο, προκειμένου να επηρεάσει συμπεριφορές, στάσεις, αντιλήψεις, ενέργειες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή πολλών ομάδων, προκειμένου να ενεργήσουν προς την υλοποίηση και επίτευξη στόχων» (Μπουσινάκης et al, 2007)

Στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα συντελείται μια μετατόπιση των προτύπων, μια μετάβαση από την ηγεσία της βιομηχανικής εποχής στην ηγεσία της εποχής των σχέσεων. Η ηγεσία της βιομηχανικής εποχής εστίαζε στην απόκτηση δεξιοτήτων, τον ανταγωνισμό και τον έλεγχο. Η ηγεσία της εποχής των σχέσεων εστιάζει κυρίως στη σχέση ανάμεσα στον ηγέτη και τους οπαδούς του, τη διάκριση του κοινού σκοπού, τη συνεργασία, την αναζήτηση πληροφοριών καθώς και την οικοδόμηση σχέσεων. Συνάμα παραμένει ως στόχος η διασφάλιση της παραγωγικότητας και συγχρόνως η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων. (Marquis and Huston et al, 2011)

Στη δύσκολη εποχή που διανύουμε, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις οικονομικές συγκυρίες και μεταβολές που συμβαίνουν τόσο στην κοινωνία όσο και στους οργανισμούς, είναι αναγκαίο οι ηγέτες να αποτελούν φορείς καινοτομίας, έμπνευσης και δημιουργικότητας. Ωστόσο, δεν μπορεί να πει κανείς με βεβαιότητα ποιά στυλ ηγεσίας είναι βέλτιστο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα. Το σίγουρο είναι, ότι οι σημερινές συνθήκες απαιτούν ευέλικτους ηγέτες που αλλάζουν και διαμορφώνουν τη δράση τους ανάλογα. Ο τρόπος που επιλέγουν να ασκήσουν εξουσία, πρέπει να αποτελεί πηγή έμπνευσης και να δίνει όραμα, ώστε να ωθήσουν τους εργαζομένους να απελευθερώσουν τις ικανότητές τους, και επιπλέον να οδηγήσουν στη δημιουργία νέων, ικανών και γνήσιων ηγετών.

Οι διαφορές μεταξύ manager και ηγέτη είναι οι εξής:

MANAGER	ΗΓΕΤΗΣ
Διορίζεται	Αναδεικνύεται
Στηρίζεται στην τυπική εξουσία	Στηρίζεται στην αποδοχή και στην πειθώ
Διαχειρίζεται	Καινοτομεί
Συνεχίζει	Μετασχηματίζει
Είναι γραφειοκράτης, τυπολάτρης, στενόμενυαλος	Έχει ευρύ πνεύμα και αντίληψη
Ελέγχει	Εμπνέει
Βλέπει κοντά, είναι κοντόφθαλμος	Βλέπει μακριά
Κοιτάζει τα συστήματα	Κοιτάζει τους ανθρώπους
Μιλά στο μυαλό	Μιλά στην καρδιά
Δίνει εντολές	Ζητάει <input type="checkbox"/> πείθει
Εμπνέει φόβο	Προκαλεί εκτίμηση και ενθουσιασμό
Χρησιμοποιεί τους ανθρώπους	Αναπτύσσει τους ανθρώπους
Κρατάει το «μπράβο» για τον ίδιο	Μοιράζει το «μπράβο» στους άλλους

(Πηγή: Πρόγραμμα MBA – Nottingham University)

## 1.2 Μορφές Διοίκησης

Πολλές έρευνες έχουν διαφοροποιηθεί σχετικά με τις μορφές ηγεσίας. Συνοπτικά ορισμένες από αυτές είναι:

1. **Αυταρχική:** Στη μορφή αυτή ο ηγέτης δεν εστιάζει στις ανθρώπινες σχέσεις αλλά τον ενδιαφέρει η αύξηση της παραγωγικότητας και η επίτευξη του στόχου. Ο Γεώργας (1986) υποστηρίζει ότι η παραγωγικότητα της ομάδας αυξάνεται κάτω από αυταρχικό κλίμα. Το άτομο-ηγέτης μέσα από τη δύναμη που αντλεί από την εξουσία ασκεί αυταρχική διοίκηση με κύριο χαρακτηριστικό τον έλεγχο. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο δεν υπάρχει δημιουργικότητα, ελευθερία κινήσεων, μάθηση και αμφίδρομη ροή πληροφοριών. Οι διοικούμενοι στην περίπτωση αυτή κάνουν το ελάχιστο δυνατό που απαιτείται για την αποφυγή ποινής, λειτουργούν μηχανικά με το στοιχείο της αδιαφορίας, αισθάνονται απογοήτευση και ότι αδικούνται με πιθανότητα ανάπτυξης επιθετικής συμπεριφοράς και τέλος απομονώνονται από το σύνολο και δεν ενδιαφέρονται για τη λειτουργία της ομάδας.
2. **Συμβιβαστική:** Στην περίπτωση αυτή ο ηγέτης δεν επιδιώκει συγκρούσεις με τα άτομα και τις ομάδες. Τον ενδιαφέρει η ηρεμία και γι αυτό το λόγο δεν ασκεί πίεση με την εποπτεία. Ικανοποιημένοι παραμένουν οι εργαζόμενοι που αρέσκονται στην έλλειψη θορύβου, ενώ γενικότερα η ικανοποίηση των ατόμων βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα με την παραγωγικότητα να είναι στάσιμη. Η συνεργασία και ο διάλογος είναι οριακή το ίδιο και οι αντοχές των δημιουργικών και ανήσυχων ατόμων.

3. **Συμβολική ή αδιάφορη:** Στη μορφή αυτή ο ηγέτης δεν αφήνει το δικό του στίγμα και αποτελεί περισσότερο εντολοδόχο των ανωτέρων στην κλίμακα διοίκησης. Η επιρροή που ασκεί είναι μικρού βαθμού ή απουσιάζει εντελώς. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συμμετοχή του στην κοινή προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων. Αφήνει ουσιαστικά τους άλλους να τα βγάλουν πέρα μόνοι τους χωρίς να τους κατευθύνει ή να τους συντονίζει με αποτέλεσμα η απόδοση να είναι σε χαμηλά επίπεδα. Τα άτομα που υπόκεινται σε τέτοιου είδους εξουσία καταλήγουν να είναι αδιάφορα γιατί βρίσκονται κάτω από διαρκή σύγχυση και αποθαρρύνονται. Αυτό επηρεάζει αρχικά τη λειτουργία της ομάδας και στη συνέχεια τη λειτουργία ολόκληρου του οργανισμού με δυσμενείς επιπτώσεις στην πορεία του έργου.
4. **Συμμετοχική ή δημοκρατική:** Στο μοντέλο αυτό ο ηγέτης συνδυάζει τις απαιτήσεις του οργανισμού με τις ανάγκες των ατόμων. Ο ηγέτης αποτελεί έμπνευση για τους εργαζομένους και οικοδομούνται σχέσεις καλής συνεργασίας. Οι συνθήκες που επικρατούν οδηγούν στην ικανοποίηση των εργαζομένων με άμεσες επιπτώσεις στην παραγωγικότητα η οποία αυξάνεται, καθώς συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων. Οι σκοποί της επιχείρησης και των ατόμων συμβαδίζουν. Υπάρχει η ελευθερία στη δημιουργικότητα, τη δράση και τη συνεργατικότητα. Τα άτομα εν τέλει εργάζονται με υψηλό αίσθημα ευθύνης, όπως επιθυμούν, και όχι από υποχρέωση ενώ βρίσκονται σε ετοιμότητα να ανταποκριθούν σε περιόδους κρίσεων και κινδύνων.

*(Μπουσινάκης et al, 2007)*

Ο Yukl (1989) πιστεύει ότι υπάρχουν δύο είδη συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν έναν ηγέτη:

- ❖ **Συμπεριφορά σχετιζόμενη με το έργο**, όπου κύριο στοιχείο είναι ο προγραμματισμός και η συνεργασία των ατόμων για την επίτευξη του έργου.
- ❖ **Συμπεριφορά σχετιζόμενη με τις ανθρώπινες σχέσεις**, όπου κύριο χαρακτηριστικό είναι η δημιουργία δυνατών εργασιακών ομάδων όπου κυριαρχούν η εμπιστοσύνη, η αλληλοβοήθεια και η συνεργατικότητα.

*(Μπουσινάκης et al, 2007)*

Ουσιαστικά η παραδοχή ότι η αύξηση της παραγωγικότητας πηγάζει από τη συμπεριφορά των διοικούντων προς τους εργαζομένους αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία αναδύθηκε το 1920 το κίνημα των ανθρώπινων σχέσεων στη διοίκηση. Τα χαρακτηριστικά της ανθρωπιστικής προσέγγισης της διοίκησης είναι:

1. Η παρακίνηση του προσωπικού
2. Η δυναμική των ομάδων
3. Η δημοκρατική επίβλεψη
4. Οι σχέσεις του προσωπικού
5. Οι έννοιες των κινήτρων

Τα παραπάνω αποτέλεσαν τη βάση για έρευνα από επιστήμονες που μελέτησαν τη δυναμική των ομάδων και τη συμπεριφορά των ατόμων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. (Κωσταγιόλας *et al*, 2008, σελ 43).

### **1.3 Θεωρίες Ηγεσίας που Εστιάζουν στην Πολυπλοκότητα της Σχέσης Μεταξύ Ηγέτη-Οπαδού.**

Η αποτελεσματική ηγεσία είναι απόλυτα ζωτικής σημασίας για την επιτυχία των οργανισμών στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. «Οι διοικητικές πρακτικές και η αποτελεσματική ηγεσία εμφανίζονται να έχουν σημαντική επιρροή στην καινοτομία» (Ελευθερίου, 2004,σελ 29). Πολλές θεωρίες σχετικά με την ηγεσία και τη διοίκηση έχουν αναδυθεί κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα με σκοπό να ερμηνεύσουν την πολυπλοκότητα της σχέσης ηγέτη-διοικούντων και περιβάλλοντος στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία.

**1.Η υπηρετούσα ηγεσία:** Μολονότι η θεωρία αυτή διατυπώθηκε τριάντα χρόνια πριν από τον Greenleaf (1977), εξακολουθεί να ασκεί μεγάλη επιρροή στη συλλογιστική που αφορά την ηγεσία κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Σύμφωνα με τον Greenleaf επιτυχημένος διοικητής είναι εκείνος που θέτει ως πρώτη προτεραιότητά του την προσφορά υπηρεσιών προς τους άλλους, συμπεριλαμβανομένων των υπαλλήλων, των πελατών και της κοινωνίας. Ο Greenleaf υποστήριζε ότι για να είναι κάποιος μεγάλος ηγέτης, πρέπει πρώτα να είναι “υπηρέτης”. Ορισμένα χαρακτηριστικά του Υπηρετούντα Ηγέτη είναι: Η ικανότητα να ακούει και να κατανοεί πραγματικά όσα ακούει, να είναι ανοιχτόμυαλος, να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, να πιστεύει στη συλλογική εξεύρεση λύσεων, να είναι σωστός στην καθοδήγηση προς την επίτευξη των στόχων χωρίς να δίνει διαταγές, να είναι αρχικά υπηρέτης-βοηθός-δάσκαλος και στη συνέχεια ηγέτης, να σκέφτεται πάντα πριν αντιδράσει και να επιλέγει σοφά τα λόγια του ώστε να μην κάνει κακό σε αυτούς που καθοδηγεί.

Τέλος να διαισθάνεται τις σχέσεις και τους δεσμούς. Η θεωρία αυτή διαφέρει από την παραδοσιακή διοίκηση όπου οι στόχοι και οι ανάγκες του οργανισμού είναι υπεράνω όλων. Οι υπηρετούντες ηγέτες λαμβάνουν αρχικά υπ'οψιν τις ανάγκες των υφισταμένων τους και στη συνέχεια τους ενδυναμώνουν για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

**2.Η Θεωρία Εντολέα-Συντελεστή:** Η θεωρία αυτή παρόλο που εμφανίστηκε πρώτη φορά τις δεκαετίες του 1960 και 1970 ερευνάται ενεργά στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι οι υφιστάμενοι-συντελεστές ενδέχεται να διαθέτουν ένα πλεονέκτημα πληροφόρησης (ειδίκευση ή γνώση) έναντι του ηγέτη, καθώς επίσης και τις δικές τους προτιμήσεις, οι οποίες μπορεί να παρεκκλίνουν από εκείνες του εντολέα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή ευθυγράμμιση των στόχων. Για παράδειγμα οι πολίτες με καλή ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης και με ελάχιστα δικά τους έξοδα, ενδέχεται να έχουν ασθενές κίνητρο για συνετή συμπεριφορά κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας, αφού η αμοιβή για τις υπηρεσίες που χρησιμοποιήθηκαν θα προέλθει κυρίως από τον ασφαλιστικό φορέα. Ο ασφαλιστικός φορέας κατά συνέπεια οφείλει να δημιουργήσει κίνητρα για τους συντελεστές ώστε να έχουν πρόσβαση μόνο στις απαιτούμενες υπηρεσίες.

**3.Η Θεωρία του Ανθρώπινου και Κοινωνικού Κεφαλαίου:** Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου «αναγνωρίζει ότι άτομα και οργανισμοί επενδύουν στο ανθρώπινο κεφάλαιο προσδοκώντας κέρδη με τη μορφή της αυξημένης παραγωγικότητας και των οικονομικών απολαβών» (Jones, 2004,σελ 563). Για παράδειγμα, ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτει τα δίδακτρα στους νοσηλευτές για την απόκτηση τίτλων σπουδών ανωτέρου εκπαιδευτικού επιπέδου, έχει την προσδοκία ότι η καλύτερη εκπαίδευση θα επιφέρει καλύτερη ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης. «Ο όρος ανθρώπινο κεφάλαιο αναφέρεται στις συλλογικές γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες μιας ομάδας» (Marquis and Huston et al, 2011, σελ 61).

Οι Simon και Noris (2004-2005) κάνουν διάκριση μεταξύ ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου και ισχυρίζονται ότι « το ανθρώπινο κεφάλαιο αποτελεί τελικά ιδιοκτησία του ατόμου –είναι αυτό που ο υπάλληλος είναι σε θέση να κάνει. Το κοινωνικό κεφάλαιο προστίθεται στο εσωτερικό του οργανισμού. Καθορίζει αυτό που μια ομάδα υπαλλήλων μπορεί-και τελικά θα καταφέρει-να επιτύχει από κοινού» (παρ. 3). Συνεχίζουν λέγοντας ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αφορά τις σχέσεις και ότι αυτές καθίστανται ολοένα πιο σημαντικές στους σύγχρονους οργανισμούς, ως μέσο επίτευξης των στόχων τους.

**4.Συναισθηματική Νοημοσύνη:** Είναι η ικανότητα αποτελεσματικής χρησιμοποίησης των συναισθημάτων από τους ηγέτες-διοικούντες προκειμένου να αυξήσουν την επιτυχία τους.

Με τον όρο Συναισθηματική Νοημοσύνη εννοούμε την ικανότητα του ατόμου να έχει αυτοεπίγνωση, αυτοκυριαρχία και αυτοέλεγχο. Επιπλέον να έχει ευσυνειδησία και ενσυναίσθηση, δηλαδή την ικανότητα να μπαίνει στη θέση των άλλων, να τους κατανοεί, να ακούει προσεκτικά και να ασκεί επιρροή. Να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται. Ο όρος συναισθηματική νοημοσύνη διατυπώθηκε επίσημα για πρώτη φορά το 1990 από τους ψυχολόγους Mayer και Salovey.

Τα πέντε στοιχεία της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι:

1. **Αυτογνωσία.** Η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να κατανοεί τη διάθεση, τα συναισθήματα, τα κίνητρά, όπως επίσης και τον αντίκτυπό του στους άλλους.
2. **Αυτορρύθμιση.** Η ικανότητα του ατόμου να ελέγχει ή να κατευθύνει αλλού τις αποδιοργανωτικές παρορμήσεις ή διαθέσεις, όπως επίσης και την τάση του να αναβάλλει την κριτική.
3. **Κίνητρο.** Το πάθος του ατόμου να εργαστεί για λόγους πέραν των χρημάτων ή της θέσης. Η τάση να επιδιώκει τους στόχους του με ενέργεια και αφοσίωση.
4. **Ταύτιση.** Η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να δέχεται την ψυχοσύνθεση των άλλων ανθρώπων.
5. **Κοινωνικές δεξιότητες.** Η επάρκεια του ατόμου στην αντιμετώπιση των σχέσεων και την οικοδόμηση δικτύων. Η ικανότητα να βρίσκει κοινό έδαφος επικοινωνίας με τους άλλους.

(Προσαρμογή από Goleman, D.(1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books), (Marquis and Huston, 2011, σελ 63).

Η συναισθηματική νοημοσύνη διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην περίπτωση ενός ηγέτη. Σκοπός του είναι να κινητοποιεί τους συνεργάτες του ώστε να είναι αποτελεσματική η εκτέλεση των καθηκόντων τους. Εάν ο ηγέτης διακατέχεται από συναισθηματική νοημοσύνη τότε θα είναι λογικός, θα μπορεί να αντιμετωπίζει τις εντάσεις και να διατηρεί την ψυχραιμία του. Κατά συνέπεια θα μπορεί να ανοικοδομήσει αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη.

**5.Η Αυθεντική Ηγεσία:** Η έννοια της αυθεντικής ηγεσίας αναδύθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1990.Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι οι ηγέτες οφείλουν να είναι ειλικρινείς με τους εαυτούς τους και τις αξίες τους και να δρουν σύμφωνα με αυτές.

Τα πέντε διακριτά χαρακτηριστικά του Αυθεντικού Ηγέτη είναι:

1. **Σκοπός.** Οι αυθεντικοί ηγέτες κατανοούν τους στόχους και τα πάθη τους ως αποτέλεσμα συνεχούς ενδοσκόπησης και αυτογνωσίας.
2. **Αξίες.** Οι αυθεντικοί ηγέτες συνδέουν το σκοπό με το πάθος και οι ενέργειες τους είναι σύμφωνες με τις πεποιθήσεις τους.
3. **Καρδιά.** Οι αυθεντικοί ηγέτες νοιάζονται για τους εαυτούς τους και για τους ανθρώπους που καθοδηγούν και το ενδιαφέρον αυτό είναι γνήσιο.
4. **Σχέσεις.** Οι αυθεντικοί ηγέτες δίνουν αξία στη θεμελίωση σχέσεων και στη δημιουργία συνδέσμων με τους άλλους, όχι για να λάβουν κάποια ανταμοιβή αλλά για ενίσχυση της ανθρώπινης επαφής.
5. **Αυτοπειθαρχία.** Οι αυθεντικοί ηγέτες κάνουν πράξη την αυτοπειθαρχία, ενσωματώνοντας την ισορροπία στην προσωπική και επαγγελματική τους ζωή.

(Shirey, M.R. 2006b), (Marquis and Huston et al, 2011, σελ 65)

«Στην αυθεντική ηγεσία, οι αρχές των ηγετών και η απόφασή τους να δρουν σύμφωνα με αυτές είναι αυτό που εμπνέει τους οπαδούς» (Marquis and Huston et al, 2011, σελ 65)

Η Rogers (2005) συναινεί ισχυριζόμενη ότι οι ακέραιοι προϊστάμενοι νοσηλευτές ενεργούν κατά τρόπο που είναι συμβατός με τις δηλωθείσες αξίες τους.

Χρειάζεται θάρρος έτσι ώστε να παραμείνει κάποιος πιστός στις δεσμεύσεις τους παρά τις πιέσεις που δέχεται από συναδέλφους. Υπάρχουν άλλωστε πολλά παραδείγματα ηγετών που αθέτησαν τις προσωπικές τους δεσμεύσεις χάνοντας κατά συνέπεια τους οπαδούς τους.

**6.Η πνευματική ηγεσία:** Είναι μια σχετικά νέα θεωρία που αναδύθηκε τον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

«Ο όρος πνευματική ηγεσία είναι η κατάσταση με την οποία ένα άτομο πείθει κάποιο άλλο να λάβει υπόψη του μια νέα ιδέα, ένα νέο προϊόν ή ένα τρόπο αντίληψης των πραγμάτων. Οι πνευματικοί ηγέτες πάντοτε αμφισβητούν το κατεστημένο και προσελκύουν οπαδούς, όχι υποσχόμενοι κάποια εκπροσώπηση ή ενδυνάμωση, αλλά μέσα από την αντίληψη ρίσκων και τη δημιουργία πρωτοποριακών οραμάτων τους». (Marquis and Huston et al, 2011, σελ 67).

Η έννοια της πνευματικής ηγεσίας μπορεί να εφαρμοσθεί και στους οργανισμούς. Η Halladay (2005) συμφωνεί, υποστηρίζοντας ότι η πνευματική ηγεσία προκαλεί, παρακινεί, παροτρύνει και επιπλέον ενθαρρύνει τη συνεισφορά και τις διαφορετικές απόψεις. Η Halladay υποστηρίζει ότι η πνευματική ηγεσία ορίζεται από τους περισσότερους οργανισμούς ως καινοτομία και ότι οι περισσότεροι εμπορικοί ηγέτες ήταν πρωτίστως πνευματικοί ηγέτες.

**7.Κβαντική Ηγεσία:** Η θεωρία αυτή που είναι σχετικά πρόσφατη (εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1990), χρησιμοποιείται από τους ηγέτες-διοικούντες για την καλύτερη κατανόηση της δυναμικής των διαφόρων τύπων περιβάλλοντος όπως αυτού του τομέα της υγείας.

«Η κβαντική ηγεσία υποστηρίζει ότι το περιβάλλον και το πλαίσιο στο οποίο εργάζονται οι άνθρωποι είναι σύνθετο και δυναμικό και ότι αυτό έχει άμεσο αντίκτυπο στην παραγωγικότητα του οργανισμού» (*Marquis and Huston et al, 2011, σελ 68*).

Το ιδιαίτερα ρευστό, ευέλικτο και κινητό περιβάλλον όπως αυτό της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία συγκρούσεων στο εσωτερικό των οργανισμών. Ο κβαντικός ηγέτης μπορεί να επιλύσει τις συγκρούσεις δημιουργώντας ένα συμφιλιωτικό περιβάλλον, τόσο για τους προμηθευτές όσο και για τους καταναλωτές της φροντίδας υγείας. (*Porter-O'Grady και Malloch 2003*).

**8.Πολιτισμική Γεφύρωση:** Ο νέος ρόλος του ηγέτη-διοικούντα ως πολιτισμική γέφυρα αποτελεί προϋπόθεση σε μία ολοένα και πιο ποικιλόμορφη κοινωνία. Σύμφωνα με την Cook (2003) ποικιλότητα είναι οι διαφορές ανάμεσα σε άτομα ή ομάδες. Αναγνωρίζει ότι δεν είναι όλοι όμοιοι και προκειμένου να υπάρξει κατανόηση και ανάπτυξη είναι επιτακτική η αναγνώριση των διαφορών.

Η αυξανόμενη ποικιλότητα των εθνών παντού όπως και στο εργατικό δυναμικό επιβάλλει την αναβάθμιση του ρόλου του προϊσταμένου-ηγέτη νοσηλευτή ως γέφυρα πολιτισμών. Πράγματι το νοσηλευτικό δυναμικό μεταναστεύει παγκοσμίως ανάλογα με τη διεθνή προσέλευση προκειμένου να λυθεί σε ορισμένες χώρες το τρέχον έλλειμμα. Θα πρέπει συνεπώς να υποστηρίζονται από τον προϊστάμενο ώστε να είναι ομαλή η πολιτισμική, επαγγελματική και ψυχολογική τους ενσωμάτωση στον οργανισμό.

Τέλος σε όλους τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας παρατηρείται ότι υπάρχει μια διαφορά γενεών. Συνεπώς τα άτομα από διαφορετικές γενεές θα πρέπει να σέβονται και να αναγνωρίζουν τις διαφορετικές απόψεις όπως συμβαίνει ακριβώς με τις φυλετικές, τις εθνικές και τις γενετικές διαφορές.

Είναι επιτακτική η ανάγκη για τη δημιουργία ηλικιακών ομάδων και η επίλυση των συγκρούσεων που προκύπτουν. Η Weston υποστηρίζει ότι τα μέλη κάθε γενιάς έχουν την αντίληψη ότι οι αξίες και οι προσδοκίες τους συνεχίζουν να είναι παγκόσμιες. (*Weston, 2006, παρ.1*)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

### 2.1 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:**

**\*Τη Μείωση του Μεγέθους των Επιχειρήσεων.** Μια επιχείρηση πρέπει να απασχολεί τόσο προσωπικό όσο της χρειάζεται για να αποφεύγεται η άσκοπη σπατάλη.

**\*Τον Ανασχεδιασμό των Διαδικασιών.** Περιλαμβάνει τον ανασχεδιασμό των λειτουργιών και των διαδικασιών μιας επιχείρησης ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά και με ευελιξία (γρήγορη ανταπόκριση στις απαιτήσεις του καταναλωτή).

**\*Τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.** « Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί μια συστηματική και συντονισμένη προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων και παρεχόμενων υπηρεσιών.» (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2001, σελ 365).

Επιπλέον, εισάγονται διαφορετικές μέθοδοι διοίκησης, συγκριτικά με τους παραδοσιακούς, όπως είναι η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον η νέα τάση περιλαμβάνει την πολιτική μείωσης των ιεραρχικών επιπέδων καθώς και την εισαγωγή του θεσμού της μερικής απασχόλησης. (Ξηροτύρη, 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.

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.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1**

#### ***Διαφορές μεταξύ παλαιάς και νέας επιχειρηματικής πραγματικότητας.***

ΠΑΛΑΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ
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.

*(Michaels,handfield-Jones & Axelrod 2001)*

## 2.2 Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Ανθρωπίνων Πόρων

### 2.2.1. Προγραμματισμός Ανθρωπίνου Δυναμικού.

Προγραμματισμός Ανθρωπίνου Δυναμικού είναι η διαδικασία με την οποία η επιχείρηση εξασφαλίζει το σωστό αριθμό και μείγμα ανθρώπων στις σωστές θέσεις, στο σωστό χρόνο με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Βασικές δραστηριότητες-λειτουργίες του Προγραμματισμού Ανθρωπίνου Δυναμικού είναι:

1. Η ανάλυση της ζήτησης και της προσφοράς ανθρωπίνου δυναμικού στην αγορά εργασίας.
2. Η πρόβλεψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό ανάλογα με τα σχέδια και τους στόχους της επιχείρησης.
3. Η κατάρτιση πλάνου για την εξασφάλιση του απαραίτητου ανθρωπίνου δυναμικού σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο.
4. Η επιτυχής αντιμετώπιση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από την υπερεπάρκεια είτε από την έλλειψη προσωπικού.

*(Παπαλεξανδρή, Μπουραντάς, 2002,σελ 147-148).*

Ο προγραμματισμός ανθρωπίνου δυναμικού, ακολουθεί στην ουσία, το γενικότερο στρατηγικό σχεδιασμό και για το λόγο αυτό, είναι αναγκαία η άμεση συνεργασία ανάμεσα στους υπευθύνους των δύο λειτουργιών της επιχείρησης.

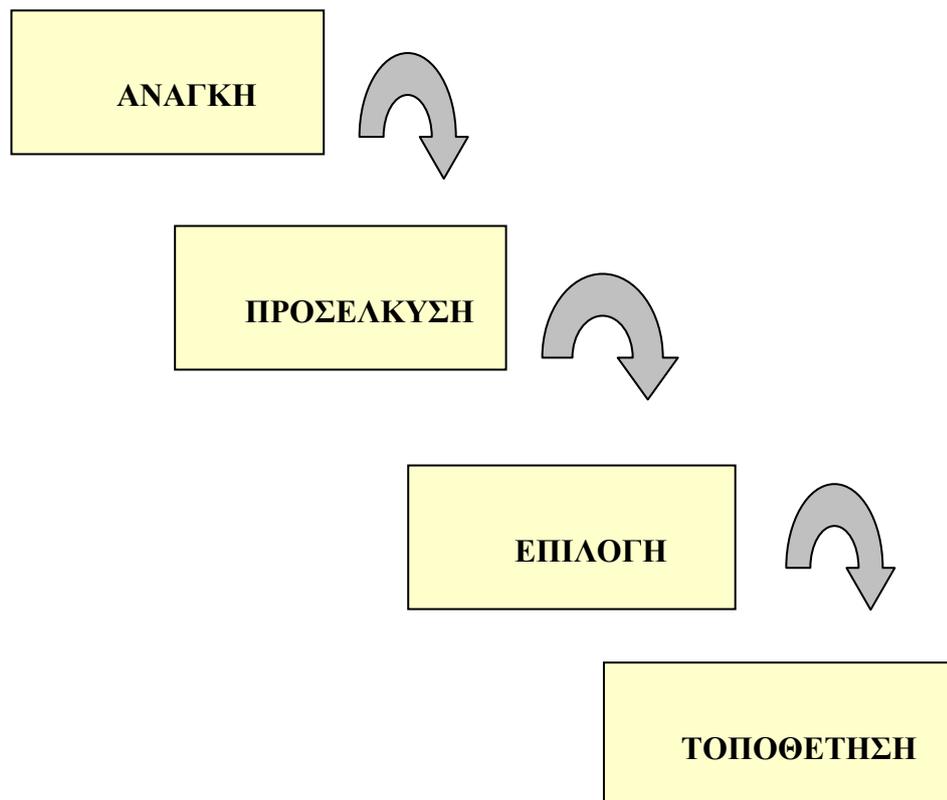
Προϋπόθεση για να εφαρμοστεί η ανωτέρω διαδικασία με επιτυχία, αποτελεί η γνώση της κατάστασης που επικρατεί στο εσωτερικό της επιχείρησης, καθώς και των εξελίξεων που αφορούν την αγορά εργασίας. Σε κάθε περίπτωση, ο προγραμματισμός εξασφαλίζει εκείνο το εργατικό δυναμικό που είναι απαραίτητο για την πραγματοποίηση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων της επιχείρησης.

Το πρώτο βήμα της διαδικασίας του προγραμματισμού περιλαμβάνει την απογραφή των ανθρώπων που ήδη εργάζονται στην επιχείρηση. Με αυτό τον τρόπο η διοίκηση είναι σε θέση να γνωρίζει εάν διαθέτει εξειδικευμένο προσωπικό και τον αριθμό του. Επίσης παρακολουθεί τις μεταβολές που προκύπτουν, για παράδειγμα λόγω προαγωγών, οικειοθελών ή μη αποχωρήσεων, συνταξιοδοτήσεων κλπ.

Εφόσον η διοίκηση αποκτήσει συνολική εκτίμηση για το προσωπικό που διαθέτει, θα προχωρήσει στο δεύτερο βήμα που είναι η πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών σε εργατικό δυναμικό. Οι μεταβολές μπορεί να οδηγήσουν για παράδειγμα, στη μείωση του αριθμού των εργαζομένων ή σε αύξηση με νέα πρόσληψη ή τελικά να μην προχωρήσει σε καμία αλλαγή.

### 2.2.2 Προσέλκυση Επιλογή και Τοποθέτηση Προσωπικού.

Η διαδικασία που ακολουθείται κατά τις προσλήψεις 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 υποψηφίου. Στο δεύτερο στάδιο αποφασίζεται η μέθοδος που θα εφαρμοστεί σχετικά με τη διαδικασία προσέλκυσης και επιλογής. Στο τρίτο στάδιο θα γίνει η αξιολόγηση και κατόπιν η επιλογή των υποψηφίων εφόσον ληφθούν υπ' όψιν τα δεδομένα από τη συνέντευξη, το βιογραφικό σημείωμα, τυχόν συστατικές επιστολές, test αξιολόγησης κ.λπ. Τέλος εφόσον τηρηθούν τα διαδικαστικά ακολουθεί η ένταξη του προσληφθέντος στην επιχείρηση. Η ανωτέρω διαδικασία απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα 1. (Κατσαλής *et al*, 2009).



Η επιχείρηση με το ελάχιστο δυνατό κόστος θα επιλέξει εκείνο το άτομο που πληροί τις προδιαγραφές που η διοίκηση θέτει πχ. επίπεδο σπουδών, εμπειρία, δεξιότητες κα. 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 διαδικασία προσέλκυσης θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αξιοκρατία, χαμηλό κόστος, ταχύτητα, αξιοπιστία, προσβασιμότητα, διαφάνεια κα., με γνώμονα τις αρχές της εταιρίας. Υποψήφιοι μπορεί να προέρχονται από το εσωτερικό της επιχείρησης (υπάρχοντες ή πρώην εργαζόμενοι), ή από το εξωτερικό περιβάλλον (εκπαιδευτικά ιδρύματα, αγγελίες, διαδίκτυο, γραφεία ευρέσεως εργασίας, σωματεία, προκηρύξεις κα.).

Η διαδικασία επιλογής περιλαμβάνει την πρώτη συνάντηση, την αίτηση και το βιογραφικό, στη συνέχεια το test αξιολόγησης και τις συνεντεύξεις. Τέλος για όσους επιλέχθηκαν γίνεται η επιβεβαίωση των στοιχείων ακολουθεί η τελική επιλογή και τέλος η διαπραγμάτευση.

Η διαδικασία ένταξης του προσλαμβανόμενου γίνεται από το τμήμα Ανθρωπίνου Δυναμικού και τους προϊσταμένους. Γρηγορότερη ένταξη σημαίνει μεγαλύτερη αφοσίωση, αύξηση της παραγωγικότητας, μικρότερο κόστος και λιγότερες απουσίες.

### **2.2.3 Εκπαίδευση και Ανάπτυξη Ανθρωπίνου Δυναμικού**

**Εκπαίδευση Ανθρωπίνου 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 μέσα 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 *et al*, 2003)

**Ανάπτυξη Ανθρωπίνου Δυναμικού** είναι οι συστηματικές και εντατικές προσπάθειες της οργάνωσης με σκοπό τη βελτίωση της παρούσας και της μελλοντικής επίδοσης των στελεχών μέσω της αύξησης των ικανοτήτων τους (γνώσεων και δεξιοτήτων). (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010).

**Πίνακας 2.1 Η Εκπαίδευση σε αντιδιαστολή με την ανάπτυξη του προσωπικού**

	<b>Εκπαίδευση</b>	<b>Ανάπτυξη</b>
Εστίαση	Τρέχουσα εργασία	Τρέχουσες και μελλοντικές εργασίες
Σκοπός	Μεμονωμένοι εργαζόμενοι	Ομάδα εργασίας ή επιχείρησης
Χρονικός ορίζοντας	Άμεσος	Μεγάλος χρονικός ορίζοντας
Στόχος	Αντιμετώπιση τρέχουσας ανεπάρκειας της απόδοσης	Προετοιμασία για μελλοντικές δεξιότητες των εργαζομένων

*(Τερζίδης et al, 2004)*

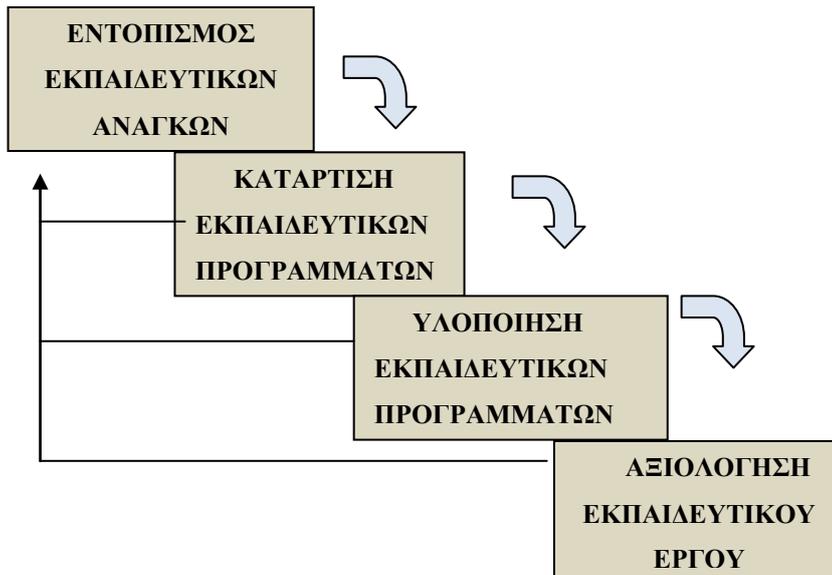
Σκοπός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος είναι να είναι ενημερωτικό εξοπλίζοντας τον εκπαιδευόμενο με γνώσεις. Να αποσκοπεί στην ανάπτυξη ικανοτήτων και τέλος να αποσκοπεί στην αλλαγή στάσεων αξιών, νοοτροπίας. *(Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010)*

Για να συμβεί αυτό θα πρέπει η εκπαιδευτική διαδικασία να είναι συνεχής και επαναλαμβανόμενη. Ο εκπαιδευτικός κύκλος περιλαμβάνει τέσσερα στάδια. Το πρώτο αναφέρεται στον εντοπισμό των εκπαιδευτικών αναγκών που προκύπτουν εφόσον εντοπιστεί η διαφορά ανάμεσα στις απαιτούμενες και στις υπάρχουσες γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές.

Στο δεύτερο στάδιο γίνεται η κατάρτιση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, και η υλοποίησή τους. Με την ολοκλήρωσή τους ακολουθεί η αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου. Με τον τρόπο αυτό συλλέγονται χρήσιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος και τα οφέλη στη συνολική απόδοση του οργανισμού.

Πριν ξεκινήσει ένας καινούργιος εκπαιδευτικός κύκλος έχουν προηγηθεί τυχόν διορθώσεις για να επέρχεται πάντα το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

## Σηματική Απεικόνιση Εκπαιδευτικού Κύκλου



(Κατσαλής et al, 2009)

Οι υπάλληλοι μπορούν να καταρτιστούν και να αποκτήσουν νέες ικανότητες στα πλαίσια της εργασίας τους ως εξής:

- ✓ Προσανατολισμός νέων υπαλλήλων: Αυτή η μέθοδος μπορεί να είναι επίσημη (για παράδειγμα μια ημερίδα χρηματοδοτούμενη από τον εργοδότη) είτε ανεπίσημη (όταν ένα στέλεχος διαθέτει μισή ώρα για κάθε νέο υπάλληλο).
- ✓ Κατάρτιση μαθητευόμενων. Αυτά τα προγράμματα χρησιμοποιούνται ευρύτατα και δίνουν την ευκαιρία σε ένα άτομο να εργαστεί με χαμηλές αποδοχές, αλλά να μαθαίνει μια εργασία υπό την επίβλεψη ενός πεπειραμένου εργαζομένου.
- ✓ Εσωτερική εξειδίκευση τεχνικών, υπαλλήλων γραφείου, βοηθητικών υπαλλήλων, υποτροφίες. Αυτά τα προγράμματα προσφέρουν ευκαιρίες για αμειβόμενη εργασία σε έναν ελεγχόμενο εκπαιδευτικό τομέα. Για να συμμετέχει κάποιος σε αυτά απαιτείται ειδική εκπαίδευση. Για παράδειγμα η ολοκλήρωση της φοίτησης σε ιατρική σχολή θεωρείται προϋπόθεση για την εργασία ειδικευμένου γιατρού σε ένα νοσοκομείο.
- ✓ Εναλλαγή εργασιών: Πολλές εταιρίες υποστηρίζουν την εναλλαγή του προσωπικού τους, ιδιαίτερα των στελεχών τους, κάθε δύο ή τρία χρόνια, ώστε τα στελέχη να αποκτήσουν ολοκληρωμένη εικόνα της επιχείρησης.
- ✓ Καθοδήγηση: Τα στελέχη θα πρέπει να καθοδηγούν και να συμβουλεύουν τους υφισταμένους τους.

Επίσης, ένα στέλεχος θα πρέπει να δέχεται τις συμβουλές του προϊσταμένου του βασιζόμενος σε κάποια έκθεση αξιολόγησης της απόδοσης ή σε μια άτυπη συζήτηση.

✓ Συναντήσεις προσωπικού ενός τμήματος: Ένα στέλεχος μπορεί να ορίσει συναντήσεις που θα γίνονται κάθε μία ή δύο εβδομάδες, στις οποίες τα μέλη του προσωπικού θα μπορούν να παρουσιάζουν εκθέσεις σχετικά με τα προγράμματα και τις δραστηριότητές τους.

✓ Σεμινάρια χρηματοδοτούμενα από την εταιρία: Σκοπός αυτών των σεμιναρίων είναι να ανταλλάξουν τα στελέχη εμπειρίες και γνώσεις. Η εφαρμογή αυτής της εμπειρίας στη δουλειά αναμένεται ότι θα αυξήσει την παραγωγικότητα και θα δώσει τη δυνατότητα στους υπαλλήλους να αναλάβουν σοβαρότερα καθήκοντα.

#### **Εκπαίδευση εκτός εργασίας:**

✓ 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.

✓ Εκπαιδευτική βοήθεια ή επιδοτούμενα προγράμματα. Πολλές εταιρίες προσφέρουν εκπαιδευτική βοήθεια για μαθήματα που σχετίζονται με την εργασία του υπαλλήλου.

*(Montana et al, 2002, σελ 284-285)*

Η μεταφορά και η εφαρμογή της γνώσης που αποκτήθηκε μέσα από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα εξαρτάται από τις συνθήκες που επικρατούν στον εργασιακό χώρο. Μπορεί να υπάρξουν εμπόδια ενδεχομένως από τον προϊστάμενο, ή ελλιπή υποστήριξη από πλευράς συναδέλφων. Ορισμένες φορές δεν υπάρχουν τα μέσα και ο χρόνος. Είναι λοιπόν σημαντικό να υπάρξει ενημέρωση των προϊστάμενων από πριν και να δοθεί χρόνος στους εκπαιδευόμενους για πρακτική άσκηση. Οι εκπαιδευθέντες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν παρουσιάσεις σε συναδέλφους.

Λίγο μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης θα πρέπει να υπάρχει μια μορφή ανταμοιβής για να ενισχυθούν εκείνοι που συμμετείχαν επιτυχώς στο πρόγραμμα επιμόρφωσης.

« Η δημιουργία ενός συστήματος εσωτερικής επικοινωνίας (Network) θα μπορεί να εφοδιάζει τους ανθρώπους της επιχείρησης με όλες εκείνες τις γνώσεις και πληροφορίες, οι οποίες θα αποτελέσουν τη βάση για την καινοτομία» *(Ελευθερίου, 2004, σελ 29)*.

## 2.2.4 Υποκίνηση Πολιτική Αμοιβών και Ανταμοιβών

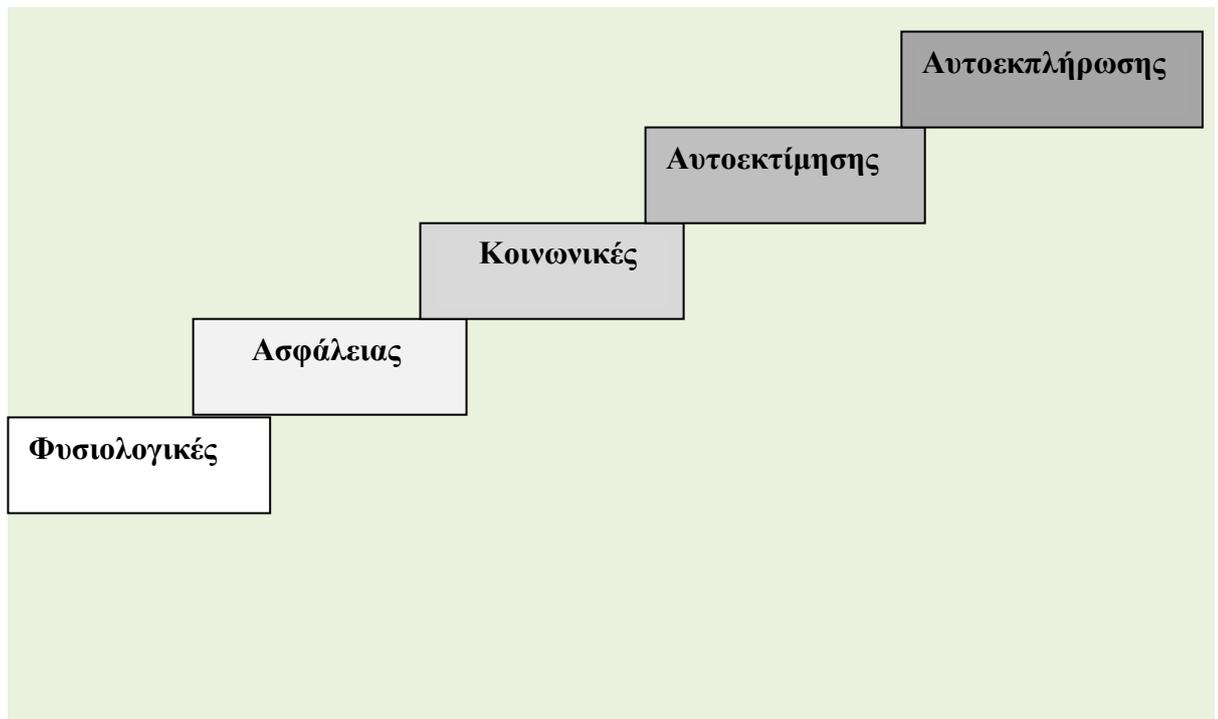
Υποκίνηση είναι η διαδικασία της παρότρυνσης ενός ατόμου να προβεί σε ενέργειες για την επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου. Υπάρχουν πολλές θεωρίες υποκίνησης. Μια από τις πρώτες είναι η παραδοσιακή θεωρία, που βασίζεται στην υπόθεση ότι το πρωταρχικό κίνητρο είναι τα χρήματα. (Montana et al, 2002,σελ 298)

Όταν ένας εργαζόμενος υποκινείται σε μεγάλο βαθμό τότε παρατηρείται αύξηση της παραγωγικότητας. Επιπλέον αισθάνεται ικανοποιημένος από την εργασίας του, αποφεύγει τις απουσίες, την αργοπορία και τα παράπονα.

Η διαδικασία της υποκίνησης βασίζεται στο γεγονός ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες δημιουργούν ένταση, δυσαρέσκεια και απογοήτευση στο άτομο. Το πιο διαδεδομένο μοντέλο υποκίνησης είναι εκείνο που αναπτύχθηκε από τον Abraham H. Maslow.

Σύμφωνα με τον Maslow μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντας υποκίνησης.

**Ο Maslow υποστήριξε ότι υπάρχουν πέντε επίπεδα αναγκών από τα οποία εξαρτάται όλη σχεδόν η συμπεριφορά των εργαζομένων όπως φαίνονται στο παρακάτω σχήμα:**



Ο Maslow θεωρούσε ότι μια ανάγκη θα πρέπει να ικανοποιηθεί σε κάποιο ελάχιστο βαθμό πριν ασχοληθεί το άτομο με το ανώτερο επίπεδο αναγκών. Μόλις το άτομο φτάνει σε αυτό το σημείο, αρχίζει να αισθάνεται την ένταση που προέρχεται από το επόμενο επίπεδο στην ιεραρχία των αναγκών, οπότε αρχίζει να πειραματίζεται με νέου τύπου συμπεριφορές προκειμένου να ικανοποιήσει τη νέα ανάγκη.

Ο Frederic I. Herzberg προσέγγισε με διαφορετικό τρόπο την υποκίνηση. Ο Maslow ασχολήθηκε με τα αίτια της υποκίνησης στη ζωή γενικά, ενώ ο Herzberg επικεντρώθηκε στην εργασία και την ολοκλήρωσή της. Κατέληξε όμως στο συμπέρασμα ότι και στο περιβάλλον της εργασίας υπάρχουν ανάγκες παρόμοιες με αυτές που υπέδειξε ο Maslow.

Ως άμεσες πηγές υποκίνησης για αποτελεσματική εργασία λειτουργούν οι ανάγκες που βρίσκονται στα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοεκπλήρωσης. Αυτά τα ανώτερα επίπεδα αναγκών ο Herzberg τα ονόμασε κίνητρα.

Στα κατώτερα επίπεδα αναγκών, και ιδιαίτερα των βασικών βιολογικών αναγκών και της ανάγκης για ασφάλεια ο Herzberg έδωσε τον όρο αντικίνητρα, γιατί θεώρησε ότι δεν αποτελούν παράγοντες υποκίνησης.

Γενικότερα, η υποκίνηση επηρεάζεται από την ηλικία και τις προσωπικές περιστάσεις, από τη φάση της ζωής ή της σταδιοδρομίας στην οποία βρίσκεται κάποιος, καθώς και από το εξωτερικό περιβάλλον.

Φαίνεται ότι στο μέλλον θα απαιτείται συνεχής επανεκπαίδευση των διοικητικών στελεχών ώστε να μπορούν να αξιοποιούν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες για σταδιοδρομία και για ασφάλεια (σταθερή απασχόληση), προσφέροντας ευκαιρίες στους εργαζομένους για την ικανοποίηση των αναγκών αυτοεκτίμησης και αυτοολοκλήρωσης. (Montana et al, 2002).

Συνοπτικά παραδείγματα θετικών και αρνητικών κινήτρων που αφορούν τις ανθρώπινες ανάγκες αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί:

ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΘΕΤΙΚΩΝ ΚΙΝΗΤΡΩΝ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΚΙΝΗΤΡΩΝ
<p>Ανάγκες φυσικές και ασφάλειας</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Επαρκής αμοιβή και άλλες παροχές</li> <li>➤ Προαγωγή στην ιεραρχία της επιχείρησης</li> <li>➤ Σταθερότητα στους όρους εργασίας</li> <li>➤ Σωστή συμπεριφορά</li> <li>➤ Βεβαιότητα για την εκτίμηση της εργασίας που προσφέρεται</li> <li>➤ Ασφαλείς συνθήκες εργασίας</li> <li>➤ Αναγκαίος και σύγχρονος εξοπλισμός</li> <li>➤ Επαρκής θέρμανση και εξαερισμός</li> <li>➤ Επαρκή διαλείμματα εργασίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ανεπαρκής αμοιβή, καμιά άλλη χρηματική παροχή, φόβος μήπως χάσει ο εργαζόμενος τη δουλειά του</li> <li>➤ Υποβιβασμός, ασυνεπής συμπεριφορά</li> <li>➤ Αβεβαιότητα για την εκτίμηση της εργασίας που προσφέρεται</li> <li>➤ Επικίνδυνες συνθήκες εργασίας</li> <li>➤ Ανεπαρκής εξοπλισμός</li> <li>➤ Ακατάλληλο περιβάλλον εργασίας</li> </ul>
<p>Ανάγκες κοινωνικές</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Αρμονική συνεργασία με την ομάδα εργασίας και καλές σχέσεις με όλους τους συναδέλφους</li> <li>➤ Ανταμοιβές και αναγνώριση για την επιτυχή επίδοση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Δυσαρμονία στις σχέσεις με την ομάδα και τους συναδέλφους</li> <li>➤ Παραγνώριση της προσφοράς του εργαζομένου</li> </ul>
<p>Ανάγκες για αυτοσεβασμό και αυτοεκπλήρωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων</li> <li>➤ Ευκαιρίες για πρωτοβουλία και δημιουργικότητα</li> <li>➤ Εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του εργαζομένου και η συμπεριφορά προς αυτόν σαν να ήταν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Καθόλου εξουσιοδότηση και ανάθεση μονότονης και τυποποιημένης εργασίας</li> <li>➤ Δυσπιστία προς το πρόσωπο του εργαζομένου</li> </ul>

Προσαρμογή από το έργο του F. Carvell, *Human Relations in business*, McMillan Co. 1970. ( *Ενηροτόρη-Κουφίδου, 2010, σελ 367*)

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή της ενότητας, ο ρόλος των αμοιβών είναι υποκινητικός στην απόδοση των εργαζομένων. Η πολιτική των αμοιβών που ακολουθείται, συμβάλλει στην επίτευξη της στρατηγικής. Εάν η επιχείρηση επιδιώκει να προσελκύσει έμπειρα και ικανά στελέχη, τότε θα ακολουθήσει μια πολιτική υψηλών αμοιβών και παροχών, σε σχέση με τους ανταγωνιστές της. Στην περίπτωση αυτή, η υψηλή παραγωγικότητα που προσδοκάται αντισταθμίζει το κόστος.

Η διοίκηση της απόδοσης των εργαζομένων, με τη χρήση συστημάτων εκτίμησης των αποτελεσμάτων, δηλαδή της απόδοσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων, πληροφορεί τη διοίκηση και τα προϊστάμενα στελέχη για το βαθμό στον οποίο επιτυγχάνονται οι στόχοι της στρατηγικής που επιλέγεται.

Μια επιχείρηση που ακολουθεί πολιτική ανταμοιβών για μεγιστοποίηση της απόδοσης των εργαζομένων χρησιμοποιεί δύο ειδών ανταμοιβές: **α) τις εξωτερικές** που σχετίζονται με το περιεχόμενο της εργασίας και **β) τις εσωτερικές** που σχετίζονται με την προσωπικότητα κάθε ατόμου.

**Στις εξωτερικές ανταμοιβές** περιλαμβάνονται οι οικονομικές, δηλαδή μισθοί, ημερομίσθια, συμμετοχή στα κέρδη, συνταξιοδοτικά προγράμματα, απόκτηση μετοχών, υγειονομική ασφάλιση, ευκαιρίες για εκπαίδευση και μετεκπαίδευση κα. Επίσης στις εξωτερικές ανταμοιβές περιέχονται οι συνθήκες εργασίας και η εξασφάλιση απασχόλησης.

**Στις εσωτερικές ανταμοιβές** περιλαμβάνονται οι λεγόμενες ψυχολογικές ανταμοιβές που καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες του ατόμου, δηλαδή ανάγκες εκτίμησης και αυτοεκπλήρωσης. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν, η επαφή και η συναναστροφή με άλλα άτομα, το γόητρο, το κύρος, η δύναμη και γενικά η αναγνώριση των υπηρεσιών που προσφέρει ο εργαζόμενος. Τα τελευταία χρόνια διαμορφώνεται η τάση για πιο ευέλικτα συστήματα αμοιβών. Επιδίωξη αποτελεί η αύξηση της παραγωγικότητας και η μείωση του κόστους εργασίας.

Επιπρόσθετα τα πακέτα αμοιβών διαφοροποιούνται και προσαρμόζονται ατομικά για κάθε εργαζόμενο ανάλογα με την απόδοση. Η διαπραγματεύση της αμοιβής γίνεται σε επίπεδο επιχείρησης και όχι σε εθνικό επίπεδο όπως συνέβαινε παλαιότερα. Υιοθετούνται συστήματα πρόσθετων παροχών όπως διανομή κερδών, ομαδικές ανταμοιβές κα.

Σε ορισμένες χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Βρετανία), τα επίπεδα των αμοιβών αποτελούν συμβολική διάκριση των ιεραρχικών επιπέδων. Στις Γαλλία, Πορτογαλία και Ισπανία επικρατούν συστήματα που ανταμείβουν την ατομική απόδοση. Τέλος σε Γερμανία, Βρετανία και Δανία ανταμείβεται και η ομαδική απόδοση. (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2010)

### **Στόχοι της πολιτικής αμοιβών είναι:**

- 1) Αμοιβή που θεωρείται δίκαιη από τον εργαζόμενο και τον εργοδότη.
- 2) Αμοιβή που υποκινεί τον εργαζόμενο να εργάζεται αποτελεσματικά.
- 3) Οι αμοιβές να ανταποκρίνονται στις δυνατότητες του εργοδότη.
- 4) Οι αμοιβές να προσαρμόζονται στην ομάδα των εργαζομένων που απευθύνονται.
- 5) Κάθε εργαζόμενος αμείβεται σύμφωνα με τις γνώσεις, τις ικανότητές του, και την προσπάθεια που καταβάλλει.
- 6) Η αμοιβή να προσφέρει αίσθημα ασφάλειας με πρόσθετες παροχές.

### **2.2.5 Αξιολόγηση**

Αξιολόγηση είναι μια μέθοδος συγκέντρωσης πληροφοριών, σχετικά με την απόδοση και τα επιτεύγματα ενός εργαζομένου για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, με σκοπό τη σύγκριση με ένα σύνολο στόχων ή προτεινόμενων προτύπων απόδοσης.

*(Κατσαλής et al. 2009)*

Η αξιολόγηση μπορεί να είναι καθημερινή, από τη διαρκή επαφή με τον εργαζόμενο ή ετήσια. Στη διαδικασία της αξιολόγησης μπορεί να μην υπάρχει η συμμετοχή του εργαζομένου, δηλαδή βαθμολογείται αρχικά από τον προϊστάμενο και κατόπιν η έκθεση αξιολόγησης κοινοποιείται στον ίδιο.

Από την άλλη πλευρά υπάρχει η συνέντευξη αξιολόγησης στην οποία ο εργαζόμενος συμμετέχει ενεργά εκφράζοντας την άποψή του και τις φιλοδοξίες του, ενώ μέσα από διάλογο εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα για τη βελτίωση της απόδοσης. Η δεύτερη μέθοδος έχει χαρακτήρα αναπτυξιακό και δεν ασκεί απλά κριτική όπως συμβαίνει στην πρώτη περίπτωση.

### **Σκοπός της συνέντευξης αξιολόγησης είναι:**

- ⇒ **Να εντοπίσει ο εργαζόμενος τα δυνατά και αδύνατα σημεία του.**
- ⇒ **Να αντιληφθεί τι ακριβώς ζητιέται από αυτόν.**
- ⇒ **Να πάρει αναπληροφόρηση για την εργασία του.**
- ⇒ **Να εντοπιστούν τα προβλήματα και τα εμπόδια.**
- ⇒ **Να βρεθούν και να συμφωνηθούν λύσεις.**
- ⇒ **Να μπουν στόχοι για την επόμενη περίοδο.**

**Οι στόχοι της αξιολόγησης της απόδοσης είναι:**

- **Να αξιολογεί τα επιτυγχανόμενα αποτελέσματα έναντι των αναμενόμενων.**
- **Να καθορίζει τυχόν αποκλίσεις ή αδυναμίες, έναντι των απαιτήσεων της θέσης σε γνώσεις, ικανότητες, συμπεριφορά και συνεργασία.**
- **Να εντοπίζει διορθωτικές ενέργειες που μπορεί να χρειάζονται, είτε σε σχέση με το άτομο είτε σε σχέση με την οργάνωση και το περιεχόμενο της εργασίας.**
- **Να εντοπίζει εκπαιδευτικές και επιμορφωτικές ανάγκες.**
- **Να αξιολογεί τις δυνατότητες εξέλιξης και ανάληψης υψηλότερων ευθυνών.**
- **Να εξυπηρετεί την ανάπτυξη συντονισμένης και τεκμηριωμένης διαδικασίας προαγωγών, τοποθετήσεων και διαδοχής, για καλύτερη αξιοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού και καλύτερη στελέχωση.**
- **Να συμβάλλει στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ προϊσταμένων, υφισταμένων και άλλων συνεργατών.**
- **Να αποτελεί ένα μέσο «παρακίνησης» για παραπέρα προσπάθεια βελτίωσης της απόδοσης.**

*(Κατσαλής et al, 2009)*

## 2.2.6 Υγιεινή και Ασφάλεια Εργαζομένων στο Χώρο Εργασίας

Οι στόχοι της υγιεινής και ασφάλειας σύμφωνα με τον WHO (1986) είναι:

- ✓ Η προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας, η δυνατότητα δηλαδή που έχουν οι εργαζόμενοι να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους.
- ✓ Η ορθή αντιμετώπιση της ασθένειας και του ατυχήματος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας.

Στην Ελλάδα με την ψήφιση του Ν. 1568/85 «Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων» έγινε η σημαντικότερη προσπάθεια για τον εκσυγχρονισμό του νομοθετικού πλαισίου που ίσχυε τότε. Η εφαρμογή των διατάξεων του νόμου επεκτάθηκε από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις στο Δημόσιο τομέα. **Σύμφωνα με την αρχή της ευθύνης του εργοδότη:** “Ο Εργοδότης είναι υπεύθυνος για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων στην επιχείρησή και δεν απαλλάσσεται από την ευθύνη ούτε όταν οι εργαζόμενοι δεν τηρούν τις υποχρεώσεις τους. Έχει επιπλέον την υποχρέωση να παρέχει υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου, με ανάθεση στον τεχνικό ασφαλείας ή/και στο γιατρό εργασίας ή/και σε αρμόδιες Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης”. (Ψαρόπουλος, 2013).

**Οι εργαζόμενοι έχουν υποχρέωση** να εφαρμόζουν τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, να χρησιμοποιούν σωστά τον ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό, τις επικίνδυνες ουσίες, τα μηχανήματα, τα μεταφορικά μέσα, τα εργαλεία κ.λπ. Πληροφορούνται συνεπώς από τον εργοδότη για τους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με την έκθεσή τους σε παράγοντες, καθώς και για τα τεχνικά μέσα πρόληψης που πρέπει να τηρούν. Επιπλέον οι εργαζόμενοι έχουν την υποχρέωση να αναφέρουν αμέσως στον εργοδότη καταστάσεις που παρουσιάζουν κίνδυνο καθώς και τυχόν έλλειψη συστημάτων προστασίας. Υποχρέωση επίσης των εργαζομένων είναι η παρακολούθηση σχετικών επιμορφωτικών προγραμμάτων.

Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να εκλέγουν **Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας** ή αντιπρόσωπο (άρθ. 2 του ν.1568/85, αρθ. 3 του ΠΔ. 17/96). Ο αριθμός των μελών της επιτροπής καθορίζεται ανάλογα με τον αριθμό των εργαζομένων. Για παράδειγμα σε επιχειρήσεις με 20 εργαζομένους 1 μέλος, από 21 έως 100 εργαζομένους 2 μέλη, από 101 έως 300 εργαζομένους 3 μέλη κ.ο.κ. Αρμοδιότητες αυτής της επιτροπής είναι να μελετά τις συνθήκες εργασίας, να προτείνει τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή ατυχημάτων και να επισημαίνει τους κινδύνους.

Επιπλέον να συμμετέχει στη διαμόρφωση πολιτικής για την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου, να καλεί τον εργοδότη να λάβει τα κατάλληλα μέτρα, να ενημερώνεται για τυχόν αλλαγές στην παραγωγική διαδικασία για τυχόν επίδραση στις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας. Τέλος να ζητά τη συνδρομή εμπειρογνομόνων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας με τη σύμφωνη γνώμη του εργοδότη.

Συνεπώς, ο ρόλος της πολιτείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία. Είναι αναγκαία συνεπώς η χάραξη πολιτικής, για την παραγωγή νομοθετικού, ενημερωτικού, ερευνητικού και ελεγκτικού έργου. ( *Ψαρόπουλος, 2013*).

Για το ζήτημα αυτό την κύρια αρμοδιότητα έχουν οι υπηρεσίες του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας (π.χ. Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας, η Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας, το Κέντρο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας κ.α.). Αρμόδιο όργανο για την επίβλεψη της εφαρμογής των διατάξεων της νομοθεσίας είναι το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Ν. 2639/98), το οποίο μπορεί να εισέρχεται ελεύθερα σε κάθε χώρο εργασίας ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα, χωρίς προειδοποίηση, οποιαδήποτε ώρα. Επιπλέον, δύναται να διενεργεί δειγματοληψίες, αναλύσεις, μετρήσεις παραγόντων και να λαμβάνει φωτογραφίες. Έχει το δικαίωμα να προσφεύγει στη δικαιοσύνη και να επιβάλλει διοικητικές κυρώσεις. Επίσης μπορεί να διακόπτει τη λειτουργία μιας επιχείρησης ή ενός τμήματος όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος, συντάσσοντας εκθέσεις αυτοψίας, και συμβάλλοντας στην επίλυση ατομικών ή συλλογικών διαφορών όταν προκύπτουν. Σημαντική υποχρέωση των επιθεωρητών είναι να τηρούν το επιχειρησιακό απόρρητο. Τυχόν παρεμπόδιση την εισόδου των επιθεωρητών εργασίας ή η παροχή ψευδών στοιχείων συνεπάγεται ποινικές κυρώσεις.

Οι διατάξεις του ΠΔ. 16/96 συμπληρώνουν τον προηγούμενο νόμο σε θέματα που αφορούν τους χώρους εργασίας μέσα στα κτίρια της επιχείρησης. Περιγράφονται λοιπόν οι ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους αυτούς, σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ. Για παράδειγμα περιγράφονται οι προδιαγραφές που αφορούν τις Οθόνες Οπτικής Απεικόνισης, τη θερμική καταπόνηση, το κάπνισμα, τα μέσα ατομικής προστασίας, τη χειρονακτική διακίνηση φορτίων, το χρόνο εργασίας (νυχτερινή, βάρδιες), τους χημικούς παράγοντες, τους βιολογικούς παράγοντες, τους καρκινογόνους παράγοντες, τους φυσικούς παράγοντες (θόρυβος, κραδασμοί, σκόνη) κ.λπ.

Γενικά, οι κίνδυνοι για την ασφάλεια των εργαζομένων μπορεί να προέρχονται από τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό της εργασίας, τις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, τις επικίνδυνες ουσίες κ.λπ.

Περαιτέρω ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ατύχημα είναι η ηλικία των εργαζομένων. Για παράδειγμα οι νέοι παθαίνουν περισσότερα ατυχήματα λόγω έλλειψης πείρας. Ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας για ατυχήματα είναι η απειρία και η άγνοια που έχουν οι ανειδίκευτοι ή οι μαθητευόμενοι.

Επιπρόσθετα η διανοητική ικανότητα κάθε ανθρώπου είναι σημαντική σε θέματα αντίληψης, ευστροφίας και ετοιμότητας. Τέλος οι κακές συνήθειες μπορούν να γίνουν αιτία ατυχημάτων πχ λόγω βιασύνης, επιπολαιότητας, απροσεξίας, ανυπακοής κ.λπ. (*Ψαρόπουλος, 2013*).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 3.1 Η Ιδιαιτερότητα της Υπηρεσίας «Υγεία»

Η παραγωγή ενός αγαθού σε μία ιδιωτική επιχείρηση, περιλαμβάνει ενέργειες όπως, την αγορά πρώτων υλών, τον απαραίτητο μηχανολογικό εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τη χρηματοδότηση κα., προκειμένου να οργανωθεί η παραγωγική διαδικασία. Κύρια επιδίωξη των παραπάνω επιχειρήσεων είναι η μεγιστοποίηση των πωλήσεων, δηλαδή το κέρδος, σε συνδυασμό με την ελαχιστοποίηση του κόστους παραγωγής. Στα πλαίσια μιας ελεύθερης αγοράς ο καταναλωτής αποφασίζει εάν θα αγοράσει τελικά το προϊόν ή την υπηρεσία στο χρόνο που επιθυμεί και από τον προμηθευτή που ο ίδιος επιλέγει.

Όμως στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, ο ασθενής δεν ελέγχει ο ίδιος, ούτε μπορεί να προβλέψει τη ζήτηση. Η ζήτηση του αγαθού «Υγεία» είναι το είδος της θεραπείας ενός ασθενή και καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό.

Περαιτέρω, η αγορά των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, ασύμμετρη πληροφόρηση και υπερκατανάλωση εξαιτίας της *de facto* ασφαλιστικής κάλυψης. (Κωσταγιόλας *et al*, 2008). Μια άλλη διαφορά είναι ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα διακοπής της κατανάλωσης και επιστροφής του προϊόντος εάν ο χρήστης δε μείνει ικανοποιημένος. Κατά συνέπεια μια λάθος επιλογή στον τομέα της υγείας μπορεί να έχει καταστροφικές και μη αναστρέψιμες συνέπειες. (Wiles & Higgins, 1989)

Στη σημερινή εποχή αναμορφώνεται ο σκοπός των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας που είναι η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος όπως συμβαίνει και στον ιδιωτικό τομέα.

Πιο αναλυτικά, για την παραγωγή του αγαθού «Υγεία», χρειάζονται οι πρώτες ύλες, δηλαδή ο εξοπλισμός, τα μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας (π.χ. αξονικός τομογράφος, αντλίες έγχυσης φαρμάκων, μόνιτορ, υπέρηχοι κλπ) και το κατάλληλα εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό (νοσηλευτικό, ιατρικό, διοικητικό, τεχνικό προσωπικό κλπ).

Ο χρήστης δεν αισθάνεται χαρά όταν καταναλώνει υπηρεσίες υγείας, αλλά διακατέχεται από φόβο, άγχος και πόνο. Επιπλέον αναγκάζεται να συμμορφωθεί με τις ιατρικές εντολές καθώς δεν έχει τη δυνατότητα να ερευνήσει άλλες πηγές προσφοράς υπηρεσιών (προμηθευτές), εξαιτίας του επείγοντος της κατάστασής του, ή της απουσίας εναλλακτικής λύσης, ή του μορφωτικού επιπέδου κ.λπ.

Από την άλλη πλευρά, η εισαγωγή του ασθενούς-χρήστη στο νοσοκομείο συνεπάγεται κόστος για τον ίδιο, λόγω απουσίας από την εργασία του, αλλά και για τον ασφαλιστικό φορέα που καλύπτει τη δαπάνη. (Κωσταγιόλας et al, 2008).

Επιπρόσθετα, μια άλλη διαφορά της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι ότι το αγαθό “υγεία” δεν αγοράζεται απευθείας από τον καταναλωτή, αλλά οι δαπάνες καταβάλλονται από το ταμείο στο οποίο ανήκει. Από την πλευρά τους οι προμηθευτές, οι γιατροί και τα συστήματα υγείας δε λειτουργούν σε συνθήκες τέλειου ανταγωνισμού. Η προσφορά των υπηρεσιών δε στηρίζεται στην τιμή αλλά σε άλλους παράγοντες όπως στη διαφήμιση (ιδιωτικά κέντρα) ή στη διαπλεκόμενη σχέση των παρόχων υπηρεσιών υγείας με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης η οποία δημιουργεί τη ζήτηση.

Συνεπώς η επέμβαση του κράτους είναι αναγκαία για τον καθορισμό της τιμής και της ποσότητας, διότι η υγεία είναι υπηρεσία που παράγεται σε μεγάλο βαθμό από το κράτος και αποτελεί δημόσιο αγαθό. Η πολιτική που ακολουθεί κάθε κυβέρνηση επηρεάζει την παραγόμενη ποσότητα σε συνάρτηση με το τι είναι βέλτιστο για την κοινωνία, ενώ η τιμή καθορίζεται ανάλογα με τους στόχους της. (Δικαίος et al, 1997-1999).

### **3.2 Οργάνωση Εθνικού Συστήματος Υγείας**

**Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.**

Σύμφωνα με το άρθρο 5 η περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

Τα δημόσια νοσοκομεία ιδρύονταν μόνο ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, αλλά σήμερα μπορούν να έχουν και άλλη νομική μορφή. Υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες και ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

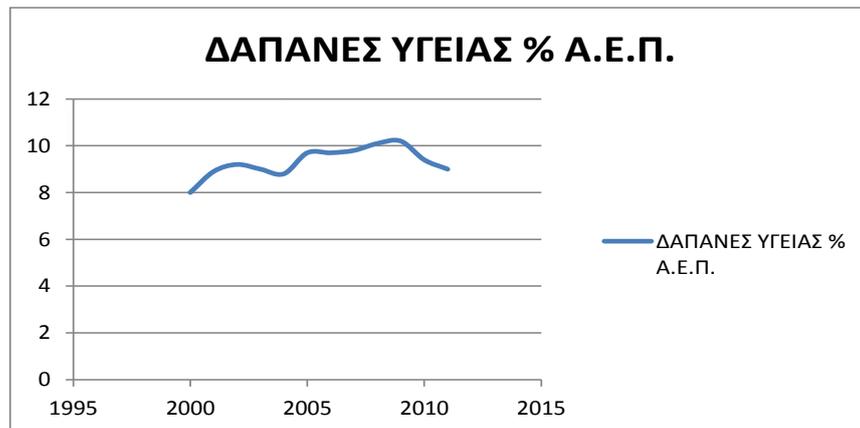
Τα επόμενα χρόνια ακολούθησαν και άλλες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες εξαιτίας της ελλιπούς εφαρμογής του νόμου 1397/1983. Το 1992 επιτράπηκε στην Ελλάδα η ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων (Ν. 2071). Εκείνη την περίοδο ελήφθησαν κάποια μέτρα, χωρίς να έχουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα, σχετικά με τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος. Επιπρόσθετα συνάπτονται συμβάσεις από πλευράς ασφαλιστικών ταμείων με ιδιώτες και αυξάνονται οι αποζημιώσεις προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Η δεύτερη σημαντική μεταρρυθμιστική προσπάθεια έγινε με το νόμο 2889/2001 με τον οποίο θεσμοθετήθηκαν πιο σύγχρονες μέθοδοι διοίκησης των νοσοκομείων για τον περιορισμό του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας:

- ⇒ Συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ) ως Ν.Π.Δ.Δ. στα οποία υπάγονταν οι μονάδες του ΕΣΥ, με σκοπό την ενδυνάμωση της διαπραγματευτικής ικανότητας του δημοσίου σε έργα και προμήθειες. Το 2005 μετονομάστηκαν σε Δ.Υ.ΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας) με τον Νόμο 3329/2005.
- ⇒ Το διορισμό managers-διοικητών στα νοσοκομεία με προκήρυξη και την επιλογή τους από την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Με τον Νόμο 3329/2005 επήλθε αλλαγή στην επιλογή των Διοικητών από τον Υπουργό Υγείας.
- ⇒ Τη λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των νοσοκομείων με οικονομική συμμετοχή των χρηστών.  
(Κωσταγιόλας *et al*, 2008, σελ 56)

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, συγκριτικά με παρελθόντα έτη, διέθεσε σημαντικούς οικονομικούς πόρους για την υγεία (10% του ΑΕΠ), δίνοντας μεγάλη σημασία στην ανάπτυξη δημόσιων νοσοκομείων, απασχολώντας το 4,5% του εργατικού δυναμικού. Ωστόσο δε δόθηκε έμφαση στην ποιότητα από πλευράς υπηρεσιών και ξενοδοχειακών υποδομών και στη δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων (Liaropoulos, 1995). Κατά συνέπεια το μειονέκτημα αυτό αποτέλεσε πλεονέκτημα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Πιο αναλυτικά, η δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα τα έτη 2008 και 2009 κυμαίνονταν στο 10,2 % του ΑΕΠ. Από το 2009 και μετά παρατηρήθηκε σταδιακή πτώση φτάνοντας το 2012 στο 9,3% του ΑΕΠ. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται από το 2000 έως το 2012 η σταδιακή εξέλιξη των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό επί τοις εκατό του ΑΕΠ.



(Πηγή: Organisation for economic co-operation and development)

Η ελληνική οικονομία παρουσίαζε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης έως το 2008, ενώ από το 2009 φάνηκαν σημεία ύφεσης εξαιτίας της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης. Από το 2010 και μετά η ύφεση εντάθηκε οδηγώντας την Ελλάδα σε ένταξη στο ΔΝΤ. Ο δραστικός περιορισμός των δημοσίων δαπανών επηρέασε αρνητικά την εξέλιξη του ΑΕΠ που σημείωνε πτώση έως το 2013. Δηλαδή από τα 233,2 δις € το 2008, μειώθηκε στα 195,0 δις € το 2012, στη συνέχεια στα 184,5 δις € το 2013, ενώ το 2014 παρατηρείται αύξηση στα 185,0 δις € (πηγή: Eurostat, Ευρωπαϊκή Επιτροπή). Η εξέλιξη αυτή επηρέασε αρνητικά τον κλάδο της υγείας με περιστολή των κρατικών δαπανών. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σταδιακά από 23.186,1 δις € που ήταν το 2009 σε 17.708,5 δις € το 2012.

Σήμερα, τα έσοδα των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ προέρχονται από χρέωση των Κ.Ε.Ν.<sup>1</sup> ως απαίτηση από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Από 1/1/2013 τα έσοδα αυτά λαμβάνονται από τον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) συμπεριλαμβανομένων και των αντίστοιχων επιχορηγήσεων που δίνονται από το Υπουργείο Οικονομικών για τον σκοπό αυτό (Ν. 4052/2012).

**1. Τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΚΕΝ), είναι πακέτα πληρωμής από τα ασφαλιστικά ταμεία ανάλογα με την τελική διάγνωση του κάθε ασθενή που συμπεριλαμβάνουν τα πάντα. Επίσης συνδέονται με την κωδικοποίηση των διαγνώσεων ICD10. Για κάθε κατηγορία νοσηλίου υπάρχει μια μέση διάρκεια νοσηλείας. Οι επιπλέον μέρες από τη μέση διάρκεια νοσηλείας χρεώνονται καθώς και όλες οι εξετάσεις, τα υλικά και τα φάρμακα.**

### **3.3 Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.**

Σύμφωνα με τον Νόμο 3329/2005 η επικράτεια διαιρείται σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες.

**1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ με έδρα την Αθήνα**

**2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ με έδρα τον Πειραιά**

**3<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ με έδρα τη Θεσσαλονίκη**

**4<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ με έδρα τη Θεσσαλονίκη**

**5<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ με έδρα τη Λάρισα**

**6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ με έδρα την Πάτρα**

**7<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ με έδρα το Ηράκλειο**

Η εποπτεία και ο έλεγχος ασκείται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα με τη σειρά τους υπάγονται ανάλογα με τη γεωγραφική θέση στην Υγειονομική Περιφέρεια που τους αντιστοιχεί.

Σκοπός των Υ.ΠΕ είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας που βρίσκονται στα όρια τους. Επιπρόσθετα εισηγούνται στο Υπουργό Υγείας μέτρα και προτάσεις για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.

Επιπλέον ασχολούνται με θέματα που αφορούν το προσωπικό (μετατάξεις, αποσπάσεις, μεταθέσεις), και εισηγούνται στο Υπουργείο Υγείας τον ετήσιο προγραμματισμό που αφορά τις προσλήψεις. Περαιτέρω αποφασίζουν για την τοποθέτηση των προϊσταμένων Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και τομέων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας δηλαδή στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας κ.λπ..

### 3.4 Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων

Σύμφωνα με το άρθρο 15 του Π.Δ. 87/1986 « Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων», ο οργανισμός κάθε νοσοκομείου ορίζει:

- Τη νομική μορφή του
- Την επωνυμία του
- Τον αριθμό των κλινών και την κατανομή τους στους τομείς
- Τους τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Τη διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και τις αρμοδιότητές τους
- Τους κλάδους προσωπικού
- Τις κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και τη διαβάθμισή τους
- Το σκοπό, την έδρα, τη σφραγίδα, και τις πηγές εσόδων του.

Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Π.Δ. 87/27-3-1986 ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού κάθε νοσοκομείου ορίζεται σε ποσοστό:

- **6-15% για την ιατρική υπηρεσία**
- **35-45% για την νοσηλευτική υπηρεσία**
- **35-40% για τη διοικητική υπηρεσία**

### 3.5 Όργανα Διοίκησης Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. (Ν.3329/2005), όπως τροποποιήθηκε από το Νόμο 3868/2010 είναι:

**α) 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. (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.

**β) 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, προϊστάται 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.

**A) Ιατρική**

**B) Νοσηλευτική**

**Γ) Διοικητική-Οικονομική**

**Δ) 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.

**Α)Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας** είναι η προώθηση και η προαγωγή της υγείας, η έρευνα και η εκπαίδευση, η παροχή υπηρεσιών υγείας, ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην ιατρική υπηρεσία προϊστάται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας με κύριο έργο του την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας, ως διοικητικός προϊστάμενος.

Σε κάθε τμήμα επίσης προϊστάται ιατρός Δ/ντής ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας με βαθμό διευθυντή (Ν.2889/2001 άρθρο 7).

Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγονται οι ιατροί, οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί, οι ακτινοφυσικοί, οι χημικοί, οι ψυχολόγοι, οι διαιτολόγοι, κα.

Επιπλέον στην ιατρική υπηρεσία κάθε νοσοκομείου λειτουργεί φαρμακευτικό τμήμα. Τα τμήματα και οι μονάδες του τομέα κάθε νοσοκομείου (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός κλπ) 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:**

- Στον Παθολογικό τομέα υπάγονται τα τμήματα: Παθολογικό, Καρδιολογικό και Παιδιατρικό.
- Στον Χειρουργικό τομέα υπάγονται τα τμήματα: Χειρουργικό, Μαιευτικό-Γυναικολογικό και Αναισθησιολογικό.
- Στον εργαστηριακό τομέα τα τμήματα: Μικροβιολογικό, Ακτινοδιαγνωστικής και 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 (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.

**Β) 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).

**Γ) Η Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία**, διαρθρώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις, την Υποδιεύθυνση Διοικητικού-Οικονομικού και την Υποδιεύθυνση Τεχνικού (για νοσοκομεία με δύναμη από 101-400 κρεβάτια). Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα. 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. 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.

**Δ) Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού** περιλαμβάνει το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας και το τμήμα τεχνικού.

### 3.6 Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Πρέβεζας

Την 31/12/2012 εγκρίθηκε το νέο οργανόγραμμα του νοσοκομείου Πρέβεζας με το ΦΕΚ Β 3497. Η συνολική δύναμη του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας είναι εκατόν δέκα κλίνες και ανήκει στην 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Τα όργανα διοίκησης του νοσοκομείου είναι το Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής του νοσοκομείου (οι αρμοδιότητες των οποίων διέπονται από τον Ν.3328/2005).

Οι Διευθύνσεις από τις οποίες απαρτίζεται είναι η Ιατρική, η Νοσηλευτική, και η Διοικητική-Οικονομική. Επιπλέον διαθέτει αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορική και ειδικό γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη. Τα δύο τελευταία υπάγονται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου.

Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από τομείς, πιο συγκεκριμένα από τον Παθολογικό Τομέα με δυναμικότητα 55 κλινών, τον Χειρουργικό Τομέα με δυναμικότητα 55 κλινών και τον εργαστηριακό τομέα.

Κάθε τομέας περιλαμβάνει τμήματα τα οποία για τον **Παθολογικό Τομέα** είναι τα εξής:

1. Παθολογικό
2. Παιδιατρικό
3. Καρδιολογικό (ΜΑΦ Στεφανιαία Μονάδα)
4. Νεφρολογικό

Ο **Χειρουργικός Τομέας** περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

1. Χειρουργικό
2. Ορθοπεδικό
3. Οφθαλμολογικό
4. Μαιευτικό-Γυναικολογικό
5. Αναισθησιολογικό
6. ΩΡΛ
7. Οδοντιατρικό
8. Μονάδα Μεταναισθητικής Αυξημένης Φροντίδας (ΜΜΑΦ)
9. Ειδική Μονάδα Ουρολογικού η οποία δεν είναι αυτόνομη και λειτουργεί στα πλαίσια των αντίστοιχων Ιατρικών τμημάτων.

**Ο Εργαστηριακός Τομέας** περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

1. Βιοχημικό
2. Αιματολογικό –Αιμοδοσία
3. Ακτινοδιαγνωστικό
4. Παθολογικής Ανατομικής
5. Φαρμακευτικό

**Η Νοσηλευτική Υπηρεσία** διαρθρώνεται σε δύο τομείς.

- 1) Ο πρώτος Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα που περιλαμβάνουν εκείνα του Παθολογικού Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα τμήματα Βραχείας Νοσηλείας, των Επειγόντων Περιστατικών και τον Εργαστηριακό Τομέα.
- 2) Ο δεύτερος Νοσηλευτικός Τομέας περιλαμβάνει τα τμήματα του Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα Χειρουργεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία.

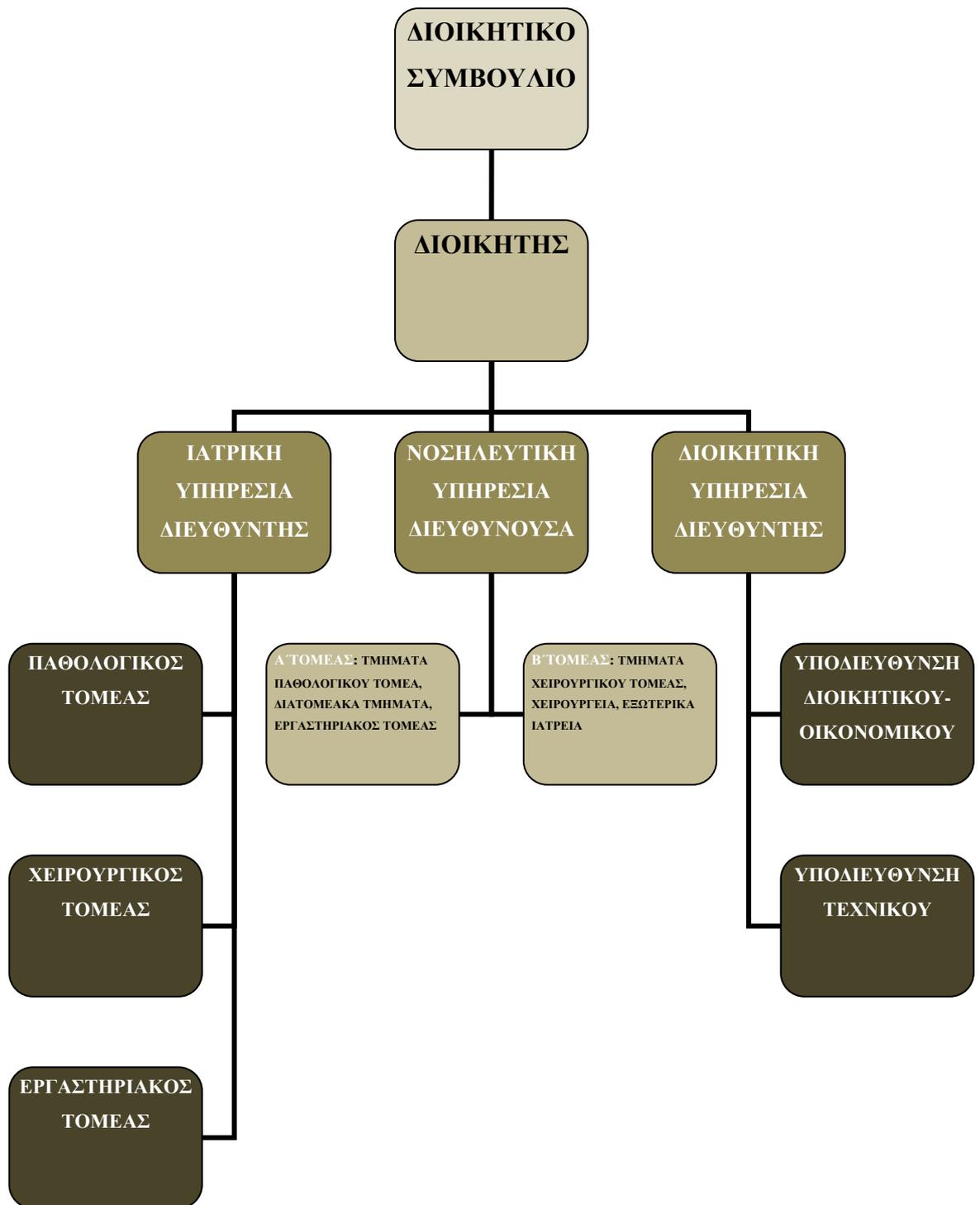
**Η Δ/ση της Διοικητικής Υπηρεσίας** διαρθρώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις ως εξής:

- 1) **Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού-Οικονομικού** περιλαμβάνει το τμήμα Διαχείρισης Ανθρωπίνου Δυναμικού και τη Γραμματεία, τη Γραμματεία των Εξωτερικών Ιατρείων και των Επειγόντων Περιστατικών, το τμήμα Κίνησης Ασθενών, το τμήμα Οικονομικού και τέλος το τμήμα Επιστασίας-Ιματισμού.
- 2) **Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού** περιλαμβάνει το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας και το τμήμα τεχνικού.

Στο οργανόγραμμα αναφέρονται αναλυτικά οι Ειδικότητες των Ειδικευμένων Ιατρών που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία, οι οποίες είναι 47 στο σύνολό τους. Ο αριθμός του λοιπού προσωπικού και των επιστημόνων που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία ( Π.Ε Φαρμακευτικής, Τ.Ε Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε Ραδιολογίας Ακτινολογίας, Π.Ε Διαιτολογίας, Τ.Ε φυσικοθεραπείας κ.λπ.), είναι συνολικά 36.

Ο αριθμός των εργαζομένων που προβλέπεται για τη Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι συνολικά 158, στους οποίους περιλαμβάνονται οι νοσηλευτές Π.Ε, Τ.Ε, ο κλάδος της Μαιευτικής, οι βοηθοί Νοσηλευτών κ.λπ. Στη Διοικητική Υπηρεσία μπορούν να απασχολούνται συνολικά 63 άτομα σύμφωνα με το οργανόγραμμα του νοσοκομείου και περιλαμβάνει κλάδους Π.Ε Διοικητικού-Οικονομικού, Π.Ε Πληροφορικής, Τ.Ε Λογιστικής, Δ.Ε Διοικητικού-Λογιστικού, Υ.Ε Προσωπικού Καθαριότητας κ.λπ.

Ακολουθεί σχηματική παρουσίαση του οργανογράμματος του νοσοκομείου Πρέβεζας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1 Το Ανθρώπινο Δυναμικό στις Υπηρεσίες Υγείας

Η λειτουργία κάθε συστήματος υγείας βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στο συντελεστή της παραγωγής «εργασία» και γι' αυτό χαρακτηρίζεται ως σύστημα εντάσεως εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό στο σύνολό του συμμετέχει προκειμένου να παραχθούν οι φροντίδες υγείας, ενώ η διανομή τους πραγματοποιείται από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό σώμα.

Ναι μεν το υγειονομικό προσωπικό διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο τόσο στην παραγωγή όσο και στη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά η κυριαρχία, ιδιαίτερα των ιατρών συντελεί τελικά στον καθορισμό του όγκου, της ποιότητας, αλλά και της αξίας των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας. (Ανδριώτη και συν, 1995).

Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού για την εύρυθμη λειτουργία των δομών υγείας είναι ιδιαίτερα κρίσιμος. Η επιλογή, η εκπαίδευση και η κατάλληλη αξιοποίηση του αποτελούν προϋπόθεση για την ορθή οργάνωση και τη λειτουργία αυτών των οργανισμών.

Όταν ένας ασθενής απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα υγείας, ακολουθείται μία διαδικασία που ξεκινάει από τη διάγνωση της νόσου, συνεχίζεται με την επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και τελειώνει με την αποθεραπεία.

Η διαδικασία, εκτός από την εμπλοκή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, περιλαμβάνει και τη συμμετοχή άλλων επιστημόνων όπως, βιολόγων, ακτινοφυσικών, ψυχολόγων, διαιτολόγων, φαρμακοποιών κλπ.

Η σύνθεση του προσωπικού είναι πολυπληθής, περιλαμβάνοντας ένα μείγμα ειδικοτήτων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης.

#### **Ενδεικτικά αποτελείται:**

- Από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Από επιστήμονες που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία (βιολόγους, ακτινοφυσικούς, διαιτολόγους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές κ.α.

- Από χειριστές Η/Υ και απόφοιτους πληροφορικής.
- Από διοικητικό προσωπικό (διοικητικούς υπαλλήλους, λογιστές, οικονομολόγους κ.α.)
- Από τεχνικό προσωπικό (ηλεκτρολόγους, θερμαστές, υδραυλικούς, μηχανολόγους, εργάτες κ.α.)
- Από προσωπικό ξενοδοχειακής υποστήριξης (βοηθούς θαλάμων, κλιβανιστές, τραπεζοκόμους, τραυματιοφορείς, θυρωρούς κ.α.)

Σε άλλους υγειονομικούς σχηματισμούς όπως είναι οι δομές που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απασχολείται περιορισμένο προσωπικό όπως γιατροί, νοσηλεύτες, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, διοικητικοί υπάλληλοι και λοιπό βοηθητικό προσωπικό.

Στην Ελλάδα μέχρι τα μέσα της δεκαετίας 1980 το προσωπικό ήταν αριθμητικά λιγότερο με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (δευτεροβάθμιας και υποχρεωτικής εκπαίδευσης), με εξαίρεση το ιατρικό προσωπικό. (*Δικαίος et al, 1999*).

Γενικά ο αριθμός του προσωπικού που απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία είναι μεγαλύτερος από εκείνο των ιδιωτικών νοσοκομείων. Αυτό συμβαίνει γιατί καλύπτουν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού με γενικές εφημερίες, έχουν εκπαιδευτικό ρόλο και παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα επειγόντων περιστατικών.

Ωστόσο υπάρχει και μία άλλη άποψη που υποστηρίζει ότι η διαφορά στον αριθμό του προσωπικού ανάμεσα στα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία οφείλεται στην άσκηση κοινωνικής και κομματικής πολιτικής, στη μη ορθολογική οργάνωση της εργασίας και στην έντονη γραφειοκρατία.

Από την ανωτέρω πρακτική, παρατηρήθηκαν δυσμενείς επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και στην αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, ώστε γίνονται προσπάθειες προκειμένου να περιοριστεί το φαινόμενο αυτό. (*Δικαίος et al, 1999*).

## 4.2 Η Διοίκηση του Ανθρωπίνου Δυναμικού στα Νοσοκομεία

Συγκριτικά με άλλους οργανισμούς η οργάνωση και η λειτουργία των νοσοκομείων παρουσιάζει ιδιαιτερότητες. (Στάθης 2000) Ορισμένα χαρακτηριστικά είναι η ανάγκη για διαρκή εξέλιξη, ο υψηλός βαθμός καταμερισμού εργασίας, η πολυπλοκότητα και η πολυεπίπεδη δομή τους. Οι κλάδοι εργαζομένων που συγκροτούν τη δομή τους, δηλαδή οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διοικητικοί, οι τεχνικοί κλπ, έχουν διαφορετικό μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η διαφοροποίηση που προκαλείται από την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και οι διαφορές σχετικά με το δικαίωμα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών δημιουργεί δυσκολίες στη διοίκηση. (Σιγάλας, 1999).

Επιπρόσθετα, σε αντίθεση με άλλες επιχειρήσεις, τα νοσοκομεία παρουσιάζουν δύο μορφές εξουσίας.

Η μία ορίζεται από το νόμο και ασκείται από τους διοικητές των νοσοκομείων, ενώ η άλλη ασκείται από τους ιατρούς. Η εξουσία του ιατρικού κλάδου έχει μεγάλη ισχύ καθώς μπορούν να ανατρέπουν την πρώτη επικαλούμενοι επείγουσα ιατρική ανάγκη.

Ο σημαντικός ρόλος των ιατρών στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών, είναι πολλές φορές η αφορμή για επικάλυψη ομάδων με μικρότερη ισχύ. Είναι φανερό, ότι για την ομαλή συνύπαρξη των δύο αυτών μορφών εξουσίας, επιβάλλεται η οργάνωση και η λειτουργία του οργανισμού να γίνει με τέτοιο τρόπο που να αποτρέπονται τυχόν συγκρούσεις. (Μάινα & Αγραφιιώτης, 1997).

Ωστόσο οι διαφορές των οργανισμών του υγειονομικού τομέα σε σχέση με άλλους οργανισμούς δεν εντοπίζονται μόνο σε διοικητικό επίπεδο αλλά επεκτείνονται και σε επίπεδο οργάνωσης. Όπως και στους άλλους οργανισμούς έτσι και στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική η διασύνδεση των επιμέρους τμημάτων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας.

Όμως για τον κλάδο των υπηρεσιών υγείας η διασύνδεση των τμημάτων αποσκοπεί σε άμεσες, συντονισμένες και γρήγορες ενέργειες που είναι καθοριστικές για τη ζωή ενός ασθενούς. (Κωσταγιόλας, 2008).

Αυτό οφείλεται στην ανάγκη εκπλήρωσης του σκοπού τους που είναι η πλήρης ανταπόκριση της προσφοράς στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού, μέσα από την οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας που έχει ανάγκη ο πληθυσμός. Για το λόγο αυτό απαιτείται η οργάνωση και η ανάπτυξη της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** και άλλων υπηρεσιών όπως είναι η αποκατάσταση, η τελική φροντίδα κ.λπ. (Λιαρόπουλος, 2007).

Η παροχή ολιστικής φροντίδας στον πληθυσμό είναι δαπανηρή και εξαρτάται από το βαθμό ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον η εμφάνιση νοσημάτων που οφείλονται σε απουσία μέτρων δημόσιας υγείας αυξάνει τη ζήτηση για υπηρεσίες περίθαλψης. Τέλος η ανεπαρκής οργάνωση της Π.Φ.Υ. δημιουργεί αύξηση της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες, ενώ η απουσία υπηρεσιών αποκατάστασης έχει σωματικές (αναπηρία), ψυχικές, και κοινωνικές επιπτώσεις. (Διαρόπουλος, 2007).

### 4.3 Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας είναι απολύτως αναγκαίος διότι η λειτουργία του συστήματος εξαρτάται από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού.

«Ο προγραμματισμός διαφέρει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη καθώς σε αυτή προσφέρονται οι πρώτες βοήθειες σε έναν ασθενή (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη), σε σχέση με τη δευτεροβάθμια που ο ασθενής νοσηλεύεται.

Ο πρωτοβάθμιος φορέας προγραμματίζει μέσα στα όρια της κοινότητας για ένα μέγεθος πληθυσμού που κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα. Από την άλλη ο δευτεροβάθμιος φορέας απευθύνεται σε πληθυσμό σε επίπεδο νομού 50.000-500.000 άτομα» (Δικαίος και συν., 1999) (Ευμορφίδου, 2007,σελ 79-80).

Ο έλεγχος της δημογραφίας των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας και οι επενδύσεις σε νέα εκπαιδευτικά προγράμματα αποτελούν την βάση της υγειονομικής μεταρρύθμισης (Ανδριώτη, 1998). Ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός περιλαμβάνει θέματα όπως:

- Την πρόβλεψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, αριθμητικά μεγέθη, κατηγορίες, δεξιότητες και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.
- Των δυνατών συνδυασμών που μπορούν να γίνουν μεταξύ διαφόρων κατηγοριών του προσωπικού.
- Το περιεχόμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας για την παραγωγή στελεχών στον τομέα της υγείας
- Τον αριθμό των εκπαιδευομένων
- Τον τρόπο επιλογής και χρησιμοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού στις κατάλληλες θέσεις.
- Τους οικονομικούς πόρους που διατίθενται.

Ο σχεδιασμός είναι αναγκαίος για την καλύτερη αξιοποίηση και απόδοση του προσωπικού αλλά και για τον έλεγχο του κόστους απασχόλησης, διότι από το σύνολο των δαπανών το 60% προορίζεται για το ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται εξειδικευμένη εκπαίδευση προτού ενταχθούν στην παραγωγική διαδικασία ώστε να παράσχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες. (Ανδριώτη et al,1995)

Η Πολιτεία εξαιτίας της άνισης κατανομής του προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας στην Ελληνική Επικράτεια προσπαθεί να παρέχει κίνητρα ώστε να μην υπάρχει πληθώρα ειδικοτήτων στην πρωτεύουσα και ελλείψεις στην επαρχία και τις νησιωτικές περιοχές. Επίσης επιτρέπει τη δημιουργία Πανεπιστημιακών Κλινικών στα πλαίσια της παρεχόμενης εκπαίδευσης από τα περιφερειακά Πανεπιστήμια. Η συσσώρευση στην πρωτεύουσα με αντίστοιχη ένδεια στις περιφέρειες συνεπάγεται ποιοτική υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην πρωτεύουσα (ράντζα, λίστες αναμονής), τη σπατάλη διαθέσιμων παραγωγικών συντελεστών στην περιφέρεια και την έλλειψη εμπιστοσύνης των ασθενών οι οποίοι προσφεύγουν στο κέντρο. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται ο ρυθμός αύξησης του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα από το 1970 έως το 2011.

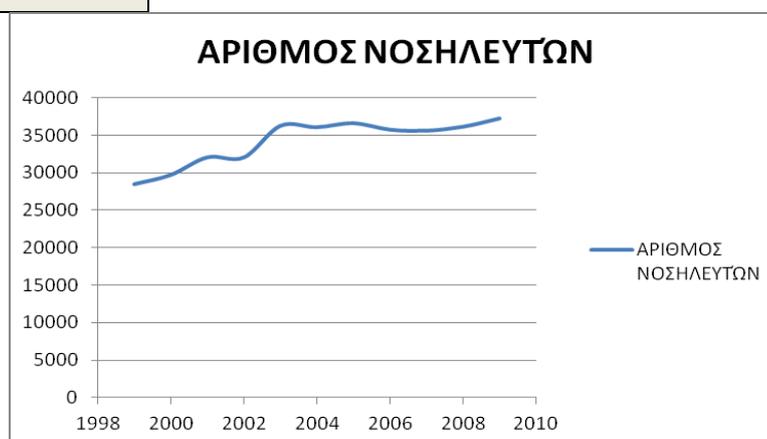
ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ
1970	14263
1980	23469
1985	29103
1990	34336
1995	41200
2000	47251
2005	55556
2010	69265
2011	69435



(Πηγή: Organisation for economic co-operation and development)

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται ο αριθμός των νοσηλευτών στην Ελλάδα από το 1999-2009.

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
1999	28452	2005	36666
2000	29704	2006	35797
2001	32068	2007	35658
2002	32063	2008	36197
2003	36319	2009	37306
2004	36133		



Πηγή: Organisation for economic co-operation and development)

### **ΙΑΤΡΟΙ:**

**Ελλάδα: 5.56/1000 κάτοικοι**

**Μέσος Όρος χωρών**

**μελών ΟΟΣΑ: 3.16/1000 κάτοικοι**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:**

**Ελλάδα: 3,4/1000 κάτοικοι**

**Μέσος Όρος χωρών μελών ΟΟΣΑ: 8,7/1000 κάτοικοι**

### **ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ:**

**Ελλάδα: 0.61 νοσηλευτές/ιατρό**

**Μέσος Όρος χωρών μελών ΟΟΣΑ: 2,83 νοσηλευτές/ιατρό**

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή ο μόνιμος πληθυσμός της Ελλάδας κατά την απογραφή του 2011 ανέρχονταν σε 10.815.197. Συνεπώς αντιστοιχεί περίπου ένα γιατρός ανά 155,76 κατοίκους και ένας νοσηλευτής ανά 289,905 κατοίκους. Εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών και έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στις υπηρεσίες υγείας. Για το λόγο αυτό χρειάζεται να περιοριστεί η αθρόα εισαγωγή ιατρών στο σύστημα υγείας τόσο από το εξωτερικό όσο και από τα πανεπιστήμια της χώρας.

Επιβεβλημένος συνεπώς κρίνεται ο έλεγχος της δημογραφίας των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, για τον περιορισμό της δημιουργίας προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας από πλευράς ιατρών.

#### **4.4 Επιλογή και Πρόσληψη Ανθρωπίνου Δυναμικού στην Υγεία**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αγορά εργασίας στο χώρο της υγείας είναι:

- Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό (μέγεθος και είδος)
- Το μέγεθος της ζήτησης και της προσφοράς εργασίας
- Η πολιτική της κυβέρνησης σχετικά με την εκπαίδευση
- Η ανάπτυξη των οργανισμών υγείας
- Η ύπαρξη στρατηγικού σχεδιασμού για το ανθρώπινο δυναμικό.
- Το σύστημα αμοιβών και το κύρος που ασκεί το συγκεκριμένο επάγγελμα

Κατά το παρελθόν η επιλογή και η πρόσληψη του ανθρωπίνου δυναμικού ήταν απόφαση της διοίκησης του εκάστοτε ιδρύματος υγείας με αρνητικά πολλές φορές φαινόμενα. Για ορισμένες κατηγορίες προσωπικού οι προσλήψεις γινόταν με κριτήρια άσκησης κοινωνικής ή κομματικής πολιτικής. Αυτή η πολιτική δεν εξασφάλιζε ότι θα προσλαμβάνονταν οι καλύτεροι. Επιπλέον οι περισσότερες προσλήψεις αφορούσαν ειδικότητες που δεν ήταν αναγκαίες συγκριτικά με άλλες.

Σήμερα η επιλογή και η πρόσληψη προσωπικού στην υγεία γίνεται με δημόσια προκήρυξη των κενών οργανικών θέσεων συνήθως σε πανελλήνια κλίμακα.

Στο περιεχόμενο της προκήρυξη αναφέρονται τα τυπικά προσόντα που πρέπει να διαθέτουν οι υποψήφιοι, προβλέπεται αντικειμενική αξιολόγηση και με διαφάνεια γίνονται οι σχετικές διαδικασίες. Για το λόγο αυτό η προκήρυξη των θέσεων, η επιλογή και η πρόσληψη γίνονται από το Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού (Α.Σ.Ε.Π.) που ισχύει για το σύνολο του δημοσίου τομέα της χώρας (Ν. 2190/1994, 2247/1994 και 2527/1997).

Ωστόσο το σύστημα αυτό είναι χρονοβόρο και δεν εξασφαλίζει την καταλληλότητα των προσλαμβανομένων. Οι σχετικές διατάξεις που ρυθμίζουν την παραπάνω διαδικασία χρειάζονται τροποποίηση ώστε οι διαδικασίες να είναι συντομότερες, και να εισάγονται ειδικά τεχνοκρατικά κριτήρια για κάθε κατηγορία προσωπικού όπως κριτήρια ψυχολογίας και προσωπικότητας του ατόμου.

Οι υγειονομικοί υπάλληλοι που τελικά διορίζονται διανύουν διετή χρονική περίοδο δόκιμης υπηρεσίας και στη συνέχεια μονιμοποιούνται αυτοδίκαια. Με το σύνταγμα του 1975 κατοχυρώθηκε η μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων στο άρθρο 103 παρ. 4 το οποίο ορίζει ότι «Οι δημόσιοι υπάλληλοι που κατέχουν οργανικές θέσεις είναι μόνιμοι εφόσον οι θέσεις αυτές υπάρχουν». Δηλαδή το σύνταγμα προστατεύει τη μονιμότητα απαγορεύοντας της αυθαίρετες απολύσεις. Η συνταγματική κατοχύρωση της μονιμότητας υπάρχει μόνο στην Ελλάδα. (Ντασκαγιάννης, 2007).

#### **4.5 Προβλήματα Ανάπτυξης Ανθρωπίνου Δυναμικού στην Υγεία**

Η ανάπτυξη του διαθέσιμου προσωπικού με τη συνεχή εκπαίδευση, την επιμόρφωση και την εξάσκησή είναι αναγκαία διότι οι ραγδαίες εξελίξεις που συμβαίνουν στην ιατρική επιστήμη και την τεχνολογία απαιτούν περισσότερες γνώσεις, περισσότερη εξειδίκευση και περισσότερο καταμερισμό εργασίας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρωπίνου δυναμικού στην υγεία είναι ποσοτικά και ποιοτικά ως εξής:

- ✓ Προβλήματα στο σχεδιασμό καθώς οι αποφάσεις λαμβάνονται μετά από πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία «σχεδιαστών» (υγεία) και «παραγωγών» (παιδεία) είναι αδύνατη.
- ✓ Προβλήματα στην παραγωγή καθώς το σύστημα είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική ιατρική. Η πρόληψη μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα.

- ✓ Προβλήματα στη διαχείριση όπως η πτώση των ηθικών αξιών και η απογοήτευση που παρατηρείται στους νέους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα στους γιατρούς. Η έλλειψη κινήτρων στις απομακρυσμένες περιοχές, οδηγούν σε μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Τέλος η σύγχυση των ρόλων και των αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρωπίνου δυναμικού. *(Καθαράκη και Θαλασσοχώρη, 2008)*.
- ✓ Οι κακές συνθήκες εργασίας, το απαιτητικό ωράριο, οι ελλείψεις προσωπικού και ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας των νοσοκομείων επηρεάζουν εκτός από την εργασιακή και την προσωπική ζωή των εργαζομένων. Επιπλέον η στάση της πολιτείας και ο βαθμός κοινωνικής προβολής του επαγγέλματος έχουν διαμορφώσει χαμηλή εικόνα για το επάγγελμα του νοσηλευτή στη χώρα μας. Σήμερα, το πραγματικό προφίλ του νοσηλευτή διαφέρει, καθώς κατέχει υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, ευελιξία και ευφυΐα για να ανταπεξέρχεται στις δύσκολες καταστάσεις και προκλήσεις με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπος.

Από την άλλη πλευρά, η υπαγωγή της Ελληνική οικονομίας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), που έγινε την 23 Απριλίου 2010 σήμανε την υιοθέτηση μίας αυστηρής δημοσιονομική πολιτική με περιστολή των δαπανών.

Έκτοτε ακολουθούνται πολιτικές σμίκρυνσης του κράτους σχετικά με το δημόσιο τομέα, τις συντάξεις, την τοπική αυτοδιοίκηση, το ασφαλιστικό σύστημα κ.α. *(Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, ετήσια έκθεση 2008)*.

Μία σημαντική επίπτωση που επέφερε το σχέδιο αναδιάρθρωσης του δημοσίου τομέα, είναι η μείωση της απασχόλησης, με τον καθορισμό της σχέσης 1 προς 5 ως προς τις προσλήψεις και αποχωρήσεις. *(Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, ετήσια έκθεση 2010)*.

#### 4.6 Υποκίνηση Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού

Για τους εργαζομένους στο δημόσιο τομέα, οι εργασιακές σχέσεις, η υπηρεσιακή κατάσταση, οι προαγωγές, οι αξιολογήσεις και οι αμοιβές καθορίζονται από το δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα και από άλλα θεσμικά πλαίσια. Ως συνέπεια στον τομέα αυτό, τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών στερούνται αυτόνομης δράσης και αποτελεσματικότητας.

Η άνιση κατανομή του προσωπικού στις διάφορες περιφέρειες, οι ελλείψεις που υπάρχουν και ο γραφειοκρατικός τρόπος διοίκησης παρεμποδίζουν την υποκίνηση.

Η μονιμότητα, που χαρακτηρίζει τις υπαλληλικές σχέσεις, καλύπτει τις φυσιολογικές ανάγκες του ατόμου για ασφάλεια, περίθαλψη κλπ, αλλά και τις κοινωνικές ανάγκες όπως το να ανήκει σε μια ομάδα. Ωστόσο το γενικό σύστημα προαγωγών είναι ίδιο σε όλο το δημόσιο και όλοι έχουν τις ίδιες δυνατότητες εξέλιξης. Περαιτέρω, η μετεκπαίδευση και η επιμόρφωση του νοσηλευτή δεν παρέχεται στο βαθμό που πρέπει με αποτέλεσμα να αισθάνεται απαξιωμένος επιφέροντας συνέπειες στην ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Το ύψος των αμοιβών επίσης είναι καθορισμένο για όλους τους εργαζομένους του ίδιου κλάδου με αποτέλεσμα η υψηλότερη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα να μην επιβραβεύονται οικονομικά.

✓ *Η υποκίνηση του προσωπικού στα ιδιωτικά νοσοκομεία διαφέρει από αυτή στα δημόσια νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό αποτελεί η ελεύθερη σύναψη συμβάσεων ως προς το χρόνο (ορισμένου, αορίστου) και ως προς το ύψος του μισθού. Οι διατάξεις του εργατικού δικαίου καθορίζουν τις προϋποθέσεις συνάψεως σύμβασης και τον τρόπο αμοιβών (κατώτερος μισθός, προσαυξήσεις, επιδόματα). Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι το δικαίωμα του εργοδότη να λύσει τη σύμβαση εργασίας. (Καθαράκη και Θαλασσοχώρη, 2008).*

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, υπερτερούν έναντι των δημόσιων, σε επίπεδο αποδοτικότητας και παραγωγικότητας, καθώς εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και οργάνωσης, με ευέλικτες μορφές απασχόλησης και αμοιβές. Υπάρχει επιπλέον διαχειριστική αυτονομία σε όλα τα επίπεδα.

Όμως, το προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, αισθάνεται ανασφάλεια καθώς υπάρχει ο φόβος της απόλυσης.

Για τους εργαζομένους στα δημόσια νοσοκομεία, καθιερώνεται ένα πλαίσιο κινήτρων με τη μορφή ηθικών αμοιβών όπως είναι ο έπαινος, η απονομή μεταλλίων, η έκφραση ευαρέσκειας και η βράβευση προτάσεων ή μελετών. Όλα αυτά λειτουργούν ως κίνητρα για τη βελτίωση της απόδοσης του προσωπικού στην εργασία. (Ευμορφίδου, 2006).

Η πολιτεία με νόμο μπορεί να θεσπίζει κίνητρα για εργαζομένους στο χώρο της υγείας. Για παράδειγμα με το Νόμο 3868/2010 (άρθρο 2, κεφάλαιο Β) παρέχονται κίνητρα στο ιατρικό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών της περιφέρειας. Συγκεκριμένα σε απομακρυσμένες νησιωτικές περιοχές οι θέσεις που κενώνονται μπορεί να προκηρύσσονται σε ανώτερο βαθμό και μπορούν να πληρώνονται χωρίς τον περιορισμό του χρόνου προϋπηρεσίας εφόσον παραμείνει ο ιατρός στη θέση αυτή για πέντε έτη. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει και προσαύξηση μισθού κατά 10%.

Η υποκίνηση μπορεί να σχετίζεται με τα μοντέλα διοίκησης. Έτσι σύμφωνα με έρευνες οι νοσηλευτές προτιμούν τα συμμετοχικά μοντέλα διοίκησης γιατί η συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων τους υποκινεί περισσότερο από ότι τα εξωγενή κίνητρα, δηλαδή οι υλικές ανταμοιβές. (Νιάκας, 2003).

Περαιτέρω, ένας άλλος τρόπος υποκίνησης είναι η δημιουργία ομάδων εργασίας στη νοσηλευτική υπηρεσία, γιατί συνδυάζει τις γνώσεις με την εμπειρία και υπάρχει κοινή δέσμευση για την επίτευξη των στόχων. Με την αλληλοϋποστήριξη τονώνεται το ηθικό και η αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών. (Νιάκας, 2003).

Θετικά στην υποκίνηση συντελεί και η εκούσια εναλλαγή θέσεων (job rotation). Κατά τη διαδικασία αυτή ο εργαζόμενος μετακινείται από μία θέση σε άλλη στον οργανισμό. Με τη μέθοδο αυτή, παρατηρείται επιπλέον αύξηση της απόδοσης και πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Βέβαια στη νοσηλευτική δε χρειάζονται πολύ συχνές μετακινήσεις διότι το επάγγελμα αυτό απαιτεί ειδικές γνώσεις και χρόνο προσαρμογής. (Νιάκας, 2003).

Τέλος το καλό ενδοϋπηρεσιακό κλίμα επιδρά θετικά στην επιθυμία των εργαζομένων για καλύτερη απόδοση. Καλό κλίμα δημιουργείται με την αριθμητική επάρκεια του προσωπικού έτσι ώστε να πραγματοποιείται με άνεση το κυλιόμενο ωράριο και να υπάρχει ευελιξία στην επιλογή ωραρίου. Επιπλέον με την παροχή πρόσβασης στην πληροφόρηση, ενθαρρύνονται οι υπάλληλοι για την παρακολούθηση ημερίδων και άλλων επιμορφωτικών σεμιναρίων. Επίσης σημαντικός είναι και ο τρόπος αντιμετώπισης των εργαζομένων από τη διοίκηση που πρέπει να γίνεται στα πλαίσια της δικαιοσύνης.

#### 4.7 Υγιεινή και Ασφάλεια Εργαζομένων στον Τομέα της Υγείας

Η αποκατάσταση της υγείας των ασθενών μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των εργαζομένων ή ακόμη και την ίδια τους τη ζωή. Ο μεγάλος αριθμός του εργατικού δυναμικού στον κλάδο της υγείας, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και η επικινδυνότητα του επαγγέλματος εξαιτίας της έκθεσης σε βιολογικούς κινδύνους καθιστά την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων ζήτημα μείζονος σημασίας. (*Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, 2007*). Οι εργασιακοί χώροι των νοσοκομείων περιλαμβάνουν γραφεία, εργαστήρια, θαλάμους κλινικών, αίθουσες χειρουργείων, εξωτερικά ιατρεία, θαλάμους νεκροτομείων, φαρμακείο, χώρους διαχείρισης αποβλήτων και τεχνικές υπηρεσίες. Συνεπώς πρόκειται για μια σύνθετη δομή με μεγάλη ποικιλία εργασιακών δραστηριοτήτων και τεχνολογικών εφαρμογών.

Οι βλαπτικοί παράγοντες που εντοπίζονται στα νοσοκομεία προέρχονται: από τα νοσοκομειακά απόβλητα, τα αιχμηρά εργαλεία, από χημικούς παράγοντες (αλκοόλες, αναισθητικά, χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ραδιοϊσότοπα, απορρυπαντικά, φορμαλδεύδη, σκιαγραφικές ουσίες κ.λπ.), από βιολογικούς παράγοντες (ιοί ηπατίτιδας Β και C, ιός του AIDS), από τις ιοντίζουσες και υπεριώδεις ακτινοβολίες, τους υπερήχους κ.λπ. Άλλοι βλαπτικοί παράγοντες είναι οι αλλεργιογόνοι, το stress, τα συστήματα κλιματισμού, τα φωτοτυπικά μηχανήματα, οι οθόνες οπτικής απεικόνισης, τα φάρμακα, το ηλεκτρικό ρεύμα κ.λπ.

Με την ενημέρωση των εργαζομένων και την πρόληψη μπορεί είτε να αποφευχθεί η εμφάνιση ασθενειών είτε να περιοριστεί η εξέλιξή τους. Σε πρώτη φάση συνιστάται η εκπαίδευση των εργαζομένων, ο εμβολιασμός και η απολύμανση. Σε δεύτερη φάση ακολουθεί ο έλεγχος της υγείας των εργαζομένων για την έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών. Σε τρίτη φάση εφόσον ήδη εξελίσσεται κάποια παθολογική κατάσταση στον εργαζόμενο γίνεται προσπάθεια για αποφυγή των επιπλοκών ή των μόνιμων δευτερογενών συμπτωμάτων.

Προληπτικά μέτρα που αφορούν ορισμένες κατηγορίες κινδύνων είναι τα εξής:

1. **Συστήματα κλιματισμού:** Προσεκτικός σχεδιασμός του κλιματιστικού, αύξηση των εναλλαγών αέρα, κατάλληλη συντήρηση και δυνατότητα ρύθμισης από τον χρήστη ανάλογα με τις περιβαλλοντικές συνθήκες.
2. **Φωτοτυπικά μηχανήματα, εκτυπωτές laser:** τοποθέτηση σε κατάλληλα καλώς αεριζόμενα δωμάτια μακριά από τους εργαζομένους.

3. **Οθόνες οπτικής απεικόνισης:** καθορισμός προδιαγραφών και έλεγχος, προγραμματισμός οφθαλμολογικών και μυοσκελετικών εξετάσεων μια φορά τον χρόνο, διαλείμματα ανά δίωρο (έως 15 λεπτά).
4. **Φάρμακα:** Υπάρχουν φάρμακα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές καταστάσεις. Συνεπώς προτείνεται η χρήση προστατευτικών γαντιών και μασκών. Επίσης σημαντικός είναι ο καθαρισμός των επιφανειών εργασίας. Η προετοιμασία αντινεοπλαστικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται σε ειδικούς θαλάμους νηματικής ροής με κάθετη ροή αέρα στην επιφάνεια εργασίας και οι εργαζόμενοι πρέπει να φορούν στολή χειρουργείου μιας χρήσης και ειδικά γάντια από καουτσούκ καθώς τέτοιου είδους φάρμακα μπορούν να διαπεράσουν τα γάντια latex. Επιπλέον πρέπει να χρησιμοποιούν μάσκα και να ακολουθούν επιμελώς τις οδηγίες χρήσης των φαρμάκων. Σημαντική είναι τέλος η εκπαίδευση των εργαζομένων που χειρίζονται αντινεοπλασματικά φάρμακα καθώς και η ιατρική επιτήρηση με ετήσιες εργαστηριακές εξετάσεις.
5. **Αιχμηρά εργαλεία:** Χρησιμοποιημένες σύριγγες και βελόνες πρέπει να απορρίπτονται με προσοχή στα ειδικά κίτρινου χρώματος δοχεία συλλογής. Επιπλέον πρέπει να αποφεύγεται η επανατοποθέτηση του προστατευτικού καλύμματος της βελόνας καθώς με την πρακτική αυτή πραγματοποιούνται τα περισσότερα ατυχήματα. Χρειάζεται επίσης προσοχή κατά το χειρισμό αιχμηρών εργαλείων όπως οδοντιατρικών, χειρουργικών κλπ.
6. **Νοσοκομειακά απόβλητα:** τα επεξεργασμένα απόβλητα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς συλλέκτες και να αποτεφρώνονται. Τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται προσεκτικά σε ειδικά δοχεία με γάντια ατομικής προστασίας με ξεχωριστό τρόπο συλλογής ανάλογα με τον τύπο των αποβλήτων. Οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στην αποκομιδή των αποβλήτων πρέπει να εμβολιάζονται.
7. **Ιοντίζουσες ακτινοβολίες:** Οι εργαζόμενοι στα ακτινολογικά τμήματα και τα τμήματα πυρηνικής ιατρικής πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους και τις προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνουν και να τηρούν τις τεχνικές και ιατρικές προδιαγραφές. Η ιατρική παρακολούθηση των εκτιθέμενων εργαζομένων είναι αναγκαία.

8. **Φορμαλδεΐδη:** Χρησιμοποιείται για την αποστείρωση του ιατρικού υλικού, των κλινοσκεπασμάτων και του περιβάλλοντος. Επίσης χρησιμοποιείται στα παθολογοανατομικά τμήματα για τη συντήρηση των ιστών. Μπορεί να απορροφηθεί μέσω του αναπνευστικού συστήματος ή σε μικρές ποσότητες από το δέρμα. Ενοχοποιείται για καρκινογένεση και η πρόληψη περιλαμβάνει καλό εξαερισμό των χώρων, χρήση γαντιών και μασκών.
9. **Ωράρια εργασίας και νυχτερινή εργασία:** Η εργασία σε βάρδιες προκαλεί αποσυντονισμό με ψυχοσωματικές επιπτώσεις. Σε μακροχρόνιο επίπεδο μπορεί να βλάψει την υγεία. Συνιστάται η μείωση του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών, η εναλλαγή τους με διαφορά φάσης (πρωί, απόγευμα, βράδυ) και η καθιέρωση ημέρας ανάπαυσης μετά τη νυχτερινή βάρδια. (πηγή: *Μελέτη Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, 2007*).

Η υγεία των εργαζομένων αφορά την πολιτεία καθώς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την παραγωγή. Η απουσία ή η αδυναμία ενός ατόμου να εργαστεί προσθέτει φόρτο εργασίας στους εναπομείναντες με επιπτώσεις στην ποιότητα της παροχής φροντίδων υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΕΚ Β' 2778/2-12-2011), έγινε εκ νέου ο προσδιορισμός των βαρέων και ανθυγιεινών εργασιών (ΒΑΕ).

Προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα επάγγελμα ως ΒΑΕ, λαμβάνεται υπ' όψιν ο χώρος εργασίας και η ειδικότητα του εργαζομένου. Συνεπώς σύμφωνα με την περίπτωση 31 της ανωτέρω υπουργικής απόφασης, οι νοσηλευτές που απασχολούνται στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και σε Υγειονομικές Μονάδες Ασφαλιστικών Οργανισμών ανεξάρτητα από τον φορέα που ασκεί εποπτεία εντάσσονται στα ΒΑΕ. Περαιτέρω, σύμφωνα με νεώτερη Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ Β' 465/24-2-2012), ακολούθησε ο καθορισμός του ύψους του επιδόματος επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας ως εξής:

Το ποσό των εκατόν πενήντα (150) ευρώ (κατηγορία Α'), λαμβάνουν το προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας, των εργαστηρίων και της καθαριότητας, οι απασχολούμενοι σε ακτινολογικούς θαλάμους και εμφανίσεις, οι οδηγοί και οι διασώστες ασθενοφόρων του νοσοκομείου και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), των Κέντρων Υγείας, των Αγροτικών Ιατρείων κ.λπ.

#### 4.8 Αλληλοσύνδεση Προσωπικού στους Οργανισμούς Υγείας

«Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολούν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας εντάσσεται σε οριζόντια και πυραμιδικά υποσύνολα. Οριζόντια (λειτουργικά) υποσύνολα αποτελούν οι κλινικές, τα τμήματα και οι μονάδες ενός νοσοκομείου, ενώ πυραμιδικά (διοικητικά) υποσύνολα αποτελούν οι διάφορες υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική)» (Δικαίος και συν., 1999, σελ 385).

Κάθε άτομο σύμφωνα με τα παραπάνω ανήκει ταυτόχρονα σε δύο υποσύνολα, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους και αποτελούν τον ιστό του οργανισμού.

Για παράδειγμα μία νοσηλεύτρια ανήκει στην παθολογική κλινική και συγχρόνως στη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου. Όλοι οι εργαζόμενοι, σύμφωνα με αυτή τη λογική, εργάζονται για την επίτευξη των στόχων της κλινική ή του τμήματος στο οποίο ανήκουν, αλλά συγχρόνως επιδιώκουν την εκπλήρωση των ευρύτερων στόχων του οργανισμού. Για την επίτευξη του τελικού αποτελέσματος είναι αναγκαία η στενή διασύνδεση όλων των εργαζομένων ανεξάρτητα από τον κλάδο στον οποίο ανήκουν. (Δικαίος και συν., 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

### 5.1 Συγχωνεύσεις και Διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρατίθενται με χρονολογική σειρά οι πιο σημαντικές πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που αφορούν τον κλάδο της υγείας στην Ελλάδα. Η έναρξη των συγχωνεύσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στη χώρα μας πραγματοποιήθηκε με την ένταξη των Νοσοκομείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ (άρθρο 32 Ν.3918/2-3-2011). Συγκεκριμένα συνολικά πέντε νοσοκομεία εκ' των οποίων τέσσερα στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη εντάχθηκαν σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ως εξής:

- Το 1<sup>ο</sup> Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας εντάχθηκε στο Σισμανόγλειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής.
- Το 2<sup>ο</sup> Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Θεσσαλονίκης εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»
- Το 3<sup>ο</sup> Νοσοκομείο Βραχείας Νοσηλείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική»
- Το 6<sup>ο</sup> Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας «Γεώργιος Γεννηματάς» εντάχθηκε στο Αντικαρκινικό –Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»
- Το 7<sup>ο</sup> Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας εντάχθηκε στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Αγία Όλγα-Κωνσταντοπούλειο»

Τα ανωτέρω νοσοκομεία λειτουργούν ως παραρτήματα των νοσοκομείων όπου εντάσσονται και όλο το ανθρώπινο δυναμικό (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι κλπ), μεταφέρεται με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, βαθμό και ειδικότητα που κατέχουν στον αντίστοιχο φορέα με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Επιπρόσθετα η κυριότητα της περιουσία τους (κινητή, ακίνητη, εξοπλισμός κλπ), περιέχεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης χωρίς συμβολαιογραφική πράξη με την έκδοση διαπιστωτικής πράξης.

Περαιτέρω το Σεπτέμβριο του 2012 με απόφαση του Υπουργείου Υγείας πραγματοποιήθηκε η μεταφορά των κλινικών και του προσωπικού του 1<sup>ου</sup> και 7<sup>ου</sup> Νοσοκομείων του ΙΚΑ προς ενίσχυση νοσοκομείων του Ν. Αττικής. Σύμφωνα με τους οικονομικούς υπολογισμούς η εξοικονόμηση πόρων ήταν ύψους 3.132.000 ευρώ ετησίως.

A. ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	1 <sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΙΚΑ	7 <sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΙΚΑ
Αριθ. Κλινών	154	100
Αριθ. Ιατρών	148	91
Αριθ. Νοσηλευτών	147	92
Αριθ. Παραϊατρικού Προσωπικού	76	29
% Πληρότητα	47%	20,70%
B ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	1 <sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΙΚΑ	7 <sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΙΚΑ
ΔΕΗ-ΟΤΕ ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ	700.000	438.000
Ενοίκια	864.000	330.000
Σίτιση-Καθαριότητα-Ασφάλεια-Ιματισμός	450.000	360.000
Μερικό Σύνολο	2.014.000	1.128.000

Το 2013 με απόφαση του Υπουργού Υγείας πραγματοποιήθηκε σταδιακά η κατάργηση και του 3ου θεραπευτηρίου πρώην ΙΚΑ που λειτουργούσε ως παράρτημα της Πολυκλινικής Αθηνών, με μεταφορά των κλινικών και του προσωπικού σε άλλα νοσοκομεία του λεκανοπεδίου προκειμένου να ενισχυθούν οι κλινικές τους και να επιτευχθεί εξοικονόμηση χρηματικών πόρων. (<http://www.kathimerini.gr>).

Το Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική» διασυνδέθηκε με το Γ.Ν.Α. « Ευαγγελισμός» (Υπουργική Απόφαση (Υ4α/οικ 8462/25-7-2011, ΦΕΚ 1681/τ. Β'/28-7-2011) και από 1-1-2013 ενοποιήθηκε με τα ανωτέρω και το Οφθαλμιατρείο Αθηνών δημιουργώντας ένα Ενιαίο Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Από την παύση καταβολής του ενοικίου του κτηρίου του πρώην 3<sup>ου</sup> θεραπευτηρίου Ι.Κ.Α. εξοικονομήθηκαν πόροι ύψους 245.000 € ετησίως.

Με τη μετακίνηση κλινικών και προσωπικού στο Γ.Ν.Α. «Γεννηματάς» και στο Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός», αξιοποιήθηκε τόσο το προσωπικό όσο και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός. (Εγγραφο του Υπουργού Ανδρέα Θ. Λυκουρέντζου, Αρ. Πρωτ. Γ.Π 16712/14-3-2013, με θέμα: Απάντηση σε αναφορά Βουλευτών.)

Την **1<sup>η</sup> Μαρτίου του έτους 2012** δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο **Νόμος 4052** στα πλαίσια του «Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος, για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας».

Στο άρθρο 2 ορίζεται ότι από 1/1/2013 τα **Διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία** του Ε.Σ.Υ αποτελούν αυτοτελή και ενιαία Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, και ενοποιούνται μέχρι το τέλος του 2012 οι οργανισμοί τους συμπεριλαμβάνοντας όλες τις οργανικές θέσεις. Από 1/1/2013 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία θα έχουν ενιαίο προϋπολογισμό και πρόγραμμα προμηθειών. Τα ενιαία Ν.Π.Δ.Δ. νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. θα διοικούνται από τον Διοικητή και τον Αναπληρωτή Διοικητή εφόσον διαθέτουν πάνω από 400 κλίνες. Η Θητεία τους είναι τριετής. Το μεγαλύτερο σε δύναμη νοσοκομείο φέρει την έδρα του ενιαίου Ν.Π.Δ.Δ. και διοικείται από το Δ.Σ. το οποίο αποτελείται από 9 μέλη:

1. Τον Διοικητή ο οποίος είναι και ο Πρόεδρος του Δ.Σ.
2. Τον Αναπληρωτή Διοικητή ως αντιπρόεδρο του Συμβουλίου
3. Δύο μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους.
4. Δεύτερο Αναπληρωτή Διοικητή εάν το ΝΠΔΔ περιλαμβάνει δύο νοσοκομεία
5. Έναν εκπρόσωπο των ιατρών του Ε.Σ.Υ. που υπηρετεί στα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία
6. Έναν εκπρόσωπο του λοιπού προσωπικού μαζί με τον αναπληρωτή του
7. Τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας
8. Τον Προϊστάμενο της Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας με αναπληρωτή τον Προϊστάμενο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του μεγαλύτερου σε αριθμό κλινών νοσοκομείου.

Με τη δημοσίευση του **ΦΕΚ 3486** την **31-12-2012**, αποφασίστηκε η ενοποίηση των εξής νοσοκομείων:

- *Σάμου & Ικαρίας*
- *Πανεπιστημιακού & Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας*
- *Νοσοκομείων Νίκαιας & Δυτικής Αττικής*
- *Νοσοκομείων Άργους & Ναυπλίου*
- *Πανεπιστημιακού & Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου*
- *Νοσοκομείων Κιλκίς & Γουμένισας*
- *Μαιευτηρίων Αθηνών « Έλενα Βενιζέλου & « Αλεξάνδρα»*
- *Νοσοκομείων Βέροιας & Νάουσας*
- *Νοσοκομείων Πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας» & « Ο Άγιος Λουκάς»*
- *Νοσοκομείων Κοζάνης & Πτολεμαΐδας*
- *Νοσοκομείων Ρόδου, Κω & Καλόμνου*
- *Νοσοκομείων Αγίου & Καλαβρύτων*

## 5.2 Διαθεσιμότητα Ανθρώπινου Δυναμικού στο Δημόσιο

Σύμφωνα με το νόμο **4172/23-7-2013** (κεφάλαιο Δ, άρθρο 90), του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, επιτρέπεται η κατάργηση θέσεων στο δημόσιο, με απόφαση του Υπουργού Διοικητικής Μεταρρύθμισης, εφόσον αυτό τεκμηριωθεί μετά από αξιολόγηση των αντίστοιχων δομών και των αναγκών στελέχωσης.

Επιπλέον επιτρέπεται η σύσταση νέων θέσεων ανά κλάδο ή και ειδικότητα με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και του οικείου Υπουργού.

Μετά την κατάργηση των θέσεων το προσωπικό τίθεται σε **διαθεσιμότητα** και ακολουθεί η αποτίμηση των προσόντων του με κριτήρια (μόρια) που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την εργασιακή εμπειρία, το «προφίλ» του υπαλλήλου (πειθαρχικές ποινές, αδικαιολόγητες απουσίες, μακροχρόνιες ή επαναλαμβανόμενες αναρρωτικές άδειες, δεξιότητες, ηθικές αμοιβές κ.α.).

Τέλος μοριοδοτείται και ο τρόπος εισαγωγής στο δημόσιο (ΑΣΕΠ). Κατόπιν ακολουθεί η κατάρτιση βαθμολογικών πινάκων κατά φθίνουσα σειρά και σε περίπτωση ισοβαθμίας εξετάζεται η οικογενειακή κατάσταση του υπαλλήλου (π.χ. αριθμός τέκνων).

Η διάρκεια της διαθεσιμότητας είναι οκτώ (8) μήνες και εφόσον παρέλθει αυτό το χρονικό διάστημα ο υπάλληλος απολύεται.

Για το ανώτερο χρονικό διάστημα ο υπάλληλος λαμβάνει τα τρία τέταρτα των αποδοχών του και επιπλέον καταβάλλονται οι ασφαλιστικές εισφορές εργοδότη και εργαζομένου που υπολογίζονται στο ύψος των μειωμένων κατά 25% αποδοχών του.

Κατά παρέκκλιση εξαιρούνται από το καθεστώς διαθεσιμότητας υπάλληλοι που έχουν αναπηρία σε ποσοστό τουλάχιστον 67%, οι πολύτεκνοι, ο/η σύζυγος ή τέκνο υπαλλήλου με αναπηρία τουλάχιστον 67% και ετήσια εισοδήματα χαμηλότερα των 12.000 ευρώ, ο/η υπάλληλος που κατόπιν δικαστικής απόφασης έχει τη γονική μέριμνα τέκνου και ετήσια εισοδήματα χαμηλότερα των 12.000 ευρώ. Επιπλέον ο/η υπάλληλος του οποίου ο/η σύζυγος έχει τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας και τέλος ο υπάλληλος που έχει ορισθεί δικαστικός συμπαραστάτης κατόπιν δικαστικής απόφασης.

Σύμφωνα με το άρθρο 91 επιτρέπεται η μετάταξη ή μεταφορά πλεονάζοντος αριθμού υπαλλήλων του δημοσίου που γίνεται προκειμένου να καλυφθούν άμεσες υπηρεσιακές ανάγκες στα πλαίσια της καλύτερης αξιοποίησης του ανθρωπίνου δυναμικού.

Η ανωτέρω «**κινητικότητα**» είναι υποχρεωτική και γίνεται χωρίς απαιτήτως να έχει προηγηθεί αίτημα του υπαλλήλου, με την προϋπόθεση εκείνος να κατέχει τα τυπικά προσόντα του κλάδου ή της ειδικότητας στην οποία μετατάσσεται ή μεταφέρεται.

Στην περίπτωση που η μεταφορά ή μετάταξη πρόκειται να γίνει σε κλάδο κατώτερης κατηγορίας απαιτείται η συναίνεση του υπαλλήλου.

Η διαδικασία πλήρωσης των θέσεων γίνεται με ανακοίνωση του Υπουργού Διοικητικής Μεταρρύθμισης στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και εντός 15 ημερών καλούνται οι ενδιαφερόμενοι υπάλληλοι να υποβάλλουν αίτημα για μετάταξη/μεταφορά.

Η παραπάνω διαδικασία ολοκληρώνεται με σειρά προτεραιότητας βάση καθορισμένων κριτηρίων ή συνέντευξης, ενώ δίνεται προτεραιότητα στους υπαλλήλους που έχουν τρία τέκνα.

### 5.3 Κατάργηση Οργανικών και Προσωποπαγών Θέσεων Νοσοκομείων

Τον Αύγουστο του 2013, με απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Υγείας ( Αριθμ. Υ4α/οικ.80672, αρ. φύλλου **2123/28-8-2013**), πραγματοποιήθηκε η κατάργηση **1.665** οργανικών και προσωποπαγών θέσεων μόνιμου και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικού των νοσοκομείων της 1<sup>ης</sup>, 2<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας.

Η κατάργηση αφορούσε προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων και κλάδων όπως ιατρών, νοσηλευτικής, διοικητικού-οικονομικού, διοικητικού λογιστικού, ιατρικών εργαστηρίων, φυσικοθεραπείας, βοηθών νοσηλευτικής κ.λπ. Παρακάτω παρουσιάζονται οι καταργούμενες θέσεις συνολικά ανά νοσηλευτικό ίδρυμα:

- ❖ Πρώην 1<sup>ου</sup> Νοσοκομείου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας (166 θέσεις)
- ❖ Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ» (300 θέσεις)
- ❖ Πρώην 7<sup>ου</sup> Νοσοκομείου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (143 θέσεις)
- ❖ Γ.Ν. Πατησίων (175 θέσεις)
- ❖ Γ.Ν. Αθηνών «Πολυκλινική» (184 θέσεις)
- ❖ Πρώην Νοσοκομείου Βραχίας Νοσηλείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (178 θέσεις)
- ❖ Γ.Ν. Αθηνών Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη» (29 θέσεις)
- ❖ Ινστιτούτο Ερεύνες Νοσημάτων Θώρακος, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (20 θέσεις)
- ❖ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα» (255 θέσεις)
- ❖ Γ.Ν. Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης (38 θέσεις)
- ❖ Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης (7 θέσεις)
- ❖ Παράρτημα Πρώτου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Παύλος» (πρώην Β΄ Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) (170 θέσεις).

Το ανωτέρω προσωπικό είχε τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας λαμβάνοντας το 75% του μισθού του. Το Σεπτέμβριο είχαν κληθεί να δηλώσουν τα νοσοκομεία στα οποία επιθυμούσαν να μετακινηθούν χωρίς τελικά να υπάρξουν απολύσεις.

#### **5.4 Κινητικότητα Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού Προσωπικού Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.**

**Την 31-12-2013 τέθηκε σε ισχύ ο Νόμος 4223**, του οποίου το άρθρο 54 (παρ. 1), περιλαμβάνει τις διατάξεις που αφορούν την κινητικότητα του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Σύμφωνα με αυτό ισχύουν τα ακόλουθα:

- ⇒ Δεν επιτρέπεται η μετάθεση, η μετάταξη και η απόσπαση, του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. πριν παρέλθει διετία από το διορισμό του.
- ⇒ Μετά την παρέλευση της διετίας από το διορισμό επιτρέπεται η μετάθεση, μετάταξη σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Υγειονομικές Περιφέρειες και Φορείς του Υπουργείου Υγείας εφόσον γνωμοδοτήσουν τα οικεία υπηρεσιακά συμβούλια των φορέων προέλευσης και υποδοχής.
- ⇒ Οι ενδιαφερόμενοι δύναται κατόπιν αιτήσεώς του να μετατεθούν, να μεταταχθούν και να αποσπαστούν σε παραμεθόρια περιοχή χωρίς τη γνώμη των υπηρεσιακών συμβουλίων, εφόσον φέρουν έγγραφη βεβαίωση της Διοίκησης του νοσοκομείου ότι δεν διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία του φορέα προέλευσης. Όταν γίνονται μεταξύ νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. παραμεθορίων περιοχών δεν απαιτείται βεβαίωση. Τέλος ο υπάλληλος είναι υποχρεωμένος να υπηρετήσει για 10 έτη στην υπηρεσία που τοποθετείται εκτός εάν είναι πολύτεκνος οπότε μειώνεται στα 5 έτη για μη νοσηλευτική υπηρεσία και στα 3 έτη για μετακίνηση μεταξύ νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- ⇒ Στην περίπτωση συνυπηρέτησης συζύγων αυτή γίνεται με την υποβολή σχετικού αιτήματος χωρίς τη γνωμοδότηση των οικείων υπηρεσιακών συμβουλίων.
- ⇒ Στην περίπτωση που είναι σύζυγοι στρατιωτικών, ένστολου προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ, του Πυροσβεστικού και Λιμενικού Σώματος οι αποσπάσεις γίνονται κατά προτεραιότητα στην περιοχή που υπηρετεί ο/η σύζυγος.

- ⇒ Σχετικά αιτήματα πολύτεκνων εξετάζονται κατά προτεραιότητα, ενώ δεν επιτρέπεται να μετακινούνται χωρίς προηγούμενη αίτησή τους.
- ⇒ Επιτρέπονται οι αμοιβαίες μετατάξεις προσωπικού των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Υγειονομικές Περιφέρειες και Φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, εφόσον οι ενδιαφερόμενοι αιτηθούν και γνωμοδοτήσουν τα οικεία υπηρεσιακά συμβούλια των φορέων προέλευσης και υποδοχής. Επιπλέον απαιτείται έγγραφη βεβαίωση της Διοίκησης του νοσοκομείου ότι δεν διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία του φορέα.
- ⇒ Οι αποσπάσεις εντός της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας, κατόπιν αιτήσεως του ενδιαφερόμενου, γίνονται με γνώμη των υπηρεσιακών συμβουλίων και με εισήγηση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. Οι αποσπάσεις μεταξύ διαφορετικών Υ.ΠΕ χρειάζονται κοινή εισήγηση των Διοικητών, ενώ σε περίπτωση διαφωνίας αποφασίζει ο Υπουργός Υγείας.

Με τον παρόν νόμο καταργείται κάθε διάταξη που αντιβαίνει σε αυτόν ενώ παραμένουν σε ισχύ οι διατάξεις του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. που καθορίζουν του όρους και τις προϋποθέσεις μετάθεσης, μετάταξης και απόσπασης των υπαλλήλων (Ν. 3528/2007, Α'26).

## **5.5 Οι Μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Υπαγωγή του Ανθρωπίνου Δυναμικού των Μονάδων Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε Διαθεσιμότητα**

Στη χώρα μας για πολλές δεκαετίες οι παροχές του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν διαφορετικές ανά ασφαλιστικό φορέα. Εξαιρέση αποτελούσαν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα κέντρα υγείας που ανήκαν διοικητικά στα νοσοκομεία, καθώς και τα αγροτικά ιατρεία που παρείχαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης ισότιμα στους πολίτες.

Στην Ελλάδα, με την ίδρυση του ΙΚΑ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) το 1935, τέθηκαν οι βάσεις για τη δημιουργία ενός στοιχειώδους συστήματος φροντίδας υγείας. Το ΙΚΑ που αποτελεί μέχρι και σήμερα τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας, διέθετε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατ' αποκλειστικότητα για τα άμεσα και έμμεσα μέλη του. (*Οργανόγραμμα Π.Δ. 266/1989*) (*Κωσταγιόλας, 2008*).

Η πλειονότητα των λοιπών ασφαλιστικών ταμείων σύναπτε συμβάσεις ορισμένου χρόνου με ιδιώτες ιατρούς, με διαφορετικούς όρους και προϋποθέσεις, για την περίθαλψη των μελών τους.

Με το σύστημα αυτό οι υπηρεσίες υγείας που απολάμβανε ένας δημόσιος υπάλληλος ήταν διαφορετικές από εκείνες ενός ελεύθερου επαγγελματία, ενός αγρότη κ.ο.κ. Η κατάσταση που είχε διαμορφωθεί δημιουργούσε ανισότητες, καθώς κάποιες κατηγορίες πολιτών ήταν περισσότερο προνομιούχες.

Το πολυδαίδαλο σύστημα οδηγούσε σε ανεξέλεγκτη κατάσταση από πλευράς ελέγχου δαπανών, γραφειοκρατίας, οργάνωσης και απέτρεπε τον σχηματισμό συνολικής εικόνας για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα.

Εδώ και πολλά χρόνια πλήθαιναν οι φωνές για την ανάγκη μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας. Ωστόσο η υπαγωγή της Ελλάδας στο μηχανισμό οικονομικής στήριξης του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου επέσπευσε τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις που έπρεπε να είχαν γίνει στο παρελθόν.

Με τον υπ' αριθ. **Νόμο 3918/2-3-2011**, έγινε η σύσταση του **Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας** ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), που εποπτεύεται από τα Υπουργεία Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με έδρα την Αθήνα. Έξι μήνες μετά τη δημοσίευση του νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ορίστηκε η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού.

Αρχικά στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.) με τις μονάδες υγείας του, ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ).

Σκοπός του οργανισμού ήταν η παροχή ενιαίων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες εντάσσοντας υπό την σκέπη του σταδιακά όλα τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας.

Από **1/1/2012** ξεκίνησε η εφαρμογή ενός **Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας** όπως ισχύει μέχρι σήμερα (ΦΕΚ 2456/Β΄/3-11-2011, όπως τροποποιήθηκε ΦΕΚ 3054/Β΄/18-11-2012. Ο κανονισμός αυτός ορίζει με σαφήνεια όλες τις παροχές σε είδος, τις θεραπείες, τη συχνότητα επανάληψης, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τον προληπτικό έλεγχο, το ποσοστό οικονομικής συμμετοχής των ασφαλισμένων στις διάφορες εξετάσεις κ.α.

Συνεπώς αποκαταστάθηκε η ανισότητα που υπήρχε καθώς όλοι πλέον απολαμβάνουν ισότιμα ενιαίες παροχές υγείας. Σταδιακά και προκειμένου να υπάρξει ορθολογισμός και έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης και των διαγνωστικών εξετάσεων εφαρμόστηκε το 2012 σε πανελλήνια κλίμακα η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων πολιτών ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κλήθηκε να συνεργαστεί με ιδιώτες ιατρούς συνάπτοντας συμβάσεις στα ιδιωτικά τους ιατρεία εκτός των μονάδων υγείας.

Εξαιτίας της χαμηλής χρηματικής αποζημίωσης ανά επίσκεψη ασθενούς, η συμμετοχή των ιατρών δεν ήταν ικανοποιητική καθώς ανά νομό απουσίαζαν ορισμένες ειδικότητες. Στην πόλη της Πρέβεζας, για παράδειγμα δεν υπάρχει συμβεβλημένος ιατρός των ειδικοτήτων: δερματολογίας, παιδιατρικής και ορθοπδικής, ενώ ορισμένες ειδικότητες συμβεβλημένων ιατρών δεν επαρκούν αριθμητικά για να εξυπηρετηθεί το σύνολο του πληθυσμού (καθορισμός πλαφόν 200 επισκέψεων/μήνα/ιατρό).

Η λειτουργία και η πορεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν δυσχερής εξαιτίας της υποχρηματοδότησης και των δυσκολιών που υπήρξαν από τη συνένωση όλων των ταμείων με αποτέλεσμα τη δημιουργία συσσωρευμένων οφειλών έναντι των ιατρών, των φαρμακοποιών και των διαγνωστικών κέντρων.

Το 2013 έγιναν έντονες διεργασίες και διαβουλεύσεις προκειμένου να υπάρξει μία οριστική λύση για την πρωτοβάθμια υγεία και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ώστε να δημιουργηθεί στην Ελλάδα ένα **Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας**.

Οι επιτροπές που συστάθηκαν για το λόγο αυτό πρότειναν μεταξύ άλλων των αποχωρισμό των μονάδων υγείας από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ώστε ο οργανισμός να μετατραπεί μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας για το σύνολο της χώρας. Με τον τρόπο αυτό θα ενισχύονταν ο διαπραγματευτικός του ρόλος πετυχαίνοντας συμβάσεις με καλύτερους και οικονομικότερους όρους για το συμφέρον των πολιτών και του κράτους.

**Το Φεβρουάριο του 2014** το Ελληνικό Κοινοβούλιο ψήφισε το νόμο για την αλλαγή σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και τη δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας). Με τη δημοσίευση του υπ' αριθ. **4238/17-2-2014** νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως πραγματοποιήθηκε η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση που έγινε στη χώρα μας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Με την εφαρμογή του νόμου και προκειμένου να πραγματοποιηθεί η υπαγωγή των μονάδων υγείας στο νέο φορέα, όλο το μόνιμο και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, ιατρικό, οδοντιατρικό, νοσηλευτικό, μαιευτικό, λοιπό υγειονομικό προσωπικό και οι διοικητικοί υπάλληλοι τέθηκαν σε καθεστώς διαθεσιμότητας, με ταυτόχρονη κατάργηση των θέσεων (άρθρο 16, ν.4238/17-2-2014). Ακολούθησε το κλείσιμο **350** μονάδων υγείας και η έκδοση **8500** διαπιστωτικών πράξεων. (<http://www.poygyika.gr>)

Η χρονική διάρκεια της διαθεσιμότητας ορίστηκε για τριάντα ημέρες (30), με εξαίρεση ειδικές κατηγορίες εργαζομένων, όπως μονογονεϊκές, πολύτεκνες οικογένειες, άτομα με αναπηρία κλπ, όπου κατά παρέκκλιση μειώθηκε στις δεκαπέντε ημέρες (15).

Την πρώτη εβδομάδα της διαθεσιμότητας όλο το ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας κλήθηκε να αποφασίσει εάν θα αποδεχτεί τη μετάταξη/μεταφορά στο νέο φορέα με γραπτή δήλωσή του. Για το ιατρικό και οδοντιατρικό προσωπικό η αποδοχή με υπεύθυνη δήλωση σήμανε την κατάρτιση νέας υπαλληλική σχέσης πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στις μονάδες υγείας.

Για τους ιατρούς δεν επιτρέπονταν να διατηρούν συγχρόνως τα ιδιωτικά τους ιατρεία, όπως ίσχυε πριν την ψήφιση του νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Την 17/3/2014 με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (Υ3/Γ.Π./οικ.23726), δίνονται διευκρινήσεις σχετικά με την έναρξη λειτουργίας των Μονάδων Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Εκτός από τη νέα ονομασία, περιλαμβάνονται οδηγίες για το ωράριο λειτουργίας, τις σφραγίδες, τους Υπευθύνους των Μονάδων Υγείας, τους ελεγκτές ιατρούς κοκ.

Σε κάθε μονάδα ορίζεται τουλάχιστον ένας Ιατρός Υποδοχής κατά προτεραιότητα Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας ο οποίος θα δέχεται αποκλειστικά έκτακτα περιστατικά.

Θα μπορεί να εξετάζει τον ασθενή, να συνταγογραφεί φάρμακα και εξετάσεις, να παραπέμπει τον ασθενή σε άλλο ιατρό της μονάδας υγείας ή σε συμβεβλημένο ιατρό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ή σε ιατρό Νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. Οι ιατροί υποδοχής δεν θα δέχονται με ραντεβού. Οι υπόλοιποι ιατροί θα δέχονται ασθενείς κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού, ο αριθμός των οποίων ορίζεται σε 30 ημερησίως ανά ιατρό.

Επιπρόσθετα η εγκύκλιος ορίζει τη διαδικασία παραλαβής της περιουσίας των Μονάδων του Π.Ε.Δ.Υ από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τη διαδικασία παρουσίασης του προσωπικού στις μονάδες υγείας, τις διαδικασίες που αφορούν τις προμήθειες υλικών, αντιδραστηρίων, φαρμάκων και την τεχνική υποστήριξη.

Η επαναλειτουργία των Πολυιατρείων και λοιπών μονάδων υγείας ξεκίνησε την **20 Μαρτίου 2014**, ημερομηνία λήξης της διαθεσιμότητας. Από τους περίπου 8.500 εργαζομένους όλων των ειδικοτήτων το διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό αποδέχτηκε τις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ σε ποσοστό 98,8% και 99,4% αντιστοίχως, σε αντίθεση με το ιατρικό δυναμικό, όπου από τους 4.998 των πρώην Πολυιατρείων, δήλωσαν να ενταχθούν στο ΠΕΔΥ οι 2.497, δηλαδή ποσοστό μόλις 49,9%. (<http://www.iatrikostypos.com>)

Οι εργαζόμενοι επέστρεψαν στις μονάδες υγείας όπου ανήκαν πριν διοικητικά χωρίς να υπάρξουν απολύσεις ή μετακινήσεις προσωπικού στις υγειονομικές περιφέρειες. Αρχικά οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ θα λειτουργήσουν σε δύο βάρδιες από 7π.μ.έως 7μ.μ., δωρεάν για ασφαλισμένους και ανασφάλιστους πολίτες.

Μετά από αρκετούς μήνες και εφόσον καλυφθούν τα κενά σε ιατρικό δυναμικό, θα ξεκινήσει σταδιακά η 24 ώρη λειτουργία έτσι ώστε να αποσυμφοριθούν τα νοσοκομεία από περιστατικά που δεν χρειάζονται νοσηλεία.

Πλέον οι επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας εκτός από επιτελικό ρόλο καλούνται να έχουν λειτουργικό και εκτελεστικό ρόλο, καθώς διαχειρίζονται πλέον όλο το ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Πριν την εφαρμογή του νόμου για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα, οι πρώην μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α και στη συνέχεια του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διοικούσαν σε τοπικό επίπεδο από τον Διευθυντή.

Ως Διευθυντής ορίζονταν μόνιμος ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας ο οποίος ήταν υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας αναθέτοντας με απόφασή του αρμοδιότητες και καθήκοντα στο ανθρώπινο δυναμικό (ιατροί, οδοντίατροι, διοικητικοί υπάλληλοι, νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτριες υγείας κα).

Με απόφαση ορίζονταν και ο αναπληρωτής Διευθυντής. Για το νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχε άμεσος προϊστάμενος/η, που συνήθως προέρχονταν από τον κλάδο των νοσηλευτών. Ήταν αρμόδιος για την ομαλή λειτουργία των ιατρείων της μονάδας και την κατανομή του προσωπικού σε δύο βάρδιες 7π.μ.-15μ.μ και 11π.μ-7μ.μ. Με απόφαση ορίζονταν και ο αναπληρωτής προϊστάμενος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Με την υπαγωγή των μονάδων στο Π.Ε.Δ.Υ και για το λόγο ότι οι Υγειονομικές Περιφέρειες ανέλαβαν τη διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού, στις μονάδες ορίζεται πλέον Υπεύθυνος Ιατρός που ελέγχει την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας υγείας στην οποία υπάγεται διοικητικά (Ν. 4238/17-2-2014).

Ο Υπεύθυνος Μονάδας Υγείας συντονίζει την επιστημονική λειτουργία των μονάδων έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία αξιολόγησης και ένταξης τους στον κλάδο ιατρών του Ε.Σ.Υ. (Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας Υ3/Γ.Π./οικ.23726/17-3-2014). Για το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ορίζεται ξεχωριστά άμεσος προϊστάμενος.

## **5.6 Γενικές Αρχές Νόμου 4238/17-2-2014 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Στο άρθρο 1 του νέου νόμου ορίζεται ότι το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Εκτός από το Ε.Σ.Υ. συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας Π.Ε.Δ.Υ. το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας.

Το ενιαίο και αποκεντρωμένο Π.Ε.Δ.Υ. παρέχει τις υπηρεσίες του ισότιμα στους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική ή οικονομική τους κατάσταση. Σκοπός της Π.Φ.Υ. είναι να αποτελεί την πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα και να παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας ή ακόμα και την παραπομπή προς άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.

Συγκεκριμένα οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν εκείνες που δεν απαιτείται η εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα, όπως μέτρα για την πρόληψη νοσημάτων, την παροχή πρώτων βοηθειών, πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας ασθενών, τον οικογενειακό προγραμματισμό, υπηρεσίες για τη μητέρα και το παιδί, εμβολιασμούς και τέλος την οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση στην πρόληψη.

Στο άρθρο 2 ορίζονται οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που είναι τα Κέντρα Υγείας, οι πρώην μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και οι λοιπές μονάδες υγείας που μεταφέρονται και εντάσσονται στις Υγειονομικές Περιφέρειες, με εξαίρεση τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που παραμένουν στον οργανισμό. Ο Υπουργός Υγείας καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο διασυνδέονται οι δομές Π.Φ.Υ. με τα Νοσοκομεία.

Στα άρθρα 4 και 5 καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Οι οικογενειακοί ιατροί δύναται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές της Π.Φ.Υ., ή στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή κατ' οίκον. Μπορούν να διαχειρίζονται χρόνια νοσήματα, να καθοδηγούν και να παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικούς ιατρούς, να εφαρμόζουν προγράμματα προληπτικού ελέγχου, και να παρακολουθούν προγράμματα εμβολιασμού. Επιπλέον θα μπορούν να τηρούν ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας για κάθε πολίτη. Ο πολίτης μπορεί να επιλέγει τον οικογενειακό του ιατρό έχοντας το δικαίωμα για αλλαγή.

Στο άρθρο 27 αναφέρεται η σύσταση Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με κοινή Υπουργική Απόφαση, ως μονάδες των Υγειονομικών Περιφερειών ή των Νοσοκομείων. Επιπλέον δύναται να λειτουργούν Κινητές Μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Εν κατακλείδι, το άρθρο 28 περιλαμβάνει τις διατάξεις που αφορούν την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από ιδιώτες ιατρούς.

### **5.7 Αξιολόγηση του Ανθρωπίνου Δυναμικού στο Δημόσιο Τομέα.**

Με τον υπ' αριθ. **Νόμο 4250/26-3-2014**, άρθρο 20 έγινε η τροποποίηση των διατάξεων του Π.Δ. 318/1992 (Α'161). Σύμφωνα με το νέο νόμο αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο θα βαθμολογηθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα μεταβατικό σύστημα αξιολόγησης το οποίο αφορά το έτος 2013, καθώς για το 2014 αναμένεται η εισαγωγή ενός πάγιου συστήματος αξιολόγησης.

Η βαθμολογία καθορίζεται σε κλίμακες ως ποσοστό επί του συνόλου των υπαλλήλων σε μία υπηρεσία. Δηλαδή, πιο συγκεκριμένα μόνο το **25%** των υπαλλήλων μπορεί να βαθμολογηθεί από **9 έως 10**, μόνο το **60%** των υπαλλήλων μπορεί να βαθμολογηθεί από **7 έως 8** και τέλος το υπόλοιπο **15%** από **1 έως 6**. Ο επιμερισμός των ποσοστών γίνεται με απόφαση του οικείου Προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης για όλες τις οργανικές μονάδες που υπάγονται σε αυτή. Όταν οι αξιολογητές δεν τηρούν τα ανωτέρω ποσοστά αντιμετωπίζουν το πειθαρχικό παράπτωμα της παράβασης υπαλληλικού καθήκοντος.

Σχετικά με την αξιολόγηση των Προϊσταμένων Τμημάτων και Διευθύνσεων μπορεί να βαθμολογηθούν με 9 ή 10 σε ποσοστό έως και 70% που υπολογίζεται από το σύνολο των προϊσταμένων του ίδιου επιπέδου ή της ίδιας Γενικής Διεύθυνσης.

Ωστόσο όταν ο προϊστάμενος- αξιολογητής βαθμολογήσει με βαθμούς είτε από 9-10, είτε από 1-6, πρέπει να την αιτιολογήσει παραθέτοντας πραγματικά στοιχεία και όχι χαρακτηρισμούς. Περαιτέρω ο/η υπάλληλος που έχει βαθμολογηθεί από 6 και κάτω θα κληθεί για συνέντευξη, εφόσον ο αξιολογητής έχει καταγράψει στο έντυπο της αξιολόγησης συγκεκριμένα μέτρα που αποσκοπούν στη βελτίωση της απόδοσης του αξιολογούμενου.

Για την αξιολόγηση απαιτείται γραπτή εισήγηση του άμεσα προϊσταμένου όταν υπάρχει προϊστάμενος της αμέσως υπερκείμενης οργανικής μονάδας. Σε διαφορετική περίπτωση διενεργείτε από το άμεσα προϊστάμενο.

Η σύνταξη των εκθέσεων αξιολόγησης των υπαλλήλων όλων των κατηγοριών, γίνεται από τους αξιολογητές το πρώτο τρίμηνο κάθε έτους έως την 31<sup>η</sup> Μαρτίου, μετά από την έκδοση της σχετικής απόφασης τον Ιανουάριο κάθε έτους από το αρμόδιο όργανο.

Μέχρι τα μέσα Φεβρουαρίου ο αξιολογούμενος θα πρέπει να έχει συμπληρώσει το έντυπο αξιολόγησης, ενώ η εισήγηση προς τον αρμόδιο αξιολογητή κατατίθεται το αργότερο μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου. Έκθεση αξιολόγησης δεν μπορεί να συνταχθεί εάν ο/η υπάλληλος έχει χρονικό διάστημα μικρότερο των πέντε μηνών. Επιπλέον η τελευταία σελίδα της έκθεσης αξιολόγησης γνωστοποιείται υποχρεωτικά στον αξιολογούμενο εργαζόμενο.

Ο υπάλληλος που έχει βαθμολογηθεί με μέσο όρο βαθμολογίας από 6 και κάτω, έχει το δικαίωμα να υποβάλλει ένσταση μέσα σε 10 ημέρες από τη γνωστοποίηση της έκθεσης. Το περιεχόμενο της ένστασης περιλαμβάνει τα πραγματικά στοιχεία και περιστατικά που αποδεικνύουν την ανακρίβεια των γεγονότων που επικαλείται ο αξιολογητής. Η εξέταση των ενστάσεων γίνεται από Ειδική Επιτροπή Αξιολόγησης, η οποία καλείται να αποφασίσει μέσα σε χρονικό διάστημα δύο μηνών.

### Η Έκθεση Αξιολόγησης περιλαμβάνει αναλυτικά τις εξής πληροφορίες:

- ✚ Τα στοιχεία του αξιολογούμενου.
- ✚ Τους τίτλους σπουδών, τυχόν μετεκπαίδευση και επιμόρφωση αυτού.
- ✚ Τη συνοπτική περιγραφή του έργου που επιτελέστηκε, μελέτες, άρθρα, προτάσεις, βραβεύσεις και δυσχέρειες ή προβλήματα.
- ✚ Την ικανότητα εφαρμογής των γνώσεων και της εμπειρίας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων.
- ✚ Τη σφαιρική γνώση του αντικειμένου του φορέα στον οποίο εργάζεται ο αξιολογούμενος
- ✚ Τις διοικητικές ικανότητες που διαθέτει σχετικά με τον προγραμματισμό, την οργάνωση και το συντονισμό των εργασιών της μονάδας. Την ικανότητα που έχει να επικοινωνεί, να καθοδηγεί, να ενημερώνει, να παρακινεί τους υπαλλήλους, την ικανότητα να αξιολογεί αντικειμενικά, να δημιουργεί ομαδικό πνεύμα και να λαμβάνει αποφάσεις για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών.
- ✚ Το ενδιαφέρον και τη δημιουργικότητα, την αφοσίωση στην εργασία, την πρωτοβουλία και την ανάληψη ευθυνών.
- ✚ Τις υπηρεσιακές σχέσεις και τη συμπεριφορά προς τους πολίτες καθώς και την επικοινωνία και συνεργασία με συναδέλφους άλλων υπηρεσιών.
- ✚ Την αποτελεσματικότητα σχετικά με την επίτευξη των στόχων, την εξοικονόμηση πόρων, την ποιότητα και ποσότητα της εργασίας.

Τα ανωτέρω κριτήρια βαθμολογούνται από το 1 έως το 10 από τον αξιολογητή, και υπολογίζεται ο μέσος όρος των επιμέρους βαθμολογιών.

A/A	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	Βαθμός
1	ΓΝΩΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ	
2	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	
3	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	
4	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	
5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	
ΣΥΝΟΛΟ		

Την **5/8/2014** κατατέθηκε στη βουλή των Ελλήνων τροπολογία για την τροποποίηση των διατάξεων του νόμου για την αξιολόγηση από το υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

Σύμφωνα με αυτή οι εκθέσεις αξιολόγησης που αφορούν το έτος 2013 δε θα λαμβάνονται υπόψη για υπαλλήλους του τίθενται σε διαδικασία διαθεσιμότητας και κινητικότητας, ενώ δεν συνεπάγεται οποιαδήποτε μισθολογική ή υπηρεσιακή μεταβολή. Επιπλέον παρατείνεται ο χρόνος έκδοσης των ποσοστών επιμερισμού έως την 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου 2014.

Με την ίδια τροπολογία προτείνονται μέτρα για τη βελτίωση της απόδοσης του αξιολογούμενου που έλαβε βαθμό από 1 έως 6, όπως είναι η συμμετοχή σε συγκεκριμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης του ΕΚΚΔΑ (Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης), ή άλλου πιστοποιημένου φορέα. Επιπλέον μέτρα αποτελούν η επιμόρφωση σε άλλο αντικείμενο από δημόσιες δομές δια βίου μάθησης, η εκούσια μετακίνηση του υπαλλήλου εντός της υπηρεσίας κ.ο.κ.

Στην περίπτωση που ο αξιολογούμενος δεν συμπληρώσει την έκθεση αξιολόγησης δεν αναστέλλεται η περαιτέρω διαδικασία καθώς τα στοιχεία συμπληρώνονται από την αρμόδια υπηρεσία προσωπικού.

## **5.8 Διαθεσιμότητα Οδηγών και Πληρωμάτων Ασθενοφόρων Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.**

Το 2014 εκτός από τους υπαλλήλους των πρώην μονάδων υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που τέθηκαν σε καθεστώς διαθεσιμότητας (18/2/2014), ακολούθησε η διαθεσιμότητα 640 περίπου οδηγών και πληρωμάτων ασθενοφόρων (κλάδων ΔΕ) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Όπως ορίζει **Νόμος 4254/7-4-2014**, από την 8 Απριλίου οι ανωτέρω υπάλληλοι τίθενται σε καθεστώς διαθεσιμότητας με ταυτόχρονη κατάργηση των θέσεων που κατέχουν. Η παραπάνω πράξη έγινε προκειμένου να ενισχυθεί το Ε.Κ.Α.Β με προσωπικό από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Η διαθεσιμότητα ήταν διάρκειας ενός μηνός και στη συνέχεια κατόπιν αιτήσεως των ενδιαφερομένων πραγματοποιήθηκε η επανατοποθέτησή τους σε οργανικές θέσεις που συστήθηκαν στον κλάδο ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β. Στον κλάδο αυτό μπορούσαν να μεταταχθούν/μεταφερθούν υπάλληλοι των ειδικοτήτων Οδηγών, Τεχνικού (Ειδικότητας Οδηγών) και Πληρωμάτων Ασθενοφόρων.

Οι υπάλληλοι κατά την περίοδο της διαθεσιμότητας ελάμβαναν τα  $\frac{3}{4}$  των αποδοχών τους, ενώ καταβάλλονταν από τον φορέα προέλευσης οι ασφαλιστικές εισφορές εργοδότη και εργαζομένου υπολογισμένες στο 75% των αποδοχών τους. Κατά παρέκκλιση για όσους υπαγόταν στις κοινωνικές κατηγορίες η διαθεσιμότητα ήταν διάρκειας 15 ημερών.

Οι υπάλληλοι που μετατάχθηκαν/μεταφέρθηκαν διατήρησαν την ίδια εργασιακή σχέση του φορέα προέλευσης. Προηγουμένως οι ενδιαφερόμενοι είχαν υποβάλλει αίτημα (υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/1986) για αποδοχή της νέας θέσης εντός 7 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία έκδοσης των διαπιστωτικών πράξεων του φορέα προέλευσης. Παρουσιάστηκαν δε την επόμενη εργάσιμη ημέρα από τη λήξη της διαθεσιμότητας. Οι πράξεις μετάταξης/μεταφοράς τους εκδόθηκαν από τον φορέα υποδοχής χωρίς να υπάρξουν απολύσεις.

## Συμπεράσματα

Οι ανθρώπινοι πόροι αποτελούν την ουσιαστικότερη δύναμη ενός Οργανισμού. Η κατάλληλη σύνθεση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ανθρώπων μπορούν να προσδώσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που δεν αντιγράφεται. Το μείγμα του ανθρώπινου δυναμικού είναι μοναδικό για κάθε επιχείρηση ή οργανισμό. Το εργατικό δυναμικό μπορεί να συνδυάσει κατάλληλα και να αξιοποιήσει τους υπόλοιπους συντελεστές παραγωγής για την επίτευξη των στόχων μιας επιχείρησης που είναι η μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας.

Η στελέχωση με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό είναι μια διαδικασία που χρειάζεται συστηματική προσέγγιση και προσεκτικό σχεδιασμό των διαδικασιών του προγραμματισμού, της επιλογής και της τοποθέτησης. Ένας ανεπαρκής σχεδιασμός μπορεί να οδηγήσει σε ελλείψεις προσωπικού ή/και σε λανθασμένη επιλογή που συνεπάγεται κόστος για την επιχείρηση σε χρόνο, χρήμα ή ακόμα και φήμη.

Η πολιτική μιας επιχείρησης για το ήδη υπάρχον προσωπικό και τους νεοπροσλαμβανόμενους, είναι σημαντικό να περιλαμβάνει προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης προσωπικού, γιατί η απόκτηση επιπλέον γνώσεων, εμπειρίας και ικανοτήτων μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της αποδοτικότητά.

Επιπλέον η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνει ένα μείγμα από εσωτερικές και εξωτερικές ανταμοιβές που μπορούν να συμβάλλουν στην ικανοποίηση των εργαζομένων αυξάνοντας την αφοσίωσή τους στην επιχείρηση. Ένα εργασιακό περιβάλλον που εξασφαλίζει καλή οργάνωση, δίκτυα επικοινωνίας, άρτια υλικοτεχνική υποδομή, καλό κλίμα συνεργασίας και ασφάλειας στη διεκπεραίωση των εργασιών αποτελεί πόλο έλξης για υψηλού επιπέδου στελέχη.

“Κλειδί” για την επιτυχία αποτελεί και το μοντέλο διοίκησης που επιλέγεται για το συντονισμό των εργασιών και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας της επιχείρησης. Η συμμετοχική ηγεσία προσεγγίζει το άτομο καθώς αυξάνεται ο βαθμός ελευθερίας και η δημιουργικότητα. Επιπλέον η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη των αποφάσεων προσδίδει αίσθημα ικανοποίησης. Στη σημερινή εποχή έχουν έρθει στο προσκήνιο θεωρίες που εστιάζουν στη σχέση ηγέτη-διοικούντων. Η επιλογή του τρόπου διοίκησης πρέπει να είναι ανάλογη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων και να μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν.

Οι Οργανισμοί Παροχής Υπηρεσιών Υγείας απασχολούν πολυάριθμο προσωπικό με υψηλό καταμερισμό εργασίας. Το υγειονομικό προσωπικό σε συνεργασία με το υπόλοιπο υποστηρικτικό προσωπικό διαδραματίζει τον κρισιμότερο ρόλο για την περίθαλψη και την αποθεραπεία των πολιτών με κοινωνικές προεκτάσεις. Τα διάφορα τμήματα στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό, συνεργάζονται μεταξύ τους και διοικούνται κατάλληλα με σκοπό την παροχή ποιοτικότερων φροντίδων υγείας στους πολίτες. Η πολυπλοκότητα και η συνθετότητα του ανθρωπίνου δυναμικού στον τομέα της υγείας καθιστά ενδιαφέρουσα τη μελέτη της οργάνωσης και της λειτουργίας αυτών των δομών.

Ωστόσο εξαιτίας της μεγάλης έλλειψης προσωπικού, της άνιση κατανομής του στην επικράτεια και της υποχρηματοδότησης του συστήματος είναι αναγκαία η προώθηση ενός σχεδίου μεταρρύθμισης και εξορθολογισμού του συστήματος της υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση και οι άσχημες συνθήκες που επικρατούν μπορεί να οδηγήσουν σε υποβάθμιση των παροχών υγείας και στην εκδήλωση περισσότερων ατυχημάτων στο χώρο εργασίας.

Ο επανασχεδιασμός του υγειονομικού χάρτη, η σύνδεση ζήτησης και προσφοράς επαγγελματιών υγείας, η αναπροσαρμογή του εκπαιδευτικού συστήματος στις σύγχρονες απαιτήσεις, η εξασφάλιση του απαραίτητου ανθρωπίνου δυναμικού με προσλήψεις, η υποστήριξη του ρόλου της δια βίου μάθησης, αλλά και η ηθική αναγνώριση του επαγγελματία υγείας αποτελούν τη βάση για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Τα τελευταία χρόνια μετά την υπαγωγή της χώρας στο μηχανισμό οικονομικής στήριξης του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου επισπεύδονται οι αλλαγές και οι παρεμβάσεις στην οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Οι πρώτες αλλαγές επήλθαν το 2011 με την ένταξη των νοσοκομείων του Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ. και την επακόλουθη μείωση του αριθμού των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου με τη δημιουργία Διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων (2012).

Το 2013 ψηφίστηκε ο νόμος που επιτρέπει τη διαθεσιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων με την κατάργηση οργανικών θέσεων όπως έγινε τον Αύγουστο του ίδιου έτους για μεγάλο αριθμό εργαζομένων διαφόρων ειδικοτήτων στην υγεία.

Περαιτέρω, οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ξεκινώντας από τις πρώην μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. οι οποίες εντάχθηκαν αρχικά σε έναν νεοσύστατο οργανισμό τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το 2012 και στη συνέχεια στο Π.Ε.Δ.Υ. το 2014, συνετέλεσε στη δημιουργία ενός Ενιαίου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας, μαζί με τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία της χώρας.

Προκειμένου να συσταθεί ο τελικός φορέας οι εργαζόμενοι των πρώην μονάδων υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τέθηκαν επί του συνόλου σε καθεστώς διαθεσιμότητας.

Την άνοιξη του 2014 πραγματοποιήθηκε η κινητικότητα των οδηγών και πληρωμάτων ασθενοφόρων των νοσοκομείων της χώρας προκειμένου να ενισχυθεί το Ε.Κ.Α.Β., με ταυτόχρονη υπαγωγή των εργαζομένων στη διαθεσιμότητα. Γενικά στο χώρο της υγείας δεν υπήρξαν ακούσιες απολύσεις ανθρωπίνου δυναμικού.

Επιπρόσθετα μία πρόσφατη παρέμβαση ήταν η ψήφιση του νόμου για την αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων με τον καθορισμό κλίμακας βαθμολογιών με ποσοστά. Από τη διαδικασία της αξιολόγησης δεν εξαιρείται ο κλάδος της υγείας.

Εν κατακλείδι αναμένεται περαιτέρω αναμόρφωση στη δομή του συστήματος υγείας έως ότου οριστικοποιηθεί ο υγειονομικός χάρτης της χώρας.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική και Ξενόγλωσση

- Ξηροτύρη Κουφίδου, Σ. (2001), Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Θεσσαλονίκη:Ανίκουλα
- Ιορδάνογλου, Δ. (2008), Διοίκηση Ανθρωπίνου Δυναμικού Στις Σύγχρονες Οργανώσεις, Αθήνα: Κριτική
- Τερζίδης, Κ., Τζωρτζάκης, Κ. (2004), Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα: Rosili
- Κατσαλής, Α., Τσώκος, Δ. (2009), Διοίκηση Ανθρωπίνου Δυναμικού, Αθήνα: Financial Forum
- Ξηροτύρη Κουφίδου, Σ. (2010), Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Θεσσαλονίκη: Ανίκουλα
- Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ. (2003), Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα: Μπένου
- Montana, P., Charnov, B. (2008), Μάνατζμεντ, Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Μπουσινάκης, Δ., Χαλκός, Γ. (2007), « Σύγχρονη Ηγεσία σε Σύγχρονους Οργανισμούς», Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος, 48, σελ. 65-73
- Ελευθερίου, Β.(2004), «Η Καινοτομία Ως Μέσο Ανάπτυξης Των Ανθρωπίνων Πόρων», Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος, 34, σελ. 16-31
- Ευμορφίδου, Π. (2007), «Υποκίνηση Προσωπικού», Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος, 46, σελ. 19-27
- Πορφυρίδης, Γ. ( 2006), « Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων», Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος, 42, σελ. 15-27
- Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999), Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Ευμορφίδου, Π. (2007), «Ο Σχεδιασμός-Προγραμματισμός Στον Τομέα Της Υγείας. Η Περίπτωση Ενός Διαγνωστικού Κέντρου Και Ενός Νοσοκομείου. Κριτήρια και Διαφορές», Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος,40, σελ. 78-85
- Ψαρόπουλος, Χ, (2013), «Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας», [www.pсарopouloschristos.com](http://www.pсарopouloschristos.com)

- Δρακόπουλος, Β., Δοντάς, Σ., Δρίβας, Σ., Κατσίρης, Ν., Κομηνός, Ξ., Κωνσταντοπούλου, Σ., Λώμη, Κ., Πανούση, Π., Πινότση, Π., Ραντίν, Λ. (2007), Υγεία και Ασφάλεια στους Χώρους Εργασίας των Νοσοκομείων, Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, εκδόσεις: Λιβάνη
- Μπουραντάς, Α., Βαθής, Α., Παπακωνσταντίνου, Χ., Ρεκλείτης, Π. (1999), Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων
- Ντασκαγιάννης, Μ. (2007), «Η Μονιμότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων», Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος, 47,σελ.5-24
- ΙΝΕ-ΓΣΕΕ,(2008) , «Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση», Ετήσια Έκθεση, Αθήνα
- Κουζής, Γ., Καψάλης, Α., Κούστα, Ε., Λαμπουράκη, Σ., Σταμάτη, Α., Τήκος, Σ., Τσακαμή, Ε.(2010), Οι Εργασιακές Σχέσεις Στην Ευρώπη Και Στην Ελλάδα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, ετήσια έκθεση 2010, Αθήνα: Καμπύλη ΑΕΒΕ
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα: Παπασωτηρίου
- Στάθης, Γ. (2000), Διάλογοι για το νοσοκομειακό management, Τα πρακτικά του 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου επιστημονικού συνεδρίου νοσοκομειακού management, Αθήνα: Mediforce
- Σιγάλας, Ι. (1999), Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας, Πάτρα: Ε.Α.Π.
- Μάινα, Α., Αγραφιώτης, Δ. (1997), «Το Νοσοκομείο ως Οργάνωση (Organization)», Το σύγχρονο Νοσοκομείο, Ελληνικός Νοσοκομειακός Σύνδεσμος, 3(2):23-32, Αθήνα
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
- Marguis, L., Huston, J. (2011), Διοίκηση και Ηγεσία Θεωρία και Εφαρμογή στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Liaropoulos, L. (1995), “Health services financing in Greece: a role for private health insurance”, Health Policy, 34:53-62
- Wiles, R. et Higgins, J. (1989), Why do patients go private: a study of consumerism in health care, Occasional Paper, Institute for Health Policy Studies, UK
- Greenleaf, R. K. (1977), Servant Leadership: A journey in the nature of legitimate power and greatness, New York: Paulist

- Jones, C. B. (2004), The costs of nurse turnover, Part 1: An economic perspective, *Journal of Nursing Administration*, 54(12), 562-570
- Simon, M., Norris, T. (2004-2005), Social capital and the bottom line, Getting friendly with a key competitive advantage, *Workforce Engage*, Retrieved September 21, 2006, from [http://www.workforceengage.com/social\\_capital.html](http://www.workforceengage.com/social_capital.html)
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990), Emotional intelligence, Imagination, Cognition, and Personality, 9, 185-211
- Goleman, D. (1998), *Working with emotional intelligence*, New York: Bantam Books
- Shirey, M. R. (2006b), Promoting sustainability through collaboration, *Reflections on Nursing Leadership* (third quarter), Sigma Theta Tau International, Retrieved October 2, 2006, from [http://www.nursingsociety.org/RNL/3Q\\_2006/features/feature5.html](http://www.nursingsociety.org/RNL/3Q_2006/features/feature5.html)
- Rogers, L. G. (2005), Why trust matters, The nurse manager-staff nurse relationship, *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 421-423
- Halladay, H. (2005, October 24), Thought leaders, *Leader Notes*, Retrieved August 30 2006, from <http://www.leadernotes.com>
- Porter-O'Grady, T., Malloch, K., (2003), *Quantum leadership: A textbook of new leadership*, Boston: Jones & Bartlett
- Cook, C. (2003 January 31), The many faces of diversity: Overview and summary, *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(1), Retrieved July 7, 2004, from <http://www.nursingworld.org>
- Weston, M. J. (2006, May 31), Integrating generational perspectives in nursing, *The Online Journal of Issues in Nursing*, 11(2), Manuscript 1. *Nursing World*

### **Ελληνική Νομοθεσία**

- Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
- Νόμος 1568/85 «Υγιεινή και Ασφάλεια των Εργαζομένων»
- Νόμος 2071/15-7-1992, «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»
- Νόμος 2889/2-3-2001, «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 3329/2005, «Περιφερειακή συγκρότηση Ε.Σ.Υ.»
- Νόμος 3868/2010, «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

- Νόμος 3918/2-3-2011, «Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 4052/1-3-2012, «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».
- Νόμος 4172/23-6-2013, Κεφάλαιο Δ, άρθρα 90-91 «Διατάξεις Αρμοδιότητας Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης»
- Νόμος 4238/17-2-2014, «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας»
- Νόμος 4250/26-3-2014, Κεφάλαιο Γ « Αξιολόγηση του Προσωπικού των Δημόσιων υπηρεσιών- Τροποποίηση Διατάξεων του Π.Δ. 318/1992 (Α'161)»
- Π.Δ. 87/1986 « Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης νοσοκομείων»
- Π.Δ. 266/1989 «Οργανόγραμμα Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων»
- Π.Δ. 16/96 «Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ»
- Απόφαση/ΦΕΚ 2456/Β' /3–11–2011, όπως τροποποιήθηκε ΦΕΚ 3054/Β' /18-11-2012«Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας»
- Απόφαση/ΦΕΚ Β' 2778/2-12-2011 « Βαριές και Ανθυγιεινές εργασίες»
- Απόφαση/ΦΕΚ Β' 465/24-2-2012 « Καθορισμός Επιδόματος Επικίνδυνης και Ανθυγιεινής Εργασίας»
- Απόφαση/ΦΕΚ Β' 3497/31-12-2012 «Οργανισμός Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας»
- Απόφαση/ΦΕΚ Β' 3486/31-12-2012, «Ενοποιημένοι Οργανισμοί Νοσοκομείων»
- Απόφαση/ΦΕΚ Β' 2123/28-8-2013 Αριθ. (Υ4α/οικ.80672), «Κατάργηση Οργανικών και Προσωποπαγών Θέσεων»
- Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας Υ3/Γ.Π./οικ.23726/17-3-2014
- Έγγραφο Υπουργού Υγείας Ανδρέα Θ. Λυκουρέντζου, Αρ. Πρωτ. Γ.Π 16712/14-3-2013, με θέμα: Απάντηση σε αναφορά Βουλευτών

### **Διαδικτυακοί Τόποι**

- <http://www.oecd.org>
- <http://www.statistics.gr>
- <http://www.elinyae.gr>

- <http://www.moh.gov.gr>
- <http://www.epistimonikomarketing.gr>
- <http://www.ypakp.gr>
- <http://ebooks.edu.gr>
- <http://www.poygyika.gr>
- <http://www.iatrikostypos.com>
- <http://www.enne.gr>
- <http://www.minfin.gr>
- <http://www.et.gr>
- <http://www.kathimerini.gr>
- <http://www.ygeionomikoi.gr>
- <http://www.hellenicparliament.gr>
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- <http://ec.europa.eu>