



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΗΦΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Π.Μ.Σ. “ΤΕΧΝΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΨΗΦΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ”

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διαχείριση Αλλαγής σε Οργανισμούς Υγείας»

ΚΑΣΤΟΡΗ ΕΛΕΝΗ
Α.Μ: ΜΤΕ/1013

Επιβλέπων Καθηγητής:
Θεμιστοκλέους Μαρίνος

Αθήνα
2012-2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες στον Καθηγητή κο Μαρίνο Θεμιστοκλέους για την ουσιαστική υποστήριξη, βοήθεια και καθοδήγηση που μου προσέφερε στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Βασιλική Μαντζάνα για τις πληροφορίες που μου παρείχε στο πλαίσιο της έρευνάς μου. Θα ήθελα τέλος να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη συμπαράσταση, την ενθάρρυνση και τις συμβουλές που μου παρείχε στο σύνολο των μαθητικών και φοιτητικών μου ετών, καθώς και τους φίλους μου Ειρήνη Δρη και Ιωάννη Πετρούλη για τη συνεχή στήριξή τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ.....	9
1.2 ΣΚΟΠΟΣ.....	10
1.3 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	10
1.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	19
1.5 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	40
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	40
2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ/ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	42
2.2.1 Η Θεωρία του John P. Kotter.....	42
2.2.2 Η Θεωρία του David Shaner.....	55
2.2.3 Η Θεωρία των Ken Blanchard, John Britt, Judd Hoekstra και Pat Zigarmi	66
2.2.4 Το Μοντέλο του Kurt Lewin.....	72
2.2.5 Το Μοντέλο των Beckhard και Harris	73
2.2.6 Το Μοντέλο των Nadler και Tushman	74
2.2.7 Το Μοντέλο του William Bridges.....	75
2.3 ΣΥΝΟΨΗ	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	81
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	81
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	81
3.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑΣ – CASE STUDIES.....	82
3.3 ΣΤΑΔΙΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	90
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	90

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	90
4.2 Ο.Π.Α.Δ.....	90
4.3 Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	96
ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ(CASE STUDY)	96
5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	96
5.2 Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.....	96
5.2.1 Η Κατάσταση του Ο.Π.Α.Δ	96
5.2.2 Διαχείριση αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ.....	105
5.3 Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ	119
5.3.1 Η Κατάσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	119
5.3.2 Διαχείριση αλλαγής στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	133
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	138
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	147

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Δημόσιο χρέος σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010	21
Πίνακας 2: Έλλειμμα γενικής κυβέρνησης σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010.....	22
Πίνακας 3: Δείκτης καταναλωτικής εμπιστοσύνης στην Ελλάδα την περίοδο 2002-2010	24
Πίνακας 4: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 1990-1999.....	27
Πίνακας 5: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010.....	28
Πίνακας 6: Τεχνολογικοί πόροι στον τομέα υγείας της Ελλάδας την περίοδο 2005-2010	31
Πίνακας 7: Κλίνες οξείας νοσηλείας στα νοσοκομεία της Ελλάδας την περίοδο 2000-2009	32
Πίνακας 8: Προσδόκιμο ζωής(κατά τη γέννηση) στην Ελλάδα κατά τα έτη: 1961, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010	34
Πίνακας 9: Δαπάνες περίθαλψης Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2006-2010	98
Πίνακας 10: Καθυστερήσεις πληρωμών Ο.Π.Α.Δ προς τους παρόχους υγείας μέχρι τον Ιούνιο 2010.....	100
Πίνακας 11: Δαπάνες περίθαλψης Τ.Υ.Δ.Κ.Υ την περίοδο 2006-2009.....	101
Πίνακας 12: Έλλειμμα Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2006-2009	102
Πίνακας 13: Στελέχωση Ο.Π.Α.Δ κατά την έναρξη του β' εξαμήνου του 2010.....	103
Πίνακας 14: Αριθμός ασφαλισμένων Ο.Π.Α.Δ και Τ.Υ.Δ.Κ.Υ την περίοδο 2006-2010	104
Πίνακας 15: Διαμόρφωση δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις και συνολικής δαπάνης για τον Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2009-2011.....	114
Πίνακας 16: Δαπάνες περίθαλψης για το Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ την περίοδο 2005-2010	121
Πίνακας 17: Δαπάνες περίθαλψης για τον Ο.Α.Ε.Ε την περίοδο 2007-2009.....	122

Πίνακας 18: Ασφαλισμένοι / δικαιούχοι περίθαλψης Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Γ.Α και Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ για το 2011.....	123
Πίνακας 19: Κατάσταση παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους δικαιούχους περίθαλψης Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Γ.Α και Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.....	124
Πίνακας 20: Δαπάνες περίθαλψης για τον Ο.Α.Ε.Ε για το έτος 2009.....	127
Πίνακας 21: Διαμόρφωση δαπάνης για φάρμακα και συνολικής δαπάνης για τον Ο.Α.Ε.Ε την περίοδο 2009-2011.....	131
Πίνακας 22: Προσωπική αξιολόγηση σταδίων εγχειρήματος αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ.....	136

ΓΑΛΕΡΙΣΤΗΜΟ ΓΕΡΑΝΙ

ΣΧΗΜΑΤΑ

Σχήμα 1: Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, κατά τα έτη: 1970,1980, 1990, 2000, 2010.....	26
Σχήμα 2: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό επί του ΑΕΠ στις χώρες μέλη του ΟΕCD για το 2010	29
Σχήμα 3: Συγκριτική απεικόνιση του αριθμού ιατρών και νοσηλευτών, ανά 1000 άτομα πληθυσμού, στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2009	30
Σχήμα 4: Προσδόκιμο ζωής πληθυσμού Ελλάδας(κατά τη γέννηση) την περίοδο 1961-2010	33
Σχήμα 5: Το οργανόγραμμα του Ο.Π.Α.Δ	92
Σχήμα 6: Το Οργανόγραμμα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ	94
Σχήμα 7: Εξέλιξη δαπανών περίθαλψης Ο.Π.Α.Δ κατά την περίοδο 2006-2010	98
Σχήμα 8: Μέση κατά κεφαλή δαπάνη περίθαλψης Ο.Π.Α.Δ για το 2009.....	99
Σχήμα 9: Εξέλιξη δαπανών περίθαλψης Τ.Υ.Δ.Κ.Υ κατά την περίοδο 2006-2009	101
Σχήμα 10: Εξέλιξη αριθμού ασφαλισμένων του Ο.Π.Α.Δ για την περίοδο 2006-2010,	104
Σχήμα 11: Εξέλιξη αριθμού ασφαλισμένων του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ για την περίοδο 2006-2010	105
Σχήμα 12: Εξέλιξη δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις για τον Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2009-2011.....	114
Σχήμα 13: Εξέλιξη δαπάνης ανά παραπεμπτικό την περίοδο Μάιος-Νοέμβριος 2011	115
Σχήμα 14: Συνολική δαπάνη παραπεμπτικών την περίοδο Σεπτέμβριος-Νοέμβριος 2011	115
Σχήμα 15: Εξέλιξη αριθμού ιατρών-χρηστών του e-diagnosis την περίοδο Μάιος-Νοέμβριος 2011.....	116
Σχήμα 16: Κατανομή δαπανών για τον Ο.Α.Ε.Ε για το έτος 2009.....	128
Σχήμα 17: Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης Ο.Α.Ε.Ε ανά μήνα για την περίοδο 2009-2010	130

Σχήμα 18: Εξέλιξη δαπάνης για φάρμακα και συνολικής δαπάνης για τον Ο.Α.Ε.Ε την περίοδο 2009-2011.....	131
Σχήμα 19: Το πλαίσιο εφαρμογής των προσαθειών αλλαγής.....	135

ΓΑΛΕΡΙΣΤΗΜΟ ΓΕΡΑΝΙ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εν λόγω διπλωματική εργασία ασχολούμαστε με το πολύπλοκο ζήτημα της αλλαγής και της διαχείρισής της, προχωρώντας σε εκπόνηση μελετών σε δύο οργανισμούς υγείας στη χώρα μας. Στο πρώτο κεφάλαιο, το οποίο αποτελεί την εισαγωγή στην εργασία μας, επιχειρούμε την ένταξη του αναγνώστη στο ευρύτερο πλαίσιο του θέματος που μας απασχολεί, προσεγγίζοντας τη σημασία της αλλαγής, διατυπώνοντας το σκοπό της παρούσας προσπάθειας, αποτυπώνοντας διαχρονικά τον τομέα υγείας στην Ελλάδα, παρουσιάζοντας αναλυτικά στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της οικονομίας και της υγείας τα τελευταία κυρίως χρόνια στη χώρα μας και διαμορφώνοντας μια γενικότερη εικόνα γύρω από την ηλεκτρονική υγεία. Στο δεύτερο κεφάλαιο εστιάζουμε, μετά από επεξήγηση ορισμένων εννοιών, σε βασικές θεωρίες και μοντέλα που εντοπίζονται σε επίπεδο βιβλιογραφίας αναφορικά με το ζήτημα της διαχείρισης αλλαγής, τα οποία και αξιολογούμε. Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζουμε τα περί μεθοδολογίας έρευνας, καλύπτοντας βασικά στοιχεία της θεωρίας της έρευνας, αναλύοντας τη στρατηγική του case study καθώς και τα τρία στάδια της μεθοδολογίας, δηλαδή το σχεδιασμό της έρευνας, τη συλλογή των δεδομένων και την ανάλυση των δεδομένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο προχωρούμε στην παρουσίαση των οργανισμών στους οποίους επικεντρώνεται η έρευνά μας, με την ανάλυση της διαχείρισης αλλαγής σε αυτούς να πραγματοποιείται, έχοντας αρχικά αποτυπώσει την κατάσταση στην οποία βρίσκονται πριν την αλλαγή, στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο καταγράφουμε τα συμπεράσματα που έχουμε εξάγει από τη μελέτη της διαχείρισης αλλαγής στους οργανισμούς που επιλέχθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Ξεκινώντας την εργασία αυτή επιχειρούμε να αποκρυπτογραφήσουμε το φαινόμενο αλλαγή, καθώς και τη σημασία του. Γενικότερα παρατηρείται πως η αλλαγή βρίσκεται παντού γύρω μας μικροσκοπικά και μακροσκοπικά, από καταστάσεις υπό την ανθρώπινη δράση όπως για παράδειγμα οι αλλαγές της τεχνολογίας, οι αλλαγές στις κοινωνίες και τον τρόπο λειτουργίας τους μέχρι καταστάσεις πιο μεγάλες από τον άνθρωπο όπως για παράδειγμα η αλλαγή των εποχών, η αλλαγή στο σύμπαν με το θάνατο και τη δημιουργία ουράνιων σωμάτων και ο ίδιος ο χρόνος. Τα πάντα στον κόσμο στον οποίο ζούμε αλλάζουν και μαζί με αυτά και εμείς. Αυτή η σταθερότητα και το αναμενόμενο θα λέγαμε της αλλαγής βεβαίως σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί ανακάλυψη του παρόντος συγγραφέα, αντίθετα έχει διαπιστωθεί από πολύ παλιά. Ο Ηράκλειτος γνωστός και ως «σκοτεινός φιλόσοφος» διατύπωσε το γνωστό ρητό: «Πάντα ρεῖ καὶ οὐδὲν μένει», υπογραμμίζοντας τη συνεχή κίνηση των πραγμάτων και την απουσία της στατικότητας.[52]

Ωστόσο παρά την παραπάνω αλήθεια, μια αλλαγή δεν είναι πάντοτε καλοδεχούμενη. Κάτι το γνώριμο εμπεριέχει το αίσθημα της ασφάλειας όταν αντίθετα μια αλλαγή η οποία φέρνει το νέο εμπεριέχει τα αισθήματα της ανασφάλειας, του φόβου και της δυσπιστίας. Στο πλαίσιο αυτό γίνεται κατανοητό το ένστικτο του ατόμου να προσκολλάται στο γνώριμο. Αυτή η δύναμη της συνήθειας, εάν θα μπορούσαμε να τη χαρακτηρίσουμε έτσι, πρέπει να αντιμετωπιστεί για την επιτυχία μιας αλλαγής σε έναν οργανισμό.

Μία σε βάθος αλλαγή είναι διαδικασία πολύπλοκη καθώς απαιτεί νέους τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς τροποποιώντας τα υφιστάμενα πρότυπα δράσης, εμφανίζοντας παράλληλα σημαντικό ρίσκο. Σε μια εποχή συνεχούς αλλαγής οι

οργανισμοί πρέπει να ανταποκρίνονται στις εξελίξεις του περιβάλλοντός τους. Στην περίπτωση που αυτό δεν συμβαίνει τίθεται το δίλημμα της προσαρμογής στις νέες συνθήκες ή του «αργού θανάτου». Με βάση την πρώτη επιλογή, η οποία εξετάζεται στο πλαίσιο της εργασίας μας, οι οργανισμοί καλούνται να κινηθούν σε μια άγνωστη πορεία εντοπίζοντας νέες λύσεις ευθυγραμμισμένες με τις υπάρχουσες ανάγκες. Σε αυτήν την προσπάθεια πρέπει να συμμετέχουν ουσιαστικά τα άτομα του οργανισμού ανταποκρινόμενα στις εξελίξεις σε αυτόν, επαναπροσδιορίζοντας τους εαυτούς τους.[53] Εκτός όμως από μεγάλη προσπάθεια μια διαδικασία αλλαγής συνήθως χρειάζεται και χρόνο. «Να δώσουμε χρόνο στον χρόνο» όπως είπε ο Francois Mitterrand.[54] Δυστυχώς όμως οι συνθήκες δεν είναι πάντα ιδανικές και οι οργανισμοί δεν έχουν πάντα στη διάθεσή τους πολύ χρόνο. Σε κάθε περίπτωση ο στόχος πρέπει να είναι ένας, δηλαδή η επιτυχία της αλλαγής και η επιβίωση του οργανισμού. Σε αυτό συμβάλλει η **Διαχείριση Αλλαγής**.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στη διερεύνηση του ζητήματος της διαχείρισης αλλαγής σε οργανισμούς υγείας προχωρώντας στη διεξαγωγή δύο μελετών, μιας κύριας και μιας συμπληρωματικής, στοχευμένες στις περιπτώσεις αλλαγής δύο οργανισμών. Ειδικότερα, οι εν λόγω μελέτες περιστρέφονται γύρω από την υιοθέτηση συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας τα οποία αντικαθιστούν τα παλαιότερα χειρόγραφα συστήματα στην προσπάθεια βελτίωσης των οργανισμών. Τέλος, τονίζουμε πως για την παρακολούθηση και αξιολόγηση των περιπτώσεων στηριζόμαστε σε συγκεκριμένη θεωρία διαχείρισης αλλαγής, η οποία επιλέγεται μεταξύ άλλων που παρουσιάζονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο της εργασίας μας.

1.3 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο σημείο αυτό της εργασίας μας προχωρούμε στην παρουσίαση των σημαντικότερων ενεργειών και νομοθετημάτων γύρω από τον τομέα της υγείας της χώρας μας, στο πλαίσιο των οποίων διαμορφώθηκε το ισχύον σύστημα υγείας, το οποίο επιχειρούμε να αποκρυπτογραφήσουμε. Ωστόσο θα πρέπει εκ των προτέρων να σημειώσουμε όντας στο τέλος του δεύτερου αιώνα λειτουργίας του νέου ελληνικού κράτους πως στο χώρο της υγείας παρατηρείται σωρεία νόμων, διαταγμάτων και αποφάσεων, οι οποίες τις περισσότερες φορές δεν λαμβάνονται υπό το πρίσμα ενός καθολικού σχεδίου, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται μερικώς ή και καθόλου.

Ιστορικά οι πρώτες δειλές προσπάθειες οργάνωσης του τομέα υγείας στη χώρα μας χρονολογούνται από την ίδρυση του ελληνικού κράτους. Ειδικότερα το 1833 η Γραμματεία Εσωτερικών αναλαμβάνει καθήκοντα, μεταξύ άλλων, Υγειονομικής Αστυνομίας, όπως και την ίδρυση της πρώτης υγειονομικής υπηρεσίας της χώρας, ενώ παράλληλα θεσπίζεται με διάταγμα ο θεσμός του νομίατρου, ως δημόσιου λειτουργού υπεύθυνου για τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού, ο οποίος όμως καταργείται το 1870. Το 1845 το Κοινοβούλιο ψηφίζει τον Υγειονομικό Νόμο (ΚΒ'1845), ο οποίος αποτέλεσε και την πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια για τη ρύθμιση ζητημάτων δημόσιας υγείας όπως και το νόμο «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει» (ΚΓ'1845) στο πλαίσιο του οποίου καθορίζεται η οργάνωση των υγειονομικών αρχών και των ρυθμίσεων υγειονομικής απομόνωσης(καραντίνα) στα λιμάνια της χώρας.[19] Την περίοδο αυτή εντοπίζονται και οι πρώτες απόπειρες δημιουργίας ενός κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στη χώρα με την εμφάνιση, για την κάλυψη του κινδύνου ασθενείας, επαγγελματικών ατυχημάτων, γήρατος και θανάτου, των πρώτων αλληλοβοηθητικών ταμείων κατά κλάδους αλλά και την ίδρυση ασφαλιστικών φορέων όπως για παράδειγμα το Ταμείο Χηρών και Ορφανών του Στρατού της γραμμής της Χωροφυλακής και Οροφυλακής το 1853, το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο(N.A.T) για τους ναυτικούς το 1861, το Μετοχικό Ταμείο των Δημοσίων Υπαλλήλων και το Ταμείο Χηρών και Ορφανών των Αξιωματικών του Μόνιμου Στρατού και της Εφεδρείας επίσης το 1861 και το Ταμείο Μεταλλευτών το 1882.[1]

Το 1917 ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο αργότερα, με τον Ν. 2882/1922, μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, αναλαμβάνοντας πλέον τον ρόλο οργάνωσης και συντονισμού των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Το 1926 σημειώνεται το παράδοξο της κατάργησης του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, με τις αρμοδιότητές του να επανέρχονται στο Υπουργείο Εσωτερικών, για να συσταθεί ξανά λίγους μήνες αργότερα το ίδιο έτος.[12],[19] Το 1929 ξεκινά η προσπάθεια ίδρυσης μιας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας η οποία θα αναλάμβανε συνολικά την ευθύνη της υγειονομικής προστασίας της χώρας. Παρότι η προσπάθεια εγκαταλείφθηκε το 1934, από αυτήν προέκυψαν το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών, η Υγειονομική Σχολή Αθηνών και η Σχολή Νοσοκόμων.[2] Παράλληλα στο πλαίσιο της Κοινωνικής Ασφάλισης το 1929 ιδρύεται το Ταμείο Νομικών και το Ταμείο Εφημεριδοπωλών, το 1930 το Ταμείο Κληρικών, το 1932 το Ταμείο Ασφάλισης Αυτοκινητιστών, το 1934 το Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων(Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε) και το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος(Τ.Ε.Β.Ε).[1] Επιπρόσθετα με τον Ν. 5733/1932 συστήνεται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων(Ι.Κ.Α), ο οποίος όμως δεν εφαρμόζεται και τελικά δύο χρόνια αργότερα κατατίθεται νέο νομοσχέδιο(Ν. 6298/1934) για τον οργανισμό με την έναρξη της λειτουργίας του να εντοπίζεται το 1937 στην Αθήνα, τον Πειραιά και τη Θεσσαλονίκη.[12] Θα πρέπει να υπογραμμίσουμε πως όλη αυτή την περίοδο που αναλύσαμε παραπάνω έχει ήδη αρχίσει να διαφαίνεται η δυναμική του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας με την ύπαρξη ιδιωτικών κλινικών, η οποίες εμπνέουν περισσότερη εμπιστοσύνη στα εύπορα πληθυσμιακά στρώματα έναντι των υποβαθμισμένων υπηρεσιών που παρέχονται από τα κοινοτικά και δημοτικά νοσοκομεία. Ωστόσο με τον Α.Ν. 965/1937 «Περί οργάνωσης των Δημόσιων Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων», σημειώνεται ένα σημαντικό βήμα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς με την εφαρμογή του διαμορφώνεται πλέον ένα πιο ισχυρό σώμα κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων με στόχο την παροχή σωστής περίθαλψης στον πληθυσμό. Αργότερα με τον Α.Ν. 2769/1941 ιδρύονται τα «προσωρινά κρατικά νοσοκομεία» για την αντιμετώπιση των σοβαρότατων αναγκών περίθαλψης στο πλαίσιο του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, μεταξύ των οποίων το Νοσοκομείο Μακρακώμης, το Νοσοκομείο Μήλου, το Νοσοκομείο Καλαμάτας και το

Νοσοκομείο Διδυμοτείχου, τα οποία όμως παρέμειναν κρατικά και μετά τη λήξη του.[4]

Το Σεπτέμβριο του 1953 ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», στο πλαίσιο του οποίου καθορίζεται η οργάνωση και η λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας. Με το εν λόγω νομοθέτημα επιχειρείται, πέραν από τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, και η αποκέντρωσή τους σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Έτσι μεταξύ άλλων προβλέπεται, η σύσταση Νομαρχιακών Συμβουλίων Υγείας(Ν.Σ.Υ) με σκοπό το συντονισμό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας, όπως και την εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής και η ίδρυση υγειονομικών σταθμών σε απομακρυσμένες αγροτικές περιφέρειες.[5] Επιπλέον, με το πέρας του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, παρατηρείται επέκταση της Κοινωνικής Ασφάλισης σε επίπεδο κάλυψης του πληθυσμού, αν και το σύστημα εξακολουθεί να στερείται συνοχής. Σημαντικό ρόλο στην παραπάνω αριθμητική επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης παίζει η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων(Ο.Γ.Α) με τον Ν. 4169/1961, με σκοπό αρχικά τη χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος και χηρείας και την παροχή ιατρικής περίθαλψης, στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας.[2], [6] Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως η αποτυχία διαμόρφωσης ενός δημόσιου τομέα υγείας ισχυρού, χωρίς μεγάλες ελλείψεις τόσο σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού όσο και σε επίπεδο χρηματοδότησης, κατά τη περίοδο που μελετάται, οδηγεί σε εντυπωσιακή ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας με τις ιδιωτικές κλινικές να διακρίνονται σε μικρότερες κλινικές, όπως για παράδειγμα μαιευτικές κλινικές, και σε μεγαλύτερες στις οποίες απευθύνονται τα οικονομικά εύρωστα κοινωνικά στρώματα.[7]

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 εντοπίζονται σημαντικά νομοθετήματα για το χώρο της υγείας. Το 1982 με τον Ν. 1278/1982 συστήνεται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας(ΚΕ.Σ.Υ) ως συμβουλευτικό όργανο σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας.[8] Με τον Ν. 1316/1983 ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων(Ε.Ο.Φ) με στόχο την προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας, την εξασφάλιση του δημόσιου συμφέροντος στον τομέα της παραγωγής, εισαγωγής και

διακίνησης φαρμακευτικών και άλλων σχετικών προϊόντων και την ανάπτυξη στον φαρμακευτικό τομέα των εμποροβιομηχανικών επιχειρήσεων, της τεχνολογίας και της έρευνας. Στον εν λόγω νόμο προβλέπεται ταυτόχρονα η ίδρυση της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας Α.Ε. στον τομέα της παραγωγής των φαρμάκων και της Κρατικής Φαρμακαποθήκης Α.Ε. στον τομέα της διανομής των φαρμάκων, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που υπάγονται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Ε.Ο.Φ.[9] Αργότερα το 1983, σημειώνεται μια από τις σπουδαιότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, στο πλαίσιο του τομέα υγείας στη χώρα μας, με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας(Ε.Σ.Υ). Η θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ με τον Ν. 1397/1983, αποτελεί την απάντηση στην εκτεταμένη δυσαρέσκεια των πολιτών από τις μέχρι τότε προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Έτσι το νομοθέτημα αποσκοπεί στην αύξηση των δημόσιων πόρων για την υγεία, την αποκέντρωση και διοικητική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, την ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, την αναβάθμιση των νοσοκομείων, την ενίσχυση των ανθρώπινων πόρων και την άσκηση εντατικότερου ελέγχου στον ιδιωτικό τομέα. Ειδικότερα μέτρα όπως, η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών του Ε.Σ.Υ, η απαγόρευση της άσκησης της ιατρικής ως ελεύθερο επάγγελμα για τους ιατρούς που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία ή σε δημόσια κέντρα υγείας και η απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών νοσοκομείων ή επέκτασης των υφιστάμενων, στοχεύουν στη σταδιακή διάλυση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, μέσω της ανάπτυξης και βελτίωσης του δημόσιου τομέα. Ωστόσο από την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ δεν προκύπτουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, αντί της σταδιακής διάλυσης του ιδιωτικού τομέα υγείας παρατηρείται περαιτέρω ανάπτυξή του. Παρόλο που οι περιορισμοί που επιβάλλονται με τον ιδρυτικό νόμο φαίνεται να αποδίδουν στο σκέλος του αριθμητικού περιορισμού των μικρών ιδιωτικών κλινικών και της εμφάνισης νέων, συνολικά δεν επιτυγχάνεται η προσδοκώμενη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα, καθώς η επενδυτική δραστηριότητα πλέον στρέφεται προς την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών.[10], [11], [12] Παράλληλα με την ψήφιση του Ν. 2071/1992 σημειώνεται ως νέος προσανατολισμός του συστήματος υγείας, αυτός της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, με την άρση των περιορισμών στη δράση του ιδιωτικού τομέα και έτσι η δημιουργία νέων ιδιωτικών νοσοκομείων επιτρέπεται και πάλι. Επιπλέον, στο πλαίσιο του

νόμου εφαρμόζεται η μερική απασχόληση των ιατρών του Ε.Σ.Υ, για τους οποίους(ιατροί Ε.Σ.Υ μερικής απασχόλησης) και επιτρέπεται η άσκηση της ιατρικής ως ελεύθερο επάγγελμα. Από την περίοδο αυτή αρχίζει, μια σημαντική αύξηση του αριθμού των νέων ιδιωτικών νοσοκομείων και ειδικότερα των μαιευτηρίων αλλά και των ιδιωτών ιατρών, όπως και μια ραγδαία ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων.[11], [13] Ο Ν. 2194/1994 για την αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στοχεύει στην επαναφορά σε ισχύ των θεμελιωδών διατάξεων του Ν. 1397/1983 και την επαναφορά της φιλοσοφίας του Ε.Σ.Υ, με μέτρα όπως η κατάργηση του καθεστώτος μερικής απασχόλησης και επαναφορά της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ, διατηρώντας όμως το καθεστώς λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας.[12],[14] Οι προσπάθειες ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ συνεχίζονται και τα επόμενα χρόνια και έτσι με τον Ν. 2519/1997, μεταξύ άλλων, συστήνονται Όργανα Προστασίας των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, συστήνεται το Συμβούλιο Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας(ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ), το οποίο γνωμοδοτεί για το σχεδιασμό ανάπτυξης του συνόλου των υπηρεσιών υγείας, την χωροκατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.α., και το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας (Α.Ε.Ε.Σ.Υ), το οποίο αποτελεί το ανώτατο γνωμοδοτικό επιστημονικό όργανο του κράτους για κάθε μείζονος σημασίας θέμα που αφορά στη δημόσια υγεία.[12], [15] Αξίζει να σημειωθεί πως κατά την δεκαετία του '90 ξεκινά η άνθηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας με χαρακτήρα συμπληρωματικό προς την Κοινωνική Ασφάλιση, η οποία κατά τις προηγούμενες δύο δεκαετίες βρισκόταν σε ιδιαιτέρως χαμηλά, ως προς την πληθυσμιακή κάλυψη, επίπεδα με τις παρεχόμενες καλύψεις να εντοπίζονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη και σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.[16] Στο τέλος της δεκαετίας στο χώρο της Κοινωνικής Ασφάλισης ιδρύεται, με τον Ν. 2676/1999 ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών(Ο.Α.Ε.Ε) στον οποίον εντάσσεται το Ταμείο Ασφαλίσεως Εμπόρων(Τ.Α.Ε), το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος(Τ.Ε.Β.Ε) και το Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών(Τ.Σ.Α), και με τον Ν. 2768/1999 ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου(Ο.Π.Α.Δ).[17], [18] Θα πρέπει να επισημάνουμε στο σημείο αυτό πως περισσότερες πληροφορίες για την πορεία και τη λειτουργία του Ο.Π.Α.Δ δίνονται στο Κεφάλαιο 4 της παρούσας εργασίας.

Με την άφιξη του 21^{ου} αιώνα, ψηφίζεται ο Ν. 2889/2001 όπου δίνεται έμφαση στην περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, με την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας(Πε.Σ.Υ) τα οποία αποσκοπούν στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, το συντονισμό δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας περιφερειακά και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ που υπάγονται στην αρμοδιότητά τους. Ταυτόχρονα, από τον παραπάνω νόμο προκύπτουν αλλαγές στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ, τα οποία πλέον μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, όπως η εισαγωγή νέων οργάνων διοίκησης, δηλαδή το Συμβούλιο Διοίκησης και ο Διοικητής, και η ολόημερη λειτουργία τους.[20] Λίγους μήνες αργότερα με τον Ν. 2920/2001 ιδρύεται το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας(Σ.Ε.Υ.Υ.Π) με σκοπό τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών τόσο σε ποιοτικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.[21] Διευκρινίζεται πως τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας(Πε.Σ.Υ) του Ν. 2889/2001, μετονομάζονται σε πρώτη φάση με τον Ν. 3106/2003 σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας(Πε.Σ.Υ.Π) αποκτώντας διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, και εκ νέου το 2005 σε Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες(Δ.Υ.Πε) με τον Ν. 3329/2005.[22], [23] Στο πλαίσιο των παραπάνω νόμων, ο Ν. 3527/2007 περιορίζει τις Δ.Υ.Πε σε 7 περιφέρειες και τις μετονομάζει σε Υγειονομικές Περιφέρειες(Υ.Πε).[24] Το 2008 με τον Ν. 3655/2008 παρατηρούνται σημαντικότερες εξελίξεις στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης, με την ένταξη ταμείων και κλάδων στο Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, τον Ο.Α.Ε.Ε, τον Ο.Π.Α.Δ κ.α. και τη σύσταση μεταξύ άλλων, του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων(Ε.Τ.Α.Α) στο οποίο εντάσσονται ταμεία όπως το Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων(Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε), το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφάλισης Υγειονομικών(Τ.Σ.Α.Υ) και το Ταμείο Νομικών, και του Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Ε.Τ.Α.Π – Μ.Μ.Ε) στο οποίο ενδεικτικά εντάσσονται το Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού Εφημερίδων Αθηνών και Θεσσαλονίκης (Τ.Σ.Π.Ε.Α.Θ) και το Ταμείο Ασφάλισης

Ιδιοκτητών, Συντακτών και Υπαλλήλων Τύπου (Τ.Α.Ι.Σ.Υ.Τ).[25] Το 2010 και μετά την ένταξη της χώρας στον Μνημόνιο, ψηφίζεται ο Ν. 3868/2010 για την Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στο πλαίσιο του οποίου ορίζεται πλήθος τροποποιήσεων και ρυθμίσεων όπως οι ρυθμίσεις για τη λειτουργία και διοίκηση των Υ.Πε και των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ και οι ρυθμίσεις για την πρόνοια με την ενοποίηση δημοσίων φορέων πρόνοιας που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και παράλληλα συστήνεται το Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη για την υποδοχή, ενημέρωση, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και γενικότερα την προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας.[26] Τον Νοέμβριο του 2010, με τον Ν. 3892/2010 αρχίζει να διαμορφώνεται το νέο πλαίσιο γύρω από τη συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπεμπτικών, με την ηλεκτρονική πλέον καταχώρηση και εκτέλεση τόσο της ιατρικής συνταγής όσο και του παραπεμπτικού ιατρικών πράξεων.[27] Η παραπάνω αναδρομή ολοκληρώνεται με τον Ν. 3918/2011 στο πλαίσιο του οποίου συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας(Ε.Ο.Π.Υ.Υ) στον οποίο εντάσσεται το Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, ο Ο.Γ.Α, ο Ο.Α.Ε.Ε και ο Ο.Π.Α.Δ.[28] Επισημαίνεται πως περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ παρέχονται στο Κεφάλαιο 4 της παρούσας εργασίας.

Από όλα όσα αναλύσαμε μέχρι στιγμής προκύπτει πως σε επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα επικρατεί ένα μικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με την υγειονομική περίθαλψη να διακρίνεται στην Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια. Ειδικότερα στον δημόσιο τομέα εντοπίζεται κατά κύριο λόγο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, με τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία που υπάγονται σε αυτόν αλλά και το Ε.Κ.Α.Β ως υποδομές περίθαλψης, και οι υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με υποδομές τις μονάδες υγείας, ως επί το πλείστον, του Ι.Κ.Α οι οποίες υπάγονται από την έναρξη ισχύος του Ν. 3918/2011 στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Στον ιδιωτικό τομέα στις υποδομές περίθαλψης εντοπίζονται τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τα ιδιωτικά ιατρεία. Ωστόσο εκτός από τα παραπάνω, στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος υγείας εντοπίζονται και άλλες οντότητες όπως ο Ε.Ο.Φ, τα ιδιωτικά φαρμακεία, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, το Υπουργείο

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, όπως προκύπτει από το νομικό πλαίσιο της περιόδου που μελετάμε.[11], [28], [29]

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω, στο σκέλος της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα παρατηρείται και πάλι ένα σύμπλεγμα δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα, με στοιχεία τόσο του μοντέλου Bismarck όσο και του μοντέλου Beveridge.[11] Στο σημείο αυτό για την καλύτερη κατανόηση των εννοιών παραθέτουμε τα βασικότερα στοιχεία των εν λόγω μοντέλων. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του μοντέλου Bismarck, το οποίο πήρε το όνομά του από τον Καγκελάριο Otto von Bismarck που εφηύρε το κράτος πρόνοιας ως μέρος της ενοποίησης της Γερμανίας τον 19^ο αιώνα, χρησιμοποιείται ένα σύστημα ασφάλισης που χρηματοδοτείται συνήθως από κοινού από εργοδότες και εργαζόμενους μέσω κρατήσεων μισθοδοσίας. Στο μοντέλο Beveridge, το οποίο πήρε το όνομά του από τον μεταρρυθμιστή William Beveridge που σχεδίασε την Εθνική Υπηρεσία Υγείας(National Health Service) της Βρετανίας, η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται και χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση μέσω καταβολής φόρων(κρατικός προϋπολογισμός).[30] Έτσι στη χώρα μας ως πηγές χρηματοδότησης εντοπίζονται, η Κοινωνική Ασφάλιση με τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, η άμεση και έμμεση φορολογία η οποία βασίζεται σε ιστορικά δεδομένα όπως για παράδειγμα οι μισθοί, η Ιδιωτική Ασφάλιση με τα ιδιωτικά ασφάλιστρα υγείας και οι απευθείας πληρωμές για τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Αξίζει να σημειώσουμε πως το 1998 ο τομέας υγείας χρηματοδοτείται από την Κοινωνική Ασφάλιση σε ποσοστό 22.1%, τη φορολογία σε ποσοστό 34.6% και τις «ιδιωτικές πληρωμές», δηλαδή την Ιδιωτική Ασφάλιση και τις απευθείας πληρωμές, σε ποσοστό 43.2%. Ωστόσο κατά την επόμενη δεκαετία παρατηρείται σταδιακή μείωση της χρηματοδότησης από την Κοινωνική Ασφάλιση και αύξηση της χρηματοδότησης από τη φορολογία και τις ιδιωτικές πληρωμές.[11]

1.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Επίκεντρο του παρόντος σκέλους της διπλωματικής εργασίας αποτελεί η συνοπτική παρουσίαση της οικονομικής κατάστασης της χώρας των τελευταίων δεκαετιών καθώς και των βασικότερων στοιχείων του τομέα υγείας, προκειμένου να γίνει κατανοητό το ευρύτερο πλαίσιο που οδήγησε στη μνημονιακή εποχή, όπου συντελέστηκαν μεταξύ άλλων σημαντικότερες αλλαγές στον εν λόγω τομέα.

Η Κατάσταση της Οικονομίας

Πρώτα-πρώτα θα πρέπει να διευκρινιστεί πως η σημερινή κατάσταση της ελληνικής οικονομίας δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο περιστατικό στο πέρασμα των ετών από την ίδρυση του ελληνικού κράτους. Στο πλαίσιο της πορείας της ελληνικής οικονομίας αυτή η «παραδοσιακά» κακή κατάσταση με λίγες μόνο περιόδους σταθεροποίησης φαίνεται πως προκύπτει από διάφορες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες, προβλήματα κακοδιαχείρισης και αλληπαλλήλους δανεισμούς. Αναλυτικότερα, το 1832 έχουμε το πρώτο δάνειο προς τη χώρα μας, της τάξεως των 60 εκατομμυρίων φράγκων, με εγγυητές την Αγγλία, τη Γαλλία και τη Ρωσία, εξ' ου και η αποτύπωσή του ως το διακυβερνητικό δάνειο των τριών δυνάμεων, όπου η Ελλάδα αναλαμβάνει τη ρητή υποχρέωση να διαθέτει τις κρατικές εισπράξεις, με απόλυτη προτεραιότητα, στην αποπληρωμή του.[35], [36] Από το 1860 αρχίζει η ανάπτυξη της βιοτεχνίας στην Ελλάδα με την εμφάνιση μικρών εργοστασίων και βιοτεχνιών, η οποία συνεχίζεται μέχρι το 1880, όπου εντοπίζονται μεγάλα εργοστάσια και βιομηχανίες. Ο εξωτερικός δανεισμός της χώρας βεβαίως συνεχίζεται και τα επόμενα χρόνια, με χαρακτηριστικά παραδείγματα τα δάνεια του 1879, 1881, 1884, 1887, 1889, 1890, 1891 και 1893. Η εν λόγω πολιτική, η οποία από ένα σημείο και μετά αναγκάζει στη λήψη νέων δανείων για την κάλυψη των προηγούμενων, οδηγεί σχεδόν στον εξαπλασιασμό των δαπανών εξυπηρέτησης του χρέους και τελικά, σε συνδυασμό και με την Ευρωπαϊκή ύφεση της περιόδου, στην πτώχευση του 1893. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1898 σημειώνεται η άφιξη του Διεθνούς Οικονομικού Ελέγχου(Δ.Ο.Ε), ο οποίος επιβάλλει διακανονισμό σύμφωνα με τον οποίο παρακρατείται μέρος των κρατικών εσόδων για την κάλυψη των

τοκοχρεολυσίων και καθιερώνεται η ετήσια απόσυρση από την κυκλοφορία 2.000.000 δραχμών.[35], [37]

Εν συνεχεία οι Βαλκανικοί Πόλεμοι(1912-1913), ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος(1914-1918) και η Μικρασιατική Εκστρατεία, γνωστή και ως Ελληνοτουρκικός Πόλεμος(1919-1922), οδηγούν σε νέο δανεισμό της χώρας για την κάλυψη των στρατιωτικών δαπανών, ενώ σημαντικότερες είναι οι οικονομικές συνέπειες της Μικρασιατικής καταστροφής του 1922. Η ανταλλαγή πληθυσμών που ακολούθησε, με την είσοδο 1.400.000 Ελλήνων στη χώρα και την ανάγκη αποκατάστασής τους εντείνει ακόμα περισσότερο την άσχημη κατάσταση της οικονομίας. Την περίοδο αυτή η γεωργία γνωρίζει άνθιση, ενώ κάποια χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα από το 1932 έως το 1940 δημιουργούνται 600 νέα εργοστάσια. Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος(1939-1945) με την Κατοχή(1941-1944) και ο Εμφύλιος(1946-1949) πλήττουν περαιτέρω την οικονομία της χώρας, με μεγάλες ανθρώπινες απώλειες, υλικές απώλειες και την παραγωγή σε γεωργία και βιομηχανία να γνωρίζει σημαντική μείωση. Παράλληλα, κατά την περίοδο της Κατοχής, επιβάλλεται στην Ελλάδα αναγκαστικό δάνειο της τάξης των 3.5 δισεκατομμυρίων δολαρίων, το οποίο είναι γνωστό και ως κατοχικό δάνειο. Με το τέλος της παραπάνω περιόδου παρατηρούνται βελτιώσεις σε επίπεδο υποδομών του γεωργικού και βιομηχανικού τομέα και ανάκαμψη της παραγωγής. Επιπρόσθετα από το 1967 και για την επόμενη επταετία ο εξωτερικός δανεισμός της χώρας ανέρχεται σε 19 δάνεια τα οποία αποτελούν το 6.4% του δημόσιου χρέους. Τα εξωτερικά δάνεια ωστόσο συνεχίζουν να συσσωρεύονται και τα επόμενα χρόνια, με το διάστημα 1975-1981 να χαρακτηρίζεται από 24 δανεισμούς. Θα πρέπει να τονίσουμε στο σημείο αυτό πως από το 1974 και μετά παρατηρείται σημαντική διεύρυνση του δημόσιου τομέα στην Ελλάδα, με την εμφάνιση νέων μορφών δημοσίων επιχειρήσεων. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως μόνο από το 1978 έως το 1987 οι εργαζόμενοι σε κεντρική διοίκηση και σε ΔΕΚΟ αυξάνονται κατά 160.000, φτάνοντας έτσι τους 460.000. Έτσι τη δεκαετία του '90 με την αύξηση του δημόσιου τομέα, των τραπεζών, των ασφαλειών, την ανάπτυξη του τουρισμού και την αύξηση στις επικοινωνίες και τις μεταφορές, γίνεται πλέον σαφής ο προσανατολισμός της οικονομίας προς τον τριτογενή τομέα. Η παραπάνω κατάσταση συνεχίζεται και την επόμενη δεκαετία με

τον τριτογενή τομέα το 2009 να εντοπίζεται στο 68.3% του ΑΕΠ, όπου το μεγαλύτερο μέρος καταλαμβάνεται από το λιανικό εμπόριο, τον τουρισμό, τις μεταφορές, τις υπηρεσίες αποθήκευσης και τις επικοινωνίες.[35],[48]

Στα δημοσιονομικά της χώρας βλέπουμε πως από το 1960 το χρέος του δημόσιου τομέα εμφανίζει αυξητική τάση και ανέρχεται τη χρονιά αυτή στο 11.8% του ΑΕΠ. Το 1970 βρίσκεται στο 17.9% του ΑΕΠ, το 1980 στο 22.5% και το 1990 στο 71.7% τιμή που εκτοξεύεται μέσα στην επόμενη πενταετία και εντοπίζεται στο 97.9% το 1995.[38] Το διάστημα 2000-2010 το δημόσιο χρέος σύμφωνα με τη Eurostat ξεκινά στο 103.4% του ΑΕΠ και παρά την πτώση κατά το 2002 και το 2003, εμφανίζει από το 2004 και μετά συνεχή αύξηση.[39] Ειδικότερα μέσα στη δεκαετία το δημόσιο χρέος αποτυπώνεται ως εξής:

ΔΗΜΟΣΙΟ ΧΡΕΟΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟΥ ΕΓΧΩΡΙΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ(%ΑΕΠ)	
2000	103.4
2001	103.7
2002	101.7
2003	97.4
2004	98.6
2005	100.0
2006	106.1
2007	107.4
2008	112.9
2009	129.7
2010	148.3

Πίνακας 1: Δημόσιο χρέος σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010, Πηγή: Eurostat 2012 [39]

Το ίδιο διάστημα (2000-2010), το έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης διαμορφώνεται, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, ως εξής:

ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟΥ ΕΓΧΩΡΙΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ(%ΑΕΠ)	
2000	3.7
2001	4.5
2002	4.8
2003	5.6
2004	7.5
2005	5.2
2006	5.7
2007	6.5
2008	9.8
2009	15.6
2010	10.7

Πίνακας 2: Έλλειμμα γενικής κυβέρνησης σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010, Πηγή: Eurostat 2012 [39]

Γενικότερα από το 2000 και για τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας, η ελληνική οικονομία, κυρίως λόγω της εισόδου της χώρας στη ζώνη του ευρώ και τη διεξαγωγή των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, εμφανίζει ταχείς ρυθμούς ανάπτυξης και αρχικά παρουσιάζει ανθεκτικότητα σε διαταραχές και δυσμενείς συνθήκες.[41] Ωστόσο από το 2005 η ελληνική οικονομία τίθεται υπό την άμεση επιτήρηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά από συστάσεις της πρώτης για μείωση των ελλειμμάτων κάτω από το όριο του 3% του ΑΕΠ, μέχρι το τέλος του 2006.[40] Παρόλο που σε πρώτη φάση φαίνεται ότι ο στόχος έχει επιτευχθεί, όπως μαρτυρούν και οι τότε εκθέσεις του ΙΟΒΕ(Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών) στηριζόμενες στα στοιχεία της εποχής, ουσιαστικά η εν λόγω εικόνα, όπως προκύπτει από την αναθεώρηση των στοιχείων, είναι πλασματική.[42],[43] Θα πρέπει να διευκρινιστεί στο σημείο αυτό πως στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα στοιχεία μετά την τελευταία ενημέρωση της Eurostat για το 2012. Το 2007 αρχίζουν τα προβλήματα της οικονομίας των ΗΠΑ, το οποία το 2008 εξαπλώνονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο με ταχύ ρυθμό με τη μορφή χρηματοπιστωτικής κρίσης. Η σταδιακή ανασύνταξη της

παγκόσμιας οικονομίας που εντοπίζεται το 2009, με τα αποτελέσματα των μέτρων δημοσιονομικής και νομισματικής πολιτικής που λαμβάνονται από εθνικές κυβερνήσεις, διεθνείς οργανισμούς και τραπεζική ιδρύματα να είναι πιο ενθαρρυντικά σε ΗΠΑ και Ασία, από ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, δε βοηθά την ελληνική οικονομία η οποία από το πρώτο τρίμηνο του έτους βρίσκεται σε ύφεση. Η σημαντική επιδείνωση των δημοσιονομικών, η εδραίωση της ύφεσης και η στάση δυσπιστίας απέναντι στην ελληνική οικονομία από τις διεθνείς αγορές μέσα στο 2009 με τις συνεχείς υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας, υπογραμμίζει την κρισιμότητα της κατάστασης. Από το τέλος του 2009 η ελληνική οικονομία μπαίνει σε καθεστώς επιτήρησης, ενώ από τις αρχές του 2010 γίνεται πλέον σαφές το πρόβλημα δανεισμού της χώρας από τις διεθνείς αγορές. [44],[46] Τελικά από την άνοιξη του 2010 η Ελλάδα προσφεύγει στο Μηχανισμό Στήριξης και στη συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή(ΕΕ), το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο(ΔΝΤ) και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα(ΕΚΤ), σχήμα γνωστό και ως «Τρόικα».[45] Ειδικότερα, για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης διαμορφώνεται σχέδιο προγράμματος το οποίο αρχικά περιλαμβάνει το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής(ΜΟΧΠ) και το Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής(ΜΠΟΠ).[31] Στο πλαίσιο της εν λόγω συμφωνίας ορίζεται πλήθος μέτρων και μεταρρυθμίσεων που πρέπει να εφαρμοστούν, για τη σταθεροποίηση της οικονομίας και τη βελτίωση των μεγεθών, με το ΔΝΤ να εγκρίνει τριετές δάνειο προς τη χώρα μας της τάξεως των 30 δισ. ευρώ στο πλαίσιο του κοινού πακέτου χρηματοδότησης των 110 δισ. ευρώ μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών.[32],[48] Για να γίνει κατανοητό το κλίμα απαισιοδοξίας που έχει «εγκατασταθεί» στη χώρα την περίοδο αυτή και ιδιαίτερα μετά την εξαγγελία των μέτρων, όπως αυτά προσδιορίζονται στο πλαίσιο των δύο παραπάνω μνημονίων, δηλαδή των ΜΟΧΠ και ΜΠΟΠ, αλλά και του επικαιροποιημένου Μνημονίου παραθέτουμε στον πίνακα που ακολουθεί το δείκτη καταναλωτικής εμπιστοσύνης.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	
2002	-28

2003	-39
2004	-26
2005	-34
2006	-33
2007	-29
2008	-46
2009	-46
2010	-63

Πίνακας 3: Δείκτης καταναλωτικής εμπιστοσύνης στην Ελλάδα την περίοδο 2002-2010, Πηγή: IOBE Δεκέμβριος 2011 [47]

Στο πλαίσιο του εν λόγω δείκτη αποτυπώνεται η γνώμη των Ελλήνων καταναλωτών με την οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών τους και την οικονομική κατάσταση της χώρας. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία παρατηρούνται ιδιαίτερα χαμηλές τιμές για τα έτη: 2008, 2009, 2010, με το τελευταίο να αποτυπώνει ξεκάθαρα τις ιδιαίτερα αρνητικές προβλέψεις των πολιτών της χώρας μας. Αυτή η έντονη υποχώρηση της καταναλωτικής εμπιστοσύνης υπογραμμίζει την εντονότατη ανασφάλεια που εντοπίζεται στο εσωτερικό της χώρας για την πορεία της οικονομίας.[47]

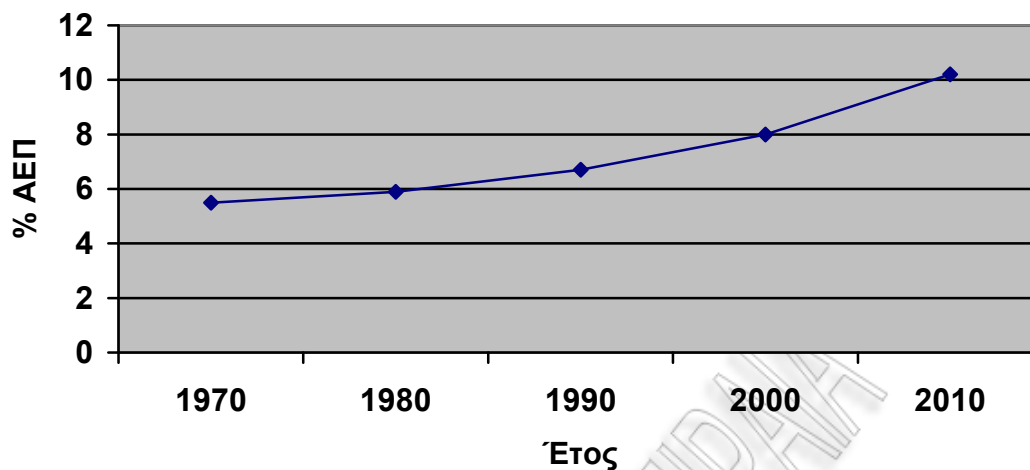
Κάπως έτσι ξεκινά μια περίοδος με πλήθος αλλαγών, εν μέσω άσχημων συνθηκών και κακού κλίματος, ορισμένες από τις οποίες εντοπίζονται στο χώρο της υγείας και μας απασχολούν στην παρούσα εργασία. Συγκεκριμένα στο ΜΟΧΠ, το ΜΠΟΠ και το Επικαιροποιημένο Μνημόνιο ορίζονται για την υγεία μέτρα, με στόχο τη διαφάνεια στη διαχείριση του δημόσιου χρήματος, τον περιορισμό των δαπανών και τη συλλογή αξιόπιστων στοιχείων και πληροφοριών όπως, η εφαρμογή νόμου για τις προμήθειες υγείας, η νέα τιμολόγηση των φαρμάκων, η ανάπτυξη του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων και του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για διαγνωστικές εξετάσεις και τελικά η εφαρμογή τους σε όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Επιπρόσθετα εντοπίζονται μέτρα όπως, η προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων(πχ. υποχρεωτική συνταγογράφηση με

βάση τη δραστική ουσία) και η ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης προϋπολογισμών, την αλλαγή της λογιστικής διαχείρισης(πχ. διπλογραφικό λογιστικό σύστημα) κ.α.[49],[50],[51]

Η Κατάσταση της Υγείας

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω δεδομένα για τη γενικότερη κατάσταση της οικονομίας της χώρας, κρίνεται απαραίτητη η παράθεση των στοιχείων εκείνων που υπογραμμίζουν την κρισιμότητα της κατάστασης ειδικότερα για το χώρο της υγείας, στο πλαίσιο της οποίας δικαιολογείται η ανάγκη λήψης μέτρων και πραγματοποίησης αλλαγών. Το σημαντικότερο ίσως μέγεθος που εξετάζεται στο σημείο αυτό είναι οι δαπάνες υγείας. Ωστόσο αξίζει να τονίσουμε πως γενικά ο προσδιορισμός του πραγματικού ποσού που δαπανάται αποτελεί μια διαδικασία αρκετά δύσκολη, εξαιτίας της πολυπλοκότητας του συστήματος με δαπάνες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, αλλά λαμβάνοντας υπόψη και τις ανεπίσημες και κρυφές συναλλαγές(κρυφή οικονομία).[3] Έτσι σύμφωνα με τον OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) γνωστό και ως ΟΟΣΑ(Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) στον οποίο είναι μέλος η Ελλάδα, το 1970 οι συνολικές δαπάνες υγείας βρίσκονται στο 5.5% του ΑΕΠ, το 1980 φτάνουν το 5.9% του ΑΕΠ, το 1990 αυξάνονται και φτάνουν το 6.7% του ΑΕΠ, το 2000 εντοπίζονται στο 8.0 και τέλος το 2010 βρίσκονται στο 10.2% του ΑΕΠ.[33],[34] Η εν λόγω ανοδική τάση αποτυπώνεται παρακάτω:

Συνολικές Δαπάνες Υγείας



Σχήμα 1: Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, κατά τα έτη: 1970,1980, 1990, 2000, 2010 Πηγή: ΟΕCD 2012 [33]

Στο πλαίσιο αυτό, εξετάζοντας αναλυτικότερα τις τελευταίες δύο(2) δεκαετίες προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα για την πορεία των δαπανών υγείας, δηλαδή τις συνολικές δαπάνες, τις δαπάνες δημόσιου τομέα και τις δαπάνες ιδιωτικού τομέα. Έτσι σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία οι δαπάνες υγείας από το 1990 μέχρι το 1999 διαμορφώνονται ως εξής:

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟΥ ΕΓΧΩΡΙΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ(%ΑΕΠ)			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΤΟΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ
1990	3.6	3.1	6.7
1991	3.5	3.0	6.5
1992	3.9	3.2	7.1
1993	4.3	3.6	8.0
1994	4.4	4.3	8.7
1995	4.5	4.2	8.7

1996	4.6	4.1	8.6
1997	4.5	4.0	8.5
1998	4.4	4.0	8.4
1999	4.6	4.1	8.7

Πίνακας 4: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 1990-1999, Πηγή: ΟΕCD 2012 [33]

Όπως προκύπτει και από τον παραπάνω πίνακα, κατά τη δεκαετία του '90 παρατηρείται μια σχεδόν συνεχής αύξηση του μεγέθους των συνολικών δαπανών υγείας, με μικρές μεταβολές προς τα κάτω κατά τα έτη 1996, 1997 και 1998. Συγκεκριμένα για το 1994, η κρυφή οικονομία στη δαπάνη του ιδιωτικού τομέα υγείας αντιστοιχεί σε 789.400.000 €, μέγεθος που μεταφράζεται περίπου στο 13.4% των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας για το εν λόγω έτος. Διευκρινίζεται πως η ανεπίσημη οικονομική δραστηριότητα σχετίζεται με επιπλέον πληρωμές, οι οποίες αναφέρονται συχνά από τη θετική σκοπιά ως φιλοδώρημα ή δώρο και από την αρνητική ως δωροδοκία, που απαιτούνται για τη χρήση υπηρεσιών. Γενικότερα διαπιστώνεται πως η κρυφή οικονομία επηρεάζει το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα, γεγονός που επακόλουθα επηρεάζει εμμέσως τη δυνατότητα των ατόμων χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με τις πληρωμές να εντοπίζονται στους αυτοαπασχολούμενους εργαζόμενους του τομέα υγείας και στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε ιατρούς και νοσηλευτές.[3]

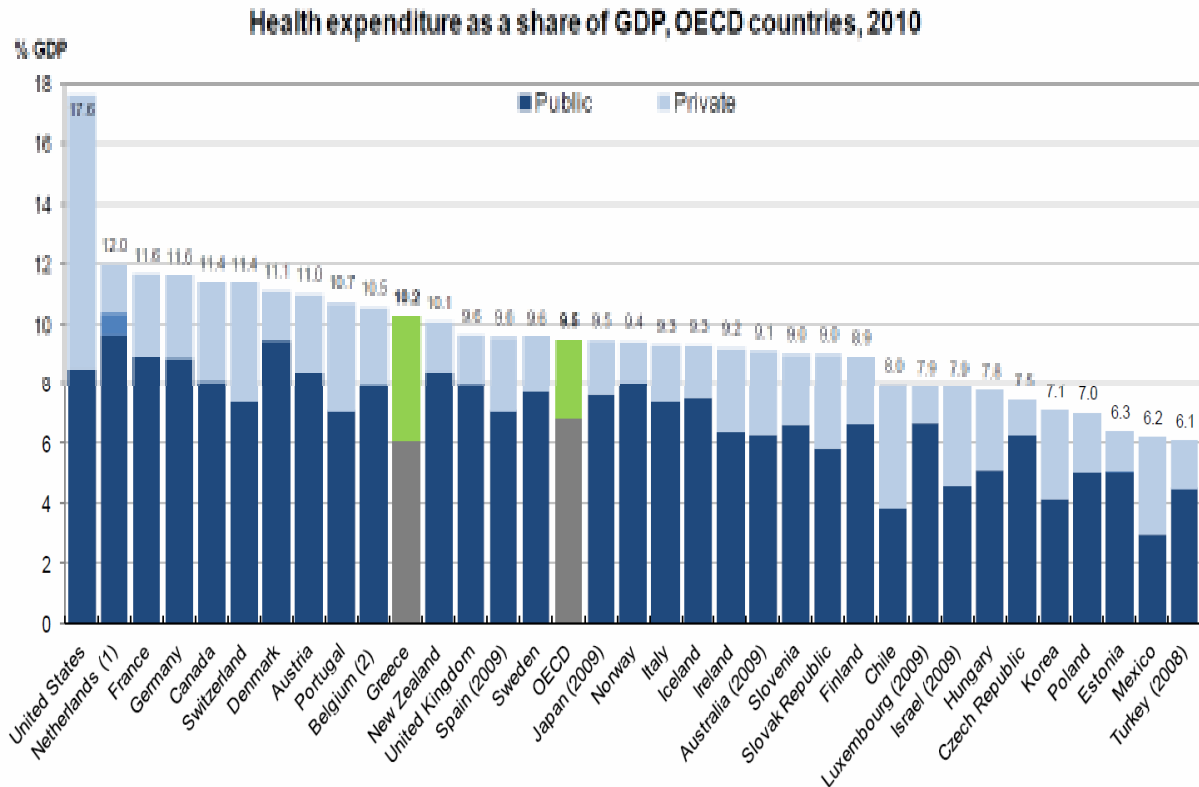
Προχωρώντας στην περίοδο 2000-2010, βλέπουμε πως οι δαπάνες υγείας διαμορφώνονται ως εξής:

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟΥ ΕΓΧΩΡΙΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ(%ΑΕΠ)			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΤΟΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ
2000	4.8	3.2	8.0
2001	5.4	3.5	8.9
2002	5.3	3.9	9.2

2003	5.4	3.6	9.0
2004	5.2	3.6	8.8
2005	5.8	3.9	9.7
2006	6.0	3.7	9.7
2007	5.9	3.9	9.8
2008	6.1	4.1	10.1
2009	6.5	4.1	10.6
2010	6.1	4.2	10.2

Πίνακας 5: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό επί του ΑΕΠ, στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010, Πηγή: ΟΕCD 2012 [33]

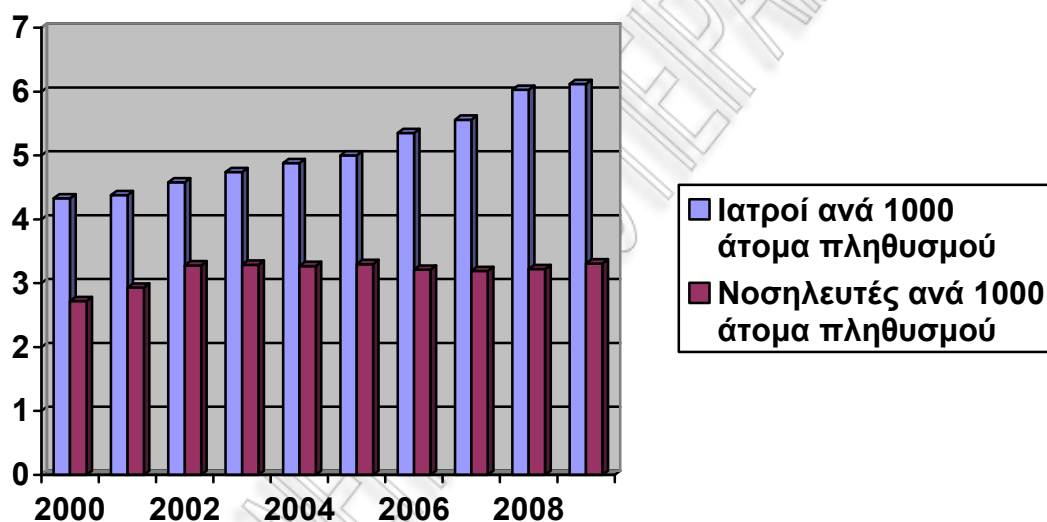
Σύμφωνα με μετρήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί, εκτιμάται πως οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας σε πραγματικές τιμές, αυξάνονται την περίοδο 2000-2009 κατά μέσο όρο 6.1% ετησίως, γεγονός όμως που δεν επαναλαμβάνεται και το 2010. Όπως προκύπτει και από τα παραπάνω στοιχεία του πίνακα, με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και την υποχώρηση της ελληνικής οικονομίας, προκύπτει αρχικά μια σημαντική και ταχεία αύξηση στις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Έτσι κατά το 2009, δηλαδή το πρώτο έτος της οικονομικής κρίσης και ύφεσης, οι συνολικές δαπάνες υγείας αυξάνονται κατά 0.5% του ΑΕΠ σε σχέση με το προηγούμενο έτος(2008), μέγεθος που προκύπτει από την αντίστοιχη αύξηση των δημόσιων δαπανών καθώς οι ιδιωτικές δαπάνες φαίνεται να παραμένουν στάσιμες. Ωστόσο, με τις περικοπές δημόσιων δαπανών που πραγματοποιούνται κατά το 2010, όπως για παράδειγμα οι περικοπές μισθών και η μείωση του αριθμού των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, προκύπτει πτώση στις συνολικές δαπάνες υγείας τις τάξεως του 0.4% του ΑΕΠ. Βεβαίως θα πρέπει να διευκρινιστεί πως παρά τη μείωση των συνολικών δαπανών υγείας της χώρας μας, αυτές παραμένουν πιο πάνω από το μέσο όρο των αντίστοιχων δαπανών των χωρών μελών του ΟΕCD, οι οποίες ανέρχονται για το 2010 στο 9.5% του ΑΕΠ όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα.[34]



Σχήμα 2: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό επί του ΑΕΠ στις χώρες μέλη του OECD για το 2010, Πηγή: OECD Health Data 2012 [34]

Παράλληλα με τις δαπάνες υγείας, προχωρούμε στη μελέτη των υφιστάμενων ανθρώπινων, τεχνολογικών και άλλων πόρων στον τομέα υγείας στη χώρα μας. Έτσι αναφορικά με το ιατρικό δυναμικό παρατηρείται τις τελευταίες πέντε(5) δεκαετίες μια ταχύτατη αύξηση του αριθμού των ιατρών. Αναλυτικότερα, το 1960 εντοπίζονται 10.424 ιατροί συνολικά στη χώρα, το 1970 αυξάνονται σε 14.263, αριθμός που εκτοξεύεται το 1980 σε 23.469, για να συνεχίσει με την ίδια ανοδική τάση και τα επόμενα χρόνια φτάνοντας το 1990 τους 34.336 ιατρούς. Το 2000 ο αριθμός των ιατρών βρίσκεται στο επίπεδο των 47.251 και το 2010 αγγίζει το εντυπωσιακό νούμερο των 69.265. Η παραπάνω εξέλιξη στο συνολικό αριθμό των ιατρών, φαίνεται πως εμφανίζεται και στον αριθμό των ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ο οποίος ξεκινά το 1960 στο 1.25, το 1970 φτάνει το 1.62 και το 1980 το 2.43. Το 1990 το μέγεθος αυξάνεται περαιτέρω και εντοπίζεται στους 3.38 ιατρούς ανά 1000 άτομα, το 2000 η τιμή μεταβάλλεται εκ νέου, σχεδόν κατά μία μονάδα, προς τα πάνω και βρίσκεται στο 4.33 και τέλος το 2010 φτάνει τους 6.13 ιατρούς.[33] Τονίζουμε στο σημείο αυτό πως ο τελευταίος αριθμός είναι σχεδόν

διπλάσιος του μέσου όρου για τις χώρες μέλη του ΟΕCD, ο οποίος βρίσκεται στο 3.1. Από την άλλη γίνεται κατανοητό πως η παραπάνω εικόνα υπερπροσφοράς δεν είναι ανάλογη και για τον κλάδο των νοσηλευτών, καθώς οι τιμές βρίσκονται πιο χαμηλά από το μέσο όρο του ΟΕCD, όπως για παράδειγμα το 2009 όπου μόλις 3.31 νοσηλευτές αντιστοιχούν σε 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα όταν κατά μέσο όρο στις χώρες-μέλη υπάρχουν 8.7 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα.[34] Προχωρώντας σε σύγκριση των μεγεθών: ιατροί ανά 1000 άτομα πληθυσμού - νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού, για την περίοδο 2000-2009 όπου υφίστανται δεδομένα και για τις δύο ομάδες, οδηγούμαστε στο εξής γράφημα:



Σχήμα 3: Συγκριτική απεικόνιση του αριθμού ιατρών και νοσηλευτών, ανά 1000 άτομα πληθυσμού, στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2009, Πηγή: ΟΕCD 2012

[33]

Στο σκέλος των τεχνολογικών πόρων συναντάμε εξοπλισμό όπως οι αξονικοί(Computed Tomography-CT) και οι μαγνητικοί(Magnetic Resonance Imaging-MRI) τομογράφοι, οι τομογράφοι ποζιτρονίων(PET scanners) και οι μαστογράφοι(Mammographs). Για τον εν λόγω εξοπλισμό παραθέτουμε στον πίνακα που ακολουθεί στοιχεία σχετικά με το συνολικό αριθμό κάθε τύπου και την αντιστοιχία του σε 1.000.000 άτομα του πληθυσμού στη χώρα μας.[33]

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ								
ΕΤΟΣ	ΑΞΟΝΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ		ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ		ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΩΝ		ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΙ	
	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ 1 ΕΚΑΤ. ΑΤΟΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜ.	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ 1 ΕΚΑΤ. ΑΤΟΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜ.	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ 1 ΕΚΑΤ. ΑΤΟΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜ.	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ 1 ΕΚΑΤ. ΑΤΟΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜ.
2005	280	25.22	147	13.24	1	0.09	405	36.47
2006	294	26.37	182	16.33	2	0.18	437	39.2
2007	324	28.95	200	17.87	4	0.36	479	42.8
2008	344	30.61	220	19.58	4	0.36	505	44.94
2009	381	33.77	245	21.71	4	0.35	554	49.1
2010	388	34.31	255	22.55	4	0.35	632	55.89

Πίνακας 6: Τεχνολογικοί πόροι στον τομέα υγείας της Ελλάδας την περίοδο 2005-2010, Πηγή: OECD 2012 [33]

Όπως προκύπτει και από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, από το 2005 και μετά (έτη για τα οποία υπάρχουν στοιχεία) σημειώνεται αύξηση και των δύο(2) μονάδων μέτρησης, δηλαδή τόσο του συνολικού αριθμού του εξοπλισμού όσο και της αντιστοιχίας σε 1.000.000 άτομα, σχεδόν σε όλους τους τύπους εξοπλισμού(μόνο στους τομογράφους ποζιτρονίων παρατηρείται σταθεροποίηση από το 2007 έως το 2010). Επιπλέον, υπογραμμίζεται πως η πλειονότητα των υπό εξέταση μηχανημάτων εντοπίζεται στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Τέλος, επισημαίνεται πως κατά το 2010 ο αριθμός αξονικών και μαγνητικών τομογράφων στην Ελλάδα υπερβαίνει τον ανάλογο αριθμό στις περισσότερες χώρες-μέλη του OECD, γεγονός που αποτυπώνεται και στην απόστασή του από το μέσο όρο του OECD, ο οποίος ανέρχεται σε 22.6 αξονικούς τομογράφους και σε 12.5 μαγνητικούς τομογράφους ανά 1.000.000 άτομα πληθυσμού.[33], [34]

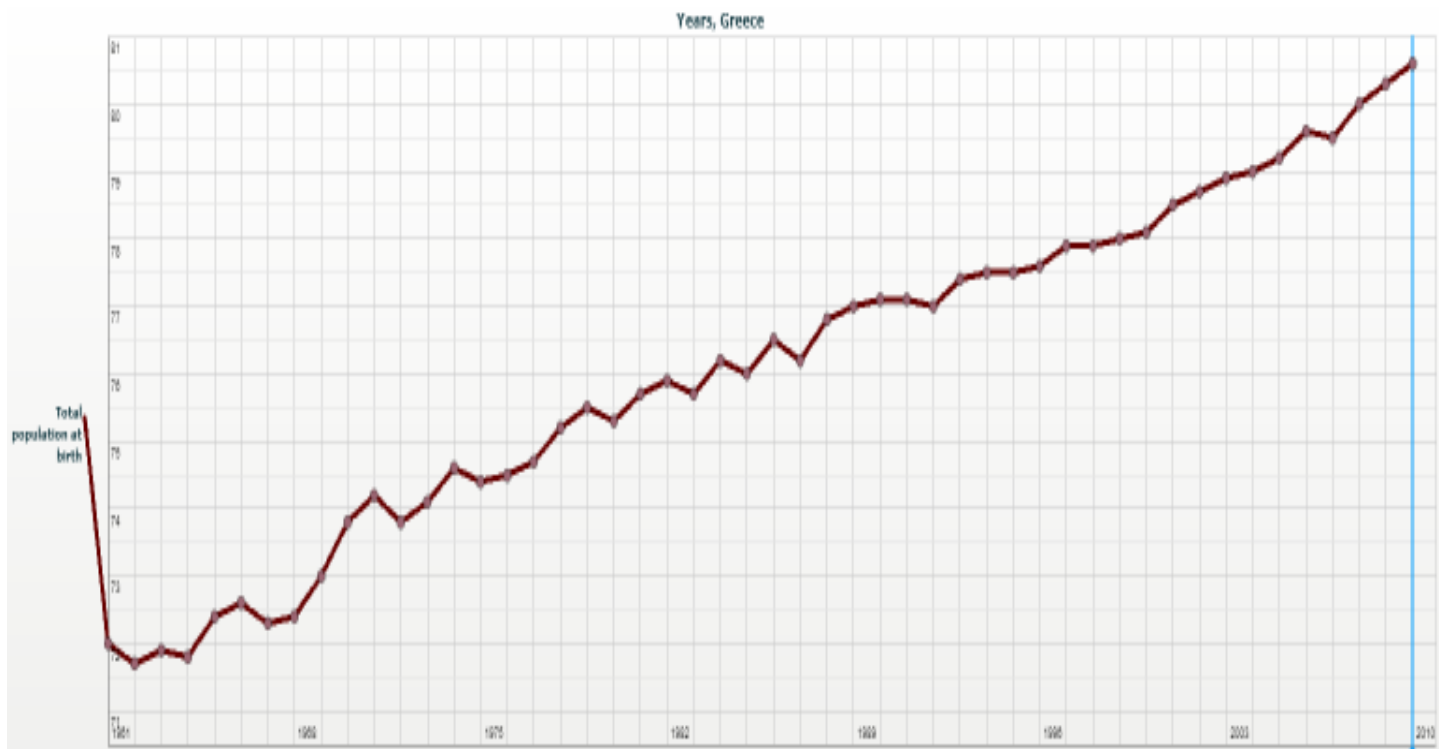
Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα στοιχεία για τις διαθέσιμες κλίνες οξείας νοσηλείας στα νοσοκομεία της χώρας. Συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια στην

Ελλάδα δεν παρατηρείται πτωτική τάση στον αριθμό των εν λόγω κλινών και στην αντιστοιχία τους ανά 1000 άτομα πληθυσμού, σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες-μέλη του OECD. Στον παρακάτω πίνακα παραθέτουμε τα στοιχεία για τις νοσοκομειακές κλίνες οξείας νοσηλείας στην Ελλάδα για το διάστημα 2000-2009.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
2000	40.874	3.74
2001	42.058	3.84
2002	41.623	3.79
2003	42.069	3.82
2004	41.969	3.79
2005	42.884	3.86
2006	43.965	3.94
2007	44.244	3.95
2008	44.417	3.95
2009	45.729	4.05

Πίνακας 7: Κλίνες οξείας νοσηλείας στα νοσοκομεία της Ελλάδας την περίοδο 2000-2009, Πηγή: OECD 2012 [33]

Ωστόσο εκτός από το κομμάτι των δαπανών και των πόρων υγείας, κρίνεται απαραίτητη η παράθεση και άλλων στοιχείων για τη διασφάλιση αποτύπωσης μιας ολοκληρωμένης εικόνας. Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζουμε το ευρύτερο προφίλ του πληθυσμού σε επίπεδο υγείας, όπως αυτό διαμορφώνεται με το πέρασμα των δεκαετιών. Αρχίζοντας με το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού της χώρας(κατά τη γέννηση), παρατηρείται μια ανοδική τάση μέσα στα έτη η οποία αποτυπώνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί, με τα διαθέσιμα στοιχεία να ξεκινούν από το 1961 και να καταλήγουν στο 2010.



Σχήμα 4: Προσδόκιμο ζωής πληθυσμού Ελλάδας(κατά τη γέννηση) την περίοδο 1961-2010, Πηγή: OECD 2012 [33]

Θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθούμε στο γεγονός πως οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής(κατά τη γέννηση) σε σχέση με τους άνδρες σε όλο αυτό το διάστημα. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 2010 το προσδόκιμο ζωής των γυναικών εντοπίζεται στα 82.8 έτη ενώ των ανδρών στα 78.4 έτη, διαφορά δηλαδή 4.4 ετών, με τον πληθυσμό στο σύνολό του να παρουσιάζει ως προσδόκιμο ζωής τα 80.6 έτη. Βεβαίως σύμφωνα με τις μετρήσεις, στις περισσότερες χώρες-μέλη του OECD σημειώνεται άνοδος του προσδόκιμου ζωής τις τελευταίες δεκαετίες, η οποία οφείλεται κυρίως στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και την πρόοδο της ιατρικής περίθαλψης, με το μέσο όρο των χωρών-μελών να βρίσκεται για το 2010 στα 79.8 έτη. Παρόλο που η χώρα μας βρίσκεται υψηλότερα από το μέσο όρο, θα πρέπει να επισημάνουμε πως το προσδόκιμο ζωής εξακολουθεί να είναι χαμηλότερο σε σχέση με άλλες χώρες-μέλη, όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελβετία, όπου το προσδόκιμο υπερβαίνει τα 82 έτη.[33], [34] Στον πίνακα που ακολουθεί παραθέτουμε τιμές του προσδόκιμου ζωής στη χώρα μας για

το σύνολο του πληθυσμού, προχωρώντας παράλληλα σε διάκριση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες για ορισμένα έτη(πρώτο διαθέσιμο έτος κάθε δεκαετίας).

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ			
ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ
1960	-	-	-
1961	72.0	73.8	70.2
1970	73.8	76.1	71.6
1980	75.3	77.5	73.0
1990	77.1	79.5	74.7
2000	78.1	80.6	75.5
2010	80.6	82.8	78.4

Πίνακας 8: Προσδόκιμο ζωής(κατά τη γέννηση) στην Ελλάδα κατά τα έτη: 1961, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, Πηγή: OECD 2012 [33]

Συνεχίζοντας με το προφίλ υγείας του πληθυσμού, εξετάζουμε τα στοιχεία γύρω από το κάπνισμα, την παχυσαρκία και την κατανάλωση αλκοόλ. Αναφορικά με το πρώτο σκέλος παρατηρείται σημαντική μείωση του ποσοστού καπνιστών στους ενήλικους στις περισσότερες χώρες-μέλη του OECD τις τελευταίες δύο(2) δεκαετίες, γεγονός που δεν επαληθεύεται για την Ελλάδα, όπου σημειώνεται σθεναρή αντίσταση. Ειδικότερα, το 2009 το οποίο αποτελεί το τελευταίο έτος μέτρησης του μεγέθους, οι ενήλικοι σε καθημερινή βάση καπνιστές ανέρχονται σε ποσοστό 31.9%, το οποίο αποτελεί το υψηλότερο από όλες τις χώρες-μέλη του οργανισμού με διαφορά μεγαλύτερη των 10 μονάδων από τον μέσο όρο, ο οποίος εντοπίζεται στο 21.1%. Στο κομμάτι της παχυσαρκίας τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση των ποσοστών σε όλες τις χώρες-μέλη. Στην Ελλάδα το 2009 το ποσοστό παχυσαρκίας των ενηλίκων, με βάση το δηλωθέν από τους ίδιους ύψος και βάρος, βρίσκεται στο 17.3% όταν ο μέσος όρος για τις 14 χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία βρίσκεται στο 14.68%. Αξίζει να σημειωθεί πως τα συνεχή υψηλά ποσοστά καπνιστών καθώς και η αυξητική τάση των περιπτώσεων παχυσαρκίας στη χώρα μας, διαμορφώνουν μια εικόνα για το μέλλον με περισσότερα προβλήματα υγείας

για τον πληθυσμό και περισσότερες δαπάνες υγείας. Τέλος, στην κατανάλωση αλκοόλ βλέπουμε πως παρά τα υψηλά επίπεδα που αρχίζουν να σημειώνονται από το 1976(10.9), με τα λίτρα κατά κεφαλή φτάνουν μέχρι και το 13.2 το 1980, από το 1997 δεν υφίσταται πλέον διψήφιο νούμερο, φτάνοντας έτσι στο 2009 με την ποσότητα να ανέρχεται στο 8.2. Η εν λόγω τιμή θα πρέπει να πούμε πως δεν βρίσκεται ανάμεσα στις υψηλότερες των χωρών-μελών του OECD και είναι σαφώς μικρότερη του 9.75 του μέσου όρου. Αναφέρουμε πως η υψηλότερη τιμή για το 2009 εντοπίζεται στο Λουξεμβούργο και βρίσκεται στο 15.3 και η χαμηλότερη στην Τουρκία στο 1.5.[33], [34]

1.5 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται μια εισαγωγή στο ζήτημα της Ηλεκτρονικής Υγείας(e-Health), μιας σχετικά νέας αλλά ταχύτατα αναπτυσσόμενης τάσης στο χώρο της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ειδικότερα, η ηλεκτρονική υγεία αφορά στη χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στον τομέα της υγείας, παρέχοντας δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και περιορισμού των δαπανών. Γενικότερα παρατηρείται μεγάλο εύρος εφαρμογής της ηλεκτρονικής υγείας με πολλές διαφορετικές δομές και εργαλεία, τα οποία περιστρέφονται γύρω από την παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας των ατόμων και τη στήριξη των ασθενών, και χρησιμοποιούνται από παρόχους υγείας και πολίτες. Έτσι γίνεται κατανοητό το όφελος για την κοινωνία με την στροφή προς ένα ασθενοκεντρικό σύστημα με τις περισσότερες υπηρεσίες να παρέχονται εκτός από το «κλασσικό» πλαίσιο του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα στις δομές και τα εργαλεία εντοπίζονται μεταξύ άλλων ηλεκτρονικά και ατομικά μητρώα υγείας, συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης(e-Prescribing), ηλεκτρονικής παραπομπής(e-Referral) και ηλεκτρονικού καθορισμού ιατρικής επίσκεψης(e-Appointment), υπηρεσίες τηλεϊατρικής και υπηρεσίες κινητής υγείας(Mobile Health-mHealth).[55], [56]

Αναφορικά με την ηλεκτρονική υγεία σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, το πρώτο ουσιαστικό βήμα ανάπτυξης της εντοπίζεται στις αρχές της δεκαετίας του '90. Αναλυτικότερα την εν λόγω περίοδο η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει κεφάλαια της τάξης των 500.000.000 € υποστηρίζοντας την έρευνα, την πρακτική και την καινοτομία στην ηλεκτρονική υγεία. Η προσπάθεια γύρω από την ηλεκτρονική υγεία συνεχίζεται και τα επόμενα χρόνια με την Ευρώπη να κατέχει μια από τις θέσεις-προπομπούς σε παγκόσμιο επίπεδο. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε πως για το 2008 η Ευρωπαϊκή αγορά ηλεκτρονικής υγείας ανέρχεται στα 14.3 δισ. ευρώ. Το ίδιο έτος ξεκινά ένα ιδιαίτερα σημαντικό πιλοτικό πρόγραμμα γνωστό ως eP-SOS (European Patients Smart Open Services), στο οποίο συμμετέχουν πολλές χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο την ανάπτυξη μιας υποδομής ηλεκτρονικής υγείας με βάση τη διασυνοριακή διαλειτουργικότητα μεταξύ των ηλεκτρονικών μητρώων υγείας στην Ευρώπη.[55] Την περίοδο αυτή εντοπίζεται και άλλο ένα πρόγραμμα γνωστό ως CALLIOPE Network για την ανάπτυξη δικτύου όπου οι διάφοροι φορείς μπορούν να μοιράζονται απόψεις, εμπειρίες, πρακτικές και οράματα για την καθιέρωση διαλειτουργικών υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας.[59] Επιπρόσθετα, πρωτοβουλίες στο πλαίσιο της «Ευρώπης 2020», όπως για παράδειγμα η Ψηφιακή Ατζέντα (Digital Agenda) και η Ένωση Καινοτομίας (Innovation Union), οδηγούν σαφώς στο συμπέρασμα πως η Ε.Ε συνεχίζει να στηρίζει ουσιαστικά την ηλεκτρονική υγεία. Συγκεκριμένα υπογραμμίζουμε, στο πλαίσιο της Ψηφιακής Ατζέντας την πρωτοβουλία διακυβέρνησης ηλεκτρονικής υγείας (eHealth Governance Initiative-eHGI) για το συντονισμό αρχών, μέσων χρηματοδότησης της Ευρώπης και φορέων με στόχο τη γεφύρωση των διαφορών σε επίπεδο ηλεκτρονικής υγείας και την προώθηση μιας διαλειτουργικής και βιώσιμης εφαρμογής στην Ευρώπη, ενώ αναφορικά με την Ένωση Καινοτομίας τη σύμπραξη καινοτομίας με θέμα την ενεργό και υγιή γήρανση (Active and Healthy Ageing) η οποία στοχεύει μεταξύ άλλων στην ανάπτυξη λύσεων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών για την παράταση της ανεξαρτησίας, της δράσης και της κινητικότητας των ηλικιωμένων.[55], [57], [58]

Εκτός από την Ευρωπαϊκή Ένωση η τάση της ηλεκτρονικής υγείας φαίνεται πως εξαπλώνεται και σε άλλα μέρη του κόσμου. Στο σημείο αυτό θα ασχοληθούμε με την περίπτωση της Αυστραλίας, με τις πρωτοβουλίες ηλεκτρονικής υγείας να αναπτύσσονται και εδώ από τη δεκαετία του '90 και να επιταχύνονται ουσιαστικά με την είσοδο στον 21^ο αιώνα. Ωστόσο η πλειονότητα των πρωτοβουλιών σε εθνικό επίπεδο για το παραπάνω διάστημα και μέχρι το 2008 φαίνεται πως εστιάζεται στην ανάπτυξη των αναγκαίων μεν διαλειτουργικών προτύπων και σχεδίων, χωρίς αυτή να συνοδεύεται από την ανάλογη υλοποίηση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας. Αντίθετα, εντοπίζονται ανεξάρτητα έργα σε επίπεδο διαφόρων πολιτειών και περιφερειών. Η δημιουργία του National Health Information Agreement(NHIA) το 1993 ως βάση συντονισμένης στρατηγικής για την ανάπτυξη, τη συλλογή και την ανταλλαγή ενιαίων δεδομένων υγείας, πληροφοριών και εργαλείων ανάλυσης σε όλα τα επίπεδα το συστήματος υγείας από την κυβέρνηση, τις πολιτείες και τις περιφέρειες της Αυστραλίας αποτελεί μια από τις πρώτες αποφάσεις σε κεντρικό επίπεδο που αφορούν στην ηλεκτρονική υγεία. Παραθέτοντας ορισμένες από τις σημαντικότερες αποφάσεις που ακολουθούν, θα πρέπει αρχικά να υπογραμμίσουμε τη διαμόρφωση του National Health Information Management Advisory Council(NHIMAC), το 1998 ως ένα συμβουλευτικό όργανο για τους Υπουργούς Υγείας αναφορικά με τις επιλογές προώθησης μιας ενιαίας εθνικής προσέγγισης για τη διαχείριση των πληροφοριών στον τομέα της υγείας, το οποίο την επόμενη χρονιά(1999) αναπτύσσει σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις και τους εμπλεκόμενους φορείς εθνικό σχέδιο στον τομέα που προαναφέραμε γνωστό ως Health Online. Το 2000 καθιερώνεται το HealthConnect, σύμφωνα με τις προτάσεις του Health Online, μια συνεργασία δηλαδή των κυβερνήσεων όλων των επιπέδων για την προώθηση των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας σε διαφορετικά τμήματα του τομέα υγείας μέσω ενιαίων προτύπων. Το 2003 καθιερώνεται το MediConnect μια προσπάθεια της κυβέρνησης της Αυστραλίας στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής υγείας, η οποία περιλαμβάνει την πραγματοποίηση δοκιμών σε Τασμανία και Βικτώρια σε επίπεδο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, δοκιμές οι οποίες ολοκληρώνονται το 2004 και οδηγούν τελικά στη συγχώνευση των HealthConnect και MediConnect η οποία όμως δεν οδηγεί κάπου. Το 2005 πραγματοποιείται η ίδρυση της NEHTA(National E-Health Transition Authority), στο πλαίσιο της

συνεργασίας ομοσπονδιακών και πολιτειακών κυβερνήσεων, με στόχο την αναγνώριση και ανάπτυξη υποδομών ηλεκτρονικής υγείας στην Αυστραλία. Η Κοινοπολιτεία των κυβερνήσεων της Αυστραλίας(COAG) το 2006 εγκρίνει 130.000.000 \$ χρηματοδότηση προς τη ΝΕΗΤΑ για την ανάπτυξη προτύπου κλινικής ορολογίας και υπηρεσιών αναγνώρισης παρόχου-ασθενούς. Την ίδια χρονιά εντοπίζεται η πρωτοβουλία της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, γνωστή και ως Access Card Programme, για την έκδοση μιας ενιαίας έξυπνης κάρτας προς αντικατάσταση των 17 καρτών υγείας και πρόνοιας που υπάρχουν εκείνη την περίοδο, εγχείρημα το οποίο διακόπτεται το 2007. Τα τελευταία χρόνια στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης στην υγεία λειτουργεί στην Αυστραλία ένα ηλεκτρονικό και ατομικό μητρώο υγείας το οποίο επιτρέπει σε ασθενείς και παρόχους υγείας την προβολή πληροφοριών υγείας, για τη διασφάλιση της καλύτερης δυνατής φροντίδας για κάθε άτομο. Επιπρόσθετα σύμφωνα με τις προδιαγραφές του συστήματος, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να προσθέτει πληροφορίες στον φάκελό του όπως για παράδειγμα την τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να ακολουθεί, τυχόν αλλεργίες που έχει καθώς και επαφές σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης. Η έκβαση της παραπάνω εν εξελίξει προσπάθειας δεν είναι ακόμα σαφής.[60], [61]

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό αξίζει να αναφερθούμε και στην Αμερική η οποία σαφώς δεν εμφανίζει αδιαφορία στο ζήτημα της ηλεκτρονικής υγείας. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται προγράμματα ηλεκτρονικής υγείας σε περιφερειακό επίπεδο ενώ τα τελευταία χρόνια είναι εμφανής η τάση και σε κεντρικό επίπεδο, με το ενδιαφέρον να εστιάζεται στα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας.[62] Ήδη από το 2009 με το πακέτο τόνωσης της οικονομίας της Αμερικής, το λεγόμενο American Relief and Recovery Act(ARRA) παρέχονται περί τα 30 δισ. \$ για επενδύσεις σε τεχνολογία πληροφορικής στον χώρο της υγείας, με τους χρηματικούς πόρους να διατίθενται στους παρόχους υγείας που υιοθετούν πιστοποιημένα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας με τη δυνατότητα να ανταλλάσσουν πληροφορίες με άλλες πηγές.[63] Περαιτέρω ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας αναμένεται και στο πλαίσιο του νομοθετήματος: Affordable Care Act, το οποίο παρότι δεν υποχρεώνει στη χρήση ηλεκτρονικών μητρώων υγείας συνδέεται με το ζήτημα μέσω του Meaningful Use Stimulus Program.[64] Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε τη συνεργασία μεταξύ

Ευρωπαϊκής Ένωσης και Αμερικής για την ηλεκτρονική υγεία η οποία ουσιαστικά ξεκινά με την υπογραφή συμφωνίας το Δεκέμβριο του 2010, το λεγόμενο Memorandum of Understanding on Cooperation Surrounding Health Related Information and Communication Technology, για την προώθηση μιας από κοινού προσέγγισης σχετικά με τη διαλειτουργικότητα των ηλεκτρονικών μητρώων υγείας και τα εκπαιδευτικά προγράμματα τεχνολογίας πληροφορικής για επαγγελματίες υγείας. Η συνεργασία αυτή συνεχίζεται και το 2012 με την εκδήλωση στις 23 και 24 Οκτωβρίου: Transatlantic Health IT/eHealth Cooperation Assembly κατά τη διάρκεια της οποίας σημειώνεται πρόοδος στην ανάπτυξη σχεδίου για την εφαρμογή του παραπάνω Μνημονίου, ενώ προβλέπεται περαιτέρω κοινή δράση για το 2013.[65], [66]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό προχωρούμε στην έρευνα και την αποτύπωση των βασικών θεωριών και μοντέλων που εντοπίζονται σε επίπεδο βιβλιογραφίας, αναφορικά με το ζήτημα της διαχείρισης αλλαγής. Ωστόσο κρίνεται απαραίτητη, για την ομαλότερη προσέγγιση του ζητήματος και για τη διευκόλυνση της κατανόησής του από τον αναγνώστη της παρούσας εργασίας, η επεξήγηση ορισμένων όρων. Στο πλαίσιο της αφομοίωσης των εν λόγω όρων, εκτιμάται δηλαδή πως θα διαμορφωθεί το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο, το οποίο θα διευκολύνει ακολούθως την παρακολούθηση των θεωριών αλλά και της μελέτης στο σύνολό της.

Ένας από τους πλέον σημαντικούς όρους που πρέπει να γίνει πλήρως αντιληπτός, λαμβάνοντας υπόψη το θέμα της εργασίας, είναι το Πληροφοριακό Σύστημα. Συγκεκριμένα η αλλαγή που μελετάται ως προς τη διαχείρισή της, σε επίπεδο οργανισμών υγείας, αφορά στην υιοθέτηση πληροφοριακών συστημάτων. Επιλέγοντας μια πιο σταδιακή διαδικασία στην παρουσίαση του όρου, μεταβαίνοντας από την ευρύτερη έννοια στην πιο συγκεκριμένη, ξεκινάμε με την επεξήγηση του όρου Σύστημα. Ως Σύστημα ορίζεται ένα όλον, το οποίο καταρχήν είναι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του. Πρόκειται δηλαδή για έναν αριθμό αλληλεπιδρώντων στοιχείων τα οποία έχουν συναρμολογηθεί οργανικά σε μια ολότητα έτσι ώστε να εκτελούν μια ορισμένη λειτουργία. Μελετώντας τα Συστήματα Ανθρώπινης Δραστηριότητας (ο άνθρωπος είναι μέρος του όλου), βλέπουμε πως αυτά διακρίνονται σε Φυσικά Συστήματα και σε Σχεδιασμένα/Τεχνολογικά Συστήματα. Ειδικότερα ως προς τα τελευταία, ενσωματώνεται το στοιχείο της Τεχνολογίας και το στοιχείο του Ανθρώπινου Παράγοντα. Μεταβαίνοντας στην πιο συγκεκριμένη έννοια του Υπολογιστικού

Συστήματος, διευκρινίζεται πως αποτελεί τη συλλογή υπολογιστικού υλικού, λογισμικού, τηλεπικοινωνιακού εξοπλισμού ή άλλων υπολογιστικών εξαρτημάτων, η οποία είναι εγκατεστημένη σε συγκεκριμένη τοποθεσία με συγκεκριμένο λειτουργικό περιβάλλον και ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένο σκοπό.[67], [69]

Καταλήγουμε έτσι στον ειδικότερο όρο, αυτόν του Πληροφοριακού Συστήματος. Συγκεκριμένα πρόκειται για το Υπολογιστικό Σύστημα που σχετίζεται με τη διαχείριση πληροφοριών, δηλαδή τη συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία και διακίνηση της πληροφορίας. Διευκρινίζεται στο σημείο αυτό πως η Πληροφορία είναι το σύνολο των κατανοητών συμβόλων που έχουν καταγραφεί(δεδομένα) μαζί με την έννοια που τους αποδίδεται. Όπως κάθε σύστημα, το Πληροφοριακό Σύστημα δέχεται εισόδους (δεδομένα, πληροφορίες) και παράγει εξόδους. Ένα Πληροφοριακό Σύστημα πρέπει να έχει ένα στόχο, ο οποίος να μη χαρακτηρίζεται ως εφήμερος και να διαθέτει στοιχεία αλληλοεξαρτώμενα και αλληλεπιδρόμενα. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τις αρχές της ανάλυσης CATWOE ένα σύστημα πρέπει, να έχει πελάτες(clients), να έχει actors/agents που θα το χρησιμοποιούν, να έχει μια διαδικασία μετασχηματισμού(transformation process) στο πλαίσιο της οποίας θα μετατρέπονται οι εισοδοί σε έξοδοι, να έχει κατασκευαστεί με βάση μια σκέψη/προσέγγιση(world view), να έχει ιδιοκτήτη(owner) και να λειτουργεί στο περιβάλλον(environment) από το οποίο δέχεται τις εισόδους. Ειδικότερα ως περιβάλλον του συστήματος ορίζεται ο χώρος επί του οποίου δεν είναι δυνατή η λήψη αποφάσεων από το σύστημα, αλλά είναι δυνατόν να επηρεαστεί.[67], [69]

Θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθούμε και στην έννοια του Οργανισμού. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο Οργανισμός αποτελεί μια οποιαδήποτε δομή, η οποία όμως μπορεί να μην έχει απτά όρια πχ. να οριοθετείται από 4 τοίχους, αλλά νοητά. Τα όρια του Οργανισμού εντός των οποίων περικλείεται το πληροφοριακό σύστημα αποτελούν το άμεσο περιβάλλον του συστήματος. Στα Τεχνολογικά Συστήματα Ανθρώπινης Δραστηριότητας ο Οργανισμός εξαρτάται από την Τεχνολογία. Ολοκληρώνοντας αυτό το κομμάτι της ενημέρωσης του αναγνώστη, πρέπει να απαντηθεί και το βασικό ερώτημα, τι είναι η Διαχείριση Αλλαγής, γνωστή και ως Change Management. Συγκεκριμένα, η Διαχείριση της Αλλαγής αποτελεί

εκείνο το σύνολο των ενεργειών/δομών για την αντιμετώπιση της όποιας μετάβασης από το τρέχον στάδιο στο επιθυμητό μελλοντικό στάδιο σε επίπεδο ατόμων, ομάδων και οργανισμών. Αναφερόμαστε σε μια διαδικασία η οποία στοχεύει στον περιορισμό των επιπτώσεων της αλλαγής και την αντιμετώπιση της αντίστασης στην αλλαγή, δηλαδή στην αποδοχή από τους υπαλλήλους των αλλαγών που παρουσιάζονται στον οργανισμό. Τέλος, οι αλλαγές που συναντώνται σε Οργανισμούς(Organizational Change) εντοπίζονται κατά βάση σε επίπεδο Αποστολής του Οργανισμού, σε επίπεδο Στρατηγικής, σε Λειτουργικό επίπεδο, σε Τεχνολογικό και σε επίπεδο συμπεριφοράς/στάσης του προσωπικού.[68], [69]

Με την αποτύπωση των παραπάνω, και θεωρώντας πως ο αναγνώστης έχει σχηματίσει μια εικόνα στο πλαίσιο της προαπαιτούμενης γνώσης, μπορούμε να προχωρήσουμε πλέον στην ανάλυση των κύριων θεωριών και μοντέλων της διαχείρισης της αλλαγής σε οργανισμούς.

2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ/ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

2.2.1 Η Θεωρία του John P. Kotter [70]

Σύμφωνα με έρευνα του καθηγητή Kotter, τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των σημαντικών αλλαγών σε οργανισμούς έχει αυξηθεί δραματικά. Τα αποτελέσματα προσπαθειών αλλαγής όμως δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Παρόλο που σε κάποιες περιπτώσεις, η διαδικασία της αλλαγής έχει συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή του οργανισμού στις μεταβολές του περιβάλλοντος του, στη βελτίωση της ανταγωνιστικότητάς του και των προοπτικών του, στις περισσότερες περιπτώσεις οι βελτιώσεις ήταν απογοητευτικές και οι επιπτώσεις σημαντικότερες για τους οργανισμούς, με απώλειες πόρων και ένα απογοητευμένο, φοβισμένο και κουρασμένο προσωπικό. Βάση της εν λόγω θεωρίας, αποτελεί το γεγονός πως ένα σημαντικό ποσό των επιπτώσεων της αλλαγής σε οργανισμούς μπορεί να

αποφευχθεί, με την αναγνώριση και αποφυγή μιας σειράς λαθών. Στο πλαίσιο της θεωρίας του Kotter, γίνεται ανάλυση των οκτώ(8) λαθών, τα οποία σημειώνονται κατά την προσπάθεια αλλαγής των οργανισμών, και προτείνεται η ανάλογη διαδικασία οκτώ(8) σταδίων για την αντιμετώπισή τους και την επιτυχή έκβαση του εγχειρήματος. Ακολουθεί η ανάλυση των σταδίων.

Στάδιο 1: Εδραίωση της αίσθησης επείγουσας ανάγκης

Το ζήτημα που αντιμετωπίζεται στο πρώτο στάδιο, είναι αυτό του εφησυχασμού. Τονίζεται πως ένα υψηλό επίπεδο εφησυχασμού συνήθως οδηγεί σε «αδιέξοδο», εμποδίζοντας τη διαδικασία αλλαγής. Γενικότερα μια αλλαγή σε επίπεδο οργανισμών απαιτεί συνεργασία, πρωτοβουλία και προθυμία για θυσίες από την πλευρά των εργαζομένων. Η εδραίωση αίσθησης επείγουσας ανάγκης είναι ιδιαίτερα σημαντική για την απόκτηση αυτής της απαιτούμενης συνεργασίας. Παράλληλα διευκρινίζεται πως η απομάκρυνση των πηγών του εφησυχασμού ή ο περιορισμός των επιδράσεών τους, αποτελεί προϋπόθεση για την αύξηση του επιπέδου του επείγοντος. Σε αυτό το πλαίσιο ο John Kotter προτείνει μια σειρά από τρόπους αύξησης του εν λόγω επιπέδου.

Αρχικά, προτείνεται η δημιουργία μια κρίσης, είτε επιτρέποντας μια οικονομική ζημία είτε επιτρέποντας την πραγματοποίηση λαθών, τα οποία θα μπορούσαν στην πραγματικότητα να διορθωθούν την τελευταία στιγμή. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη λογική πως μια εμφανής κρίση μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στο να τραβήξει την προσοχή των υπαλλήλων, καθώς λειτουργεί σαν απειλή, και να ανεβάσει το επίπεδο του επείγοντος. Η εξάλειψη προφανών παραδειγμάτων πλεονασμού, των στοιχείων δηλαδή εκείνων που προβάλλουν στο πλαίσιο του οργανισμού το μήνυμα: «Είμαστε πλούσιοι, είμαστε νικητές, άρα κάνουμε κάτι σωστά. Οπότε χαλαρώστε.», αποτελεί τον επόμενο τρόπο. Επιπλέον, προτείνεται να τεθούν τέτοιοι στόχοι σε επίπεδο εσόδων, παραγωγικότητας, ικανοποίησης πελατών κλπ, οι οποίοι να μην μπορούν να επιτευχθούν με τη συνήθη δράση. Σύμφωνα με τον καθηγητή Kotter για τη μέτρηση της επίδοσης υπομονάδας δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο οι στενοί λειτουργικοί στόχοι. Αντίθετα, πρέπει περισσότερα άτομα εντός του οργανισμού να είναι υπεύθυνα για ευρύτερα μέτρα επίδοσης του οργανισμού.

Στους προτεινόμενους τρόπους περιλαμβάνεται και η αποστολή σε περισσότερους υπαλλήλους δεδομένων σχετικών με την ικανοποίηση των πελατών και τις οικονομικές επιδόσεις του οργανισμού, καθώς και πληροφοριών που δείχνουν την αδυναμία του οργανισμού έναντι των ανταγωνιστών του. Άμεσα συνδεδεμένη με το προηγούμενο είναι και η διασφάλιση της επικοινωνίας των εργαζομένων με μη ικανοποιημένους πελάτες, προμηθευτές και μετόχους. Επίσης, ενθαρρύνεται η χρήση συμβούλων, όπως και άλλων μέσων, για την ένταξη και παρουσίαση πιο σχετικών δεδομένων και την πραγματοποίηση ειλικρινών συζητήσεων, κατά τις συνεδριάσεις της διοίκησης. Ένας άλλος τρόπος αύξησης του επιπέδου του επείγοντος είναι να σταματήσει το φαινόμενο “happy talk” από την πλευρά της ανώτερης διοίκησης. Σύμφωνα με τον John Kotter, υπάλληλοι που ανησυχούν για το μέλλον του οργανισμού συχνά γίνονται δέκτες ενός ψευδούς κλίματος ασφάλειας από τα «ωραία λόγια» των ανώτερων διοικητικών στελεχών. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή περισσότερων ειλικρινών συζητήσεων σχετικά με τα προβλήματα του οργανισμού στις ομιλίες της ανώτερης διοίκησης και σε εταιρικά έντυπα. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικός για την αύξηση του επιπέδου του επείγοντος κρίνεται ο καταιγισμός των εργαζομένων με πληροφορίες που αφορούν στις μελλοντικές ευκαιρίες του οργανισμού, στα πλεονεκτήματα και τις ανταμοιβές από την αξιοποίηση των εν λόγω ευκαιριών και στην τωρινή αδυναμία του οργανισμού εκμεταλλευτεί αυτές τις ευκαιρίες.

Στάδιο 2: Δημιουργία ομάδας καθοδήγησης

Καθώς η αλλαγή σε μεγάλη κλίμακα είναι δύσκολο να επιτευχθεί, μια ισχυρή δύναμη απαιτείται για τη διατήρηση της διαδικασίας. Ένα και μόνο άτομο όμως, ακόμα και ένας CEO τύπου μονάρχη, δεν μπορεί να αναπτύξει το κατάλληλο όραμα, να το διαδώσει σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, να αντιμετωπίσει σημαντικά εμπόδια, να επιφέρει βραχυπρόθεσμες νίκες, να οδηγήσει και να διαχειριστεί πλήθος έργων αλλαγής και να εδραιώσει νέες προσεγγίσεις στην κουλτούρα του οργανισμού. Ακόμα και μια επιτροπή αποτελούμενη από υπαλλήλους ενός αριθμού τμημάτων και έναν ή δύο εξωτερικούς συμβούλους, δεν είναι ικανή για τη διαχείριση της αλλαγής. Τα βασικά της προβλήματα εντοπίζονται, στην αδυναμία ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της, καθώς και την απουσία

αξιοπιστίας, στοιχείο απαραίτητο για μια ισχυρή ηγεσία. Στο σημερινό ταχύτατα μεταβαλλόμενο και αβέβαιο περιβάλλον, άτομα και αδύναμες επιτροπές σπανίως έχουν στη διάθεσή τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τη λήψη κατάλληλων μη τυποποιημένων αποφάσεων. Δεν διαθέτουν ούτε την αξιοπιστία αλλά ούτε και το χρόνο που απαιτείται προκειμένου να πείσουν τα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού να προχωρήσουν σε προσωπικές θυσίες για την εφαρμογή των αλλαγών. Μόνο ομάδες με κατάλληλη σύνθεση και επαρκή εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών τους μπορούν να ανταποκριθούν στις νέες συνθήκες. Πώς όμως δημιουργείται μια ομάδα καθοδήγησης;

Ο John Kotter παραθέτει τρία(3) σημεία, τα οποία πρέπει να καλυφθούν για τη δημιουργία μιας ομάδας καθοδήγησης, ικανής να πραγματοποιήσει την αλλαγή, και διακρίνονται στην εύρεση των κατάλληλων ατόμων, τη δημιουργία εμπιστοσύνης και την ανάπτυξη ενός κοινού στόχου. Προχωρώντας σε περαιτέρω ανάλυση των παραπάνω και ξεκινώντας με την εύρεση των κατάλληλων ατόμων σημειώνουμε τα τέσσερα(4) χαρακτηριστικά-κλειδιά, τα οποία θεωρούνται απαραίτητα για τη δημιουργία αποτελεσματικών ομάδων καθοδήγησης και αυτά είναι: η θέση ισχύος, η εμπειρία, η αξιοπιστία και η ηγεσία. Αναφορικά με το πρώτο χαρακτηριστικό, τη θέση ισχύος, πρέπει να διασφαλιστεί πως στην ομάδα περιλαμβάνονται αρκετοί από τους «παίκτες-κλειδιά» και ειδικότερα οι σημαντικοί managers του οργανισμού, δηλαδή οι managers κεντρικής γραμμής, ούτως ώστε όσοι είναι εκτός να μην είναι σε θέση εύκολα να εμποδίσουν τη διαδικασία. Ως προς την εμπειρία, πρέπει να διασφαλιστεί πως οι διαφορετικές απόψεις σε επίπεδο πειθαρχίας, εργασιακής εμπειρίας, εθνικότητας κλπ, αντιπροσωπεύονται επαρκώς, προκειμένου να λαμβάνονται οι κατάλληλες αποφάσεις. Στο κομμάτι της αξιοπιστίας το βασικό ερώτημα που τίθεται είναι το κατά πόσο η ομάδα αποτελείται από αρκετά άτομα με καλή φήμη στον οργανισμό. Σε μια τέτοια περίπτωση, η φήμη αυτή περνάει από τα άτομα στην ομάδα σαν σύνολο, με αποτέλεσμα να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι εξαγγελίες και οι δηλώσεις της από τους υπαλλήλους(βαρύτητα δηλώσεων και ανταπόκριση υπαλλήλων). Το τελευταίο χαρακτηριστικό, αυτό της ηγεσίας είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Σε μια ομάδα καθοδήγησης απαιτούνται τόσο ικανότητες διοίκησης(management) όσο και ικανότητες ηγεσίας(leadership), οι οποίες πρέπει

να αξιοποιούνται εκ παραλλήλου. Το ενδιαφέρον μας στο σημείο αυτό εντοπίζεται στο εάν υπάρχουν στην ομάδα αρκετοί ηγέτες που έχουν αποδείξει την αξία τους και είναι ικανοί οδηγήσουν τη διαδικασία αλλαγής.

Περνώντας στο σκέλος της εμπιστοσύνης, διατυπώνεται η αρχή: «Όταν υπάρχει εμπιστοσύνη, συνήθως δημιουργείται ομαδική εργασία, ενώ όταν δεν υπάρχει, η ομαδική εργασία είναι αδύνατη». Γενικά η δημιουργία ομάδας πρέπει να πραγματοποιείται με γρήγορους ρυθμούς και να επιτρέπει ποικιλία. Στο πλαίσιο αυτό χρησιμοποιείται ένας τύπος προσεκτικά σχεδιασμένων, εκτός των εγκαταστάσεων του οργανισμού, συναντήσεων/συνεδριάσεων. Συγκεκριμένα ένα σύνολο ατόμων, μεταβαίνει σε μια τοποθεσία για 2-5 μέρες με μοναδικό σκοπό να γίνει ομάδα. Τα άτομα συζητούν με ειλικρίνεια σχετικά με το τι πιστεύουν και το τι νιώθουν για τον οργανισμό, αναλύουν τα προβλήματα και τις δυνατότητές του, αθλούνται και παίζουν παιχνίδια, σε μια προσπάθεια να δημιουργηθούν ή να ενισχυθούν κανάλια επικοινωνίας και να βελτιωθεί η αμοιβαία κατανόηση. Οι δραστηριότητες δηλαδή εντοπίζονται τόσο σε επίπεδο νοητικό στοχεύοντας το «μυαλό» των ατόμων όσο και σε επίπεδο ανάπτυξης δεσμών στοχεύοντας την «καρδιά», και σχεδιάζονται για να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης. Παράλληλα με την εμπιστοσύνη, ένα άλλο κρίσιμο στοιχείο για την ομαδική εργασία είναι ο κοινός στόχος. Μόνο όταν όλα τα μέλη έχουν τον ίδιο στόχο και είναι αφοσιωμένα σε αυτόν, είναι δυνατή η ομαδική εργασία. Χαρακτηριστικός στόχος που ενώνει τα άτομα σε μια ομάδα καθοδήγησης, είναι η προσήλωση στο άριστο. Πρόκειται δηλαδή για την πραγματική επιθυμία των ατόμων να κάνουν τον οργανισμό να δρα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο. Η απουσία αυτής της επιθυμίας και σε συνδυασμό με την αποκλειστική προσήλωση στην καριέρα και στο τμήμα του κάθε ατόμου, οδηγεί συνήθως στην αποτυχία της διαδικασίας αλλαγής του οργανισμού. Τονίζεται πως η εμπιστοσύνη διευκολύνει σημαντικά την ανάπτυξη κοινού στόχου.

Στάδιο 3: Ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής

Ο όρος όραμα αναφέρεται σε μια εικόνα του μέλλοντος, η οποία συνοδεύεται από τους λόγους που πρέπει τα άτομα να επιδιώξουν να το δημιουργήσουν. Ένα καλό

όραμα, μπορεί να απλοποιήσει ένα μεγάλο όγκο λεπτομερών αποφάσεων, αποσαφηνίζοντας την κατεύθυνση της αλλαγής, μπορεί να ενθαρρύνει τα άτομα να δράσουν προς αυτή τη σωστή κατεύθυνση και να συμβάλλει στο συντονισμό ενεργειών διαφορετικών ατόμων με τρόπο γρήγορο και αποτελεσματικό. Σημαντικό κομμάτι κάθε προσπάθειας αλλαγής σε έναν οργανισμό, είναι η ύπαρξη αποτελεσματικού οράματος. Ένα όραμα, κρίνεται ως αποτελεσματικό εφόσον καλύπτει τα παρακάτω σημεία:

1. Το όραμα πρέπει να περιγράφει το πώς θα είναι ο οργανισμός στο μέλλον, και συχνά στο μακρινό μέλλον.
2. Το όραμα πρέπει να είναι επιθυμητό. Πρέπει να εκφράζει ένα σύνολο δυνατοτήτων το οποίο είναι προς όφελος των πελατών, των εργαζομένων και των μετόχων.
3. Το όραμα πρέπει να είναι εφικτό, δηλαδή να περιλαμβάνει ρεαλιστικούς, δυνατούς προς επίτευξη στόχους.
4. Το όραμα πρέπει να είναι σαφές για να καθοδηγεί σωστά κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
5. Το όραμα πρέπει να είναι ευέλικτο προκειμένου να επιτρέπει πρωτοβουλίες και εναλλακτικές απαντήσεις.
6. Το όραμα πρέπει να μεταδίδεται εύκολα, δηλαδή να μπορεί να επεξηγείται με επιτυχία μέσα σε πέντε(5) λεπτά.

Το όραμα όμως συνδέεται άμεσα με την στρατηγική. Συγκεκριμένα η στρατηγική παρέχει την απαραίτητη λογική και λεπτομέρεια, για να δείξει πως μπορεί να γίνει το όραμα πραγματικότητα. Η στρατηγική δηλαδή είναι αυτή που υποστηρίζει το όραμα κατά την προσπάθεια υλοποίησής του. Η σημασία της για τον οργανισμό φαίνεται πως επιβεβαιώνεται από το ύπαρξη ενός ολόκληρου κλάδου με αντικείμενο την αντιμετώπιση σχετικών προβλημάτων. Ειδικότερα, σύμβουλοι στρατηγικής συγκεντρώνουν όγκο δεδομένων σχετικό με τις αγορές και τον ανταγωνισμό, και βοηθούν τον οργανισμό να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις ως προς τη δράση του.

Η ανάπτυξη του οράματος αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία, η οποία σύμφωνα με τον John Kotter, ξεκινά συνήθως από ένα άτομο. Σε πρώτη φάση το άτομο εκφράζει τα όνειρά του για τον οργανισμό και τις πραγματικές ανάγκες της αγοράς. Η αρχική διατύπωση του οράματος διαμορφώνεται από την ομάδα καθοδήγησης ή μια μεγαλύτερη ομάδα ατόμων με το πέρασμα του χρόνου. Τονίζεται πως για τη διαδικασία απαιτείται αποτελεσματική ομαδική εργασία, και μια συνύπαρξη «μυαλού» και «καρδιάς», δηλαδή συνύπαρξη του αναλυτικού τρόπου σκέψης και των ονείρων αντίστοιχα. Πρόκειται για μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο για την ολοκλήρωσή της, και η οποία τελικά θα πρέπει να καταλήγει σε μια κατεύθυνση για το μέλλον, επιθυμητή, εφικτή, σαφή, ευέλικτη, που μεταδίδεται μέσα σε πέντε(5) λεπτά.

Στάδιο 4: Διάδοση του οράματος της αλλαγής

Σύμφωνα με τον John Kotter στο σημείο αυτό παρατηρούνται σημαντικά λάθη, ακόμα και στο πλαίσιο γνωστών εταιριών, με την αποτυχία του της διάδοσης του οράματος να αποτελεί σύνηθες φαινόμενο. Σε κάθε περίπτωση, η κατανόηση και η αφοσίωση ως προς μια νέα κατεύθυνση, είναι στοιχεία που δεν αποκτώνται εύκολα. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με περιορισμένη διάδοση του οράματος ή διάδοση μηνυμάτων που δεν συνάδουν με αυτό, οδηγεί σε καθυστέρηση της διαδικασίας αλλαγής.

Στην προσπάθεια διασφάλισης της αποτελεσματικής διάδοσης του οράματος καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει μεταξύ άλλων, η απλότητα του μηνύματος. Συγκεκριμένα, το στοιχείο που ανησυχεί εδώ είναι η χρήση ορολογίας. Καθώς κάθε επάγγελμα συνοδεύεται από τη δική του ορολογία, είναι προφανές πως άτομα που ανήκουν σε άλλους χώρους δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν το οτιδήποτε. Ένας οργανισμός συνήθως έχει υπαλλήλους, πελάτες και προμηθευτές με διαφορετικές επαγγελματικές ιδιότητες. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται ορολογία λοιπόν, είναι μοιραίο κάποιοι να την κατανοούν και κάποιοι άλλοι όχι. Η μη κατανόηση και παρερμηνεία του οράματος της αλλαγής είναι κάτι το εξαιρετικά επικίνδυνο για τον οργανισμό. Για το λόγο αυτό, η χρήση ορολογίας δεν πρέπει να έχει θέση στη διάδοση του οράματος. Αντίθετα, η χρήση αναλογιών, μεταφορών και

παραδειγμάτων κρίνεται απαραίτητη για την αποτελεσματική του διάδοση, κυρίως λόγω της ιδιότητάς τους να απλοποιούν πολύπλοκες ιδέες. Έτσι, λέξεις και φράσεις προσεκτικά επιλεγμένες, μπορούν να «επικοινωνήσουν» το μήνυμα γρήγορα και να το διατηρήσουν στη μνήμη των ατόμων. Η χρήση πολλών διαφορετικών μέσων, αποτελεί ένα ακόμα στοιχείο αποτελεσματικής διάδοσης του οράματος της αλλαγής, καθώς κατά αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η πιθανότητα λήψης του μηνύματος και διατήρησης του στη μνήμη των ατόμων του οργανισμού. Αυτά τα μέσα/κανάλια διάδοσης του οράματος εντοπίζονται σε ομαδικές συσκέψεις, ανεπίσημες συζητήσεις μεταξύ δύο ατόμων, υπομνήματα, εφημερίδες/έντυπα και αφίσες. Η συνεχής επανάληψη του οράματος αποτελεί ένα ακόμα στοιχείο. Όσο προσεκτικά και εάν έχει διατυπωθεί ένα μήνυμα είναι πολύ σπάνιο να εντυπωθεί στο μυαλό του ατόμου, από την πρώτη μετάδοσή του. Συνεπώς, η σύντομη αλλά επαναλαμβανόμενη αναφορά στο όραμα είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την αποτελεσματική διάδοσή του.

Στο ίδιο πλαίσιο με τα παραπάνω βρίσκεται και η «ηγεσία με βάση τη συμπεριφορά». Σύμφωνα με τον Kotter η συμπεριφορά αποτελεί συχνά τον πιο ισχυρό τρόπο διάδοσης μιας νέας κατεύθυνσης. Είναι λογικό πως όταν η ανώτερη διοίκηση ακολουθεί το όραμα της αλλαγής και ενεργεί σύμφωνα με αυτό, οι υπάλληλοι μπορούν να το κατανοήσουν καλύτερα και νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια κατά τη διαδικασία αλλαγής στον οργανισμό. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν η ανώτερη διοίκηση πράττει διαφορετικά από το όραμα το οποίο διατυπώνει, δηλαδή παρατηρείται ασυνέπεια μεταξύ πράξεων και λέξεων, υπονομεύεται η διανομή του οράματος της αλλαγής. Ωστόσο για περιπτώσεις ασυνέπειας που δεν μπορούν να αποφευχθούν, κρίνεται απαραίτητη η απλή, με σαφήνεια και ειλικρίνεια επεξήγησή τους. Κατά αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η δυσπιστία και ανασφάλεια από την πλευρά των υπαλλήλων του οργανισμού και ενισχύεται η εμπιστοσύνη και η αξιοπιστία, στοιχεία δηλαδή που συμβάλλουν στην διάδοση του οράματος της αλλαγής. Τέλος, ενθαρρύνεται μια ουσιαστική επικοινωνία στο πλαίσιο της διάδοσης του οράματος, μεταξύ των υπαλλήλων και της ομάδας καθοδήγησης. Κατά τη διαδικασία διάδοσης δηλαδή, δεν μεταδίδεται απλώς το όραμα προς τους υπαλλήλους, αλλά λαμβάνεται παράλληλα και η ανάλογη

ανατροφοδότηση από αυτούς. Κάτι τέτοιο συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή του οράματος από τους υπαλλήλους, καθώς απαντώνται ερωτήματα που έχουν και αντιμετωπίζεται η όποια ανασφάλειά τους, ενώ παράλληλα υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης διόρθωσης λαθών, στοιχείο πολύ σημαντικό για το σύνολο της διαδικασίας της αλλαγής.

Στάδιο 5: Ενδυνάμωση ευρείας δράσης

Ο άξονας ο οποίος μελετάται στο βήμα αυτό, είναι αυτός της απομάκρυνσης εμποδίων και ενίσχυσης του ανθρώπινου παράγοντα. Σύμφωνα με τον καθηγητή Kotter, είναι ιδιαίτερα σημαντική η προσπάθεια να αποκτήσουν περισσότερα άτομα μεγαλύτερη δύναμη στον οργανισμό. Καθώς η αλλαγή σε έναν οργανισμό απαιτεί τη συμβολή πολλών ατόμων που δρουν σε αυτόν, εκτιμάται πως οι υπάλληλοι θα απέχουν από τα διαδικασία εάν νιώθουν αδύναμοι. Για την αποφυγή του εν λόγω σεναρίου, ένα σύνολο εμποδίων, σχετικό με την εφαρμογή του οράματος αλλαγής, πρέπει στο σημείο αυτό να απομακρυνθεί. Τα εμπόδια αυτά εντοπίζονται σε δομές, δεξιότητες, συστήματα και ανώτερα στελέχη.

Συγκεκριμένα, υφιστάμενες δομές του οργανισμού συγκρούονται άμεσα με τη φύση και τη λογική του οράματος. Ενώ το όραμα επικεντρώνεται στον πελάτη, ο οργανισμός μπορεί να επικεντρώνεται σε προϊόντα και υπηρεσίες, για τα οποία να διασπά τους πόρους και την ευθύνη. Επιπλέον, παρότι στο πλαίσιο του οράματος δίνεται μεγαλύτερη ευθύνη σε κατώτερα στελέχη, στελέχη μεσαίου επιπέδου μπορεί να αμφισβητούν και να ασκούν αρνητική κριτική προς αυτά. Σύγκρουση εντοπίζεται και στο κομμάτι της οικονομικής πολιτικής του οργανισμού, καθώς ενώ συχνά το όραμα κατευθύνει προς την αύξηση της παραγωγικότητας για την ανάδειξη του οργανισμού σε χαμηλού κόστους παραγωγό (στρατηγική χαμηλού κόστους), ο οργανισμός μπορεί να συνεχίζει να προχωρά σε δαπανηρές ενέργειες και να εφαρμόζει προγράμματα και διαδικασίες με υψηλό κόστος. Αναφορικά με το δεύτερο κατά σειρά εμπόδιο, κρίσιμο σημείο αποτελεί η εκπαίδευση των υπαλλήλων. Είναι προφανές πως κατά την εφαρμογή της αλλαγής σε έναν οργανισμό, δεν είναι δυνατή η αυτόματη προσαρμογή των υπαλλήλων στις νέες συνθήκες και διαδικασίες. Η ανάγκη για νέες δεξιότητες και συμπεριφορές οδηγεί

στην ανάγκη εκπαίδευσης των υπαλλήλων σε αυτές. Παρόλο που σε αρκετές περιπτώσεις σήμερα παρέχεται κάποια εκπαίδευση, αυτή συνήθως δεν είναι αρκετή ή δεν είναι της σωστής μορφής ή δεν δίνεται την κατάλληλη στιγμή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα λανθασμένης εκπαίδευσης αποτελεί η «εκπαίδευση» τύπου σεμιναρίου, μικρής διάρκειας (περί τη μια εβδομάδα). Το ζήτημα επομένως στο σημείο αυτό είναι η σωστή εκπαίδευση των υπαλλήλων του οργανισμού.

Συνεχίζοντας στο σκέλος των εμποδίων, παρατηρείται πως συστήματα στο πλαίσιο του οργανισμού, όπως για παράδειγμα συστήματα ανθρωπίνων πόρων και πληροφοριακά συστήματα, μπορούν να δυσκολέψουν την εφαρμογή του οράματος. Η ευθυγράμμιση των παραπάνω συστημάτων με το όραμα αποτελεί το κλειδί για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η μη προσαρμογή των συστημάτων στο όραμα, αποδυναμώνει τους υπαλλήλους και υπονομεύει την αλλαγή. Τέλος, ορισμένες φορές προϊστάμενοι και διευθυντές τμημάτων αποθαρρύνουν και εμποδίζουν ενέργειες που στοχεύουν στην εφαρμογή του νέου οράματος. Αυτό συνήθως συμβαίνει γιατί δεν πιστεύουν απόλυτα στο νέο όραμα και δεν γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν επακριβώς, για να βοηθήσουν στην εφαρμογή του. Σε κάθε περίπτωση η στάση τους επηρεάζει αρνητικά τα ίδια τους τα τμήματα, με κάποιους υπαλλήλους να ακολουθούν την γραμμή του οργανισμού και άλλους τη δική τους και τελικά το σύνολο του οργανισμού. Αυτό το πρόβλημα δεν αντιμετωπίζεται εύκολα. Ακόμα και η πρακτική της απομόνωσης/περιορισμού του στελέχους-εμποδίου είναι συχνά μια αργή διαδικασία, η οποία εάν αποκαλυφθεί θέτει θέμα «ηθικής» του οργανισμού. Η λύση που προτείνεται είναι αυτή της άμεσης επικοινωνίας, του διαλόγου με το εν λόγω στέλεχος. Συγκεκριμένα πρέπει να παρουσιαστεί στο άτομο η εικόνα γύρω από την αγορά, τον οργανισμό και το νέο όραμα, να ζητηθεί η συμβολή του σε συγκεκριμένη πλέον βάση, να τεθεί ένας ορισμένος χρονικός ορίζοντας και να ερωτηθεί το άτομο σχετικά με το τι χρειάζεται για αυτή του τη συμβολή. Σε περίπτωση που το στέλεχος θέλει να βοηθήσει στην εφαρμογή του οράματος αλλά νιώθει πως δεν μπορεί, η συζήτηση μπορεί να οδηγήσει σε λύσεις. Σε περίπτωση όμως που η συμβολή του ατόμου είναι αντικειμενικά αδύνατη, η απομάκρυνσή του είναι αναγκαστική.

Στάδιο 6: Δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών

Με δεδομένη τη μεγάλη χρονική διάρκεια που απαιτείται για την ολοκλήρωση μιας διαδικασίας αλλαγής, γίνεται κατανοητό πως θα ζητηθούν τα δεδομένα εκείνα που θα δείχνουν ότι η προσπάθεια αποδίδει και ότι οι αλλαγές λειτουργούν. Τα αποτελέσματα που απαιτούνται σε αυτό το στάδιο της διαδικασίας αλλαγής, προκύπτουν από βραχυπρόθεσμες επιτυχίες. Πέραν από τις αποδείξεις ότι οι θυσίες που σημειώνονται αποδίδουν, οι βραχυπρόθεσμες επιτυχίες παρέχουν θετική ανατροφοδότηση, με αποτέλεσμα τη βελτίωση του ηθικού και την περαιτέρω ενθάρρυνση των υπαλλήλων. Επιπλέον, η διαδικασία παραγωγής βραχυπρόθεσμων επιτυχιών βοηθά την ομάδα καθοδήγησης να ελέγξει το όραμα κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Πρόκειται δηλαδή για μια ευκαιρία συντονισμού οράματος και στρατηγικών, καθώς η ομάδα καθοδήγησης λαμβάνει δεδομένα σχετικά με τη βιωσιμότητα των ιδεών της. Επιπρόσθετα, οι βραχυπρόθεσμες επιτυχίες, μαρτυρώντας προφανείς βελτιώσεις στην απόδοση του οργανισμού, υπονομεύουν τις προσπάθειες των πολέμιων της αλλαγής, ενώ παράλληλα διατηρούν την απαραίτητη υποστήριξη των ανώτερων στελεχών και δίνουν ώθηση στο πνεύμα της υποστήριξης της αλλαγής στο εσωτερικό του οργανισμού.

Είναι γεγονός πως η προσπάθεια για βραχυπρόθεσμες επιτυχίες κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας αλλαγής, αυξάνει την πίεση στους υπαλλήλους του οργανισμού. Ωστόσο η εναλλακτική, δηλαδή η αδιαφορία για τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα μπορεί να εξελιχθεί σε σημαντικό κίνδυνο για τον οργανισμό, όπως προκύπτει και από τα παραπάνω. Γενικότερα τα άτομα πολλές φορές τείνουν να επικεντρώνονται σε μεγάλα όνειρα και ιδέες και να μην διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις τρέχουσες καταστάσεις. Έτσι δεν διαμορφώνεται η αξιοπιστία που απαιτείται για την επίτευξη του μακροπρόθεσμου στόχου. Η πίεση όμως που δημιουργείται από την προσπάθεια για βραχυπρόθεσμες επιτυχίες, μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο μέσο για τη διατήρηση του επιπέδου του επείγοντος. Οι βραχυπρόθεσμες επιτυχίες όμως δεν προκύπτουν έτσι απλά. Είναι αποτέλεσμα συστηματικού σχεδιασμού. Συγκεκριμένα, οι managers σχεδιάζουν τις επιτυχίες, οργανώνονται και εφαρμόζουν το σχέδιο για την πραγματοποίησή τους. Ο στόχος τέτοιων ενεργειών δεν είναι σε καμία περίπτωση η μεγιστοποίηση των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε βάρος

του μέλλοντος, αλλά όπως έχει ήδη αναφερθεί η αξιοπιστία στην προσπάθεια αλλαγής.

Στάδιο 7: Εδραίωση κερδών και παραγωγή περισσότερης αλλαγής

Σε συνέχεια του προηγούμενου σταδίου, διατυπώνεται στο σημείο αυτό η ανάγκη προσεκτικής διαχείρισης των βραχυπρόθεσμων επιτυχιών, καθώς το θετικό κλίμα, ή αλλιώς το κλίμα εορτασμού, που τις συνοδεύει μπορεί να αποβεί μοιραίο για τη διαδικασία αλλαγής. Αναφερόμαστε δηλαδή, στη διαμόρφωση συνθηκών χαλάρωσης στον οργανισμό, με την απώλεια της αίσθησης του επείγοντος, οι οποίες ευνοούν την επιστροφή και εδραίωση παραδόσεων και συνηθειών του παρελθόντος.

Για την αποφυγή της παραπάνω κατάστασης στο στάδιο αυτό κρίνεται απαραίτητη η κάλυψη ορισμένων σημείων. Συγκεκριμένα, ο οργανισμός δεν πρέπει να περιορίζει τις ενέργειες αλλαγής. Αντίθετα, η ομάδα καθοδήγησης χρησιμοποιώντας την αξιοπιστία που προέκυψε από τις βραχυπρόθεσμες επιτυχίες πρέπει να στοχεύει σε νέα, μεγαλύτερα σχέδια αλλαγής. Επιπλέον, περισσότερα άτομα πρέπει να εξελίσσονται και να προάγονται για να βοηθούν με όλες τις αλλαγές που πραγματοποιούνται, με την ηγεσία στη διαδικασία αλλαγής να εντοπίζεται στην ανώτερη διοίκηση του οργανισμού. Τα ανώτερα στελέχη πρέπει να επικεντρώνονται στη διατήρηση του κοινού σκοπού και του επείγοντος για την συνολική προσπάθεια αλλαγής στον οργανισμό. Τα χαμηλότερα επίπεδα ιεραρχίας πρέπει να παρέχουν ηγεσία για συγκεκριμένα σχέδια, τα οποία και να διαχειρίζονται. Τέλος, απαραίτητος κρίνεται και ο περιορισμός των περιττών αλληλεξαρτήσεων στον οργανισμό. Ο υψηλός βαθμός αλληλεξάρτησης σε επίπεδο διαδικασιών και τμημάτων στον οργανισμό, μπορεί να αποτελέσει πηγή σημαντικής καθυστέρησης για την ολοκλήρωση της προσπάθειας αλλαγής. Για την διευκόλυνση της αλλαγής επομένως, πρέπει να εντοπίζονται και να απομακρύνονται οι όποιες περιττές αλληλεξαρτήσεις.

Στάδιο 8: Σταθεροποίηση νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού

Στο τελευταίο στάδιο της διαδικασίας αλλαγής το κρίσιμο σημείο εντοπίζεται στην κουλτούρα του οργανισμού, δηλαδή στις νόρμες συμπεριφοράς και τις κοινές αξίες του συνόλου των ατόμων που τον αποτελούν. Η σημασία της κουλτούρας παρατηρείται στην ικανότητά της να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά των ατόμων, στη δυσκολία αλλαγής της και στη σχεδόν αόρατη φύση της. Όμως η αλλαγή σε έναν οργανισμό μπορεί να αποτύχει, ακόμα και μετά από χρόνια προσπάθειας, εάν οι νέες προσεγγίσεις δεν είναι συμβατές με τις νόρμες και τις αξίες του συνόλου.

Αλλαγές στην κουλτούρα ενός οργανισμού δύναται να πραγματοποιηθούν μόνο μετά την επιτυχημένη αλλαγή στις πράξεις των ατόμων, μετά την ύπαρξη οφέλους για το σύνολο, από τη νέα συμπεριφορά για μια χρονική περίοδο και μετά τη γνωστοποίηση και διάδοση, προς τα άτομα του οργανισμού, της σύνδεσης μεταξύ νέων πράξεων και βελτιωμένης επίδοσης. Σε αυτό το πλαίσιο γίνεται κατανοητό πως τα ζητήματα κουλτούρας αντιμετωπίζονται κυρίως κατά το τελευταίο στάδιο και όχι στην αρχή της διαδικασίας. Επιπρόσθετα, η ενσωμάτωση της αλλαγής στην κουλτούρα εξαρτάται από τα αποτελέσματα που έχει. Συνήθως οι νέες προσεγγίσεις ενσωματώνονται στην κουλτούρα του οργανισμού, μόνο εάν είναι σαφές πως αποδίδουν και υπερέχουν σε σχέση με πρακτικές και μεθόδους του παρελθόντος. Παράλληλα η ενσωμάτωση προϋποθέτει τη διενέργεια συζητήσεων, καθώς χωρίς τις λεκτικές οδηγίες και την υποστήριξη παρατηρείται συχνά δισταγμός αναγνώρισης της εγκυρότητας νέων πρακτικών. Ακόμα μπορεί να απαιτείται η αλλαγή ατόμων σε θέσεις-κλειδιά, ενώ εκτιμάται πως η παλιά κουλτούρα θα επανέλθει στον οργανισμό, σε περίπτωση που οι διαδικασίες προώθησης δεν μεταβάλλονται για να συμβαδίζουν με τις νέες πρακτικές.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί πως κατά τον John P. Kotter κάθε ενέργεια πρέπει να ξεκινά σύμφωνα με τη σειρά των σταδίων, χωρίς να παραληφθεί κάποιο στάδιο από τη διαδικασία. Επιπλέον, κάθε στάδιο της διαδικασίας πρέπει να ολοκληρώνεται πριν τη μετάβαση στο επόμενο, για τη διασφάλιση της ομαλότητάς της. Η μη ολοκλήρωση σταδίου συνήθως οδηγεί σε σημαντικά προβλήματα.

2.2.2 Η Θεωρία του David Shaner [71]

Ο David Shaner στη θεωρία του υποστηρίζει πως η αποτυχία της αλλαγής οφείλεται στο γεγονός πως η αλλαγή πραγματοποιείται και εντοπίζεται σε επίπεδο επιφανειακό στους οργανισμούς. Βάση της θεωρίας αποτελεί η αντίληψη πως η αλλαγή πρέπει να απευθύνεται και στο άτομο, προκειμένου να υπάρχει εκείνη η προσαρμογή που θα οδηγήσει στην ανάπτυξη και το κέρδος και η δυνατότητα αναγνώρισης και αντιμετώπισης νέων προκλήσεων. Στόχος δηλαδή είναι μια επιτυχημένη, με διάρκεια αλλαγή. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται μια αλληλουχία επτά(7) αρχών, οι οποίες χαρακτηρίζονται και ως τέχνες από τον Shaner, και είναι: η τέχνη της προετοιμασίας, η τέχνη της συμπόνιας, η τέχνη της ευθύνης, η τέχνη της χαλάρωσης, η τέχνη της συνειδητής δράσης, η τέχνη της φυσικής εργασίας και τέλος η τέχνη της υπηρεσίας. Εάν το άτομο αναπτυχθεί πνευματικά και αντιληφθεί τον κρίσιμο ρόλο του στη διαδικασία αλλαγής, θα επηρεαστεί ανάλογα και σε βάθος η κουλτούρα του οργανισμού. Η διαδικασία κατά τον Shaner ξεκινά με τα άτομα να συνειδητοποιούν τις ανεκμετάλλετες δυνατότητές τους, στοιχείο που στη συνέχεια επεκτείνεται στον οργανισμό σαν σύνολο, σύμφωνα με την αρχή πως όλοι και όλα συνδέονται μεταξύ τους.

Η αποτελεσματικότητα των επτά(7) τεχνών εντοπίζεται στη δυνατότητα που παρέχουν στον οργανισμό να απαντήσει ερωτήματα σχετικά με το μέλλον του. Η αδυναμία απάντησης των ερωτημάτων αποτελεί κοινό σημείο σε αποτυχημένες προσπάθειες αλλαγής. Ειδικότερα τα ερωτήματα, που λειτουργούν σαν τον καμβά πάνω στον οποίο εφαρμόζονται οι τέχνες και πρέπει να απαντώνται είναι: που βρίσκεται η κουλτούρα του οργανισμού, τι ξεκινά τη διαδικασία, σε ποιόν ανήκει η κουλτούρα, πως γίνεται κατανοητή η πρόοδος, πότε είναι δυνατή η αλλαγή της κουλτούρας και γιατί αλλάζουν τα άτομα. Στο πλαίσιο της θεωρίας που εξετάζεται, τα αισθήματα, η ανάπτυξη και η εμπειρία του ατόμου μπαίνουν σε πρώτο πλάνο σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού και καθίσταται έτσι δυνατή η αποτελεσματική καθοδήγηση του οργανισμού στην αλλαγή. Παρακάτω αναλύονται οι επτά(7) τέχνες της αλλαγής.

1. Η Τέχνη της Προετοιμασίας

Η προετοιμασία παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία αλλαγής. Ο οργανισμός πρέπει να δημιουργεί γερές βάσεις κοινής εμπιστοσύνης και σεβασμού κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας. Η επένδυση σε μια στρατηγική η οποία δεν έχει καθιερωθεί στα άτομα σε ένα βαθύ πνευματικό επίπεδο, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά προβλήματα για τον οργανισμό. Η αλλαγή στον οργανισμό πρέπει να συνδέεται με την πνευματική εξέλιξη των ατόμων. Κατά αυτό τον τρόπο οι εργαζόμενοι αποκτούν έναν επιτακτικό λόγο, σε προσωπική πλέον βάση, για να υποστηρίξουν και να προωθήσουν τη διαδικασία. Στο πλαίσιο αυτό και για τη διασφάλιση της επιτυχίας του εγχειρήματος της αλλαγής, τα άτομα του οργανισμού πρέπει να υιοθετούν ένα σύνολο πέντε(5) αντιλήψεων.

Αρχικά, το σκεπτικό γύρω από την προσπάθεια αλλαγής καθώς και τα επακόλουθα οφέλη της, πρέπει να έχουν γίνει κτήμα των εμπλεκόμενων στην αλλαγή ατόμων. Τα άτομα πρέπει δηλαδή να αντιλαμβάνονται τη διαδικασία αλλαγής στον οργανισμό σαν ισοδύναμο μιας διαδικασίας προσωπικής αλλαγής. Επιπλέον, τα άτομα πρέπει να αντιλαμβάνονται επακριβώς τις δυσκολίες και τη χρονική διάρκεια της διαδικασίας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε αυτό το αρχικό στάδιο τα άτομα να είναι προετοιμασμένα για την επιτυχία. Αυτή όμως προϋποθέτει την παρουσίαση της αλήθειας εκ των προτέρων, η οποία και εντοπίζεται στο ότι η διαδικασία δεν θα είναι απλή και δεν θα είναι άμεση. Επιπρόσθετα, τα άτομα πρέπει να αντιλαμβάνονται πως για την αποφυγή λαθών και εσφαλμένων εκκινήσεων, όπως αυτά που συνέβαιναν σε ανάλογες διαδικασίες του παρελθόντος, απαιτείται ένα νέο επίπεδο ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας. Η προετοιμασία για την αλλαγή απαιτεί συλλογική αυτοεκτίμηση, η οποία περιέχει τη θέληση λήψης και αντιμετώπισης αρνητικής ανατροφοδότησης. Ο οργανισμός πρέπει να αναζητά ανατροφοδότηση και να δημιουργεί ένα περιβάλλον το οποίο να ενθαρρύνει και να διευκολύνει την επικοινωνία με σκοπό την έγκαιρη αποκάλυψη τυχόν εμποδίων και αδυναμιών για τη διαδικασία αλλαγής. Αυτά τα εμπόδια και οι αδυναμίες μπορούν οδηγήσουν σε αποτυχία της αλλαγής. Αντίθετα με την αναγνώρισή τους ο οργανισμός έχει την ευκαιρία αναπτύξει τα κατάλληλα σχέδια αλλαγής για την αποφυγή αυτής της πιθανότητας. Στον ίδιο άξονα με τα παραπάνω αποτυπώνεται η

πεποίθηση πως τα άτομα πρέπει να αντιλαμβάνονται την ανάγκη καθημερινής αφοσίωσης σε μια νέα συμπεριφορά, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, για μια επιτυχημένη αλλαγή στον οργανισμό. Τα άτομα που εμπλέκονται στη διαδικασία αλλαγής πρέπει να μαθαίνουν να εξασκούν σε καθημερινή βάση νέες συνήθειες. Αυτή λοιπόν η καθημερινή, σταδιακή προσπάθεια και συμπεριφορά αποτελεί το μοναδικό επίπεδο συγκέντρωσης, από το οποίο θα προκύψουν μετρήσιμες και διατηρήσιμες αλλαγές στην απόδοση των ατόμων. Κατά τον Shaner από τα πρώτα θετικά αποτελέσματα της αλλαγής, παρατηρείται ενίσχυση της συλλογικής άποψης πως η νέα κατάσταση, δηλαδή η αλλαγή, είναι προς όφελος όλων. Είναι απαραίτητο επομένως, να διαδίδονται τα όποια εμφανή στοιχεία που ενισχύουν την αλλαγή στο σύνολο των εμπλεκόμενων ατόμων. Η χρήση ορατών μετρικών βοηθά σημαντικά στη διαδικασία αλλαγής καθώς διαμορφώνει μια κοινή βάση σκέψης και συνδέει τα άτομα. Τέλος, τα άτομα πρέπει να αντιλαμβάνονται πως η αλλαγή ανατρέπει την υφιστάμενη κατάσταση στον οργανισμό και δημιουργεί νέα, απρόβλεπτα προβλήματα, τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπισθούν. Προβλήματα παραγωγικότητας ή ποιότητας τα οποία συνδέονται άμεσα με το κόστος αλλά και περιπτώσεις προβλέψεων πτωτικής τάσης των εσόδων, μπορούν να κάνουν τα άτομα να γυρίσουν στο «παρελθόν». Κάτι τέτοιο όμως μπορεί να είναι καταστροφικό για την προσπάθεια αλλαγής. Απαιτείται επομένως η ύπαρξη ρεαλιστικών προσδοκιών για τη σύγκρουση ανάμεσα στους στόχους απόδοσης και στη προσπάθεια αλλαγής και προετοιμασία εκ των προτέρων για τις όποιες προκλήσεις.

2. Η Τέχνη της Συμπόνιας

Σύμφωνα με τον Shaner η σύγκρουση είναι η φύση της αλλαγής, ακόμα και σε επίπεδο οργανισμών. Η διαδικασία της αλλαγής εμπεριέχει το στοιχείο της τριβής, η οποία περιγράφεται σαν μια ενέργεια σε σύγκρουση με μια άλλη. Αυτές συμβολίζουν την ενέργεια που απαιτείται για τη διατήρηση της παλιάς κατάστασης(αρνητική ενέργεια/ενέργεια αντίστασης) και την ενέργεια για την εφαρμογή της νέας προσπάθειας(θετική ενέργεια/ενέργεια προόδου) αντίστοιχα. Το πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι ο οργανισμός δεν μπορεί να αναγκάσει την εφαρμογή της αλλαγής. Η ενέργεια που υπερिσχύει σε κάθε περίπτωση είναι αυτή

χρησιμοποιεί την άλλη για την σύνθεσή της και όχι αυτή που αναγκάζει την άλλη σε υποχώρηση. Στο σημείο αυτό εισάγεται η τέχνη της συμπόνιας. Όταν ο οργανισμός διοχετεύει την αρνητική ενέργεια στη θετική ενέργεια της συμπόνιας, συνθέτει ενέργεια μέσα από τη διαδικασία της αλλαγής. Έτσι ο οργανισμός πρέπει να προσπαθεί να μετατρέπει την αρνητική ενέργεια της αντίστασης στην αλλαγή σε καθημερινές ευκαιρίες για την ενίσχυση της δυναμικής της, με μια ήρεμη συμπονετική σύνδεση, χωρίς να αναλώνεται στην επιθετική κίνηση της απώθησης των παλιών συνηθειών. Η αρνητική ενέργεια δηλαδή πρέπει αρχικά να εξουδετερώνεται με μια ήρεμη και πνευματική προσέγγιση στη διαδικασία της αλλαγής και στη συνέχεια να μετατρέπεται σε θετική ενέργεια.

Ωστόσο πριν από την έναρξη της τέχνης της συμπόνιας, κρίνεται απαραίτητη η γνώση και η συνειδητοποίηση της κατάστασης, δηλαδή των υφιστάμενων συμπεριφορών και του επιπέδου της συμπόνιας στον οργανισμό. Ο Shaner διακρίνει τις συμπεριφορές των ατόμων του οργανισμού σε τρεις(3) κατηγορίες. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα και προσβασιμότητα. Οι υπάλληλοι έχουν συγκεκριμένο σκοπό, με την επικοινωνία, τις συζητήσεις και τις συνεργασίες να καλύπτουν την ουσία του θέματος. Επίσης, οι υπάλληλοι εμπιστεύονται τους ανωτέρους τους και την κατεύθυνση του οργανισμού, στο πλαίσιο της λειτουργίας του οποίου η διαφωνία είναι αποδεκτή ενώ η υποτίμηση του ατόμου όχι. Η δεύτερη συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από αφθονία και ενότητα. Οι υπάλληλοι μπορούν να περιγράψουν τη συνολική εικόνα του ζητήματος και τον ρόλο τους σε αυτή και παρέχουν ουσιαστική ανατροφοδότηση χωρίς να υφίσταται απειλή επιπτώσεων. Πληροφορίες, ιδέες και εμπειρία μοιράζονται στο πλαίσιο του οργανισμού με την όποια συμβολή να είναι ιδιαίτερα σημαντική. Στον οργανισμό υπάρχει καθεστώς ισότητας, με τα οφέλη των βελτιώσεων να μοιράζονται με τους υπαλλήλους και την απουσία «ευνοημένων». Η τρίτη χαρακτηρίζεται από ανοιχτή επικοινωνία. Οι υπάλληλοι γνωρίζουν τι συμβαίνει τόσο στην αγορά όσο και στον οργανισμό και κατανοούν τη σκέψη και τις μετρικές πίσω από μια απόφαση. Οι σκοποί είναι ξεκάθαροι και συνάδουν με τις ανταμοιβές. Στην περίπτωση λαθών δε η έμφαση δίνεται στην επίλυσή τους και όχι στην τιμωρία των υπαιτίων.

Η συμπόνια όμως οδηγεί στην εμπιστοσύνη και η εμπιστοσύνη με τη σειρά της στην συμμετοχή. Κομβικό σημείο στην τέχνη της συμπόνιας είναι η κατανόηση πως τα άτομα του οργανισμού, παρά την καλή τους φύση, μπορούν να αγχωθούν και να αποθαρρυνθούν ως προς τις αλλαγές, οι οποίες θα τους επηρεάσουν. Σύμφωνα και με τα παραπάνω, η προσέγγισή τους πρέπει να γίνεται με κατανόηση απέναντι στους φόβους τους, για να εξουδετερώνεται η αρνητική ενέργεια που προβάλλουν στα αρχικά στάδια της διαδικασίας της αλλαγής. Έτσι υφίσταται ένα ουδέτερο πλαίσιο όπου εισάγεται η λογική και το θετικό συναίσθημα. Για την επίτευξη αυτού, προτείνεται η δραστηριότητα «ακούω και ανταποκρίνομαι» ως μια πράξη συμπόνιας, η οποία μπορεί να καθιερώσει άμεσα την εμπιστοσύνη και να εκτονώσει τον αρνητισμό. Εμπιστοσύνη δηλαδή προς την ηγεσία και τελικά προς την προσπάθεια αλλαγής. Αυτή η εμπιστοσύνη αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ συμπόνιας και συμμετοχής. Σύμφωνα με τη θεωρία του Shaner η παραγωγή ουσιαστικής συμμετοχής των εργαζομένων αποτελεί τον πρώτο μετρήσιμο στόχο κατά τη διαδικασία της αλλαγής. Όταν τα άτομα εμπιστεύονται την αλλαγή, ενδιαφέρονται για αυτή και έτσι μπορούν να συμμετέχουν σε αυτή. Αυτή η συμμετοχή των ατόμων διασφαλίζει την διατήρηση της αλλαγής.

3. Η Τέχνη της Ευθύνης

Επόμενο στάδιο στη διαδικασία της αλλαγής, μετά τη σύνδεσή της με την πνευματική εξέλιξη των ατόμων και τη διοχέτευση της σύγκρουσης που προκύπτει από αυτή στη συμπόνια, είναι η δημιουργία ενός αισθήματος προσωπικής ευθύνης στον οργανισμό. Κάθε οργανισμός επηρεάζεται από τις επιλογές των ατόμων του, με τις εγωιστικές επιλογές να οδηγούν σε συγκρούσεις στο εσωτερικό του. Η εκπαίδευση των ατόμων στην ανάληψη ευθυνών μπορεί να είναι μια δύσκολη διαδικασία η οποία εντοπίζεται στην καλλιέργεια της υπομονής, της πειθαρχίας και της αναγνώρισης πως μια ανάγκη κινδυνεύει ανά πάσα στιγμή να μην καλυφθεί. Αυτά τα τρία(3) χαρακτηριστικά οδηγούν σε μια πρακτική ανιδιοτέλειας εντός του οργανισμού, η οποία συμβάλει σημαντικά στην εφαρμογή ουσιαστικής αλλαγής.

Τονίζεται ότι κατά τον Shaner ο όρος ευθύνη δεν παρουσιάζεται με την έννοια πως τα άτομα του οργανισμού λογοδοτούν στους ανωτέρους τους, αλλά πως τα ίδια τα

άτομα νιώθουν υπεύθυνα. Αυτό είναι και το κρίσιμο σημείο καθώς τα άτομα πρέπει να αυτενεργούν κατάλληλα στο να πράττουν τα απαραίτητα την κάθε στιγμή, για την περαιτέρω εξέλιξη της διαδικασίας της αλλαγής. Γενικότερα πρέπει να αναμένεται η καλύτερη δυνατή δράση και απόδοση των εργαζομένων, εφόσον τους παρέχονται τα κατάλληλα εργαλεία. Εκτιμάται πως όταν τα άτομα του οργανισμού διαθέτουν ένα σαφές, εμφανές μοντέλο για τη συμπεριφορά τους, δεν εντοπίζεται αντιφάσεις στη διαδικασία της αλλαγής. Μόνο τότε μπορεί το άτομο να νιώσει προσωπικά υπεύθυνο. Στο σημείο αυτό εφαρμόζεται η τέχνη της ευθύνης. Πρόκειται για το σχεδιασμό πρακτικών, οι οποίες βοηθούν το άτομο να ανακαλύψει τις ορθές συμπεριφορές που θα οδηγήσουν τον οργανισμό στην επιθυμητή αλλαγή. Στο πλαίσιο αυτό προτείνεται η παροχή επιβραβεύσεων και επιπτώσεων, σύμφωνα με τις συνθήκες, στα άτομα του οργανισμού. Για την υιοθέτηση της τέχνης της ευθύνης παρουσιάζεται μια σειρά τεσσάρων βημάτων, η οποία ξεκινά με τη διενέργεια συνεντεύξεων. Στόχος της διαδικασίας είναι η συγκέντρωση πληροφοριών από τα άτομα του οργανισμού, σχετικά με τα εμπόδια και τα προβλήματα που εντοπίζουν, αλλά και τα σημεία που θεωρούν πως δεν πρέπει να αλλάξουν. Ακολουθεί η δημιουργία των κατάλληλων σχεδίων δράσης σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν στο προηγούμενο βήμα. Συγκεκριμένα πρέπει να υφίσταται μια συντονισμένη προσπάθεια για την ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων και των εμποδίων, προκειμένου να είναι δυνατή η συμβολή των ατόμων στη διαδικασία της αλλαγής. Ως τρίτο βήμα προτείνεται ο καθορισμός συμπεριφορών-στόχων. Η εστίαση σε πραγματικούς στόχους συμπεριφοράς, επιτρέπει στα άτομα να αντιλαμβάνονται τα θετικά αποτελέσματά τους και έτσι συμβάλει στη διατήρηση της αφοσίωσης στη διαδικασία της αλλαγής. Τέλος, προτείνεται η άμεση υιοθέτηση και εφαρμογή των συμπεριφορών από τους ηγέτες και τα ανώτερα στελέχη του οργανισμού. Έτσι οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται πως η διοίκηση λαμβάνει σοβαρά υπόψη της τα αποτελέσματα της συνέντευξης και επενδύει στη διαδικασία της αλλαγής.

4. Η Τέχνη της Χαλάρωσης

Στο πλαίσιο της τέχνης αυτής υπογραμμίζεται η σημασία της διατήρησης της ψυχραιμίας και της ηρεμίας κάτω από συνθήκες πίεσης. Γενικότερα παρατηρείται

πως όταν άτομα, τμήματα ή και οργανισμοί γίνονται δέκτες σημαντικής πίεσης, σημειώνονται απώλειες στη συγκέντρωση και την απόδοσή τους. Κομβικό σημείο στην τέχνη της χαλάρωσης είναι η εσωτερική δύναμη. Έτσι διατυπώνεται η αρχή πως όταν το διακύβευμα είναι υψηλό, η εσωτερική δύναμη είναι πιο σημαντική από την εξωτερική. Συγκεκριμένα, η εσωτερική δύναμη επιτρέπει την υψηλότερη δυνατή απόδοση με ουσιαστική συγκέντρωση στο στόχο και συμβάλλει στην προσαρμογή σε συνεχείς, ακόμα και αιφνίδιες αλλαγές. Γίνεται επομένως κατανοητό πως για να έχει ο οργανισμός περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας πρέπει να μάθει να διατηρεί αίσθημα ηρεμίας, να αναμένει το αναπάντεχο και να δείχνει εμπιστοσύνη στην αξία της εσωτερικής δύναμης των ατόμων του.

Στο σημείο αυτό ο Shaner εισάγει τις έννοιες του καλού και κακού άγχους. Παρότι η ένταση μπορεί σε κάποιο βαθμό να συμβάλλει στην υψηλή απόδοση, οι ηγέτες της αλλαγής συχνά μπερδεύουν τη μια έννοια με την άλλη. Ως καλό άγχος ορίζεται μια θετική, προκαλούμενη από τα ίδια τα άτομα, πίεση η οποία βοηθά στην επίτευξη των στόχων. Αντίθετα το κακό άγχος αποτελεί την αρνητική πίεση, η οποία μειώνει την απόδοση. Η τέχνη της χαλάρωσης χαρακτηρίζεται από την αντικατάσταση του κακού άγχους, όπως για παράδειγμα η εξωτερική πίεση και οι προσδοκίες, με το καλό άγχος, όπως η ευθύνη και η εσωτερική ενεργοποίηση. Κατά την προσπάθεια αλλαγής σημειώνονται συχνά δύο(2) περιπτώσεις αύξησης του κακού άγχους στο σύνολο του οργανισμού. Στη μια υφίσταται εξαναγκασμός αποδοχής των προσδοκιών απόδοσης, τις οποίες τα άτομα του οργανισμού θεωρούν ως μη ρεαλιστικές, στο πλαίσιο του οποίου παρατηρείται έλλειψη εσωτερικής δύναμης για τη διαχείριση της πίεσης ικανοποίησής τους. Στην άλλη παρατηρείται μια μη εστιασμένη και συνεχώς μεταβαλλόμενη κουλτούρα του οργανισμού, όπου προστίθενται νέοι στόχοι χωρίς να τροποποιούνται ή να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα οι προηγούμενοι και χωρίς να υπάρχει ιεράρχησή τους. Αυτές οι περιπτώσεις μπορούν να αποφευχθούν με την εφαρμογή της τέχνης της χαλάρωσης. Συγκεκριμένα για την αντικατάσταση του κακού με το καλό άγχος προτείνεται η διαμόρφωση τριών(3) συνθηκών σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, δηλαδή η ύπαρξη σαφήνειας, εστίασης και ορατότητας. Ως προς την πρώτη, σημειώνεται πως η στρατηγική του οργανισμού και οι προσδοκίες συμπεριφοράς

πρέπει να είναι σαφείς σε όλα τα άτομα του οργανισμού, προκειμένου να υπάρχει κλίμα ηρεμίας και να δρουν σύμφωνα με την εσωτερική τους ανάγκη για επιτυχία και όχι τις εξωτερικές πιέσεις. Επίσης, ως προς την εστίαση στις απαιτήσεις, πρέπει το σύνολο των υπαλλήλων να γνωρίζει συγκεκριμένα τι απαιτείται από εκείνους για την επιτυχία της αλλαγής. Ο οργανισμός δηλαδή πρέπει να ενημερώνει κάθε άτομο σχετικά με τις σημαντικότερες εργασίες που πρέπει να υλοποιούνται καθημερινά. Έτσι η προσπάθεια αλλαγής αποκτά δυναμική. Τέλος, πρέπει οι μετρικές λειτουργίας να είναι στη διάθεση όλων των ατόμων του οργανισμού για να αντιλαμβάνονται πως οι ενέργειές τους συμβάλλουν στην πρόοδο των προσπαθειών του. Έτσι, ο οργανισμός ενεργοποιείται από το εσωτερικό του και τα άτομα ενθαρρύνονται να διατηρήσουν την απόδοσή τους. Αυτά τα τρία(3) στοιχεία, όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω, οδηγούν στη διαμόρφωση μια συλλογικής εσωτερικής δύναμης, η οποία συμβάλλει στην απόδοση των ατόμων στον υψηλότερο δυνατό βαθμό.

5. Η Τέχνη της Συνειδητής Δράσης

Η εφαρμογή της εν λόγω τέχνης κατά τον Shaner, υποδεικνύει πως ο οργανισμός και οι ηγέτες της αλλαγής κατανοούν την ανάγκη συνδυασμού των πρώτων τεσσάρων(4) τεχνών, για την επιτυχία της διαδικασίας της αλλαγής. Έτσι διατυπώνεται η εκτίμηση πως εφόσον εφαρμόζονται οι παραπάνω τέχνες, τα άτομα είναι σε θέση να δρουν κατάλληλα, καθώς γνωρίζουν συνειδητά τις πραγματικές ανάγκες των ιδίων και του οργανισμού. Βεβαίως παρόλο που αυτές θέτουν τη βάση για μια επιτυχημένη αλλαγή, μόνο η εφαρμογή τους δεν είναι αρκετή. Τα άτομα του οργανισμού πρέπει να μαθαίνουν να πραγματοποιούν μικρές, νέες ενέργειες, οι οποίες θα διασφαλίσουν την αλλαγή. Η τέχνη της αλλαγής ξεκινά με τη διενέργεια μικρών βημάτων. Οι οργανισμοί λανθασμένα, τείνουν να παραβλέπουν τα μικρά στοιχεία, τα οποία όμως με την συνεχή εφαρμογή τους, μπορούν να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα στη μεγαλύτερη αλλαγή. Εξάλλου όλα τα μεγάλα εγχειρήματα αποτελούνται από ακολουθίες μικρών βημάτων. Στο πλαίσιο της διαδικασίας που μελετάται, η απουσία της συνειδητής δράσης διαμορφώνει μια αλλαγή προσωρινού χαρακτήρα. Τα άτομα του οργανισμού λοιπόν, πρέπει να μάθουν να δρουν

συνειδητά σε καθημερινή βάση. Ο κάθε εργαζόμενος έχει δηλαδή την ευκαιρία να παίρνει συνειδητά πολλές μικρές αποφάσεις κάθε εργάσιμη ημέρα.

Το κρίσιμο σημείο εντοπίζεται στη διασφάλιση πως οι εν λόγω συνειδητές αποφάσεις κινούνται στην κατεύθυνση της νέας κατάστασης, στην κατεύθυνση της αλλαγής. Τονίζεται πως για να αλλάξει και να βελτιωθεί ο οργανισμός απαιτείται η συνειδητή δράση προς μια καλύτερη κατεύθυνση. Η τέχνη της συνειδητής δράσης ασχολείται με τη δημιουργία μιας στρατηγικής ενίσχυσης για τον οργανισμό, η οποία εκτελείται καθημερινά. Οι ηγέτες της αλλαγής πρέπει να επηρεάζουν το συλλογικό πνεύμα του οργανισμού κάθε στιγμή προκειμένου να ταυτίζονται οι πράξεις των ατόμων με το στόχο της αλλαγής. Επομένως γίνεται κατανοητό πως η διατήρηση της εστίασης/συγκέντρωσης στην αλλαγή πρέπει να επιτυγχάνεται. Συγκεκριμένα, στη θεωρία του Shaner προτείνεται μια σειρά μηχανισμών, για τη διατήρηση της εστίασης και της σαφήνειας, με απώτερο στόχο τη μετατροπή των καθημερινών πράξεων σε συνειδητές πράξεις. Το πρώτο μέτρο που προτείνεται είναι η ανάδειξη του ηγέτη της αλλαγής σαν ένα νέο/αλλαγμένο άτομο. Ο ηγέτης πρέπει δηλαδή να δρα σε καθημερινό επίπεδο, όπως για παράδειγμα με την ανάθεση δραστηριοτήτων, σύμφωνα με το στόχο της αλλαγής που διατυπώνει. Η ταύτιση των νέων συνειδητών ενεργειών με τον ηγέτη της αλλαγής αποσαφηνίζει με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο το σκοπό της προσπάθειας αλλαγής. Ακολουθεί η πρόταση για καθημερινές συνεδριάσεις διάρκειας δεκαπέντε(15) λεπτών. Στο πλαίσιο αυτών ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η παρουσίαση των τρόπων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των βελτιώσεων που προκύπτουν από την αλλαγή. Έτσι επιτυγχάνεται η συνειδητή αλλαγή στη συλλογική συμπεριφορά και τις ενέργειες των ατόμων του οργανισμού. Τέλος, προτείνεται η πραγματοποίηση εβδομαδιαίων τηλεδιασκέψεων με τη συμμετοχή ολόκληρων τμημάτων, με στόχο την εκπαίδευση των ατόμων για την κατάσταση στον οργανισμό. Αυτή η αύξηση της γνώσης των ατόμων αναφορικά με τους ανταγωνιστές, τις τιμές, τους νέους πελάτες, την κατάσταση της αγοράς και τις αποφάσεις της διοίκησης, συμβάλλει σημαντικά στην εστίαση του κάθε ατόμου στην επιθυμητή συνειδητή δράση.

6. Η Τέχνη της Φυσικής Εργασίας

Σκοπός της τέχνης της φυσικής εργασίας είναι η διασφάλιση της βιωσιμότητας της αλλαγής και η προετοιμασία του οργανισμού για τις όποιες μελλοντικές αλλαγές. Στον πυρήνα της τέχνης εντοπίζεται η ικανότητα του οργανισμού να αλλάζει τα στοιχεία εκείνα που πρέπει και μπορούν να αλλαχθούν μέσω των πρώτων πέντε(5) τεχνών, ενώ παράλληλα προσαρμόζεται σε συνθήκες που δεν μπορούν να ελεγχθούν. Η φυσική δράση δηλαδή για έναν οργανισμό είναι να αλλάζει και να συνδέει ότι είναι δυνατό στο εσωτερικό του και ταυτόχρονα να διασφαλίζει πως αλλάζει και συνδέεται με τα στοιχεία στο εξωτερικό του περιβάλλον, όπως πελάτες, προμηθευτές και άλλες εταιρίες. Η τέχνη της φυσικής εργασίας αφορά στην εφαρμογή των δραστηριοτήτων εκείνων που επιτρέπουν τη διατήρηση της δημιουργίας αξίας συνολικά στο περιβάλλον του οργανισμού(εξωτερικό και εσωτερικό). Ειδικότερα ως προς το εξωτερικό περιβάλλον κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την εκ νέου εφαρμογή των πέντε πρώτων τεχνών στις σημαντικές και κομβικές σχέσεις του οργανισμού σε αυτό. Κατά αυτόν τον τρόπο, ο οργανισμός επεκτείνει τα οφέλη της εσωτερικής αλλαγής σε άτομα και οντότητες στις οποίες έχει πρόσβαση.

Το κρίσιμο σημείο λοιπόν κατά την εφαρμογή της εν λόγω τέχνης είναι η κατανόηση πως ο οργανισμός δεν μπορεί να φτάσει στο μέγιστο της αποτελεσματικότητάς του στο πλαίσιο της αλλαγής μόνος του. Ποιες όμως είναι αυτές οι οντότητες που θα συνεργαστούν μαζί του; Σύμφωνα με τον Shaner, τα κριτήρια επιλογής μιας στρατηγικής συνεργασίας πρέπει να έχουν ως αφετηρία σημεία σχετικά με τις ανάγκες του ίδιου του οργανισμού. Αυτά αποτυπώνονται στα ερωτήματα: που βρίσκεται τώρα ο οργανισμός, που θέλει να φτάσει, πως θα ιεραρχήσει τα πιθανά σχέδια της συνεργαζόμενης οντότητας και στη συνέχεια πως θα τεθούν τα αμοιβαία κριτήρια για την επιλογή νέων συνεργασιών και τέλος, πως θα συνδυάσει όλα τα παραπάνω. Ως προς το πρώτο, εντοπίζεται η ανάγκη συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τον οργανισμό. Έτσι προτείνεται η πραγματοποίηση ανάλυσης των δυνάμεων και των αδυναμιών του οργανισμού, η οποία στη συνέχεια μπορεί να εφαρμοστεί και στις πιθανώς συνεργαζόμενες οντότητες. Αναφορικά με το δεύτερο σημείο, προτείνεται η πραγματοποίηση οικονομικής ανάλυσης για το σενάριο της στρατηγικής συνεργασίας. Πρόκειται δηλαδή για την ανάλυση των οικονομικών

αποτελεσμάτων που θα προκύψουν στην περίπτωση που η συνεργασία εκτελεστεί με επιτυχία. Επιπρόσθετα ο οργανισμός πρέπει να αναλογιστεί τα ζητήματα κουλτούρας, καθώς και άλλα ζητήματα συνεργασίας, που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον. Έτσι καλύπτοντας το τρίτο σημείο, ο Shaner χαρακτηρίζει ως κατάλληλους υποψηφίους, στο πλαίσιο της στρατηγικής συνεργασίας, τους οργανισμούς(οντότητες) που είναι πρόθυμοι να υιοθετήσουν την διαδικασία των επτά(7) τεχνών της αλλαγής, που παρουσιάζουν μακροπρόθεσμη στρατηγική σκέψη και μοιράζονται πληροφορίες. Πρόκειται για οργανισμούς που είναι δεκτικοί σε νέες ιδέες και στη λήψη ρίσκου και είναι αποτελεσματικοί στη διασφάλιση του απορρήτου κατά τη διαχείριση σημαντικών και ευαίσθητων δεδομένων. Ως προς το τελευταίο σημείο, για την εφαρμογή μιας στρατηγικής συνεργασίας απαιτείται εμπειρία στη διαχείριση της αλλαγής, την οποία ο οργανισμός ήδη κατέχει με την εφαρμογή των πρώτων πέντε(5) τεχνών. Αρχικά ο οργανισμός μπορεί να αξιοποιήσει τους ηγέτες της αλλαγής, που ασχολήθηκαν με τη διαδικασία της αλλαγής εντός αυτού, και στη συνεργασία. Στη συνέχεια οι συνεργαζόμενοι οργανισμοί πρέπει από κοινού να αναπτύξουν τα απαραίτητα σχέδια και να προχωρήσουν στις απαιτούμενες ενέργειες σύμφωνα με τις προηγούμενες τέχνες.

7. Η Τέχνη της Υπηρεσίας

Η τέχνη αυτή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο και το επιστέγασμα των επτά(7) τεχνών της αλλαγής. Οι προηγούμενες έξι(6) τέχνες, κατά τον Shaner, διδάσκουν πως η αλλαγή και η εξέλιξη σε ατομικό επίπεδο οδηγεί στην αλλαγή στον οργανισμό. Η έβδομη τέχνη, συμπληρώνοντας την παραπάνω εικόνα, υπογραμμίζει πως η ατομική αλλαγή αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσίας σε άλλους. Η τέχνη της υπηρεσίας σχετίζεται με την ευελιξία και την αποστασιοποίηση αναφορικά με τα επιθυμητά αποτελέσματα, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει αδιαφορία ως προς την αποτυχία ή την επιτυχία του εγχειρήματος. Κάτι τέτοιο επιτρέπει στον οργανισμό να είναι δεκτικός σε νέες ιδέες και μονοπάτια επιτυχίας, παρά τα όποια εμπόδια. Η εν λόγω τέχνη αφορά δηλαδή, στην εξυπηρέτηση άλλων ατόμων, όπως για παράδειγμα των πελατών, προκειμένου να διευκολυνθεί η προσπάθεια αλλαγής του οργανισμού. Η καθημερινή δράση των ατόμων του οργανισμού στο πλαίσιο αυτής της τέχνης, συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχία της αλλαγής.

Για την εφαρμογή της τέχνης της υπηρεσίας πρέπει όλα τα άτομα του οργανισμού να συμμετέχουν στη διαδικασία με τη θέλησή τους. Επιπλέον, πρέπει τα όποια εμπόδια να έχουν αντιμετωπισθεί, μεταξύ των οποίων και η αντίσταση στην αλλαγή. Κατά τη διαδικασία της αλλαγής ο οργανισμός λειτουργώντας σαν μια κοινωνία, πρέπει να αποτελείται από άτομα αφοσιωμένα και εστιασμένα στο στόχο της αλλαγής. Όταν η τέχνη της υπηρεσίας προστίθεται στις άλλες έξι(6), ο στόχος εξελίσσεται στη δημιουργία μιας κοινωνίας ατόμων που παρέχουν υπηρεσία αλλά και γίνονται αποδέκτες αυτής. Η διαδικασία της αλλαγής συνεπώς ολοκληρώνεται μέσω αυτής της τέχνης, με το ενδιαφέρον και την εστίαση του ατόμου να προσανατολίζεται πλέον όχι στο ίδιο αλλά στις ανάγκες των άλλων.

2.2.3 Η Θεωρία των Ken Blanchard, John Britt, Judd Hoekstra και Pat Zigarmi [72]

Πυρήνας της εν λόγω θεωρίας αποτελεί η αρχή ότι, η αλλαγή μπορεί να είναι επιτυχημένη μόνο όταν οι συνήθεις «χαρακτήρες» σε έναν οργανισμό συνδυάζουν τα μοναδικά τους ταλέντα και συνεπώς εμπλέκουν άλλους στην έναρξη, εφαρμογή και διατήρηση της αλλαγής. Οι χαρακτήρες αυτοί, λειτουργούν στο πλαίσιο της θεωρίας ως ύποπτοι για την αποτυχία της αλλαγής, οι οποίοι θα πρέπει να αντιμετωπισθούν κατάλληλα και διακρίνονται στην κουλτούρα, την αφοσίωση, τη χορηγία, την ομάδα ηγεσίας, την επικοινωνία, την αίσθηση επείγοντος, το όραμα, το σχέδιο, τον προϋπολογισμό, τον εκπαιδευτή αλλαγής, το κίνητρο, τη διαχείριση της επίδοσης και την ευθύνη. Ακολουθεί η σχετική ανάλυση:

1. Η Κουλτούρα

Πρόκειται για τις κυρίαρχες αντιλήψεις και συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τον οργανισμό. Η κουλτούρα είναι ένα κρίσιμο στοιχείο κατά τη διαδικασία αλλαγής, με τη δυνατότητα να επιτρέψει και να διατηρήσει ή να καταστρέψει την αλλαγή. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω προτείνεται στο πλαίσιο της διαδικασίας να καθοριστεί από την πλευρά του οργανισμού ο τρόπος αξιοποίησης της τρέχουσας κουλτούρας για την υποστήριξη της αλλαγής, όπως και η χρήση των στοιχείων της χορηγίας, του κινήτρου και της ευθύνης για την ενίσχυση της κουλτούρας. Επιπλέον

προτείνεται να εντοπισθούν, τα σημεία εκείνα όπου η κουλτούρα έρχεται σε σύγκρουση με την αλλαγή και οι ενέργειες που απαιτούνται για την αντιμετώπισή της.

2. Η Αφοσίωση

Ο όρος περιγράφει τα κίνητρα και την εμπιστοσύνη του ατόμου προκειμένου να υιοθετήσει τις νέες συμπεριφορές που απαιτούνται κατά τη διαδικασία αλλαγής. Για την επιτυχημένη αλλαγή απαιτείται υψηλός βαθμός αφοσίωσης. Με βάση αυτό το σκεπτικό προτείνεται η ύπαρξη φόρουμ, για τη διατύπωση αποριών και προβληματισμών και εν συνεχεία για την αντιμετώπισή τους. Επίσης σημαντική θεωρείται η διεύρυνση των ευκαιριών για αύξηση της συμμετοχής και της επιρροής των ατόμων που καλούνται να αλλάξουν στη διαδικασία. Κατά αυτό τον τρόπο προκύπτει μια μακροχρόνια και διατηρήσιμη αφοσίωση σε νέες διαδικασίες και ενέργειες διεξαγωγής εργασιών. Στον ίδιο άξονα βρίσκεται και η πρόταση για σκόπιμη διαμόρφωση ευκαιριών επαφής ανάμεσα στα άτομα που τάσσονται υπέρ της αλλαγής και στους αναποφάσιστους.

3. Η Χορηγία

Ο χορηγός είναι το άτομο εκείνο, το οποίο αναλαμβάνει τη διάθεση πόρων όπως ο χρόνος, το χρήμα και οι άνθρωποι, για την έναρξη, εφαρμογή και βιωσιμότητα της αλλαγής. Σύμφωνα με τη θεωρία, η ύπαρξη ενός αποτελεσματικού χορηγού αλλαγής είναι απαραίτητη για τη διαδικασία αλλαγής σε έναν οργανισμό. Συγκεκριμένα, ένας αποτελεσματικός χορηγός πρέπει να επιλέγει και να διαμορφώνει μια ομάδα ηγεσίας για την καθημερινή καθοδήγηση της αλλαγής. Ο χορηγός πρέπει επίσης, να εντοπίζει και να αντιμετωπίζει τις ανησυχίες που προκύπτουν και να εμπλέκει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων τα άτομα στα οποία ζητάτε να αλλάξουν, διασφαλίζοντας έτσι την αποδοχή της αλλαγής. Επιπλέον, ο χορηγός πρέπει να μοντελοποιεί τις αναμενόμενες συμπεριφορές, και να δημιουργεί κίνητρα, αναγνωρίζοντας και ενισχύοντας όσες είναι σύμφωνες με την αλλαγή. Τέλος, πρέπει να ενισχύεται το αίσθημα της ευθύνης, στοιχείο που επιτυγχάνεται αποδεικνύοντας στον οργανισμό πως η ηγεσία αντιμετωπίζει με σοβαρότητα και επενδύει στην αλλαγή. Σε περίπτωση, που οι παραπάνω ενέργειες

δεν ακολουθούνται από τους χορηγούς λόγω άγνοιας, θα πρέπει ο οργανισμός να μεριμνήσει για την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευσή τους.

4. Η Ομάδα Ηγεσίας

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στη διαδικασία αλλαγής είναι η ομάδα ηγεσίας. Πρόκειται για ένα σύνολο ηγετών, υπεύθυνο σε καθημερινή βάση για την εκτέλεση ενός πλήθους στρατηγικών, για την καθοδήγηση των ατόμων στην αλλαγή και για την παροχή αποτελεσμάτων της προσπάθειας αλλαγής. Η ομάδα ηγεσίας πρέπει να αποτελείται από άτομα που έχουν λάβει μέρος σε επιτυχημένες διαδικασίες αλλαγής, που έχουν δηλαδή την κατάλληλη εμπειρία, άτομα που μπορούν να διαθέσουν τον απαιτούμενο χρόνο στην προσπάθεια και χαίρουν σεβασμού. Συμπληρώνοντας το προφίλ των μελών της ομάδας, διατυπώνεται πως πρέπει να είναι άτομα με σημαντικές ικανότητες και υψηλή ειδίκευση, άτομα που απευθύνονται με ειλικρίνεια στους ανωτέρους τους και παρουσιάζουν τα πραγματικά στοιχεία και άτομα που μπορούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με άλλους. Πρέπει να είναι άτομα που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές απόψεις και οπτικές, άτομα που προέρχονται από διαφορετικά επίπεδα και διαφορετικούς χώρους του οργανισμού. Εξαιρετικά κρίσιμο σημείο στη διαδικασία, πέραν από τη σωστή σύσταση της ομάδας ηγεσίας, είναι η διασφάλιση της συνεχούς «επικοινωνίας» της για την αλλαγή.

5. Η Επικοινωνία

Στο πλαίσιο της θεωρίας που μελετάται, τονίζεται πως η αξία της αποτελεσματικής επικοινωνίας για την επιτυχία της διαδικασίας αλλαγής, δεν πρέπει να υποτιμάται. Διευκρινίζεται πως μια αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο της αλλαγής πρέπει να διέπεται από ορισμένα χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, πρέπει να δίνεται έμφαση στη δημιουργία διαλόγου ανάμεσα στους ηγέτες της αλλαγής και τους αποδέκτες της. Η επικοινωνία πρέπει να είναι συχνή και να επιτυγχάνεται από διαφορετικά μέσα, με μια εφαρμοζόμενη αρχή να ορίζει τουλάχιστον επτά(7) φορές σε συχνότητα και επτά(7) διαφορετικούς τρόπους. Επιπλέον, το μήνυμα της αλλαγής πρέπει να είναι σταθερό και να συνάδει με το στόχο και να διατυπώνεται από αξιόπιστους χορηγούς, μέλη της ομάδας ηγεσίας και υποστηρικτές της αλλαγής.

6. Η Αίσθηση Επείγοντος

Η εν λόγω έννοια, επεξηγεί το αναγκαίο της αλλαγής καθώς και το πόσο γρήγορα πρέπει οι υπάλληλοι του οργανισμού να αλλάξουν τον τρόπο εργασίας τους. Απουσία αυτής της αίσθησης πιθανότατα δείχνει μια ισχυρή υφιστάμενη κατάσταση και μια αδυναμία πραγματοποίησης της αλλαγής στον οργανισμό. Κατά τη θεωρία, υπάρχει μια σειρά μεθόδων, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία αίσθησης επείγοντος μεταξύ των ατόμων που καλούνται να αλλάξουν. Πρώτα-πρώτα εντοπίζεται η μέθοδος της παρουσίασης της πραγματικής κατάστασης. Τα άτομα πρέπει να γίνουν αποδέκτες πλήθους πληροφοριών, αποκτώντας έτσι μια σαφή εικόνα για τον οργανισμό, και να μετάσχουν στην αναγνώριση του χάσματος ανάμεσα στην υφιστάμενη και την πιθανή μελλοντική κατάσταση. Επιπρόσθετα, προτείνεται η παροχή αξιόπιστων λόγων αλλαγής. Το ζήτημα σε αυτήν τη μέθοδο εντοπίζεται στην κατανόηση των προβλημάτων και λαθών της υφιστάμενης κατάστασης. Επομένως η διαμόρφωση ενός κοινού πνεύματος δυσαρέσκειας με αυτήν κρίνεται απαραίτητη. Τέλος, η αλλαγή πρέπει να παρουσιάζεται υπό το πρίσμα ενός σκοπού που ενεργοποιεί και παρέχει κίνητρα στο άτομο.

7. Το Όραμα

Σύμφωνα με την παρούσα θεωρία, ένα σαφές όραμα που κεντρίζει το ενδιαφέρον των ατόμων που καλούνται να αλλάξουν, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη διαδικασία, καθώς καθιστά ορατή την επιτυχία τους στην εικόνα του μέλλοντος. Το όραμα ειδικότερα, πρέπει να συνδυάζεται με την αίσθηση του επείγοντος προκειμένου να τερματιστεί η αδράνεια της υφιστάμενης κατάστασης και να παρουσιάζει με τρόπο σαφή την εικόνα του μέλλοντος, όταν η αλλαγή θα έχει εφαρμοστεί στον οργανισμό. Η συμμετοχή ατόμων εκτός της ομάδας ηγεσίας, στη διαδικασία καθορισμού του οράματος εκτιμάται ως απαραίτητη, αφενός διότι γίνεται αντιληπτή η θέληση/επιθυμία τους για το νέο οργανισμό και αφετέρου διότι υπάρχει ένα ευρύτερο αίσθημα ιδιοκτησίας.

8. Το Σχέδιο

Κάθε προσπάθεια αλλαγής σε έναν οργανισμό είναι απαραίτητο να συνοδεύεται και από το ανάλογο σχέδιο εφαρμογής της. Πέραν όμως από το σχέδιο εφαρμογής, ζητούμενο στο σημείο αυτό είναι η αποτελεσματική διαδικασία σχεδιασμού. Μια τέτοια διαδικασία ορίζει τις προτεραιότητες στο πλαίσιο της αλλαγής και εμπλέκει άτομα που καλούνται να αλλάξουν και κυρίως όσους εναντιώνονται στην αλλαγή. Επιπρόσθετα μια αποτελεσματική διαδικασία είναι σε θέση να καθορίζει τις μετρικές επιτυχίας επίτευξης στόχων και να προετοιμάζει για την ανάγκη γρήγορων επιτυχιών, προκειμένου να επηρεαστούν οι αναποφάσιστοι και να εξελιχθούν σε υποστηρικτές της αλλαγής. Τέλος, αναπτύσσει τη σωστή υποδομή για την υποστήριξη της αλλαγής και διασφαλίζει το επίπεδο των επενδύσεων σε θέματα υποδομών.

9. Ο Προϋπολογισμός

Καμία προσπάθεια αλλαγής δεν μπορεί να επιτευχθεί με επιτυχία, χωρίς να δαπανηθεί κάποιο χρηματικό ποσό. Έτσι οι προτεινόμενες αλλαγές πρέπει να εξετάζονται και από οικονομικής απόψεως για να καθοριστεί ο καλύτερος τρόπος κατανομής περιορισμένων πόρων και για να διασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό ROI (Return On Investment). Καθώς ο προϋπολογισμός ελέγχεται από τους χορηγούς, πρέπει να διασφαλίζεται πως αυτοί είναι σε θέση να επενδύσουν στο εγχείρημα της αλλαγής. Στον προϋπολογισμό πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και επενδύσεις σε επίπεδο υποδομών. Τέλος πρέπει να αξιοποιούνται χαμηλού κόστους για τον οργανισμό μέθοδοι δημιουργίας αισθήματος αποδοχής της αλλαγής, όπως ηγέτες που πράττουν σύμφωνα με το όραμα της αλλαγής και ενθαρρύνουν τις επιθυμητές συμπεριφορές και υποστηρικτές της αλλαγής που επικοινωνούν συχνά με τους αναποφάσιστους.

10. Ο Εκπαιδευτής Αλλαγής

Πρόκειται για το άτομο που παρέχει μαθησιακές εμπειρίες για να διασφαλίσει πως τα άτομα που καλούνται να αλλάξουν, διαθέτουν τις ικανότητες που απαιτούνται για να πραγματοποιήσουν την αλλαγή και να επιτύχουν στο μέλλον του οργανισμού. Η ύπαρξη ενός αποτελεσματικού εκπαιδευτή αλλαγής αποτελεί

σημαντικό σημείο στη διαδικασία. Ένας εκπαιδευτής πρέπει, ερχόμενος αντιμέτωπος με μια κατάσταση να τη μελετά και να εκτιμά τις ανησυχίες των ατόμων, καθώς και να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί πλήθος στρατηγικών. Επιπλέον, πρέπει να συνεργάζεται με τα άτομα του οργανισμού. Με τον τρόπο αυτό τα άτομα διατυπώνουν τις ανησυχίες τους, επηρεάζουν τη διαδικασία αλλαγής και παράλληλα αυξάνεται η αφοσίωσή τους στην αλλαγή. Ο εκπαιδευτής πρέπει να λειτουργεί, όποτε απαιτείται, και σαν ένας περιστασιακός ηγέτης. Πρέπει δηλαδή να εντοπίζει και να αναγνωρίζει τις ανάγκες ενός ατόμου, σε σχέση με ένα συγκεκριμένο στόχο/έργο και να κατευθύνει και να παρέχει την απαραίτητη υποστήριξη για την επίτευξή του.

11. Το Κίνητρο

Το κίνητρο μπορεί να ενισχύει τις επιθυμητές συμπεριφορές και τα αποτελέσματα που συμβάλλουν στην αλλαγή, καθώς παρακινεί και ενθαρρύνει τα άτομα. Όπως διατυπώνεται και στη θεωρία, συχνά τα κίνητρα ταυτίζονται με τις χρηματικές αμοιβές που λαμβάνει το άτομο. Ωστόσο, σύμφωνα με πλήθος μελετών, μια επάξια αναγνώριση ενισχύει πολύ περισσότερο τις επιθυμητές συμπεριφορές σε σχέση με τις αμοιβές. Και σε αυτό το στοιχείο της αλλαγής, το ζητούμενο αποτελεί η ύπαρξη αποτελεσματικότητας. Ειδικότερα τα κίνητρα πρέπει να βρίσκονται στον ίδιο άξονα με τις επιθυμητές συμπεριφορές, στις οποίες η αλλαγή στηρίζεται. Επιπλέον για καλύτερη απόδοση, τα κίνητρα πρέπει να απευθύνονται σε κάθε άτομο ξεχωριστά, πρέπει να υφίσταται δηλαδή εξατομίκευση των κινήτρων, αλλά να παρέχονται, στο πλαίσιο της διαδικασίας, σε πλήθος υπαλλήλων του οργανισμού. Όμως πρέπει να υπάρχει μέτρο ως προς τα κίνητρα που παρέχονται για την υιοθέτηση της αλλαγής, για να μην λειτουργήσουν εις βάρος άλλων σημαντικών στόχων του οργανισμού, όπως για παράδειγμα η πώληση και προώθηση ενός προϊόντος ή υπηρεσίας.

12. Η Διαχείριση της Επίδοσης

Ο όρος περιγράφει τη διαδικασία που θέτει στόχους και προσδοκίες σχετικά με τις συμπεριφορές και τα αποτελέσματα που θα επιτρέψουν την αλλαγή. Η διαδικασία περιλαμβάνει την παρακολούθηση της προόδου σε επίπεδο στόχων και προσδοκιών και παράλληλα παρέχει την ανάλογη ανατροφοδότηση και

καθοδήγηση προς άτομα και ομάδες. Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της διαδικασίας πραγματοποιείται επίσημη καταγραφή των πραγματικών αποτελεσμάτων σε σχέση με τα επιθυμητά.

13. Η Ευθύνη

Πρόκειται για ένα απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχία της αλλαγής. Η ευθύνη διασφαλίζει πως οι ηγέτες «πράττουν σύμφωνα με τα όσα κηρύττουν», δηλαδή τους στόχους και τις προσδοκίες, δημιουργώντας επιπτώσεις όταν οι συμπεριφορές ή τα αποτελέσματα δεν συνάδουν με αυτά που επιτρέπουν την αλλαγή. Η αποτελεσματική ευθύνη διέπεται από κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Πρώτα-πρώτα στο πλαίσιό της υπάρχουν σαφώς καθορισμένα μέτρα επιτυχίας, δηλαδή στόχοι που είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, εφικτοί, σχετικοί και χρονικά δεσμευμένοι. Επίσης, πραγματοποιούνται συχνές συνεδριάσεις για τον έλεγχο της προόδου και το σχεδιασμό ενεργειών για τη διασφάλιση της όλης διαδικασίας και της πορείας της αλλαγής. Επιπλέον, ο συνδυασμός ευθύνης και συνεργασίας στη σχέση μεταξύ ηγέτη και ατόμου, όπου κάθε μέρος έχει ευθύνη απέναντι στο άλλο, κρίνεται απαραίτητος. Τέλος παρατηρείται η απουσία οποιασδήποτε ευνοϊκής μεταχείρισης. Όλοι έχουν μερίδιο ευθύνης ακόμα και οι ηγέτες, καθώς οι πράξεις τους όπως και οι ενέργειες και οι συμπεριφορές που ενισχύουν είναι εξαιρετικά σημαντικές για την προσπάθεια αλλαγής.

2.2.4 Το Μοντέλο του Kurt Lewin [73]

Ο Kurt Lewin παρουσιάζει ένα μοντέλο τριών(3) βημάτων, στο πλαίσιο του οποίου εξετάζονται οι κινητήριες δυνάμεις και οι δυνάμεις αντίστασης στη διαδικασία αλλαγής σε έναν οργανισμό(force field analysis). Σύμφωνα με την αρχή που αποτυπώνεται για την επιτυχία της αλλαγής, οι κινητήριες δυνάμεις πρέπει να είναι μεγαλύτερες από τις δυνάμεις της αντίστασης.

Στο μοντέλο του Lewin εμπεριέχεται η έννοια της ομοιόστασης, της ικανότητας δηλαδή του οργανισμού να διατηρεί την κατάσταση ισορροπίας στο εσωτερικό του

παρά τις όποιες αλλαγές. Καθώς ο οργανισμός έχει την τάση να επιστρέφει στην αρχική σταθερή κατάσταση, ο Lewin προτείνει την καθιέρωση μιας νέας κατάστασης ισορροπίας για την εφαρμογή και διατήρηση της αλλαγής. Ειδικότερα, το πρώτο βήμα του μοντέλου(unfreeze) σχετίζεται με την αποδέσμευση της τρέχουσας κατάστασης του οργανισμού, δηλαδή τον καθορισμό της τρέχουσας κατάστασης, την ανάδειξη των κινητήριων δυνάμεων και των δυνάμεων αντίστασης και τον οραματισμό μιας επιθυμητής τελικής κατάστασης για τον οργανισμό. Το δεύτερο βήμα(move) αφορά στη μετάβαση σε μια καινούργια κατάσταση μέσω της συμμετοχής των ατόμων του οργανισμού. Αυτό είναι το σημείο όπου πραγματοποιείται η αλλαγή. Πρόκειται για μια περίοδο δράσης, η οποία συνήθως συνοδεύεται από σύγχυση και ανασφάλεια. Το τρίτο(refreeze) εστιάζεται στη σταθεροποίηση της νέας κατάστασης, με τον καθορισμό πολιτικής, την επιβράβευση της επιτυχίας και την καθιέρωση νέων προτύπων. Μη εφαρμογή του εν λόγω βήματος μετά την αλλαγή, οδηγεί σε αποτυχία του εγχειρήματος της αλλαγής και επαναφορά της προηγούμενης κατάστασης στον οργανισμό. Έτσι στο πλαίσιο αυτών των βημάτων, γνωστοποιείται και επεξηγείται ή αλλιώς «επικοινωνείται» στα άτομα-κλειδιά της διαδικασίας της αλλαγής, το χάσμα ανάμεσα στην τρέχουσα και την τελική κατάσταση, επιχειρείται η αύξηση των κινητήριων δυνάμεων ή/και η μείωση των δυνάμεων αντίστασης στην αλλαγή και καθορίζεται ένα σχέδιο και ένας χρονικός ορίζοντας για την επίτευξη της τελικής κατάστασης.

2.2.5 Το Μοντέλο των Beckhard και Harris [73]

Στο επίκεντρο του μοντέλου των Beckhard και Harris εντοπίζεται ο μαθηματικός τύπος της αλλαγής, για την κατανόηση της διαδικασίας αλλαγής και την αναγνώριση των παραγόντων που απαιτούνται για την εφαρμογή της αλλαγής. Ο τύπος της αλλαγής είναι ο εξής:

$C = [ABD] > X$, όπου C η αλλαγή

όπου A το επίπεδο δυσαρέσκειας με την τρέχουσα κατάσταση

όπου B η επιθυμία για την αλλαγή ή την τελική κατάσταση

όπου D η εφικτότητα της αλλαγής

όπου X το κόστος της αλλαγής

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι παράγοντες A, B και D πρέπει να είναι μεγαλύτεροι του κόστους της αλλαγής. Δηλαδή εάν τα άτομα που συνδέονται με την αλλαγή δεν είναι επαρκώς δυσαρεστημένα με την τρέχουσα κατάσταση, δεν είναι πρόθυμα για την επίτευξη της τελικής κατάστασης και δεν είναι πεπεισμένα για την εφικτότητα της αλλαγής, τότε το κόστος της αλλαγής είναι ιδιαίτερα υψηλό και παρατηρείται αντίσταση στην αλλαγή. Επιπλέον, ο τύπος της αλλαγής μπορεί να εκφραστεί και σαν το γινόμενο των παραγόντων A, B και D, το οποίο πρέπει να είναι μεγαλύτερο του X, δηλαδή $(A \times B \times D) > X$. Επομένως γίνεται αντιληπτό πως για τη διασφάλιση της αντιμετώπισης της αντίστασης στην αλλαγή, κανένας παράγον από τους A, B και D, δεν πρέπει να ισούται ή να πλησιάζει το μηδέν. Διευκρινίζεται τέλος πως ο τύπος της αλλαγής μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε σημείο της διαδικασίας της αλλαγής.

2.2.6 Το Μοντέλο των Nadler και Tushman [73]

Το μοντέλο αυτό αποσκοπεί στην κατανόηση των όσων συμβαίνουν στον οργανισμό κατά τη διαδικασία αλλαγής του. Σύμφωνα με τον David Nadler είναι σημαντικό να αντιμετωπίζουμε το μοντέλο αυτό σαν ένα εργαλείο οργάνωσης της σκέψης, σαν ένα τρόπο κατανόησης του πλήθους των συνεχώς μεταβαλλόμενων πληροφοριών. Στο πλαίσιο του μοντέλου, ο οργανισμός είναι ένα σύστημα που δέχεται εισόδους, τόσο από εσωτερικές όσο και από εξωτερικές πηγές, όπως η στρατηγική, οι πόροι και το περιβάλλον, οι οποίες μετατρέπονται σε εξόδους, όπως η απόδοση του συστήματος σε ατομικό, ομαδικό και συνολικό επίπεδο, και αποτελείται από τέσσερα(4) αλληλοεξαρτώμενα στοιχεία/υποσυστήματα. Αυτά τα στοιχεία/υποσυστήματα είναι η εργασία, τα άτομα, ο επίσημος οργανισμός και ο ανεπίσημος/άτυπος οργανισμός.

Αναλυτικότερα, το πρώτο στοιχείο/υποσύστημα η εργασία, εμπεριέχει τις καθημερινές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από το κάθε άτομο, το σχεδιασμό διαδικασιών, τις πιέσεις που δέχεται κάθε άτομο, όπως και τις ανταμοιβές. Το στοιχείο των ατόμων σχετίζεται με τις ικανότητες, τις προσδοκίες και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που εργάζονται στον οργανισμό. Το στοιχείο του επίσημου οργανισμού αφορά στη δομή, τα συστήματα και τις πολιτικές που υφίστανται στον οργανισμό, με τον ανεπίσημο/άτυπο οργανισμό να αποτελείται από τις άγραφες και μη σχεδιασμένες δραστηριότητες που προκύπτουν, όπως η δύναμη, η επιρροή, οι αξίες και οι νόρμες. Σχετικά με την εφαρμογή του μοντέλου απαιτείται αρχικά η ανάλυση κάθε στοιχείου/υποσυστήματος ξεχωριστά, όπως και ο εντοπισμός των βασικών παραγόντων απόδοσής του, και στη συνέχεια η ανάλυση και η σύγκριση των συσχετισμών των στοιχείων/υποσυστημάτων.

Το εν λόγω μοντέλο υπογραμμίζει τη θέση πως «όλα στηρίζονται σε όλα», γεγονός που υποδηλώνει πως τα διαφορετικά στοιχεία/υποσυστήματα του οργανισμού πρέπει να είναι ευθυγραμμισμένα και στραμμένα προς την ίδια κατεύθυνση για την επιτυχία της αλλαγής και την υψηλή απόδοση του οργανισμού. Πρέπει δηλαδή η αλλαγή ενός στοιχείου/υποσυστήματος του οργανισμού να συνοδεύεται με προσαρμογή και αλλαγή και των υπόλοιπων τριών(3). Η αδυναμία επίτευξης του παραπάνω, οδηγεί στην εμφάνιση αντίστασης στην αλλαγή, η οποία συνδέεται με το φόβο για το άγνωστο ή την ανάγκη για σταθερότητα στον οργανισμό, στην εμφάνιση ζητημάτων ελέγχου, από τη συνεχή αλλαγή δομών και διαδικασιών, καθώς και προβλημάτων δύναμης, με την απειλή αφαίρεσης της δύναμης από την μέχρι πρότινος ισχυρή ομάδα/σύνολο ατόμων του οργανισμού.

2.2.7 Το Μοντέλο του William Bridges [73]

Στο μοντέλο του William Bridges, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο στοιχείο της μετάβασης, η οποία συμβολίζει τη διαδικασία συναισθηματικής επίγνωσης και προσαρμογής στην αλλαγή. Στο πλαίσιο αυτό γίνεται κατανοητή η πολυπλοκότητα

και η δυσκολία διαχείρισής της. Κατά τον Bridges η μετάβαση παρουσιάζει τρεις(3) φάσεις, δηλαδή τον τερματισμό, την ουδέτερη ζώνη και τη νέα αρχή.

Αναφορικά με την πρώτη φάση, όπως προκύπτει και από το όνομά της, διευκρινίζεται πως πριν την έναρξη μιας νέας κατάσταση πρέπει πρώτα να τερματιστεί η ισχύουσα μέχρι εκείνη τη στιγμή κατάσταση. Έτσι πρέπει να αναγνωρίζονται οι πιθανές απώλειες από την αλλαγή, όπως για παράδειγμα η απώλεια «status» για κάποιο άτομο, και να αναμένεται κάποια αντίδραση. Ο οργανισμός κατά τον Bridges πρέπει να «αποζημιώνει» τα άτομα για τις απώλειές τους προσφέροντας στοιχεία, θέσεις και υπηρεσίες ανάλογες με τις απώλειες, πρέπει να παρέχει συνεχώς ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το τι αλλάζει και να βρίσκει τρόπους για να σηματοδοτεί το τέλος της κατάστασης.

Στη φάση της ουδέτερης ζώνης τα άτομα είναι αποπροσανατολισμένα. Πρόκειται για ένα άβολο στάδιο κατά το οποίο, ενώ ο οργανισμός έχει γνωστοποιήσει την αλλαγή, η αλλαγή δεν έχει εφαρμοστεί και δεν είναι κατανοητή. Τα επίπεδα άγχους όπως και οι διαμάχες μεταξύ των ατόμων αυξάνονται, σε αντίθεση με την ενθάρρυνση και τα κίνητρα προς τους εργαζόμενους, τα οποία μειώνονται. Για αυτή τη φάση προτείνεται η δημιουργία προσωρινών πολιτικών, διαδικασιών και ρόλων. Επίσης, προτείνεται η διαμόρφωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η οικονομική επιβράβευση των ατόμων με στόχο την παραγωγή έργου κατά την ουδέτερη ζώνη. Η ανάγκη για αλλαγή πρέπει να υπογραμμίζεται ιδιαίτερα, όπως και να διασφαλίζεται πως τα άτομα του οργανισμού δεν είναι προσκολλημένα στο παρελθόν. Επιπλέον, σημαντική θεωρείται η ύπαρξη βραχυπρόθεσμων στόχων καθώς και η δημιουργία μιας ομάδας παρακολούθησης της μετάβασης, με σκοπό την ενημέρωση των ανωτέρων κατά τη διάρκεια της φάσης. Τέλος κατά τον Bridges, πρέπει να ενθαρρύνεται η δημιουργική σκέψη, ο πειραματισμός και η λήψη ρίσκου, χωρίς να συνοδεύεται από την τιμωρία όλων των αποτυχημένων προσπαθειών.

Ολοκληρώνοντας το εν λόγω μοντέλο με τη νέα αρχή, αποτυπώνεται η θέση του William Bridges πως αυτή δεν μπορεί να σχεδιαστεί και να προβλεφθεί αλλά μπορεί να ενθαρρυνθεί, να υποστηριχθεί και να ενισχυθεί. Προς αυτό τον άξονα

υποστηρίζεται πως τα άτομα του οργανισμού χρειάζονται τέσσερα(4) στοιχεία για να προχωρήσουν σε μια νέα αρχή και αυτά είναι: ο σκοπός της αλλαγής, η εικόνα του οργανισμού μετά την αλλαγή, ένα αναλυτικό σχέδιο για να φτάσουν στην τελική κατάσταση, μέσω των τριών φάσεων της μετάβασης και η συμμετοχή τους στη νέα κατάσταση.

2.3 ΣΥΝΟΨΗ

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρήσαμε να καλύψουμε εκείνα τα σημεία της βιβλιογραφίας που σχετίζονται με το ζήτημα της διαχείρισης της αλλαγής, αποτυπώνοντας αρχικά τους απαραίτητους εκείνους όρους για την κατανόηση του θέματος και προχωρώντας στη συνέχεια σε αναλυτική παρουσίαση των βασικών θεωριών και μοντέλων. Συγκεκριμένα ως προς το τελευταίο σημείο, ασχοληθήκαμε με τη θεωρία του John P. Kotter, τη θεωρία του David Shaner, τη θεωρία των Ken Blanchard, John Britt, Judd Hoekstra και Pat Zigarmi, το μοντέλο του Kurt Lewin, το μοντέλο των Beckhard και Harris, το μοντέλο των Nadler και Tushman και το μοντέλο του William Bridges.

Ειδικότερα, η θεωρία των οκτώ σταδίων/βημάτων του John Kotter εκτιμάται πως καλύπτει τα περισσότερα, εάν όχι όλα τα κρίσιμα σημεία της διαδικασίας διαχείρισης της αλλαγής σε οργανισμούς, δίνοντας έμφαση στην αποδοχή της αλλαγής και την προετοιμασία των ατόμων. Η χρησιμότητα της θεωρίας υποδηλώνεται και από την προτίμηση και εφαρμογή της από πλήθος managers. Πρόκειται για μια λογική και ολοκληρωμένη μέθοδο, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν συνοδεύεται και από ορισμένα ζητήματα. Το βασικότερο από αυτά είναι πως τα καλά αποτελέσματα, που μπορούν να προκύψουν από την εφαρμογή της θεωρίας στο πλαίσιο της αλλαγής, εξαρτώνται από την τήρηση της σειράς των βημάτων. Η παράληψη βήματος ή η μετάβαση σε επόμενα βήματα της διαδικασίας χωρίς τη διασφάλιση γερών θεμελίων στα προηγούμενα, μπορεί να είναι καταστροφική για την έκβαση της προσπάθειας αλλαγής στον οργανισμό. Ένα άλλο ζητήματα που

ενδέχεται να προκύψει κατά την εφαρμογή της θεωρίας του Kotter και συνδέεται άμεσα με το προηγούμενο είναι η ανάγκη για ένα σημαντικό χρονικό περιθώριο, στοιχείο που ο οργανισμός ίσως να μη διαθέτει.

Η θεωρία του David Shaner αντιλαμβάνεται απόλυτα την κρισιμότητα του ανθρώπινου παράγοντα, ο οποίος αποτελεί και τον πυρήνα της. Η έμφαση που δίνεται σε αυτόν στο πλαίσιο της διαδικασίας που προτείνεται, φαίνεται πως περιορίζει σημαντικά τον κίνδυνο της αντίστασης στην αλλαγή στον οργανισμό. Αυτή όμως η προσήλωση σε ατομικό επίπεδο μπορεί να αποτελέσει και μειονέκτημα εάν δεν λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες αλλά και το ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού σαν σύνολο. Ένα ακόμα ζήτημα που εντοπίζεται στη θεωρία αυτή είναι η αδυναμία της σε επίπεδο μεθοδικότητας, στοιχείο που καθιστά πιο δύσκολη την επιτυχημένη εφαρμογή της σε έναν οργανισμό. Ο χρόνος φαίνεται να αποτελεί μειονέκτημα και σε αυτή τη θεωρία.

Προχωρώντας στη θεωρία των Ken Blanchard, John Britt, Judd Hoekstra και Pat Zigarmi παρατηρούμε σημαντικές ομοιότητες με τη θεωρία του John Kotter, ως προς τους παράγοντες εκείνους που μπορούν να οδηγήσουν σε αποτυχία της αλλαγής, δηλαδή τα κρίσιμα σημεία τα οποία ο οργανισμός πρέπει να αντιμετωπίσει κατάλληλα. Ειδικότερα συγκρίβη εντοπίζεται σε επίπεδο κουλτούρας, οράματος και διάδοσής του, ομάδας ηγεσίας, στρατηγικής και αίσθησης επείγουσας ανάγκης. Ωστόσο η παρούσα θεωρία λαμβάνει υπόψη της σε μεγάλο βαθμό και το οικονομικό σκέλος της αλλαγής, με τα στοιχεία της χορηγίας και του προϋπολογισμού. Η θεωρία αυτή όμως παρουσιάζει και σημαντικά ζητήματα, με βασικότερο αυτό της πολυπλοκότητάς της. Η απουσία γραμμικής απεικόνισης του μοντέλου με παρουσίαση των διαδοχικών βημάτων της διαδικασίας, αλλά αντίθετα η εστίαση στην ανάλυση των αλληλεξαρτώμενων παραγόντων, δυσκολεύει ιδιαίτερα την κατανόηση και τελικά την εφαρμογή της θεωρίας. Όπως και στη προηγούμενες θεωρίες ο χρόνος υλοποίησης της διαδικασίας της αλλαγής αποτελεί βασικό ζήτημα.

Το μοντέλο των τριών(3) βημάτων του Kurt Lewin για τη διαχείριση της αλλαγής έχει διάφορα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Σχετικά με τα πρώτα, παρατηρείται η απλότητα της προτεινόμενης γραμμικής, μέσω βημάτων, διαδικασίας και η ευκολία κατανόησής της, καθώς και ο ικανοποιητικός βαθμός αποτελεσματικότητάς της. Το κύριο μειονέκτημά του μοντέλου είναι το κόστος σε επίπεδο χρόνου για την πραγματοποίηση της αλλαγής. Παράλληλα υφίσταται ο κίνδυνος αντιμετώπισης του μοντέλου, κυρίως λόγω της απλότητάς του, σαν ένα εργαλείο σχεδιασμού και όχι σαν μια ολοκληρωμένη διαδικασία του οργανισμού, παρακάμπτοντας έτσι τον παράγοντα της αίσθησης του επείγοντος και μη λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα για την αντίσταση στην αλλαγή.

Το μοντέλο των Beckhard και Harris χρησιμοποιεί, σε αντίθεση με τα προηγούμενα, ένα μαθηματικό τύπο για την απεικόνιση των βασικών παραγόντων της αλλαγής. Πρόκειται για ένα χρήσιμο και αποτελεσματικό μοντέλο διαχείρισης της αλλαγής σε οργανισμούς, στο πλαίσιο του οποίου ενθαρρύνεται σημαντικά η συμμετοχή των ατόμων στη διαδικασία. Η διάδοση του τύπου σε όλους τους εμπλεκόμενους, συμβάλλει στην αναγνώριση των ενεργειών που πρέπει να γίνουν για την επιτυχία της αλλαγής. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πως το εν λόγω μοντέλο δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αντίσταση στην αλλαγή, η οποία και μειώνεται στο πλαίσιο της συμμετοχής των ατόμων. Το βασικό ζήτημα που προκύπτει στο μοντέλο των Beckhard και Harris είναι η φαινομενική απλότητά του. Το μοντέλο δηλαδή πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη πως δεν αποτελεί μια βήμα προς βήμα προσέγγιση, η οποία θα λειτουργούσε σαν οδηγός για τη διαδικασία.

Το μοντέλο των Nadler και Tushman με τα τέσσερα(4) αλληλοεξαρτώμενα υποσυστήματα, δηλαδή την εργασία, τα άτομα, τον επίσημο οργανισμό και τον ανεπίσημο/άτυπο οργανισμό, είναι χρήσιμο καθώς στο πλαίσιο αυτών συμβάλλει στην κατανόηση και παρακολούθηση των όσων συμβαίνουν κατά τη διαδικασία αλλαγής. Ωστόσο, φαίνεται πως το εν λόγω μοντέλο σε αντίθεση με άλλες θεωρίες, όπως για παράδειγμα η θεωρία του Kotter και η θεωρία των Ken Blanchard, John Britt, Judd Hoekstra και Pat Zigarmi, παρακάμπτε το κομμάτι του οράματος και της σημασίας του για την επιτυχία της αλλαγής, αλλά και το σκέλος της ύπαρξης και

επίτευξης στόχων. Γενικότερα εκτιμάται πως το μοντέλο αυτό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στο να επισημαίνει τους λόγους αποτυχίας μιας αλλαγής, καθώς επικεντρώνεται στο πρόβλημα και όχι στην επίλυσή του, εν αντιθέσει με την περιγραφή του τρόπου επιτυχίας της αλλαγής .

Κλείνοντας, στο μοντέλο των τριών(3) φάσεων της μετάβασης του William Bridges, εξετάζεται το ψυχολογικό σκέλος της αλλαγής για τα άτομα του οργανισμού. Αυτή η συναισθηματική θεώρηση της αλλαγής, στο πλαίσιο των προτεινόμενων φάσεων, φαίνεται πως απαιτεί ένα υψηλό επίπεδο επικοινωνίας ανάμεσα στα άτομα του οργανισμού. Η διασφάλιση αυτής της επικοινωνίας αποτελεί επομένως κρίσιμο σημείο για την επιτυχία της αλλαγής. Επιπλέον, στο μοντέλο του Bridges όπως και στη θεωρία του Kotter αλλά και τη θεωρία των Ken Blanchard, John Britt, Judd Hoekstra και Pat Zigarmi, δίνεται έμφαση, εκτός από τον ανθρώπινο παράγοντα και το στοιχείο της επικοινωνίας, στη διαμόρφωση του οράματος και του σχεδίου για την υλοποίησή του. Ωστόσο, παρά τη μεθοδικότητα και τη γραμμική απεικόνιση του μοντέλου, γεγονός που το καθιστά πιο εύκολα κατανοητό και εφαρμόσιμο, το μοντέλο φαίνεται πως λειτουργεί καλύτερα όταν οι φάσεις του τερματισμού και της νέας αρχής ταυτίζονται με πραγματικά, απτά γεγονότα και όχι με ρευστές και άρα δύσκολα διακριτές καταστάσεις, όπως υπαγορεύεται από την ίδια τη φύση των εν λόγω φάσεων. Τέλος, το ζήτημα του χρόνου φαίνεται πως απασχολεί και σε αυτό το μοντέλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό ασχολούμαστε με το ζήτημα της μεθοδολογίας έρευνας. Καθώς πυρήνας της εν λόγω εργασίας αποτελεί η έρευνα, γύρω από τη διαχείριση της αλλαγής σε οργανισμούς υγείας, κρίνεται απαραίτητη η ενσωμάτωση και επεξήγηση σε αυτή των βασικών στοιχείων της θεωρίας της έρευνας.

Σε πρώτο επίπεδο θα πρέπει να διευκρινιστεί πως η έρευνα διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, την ποσοτική και την ποιοτική έρευνα. Παρότι παρατηρείται πλήθος ορισμών για τις δύο προσεγγίσεις, σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να πούμε πως στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας, γίνεται συγκέντρωση, επεξεργασία και ανάλυση ενός συνόλου αριθμών/ποσοτήτων, με τα δεδομένα να περιγράφονται και να αναλύονται με ποσοτικά μεγέθη, όπως για παράδειγμα διαγράμματα και πίνακες. Οι ερευνητές συχνά ορίζουν την ποιοτική έρευνα συγκρίνοντας την με την ποσοτική, δίνοντάς της χαρακτηριστικά όπως η εστίαση στην ερμηνεία/κατανόηση του φαινομένου και όχι στην ποσοτικοποίηση, η ύπαρξη υποκειμενικής χροιάς σε αντίθεση με την αντικειμενικότητα των αριθμητικών στοιχείων, καθώς βασίζεται σε λέξεις και όχι σε αριθμούς, η ευελιξία στο πλαίσιο της έρευνας, ο προσανατολισμός και η εστίαση στη διαδικασία και όχι στο αποτέλεσμα, η εξάρτηση από το πλαίσιο της έρευνας και τέλος η ανάπτυξη θεωρίας στο πλαίσιο της έρευνας.[74]

Δεχόμενοι τη θέση του Zahir Irani, σύμφωνα με την οποία τα γεγονότα που διαμορφώνουν ένα φαινόμενο διέπονται από αλληλεπιδρόμενες μεταβλητές όπως ο χρόνος και η κουλτούρα, από την οποία προκύπτει πως κάθε κατάσταση είναι ξεχωριστή, γίνεται κατανοητό πως μια ποσοτική προσέγγιση δεν είναι ικανή να

καλύπτει την έρευνα της εν λόγω εργασίας. Μια ποσοτική μέθοδος προσπαθεί να γενικεύσει, ωστόσο δεν είναι σε θέση να λαμβάνει υπόψη τις διαφορές μεταξύ των ατόμων. Καθώς στο πλαίσιο της εργασίας αυτής μελετάται η αλλαγή κατά την υιοθέτηση πληροφοριακών συστημάτων υγείας και αντικατάσταση των εργασιών στους οργανισμούς υγείας από αυτά, και ο παράγον «άνθρωπος» συνδέεται άμεσα με τα πληροφοριακά συστήματα σύμφωνα με την ανάλυση CATWOE, υπογραμμίζεται πως και αυτός πρέπει να συνυπολογίζεται στην έρευνα. Ωστόσο, το γεγονός πως η ποιοτική προσέγγιση ταιριάζει καλύτερα στην παρούσα εργασία δεν απαλείφει τα ευρύτερα μειονεκτήματά της. Σύμφωνα με τους Smithson και Cornford, μια ποιοτική μέθοδος έρευνας χρησιμοποιεί ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων, ακόμα και μια μόνο περίπτωση, εμποδίζοντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ένα μεγαλύτερο εύρος καταστάσεων. Επιπλέον, η ίδια η φύση των δεδομένων με το πλήθος και την πολυπλοκότητά τους ευνοεί τη διαμόρφωση διαφορετικών ερμηνειών, καθώς υπεισέρχεται το υποκειμενικό στοιχείο του ερευνητή, γεγονός εξαιρετικά επικίνδυνο για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας. Προβλήματα εγκυρότητας και επαλήθευσης της έρευνας εντοπίζονται και στην περίπτωση συχνών αλλαγών κατάστασης, με την ύπαρξη εμποδίων στη δράση των ερευνητών για πραγματοποίηση ελεγχόμενων παρατηρήσεων, συμπερασμάτων και προβλέψεων, όπως για παράδειγμα με τη χρήση μαθηματικών και στατιστικών μεθόδων. Τα παραπάνω μειονεκτήματα πρέπει να συνυπολογίζονται κατά τη επιλογή προσέγγισης και να αξιολογείται η βαρύτητά τους ανάλογα με την περίπτωση.[75], [76]

3.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑΣ – CASE STUDIES

Η επιλογή στρατηγικής χαρακτηρίζεται ως ένα βασικό σημείο στη διαδικασία της έρευνας, καθώς η στρατηγική αποτελεί το μέσο για την πραγματοποίηση της έρευνας με ένα συγκεκριμένο ύφος και με τη χρήση διαφορετικών μεθόδων έρευνας για τη συλλογή δεδομένων. Η στρατηγική του case study χρησιμοποιείται σε πολλές έρευνες πληροφοριακών συστημάτων. Κατά τον Robert Yin το case study

είναι μια εντατική εξέταση ενός φαινομένου στο φυσικό του περιβάλλον, με τη χρήση πολλών μεθόδων συλλογής δεδομένων, όπως για παράδειγμα με συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια και έντυπο υλικό, από μία ή περισσότερες οντότητες. Πρόκειται δηλαδή για έναν τρόπο παρατήρησης που στοχεύει στη σε βάθος κατανόηση του πλαισίου ενός φαινομένου.[77]

Στα βασικά χαρακτηριστικά των case studies εντοπίζονται στοιχεία όπως, η εξέταση του φαινομένου στο φυσικό του περιβάλλον, η συλλογή των δεδομένων με διάφορα μέσα, η εξέταση ενός ή περισσότερων οντοτήτων, η εντατική μελέτη της πολυπλοκότητας της υπό εξέταση μονάδας, και η εστίαση σε σύγχρονα γεγονότα. Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από απουσία χειραγώγησης των εμπλεκόμενων και των αποτελεσμάτων, με τα τελευταία να εξαρτώνται από τις ολοκληρωμένες δυνάμεις της έρευνας. Διευκρινίζεται πως κατά την ανάπτυξη νέας υπόθεσης από τον ερευνητή είναι δυνατή η εφαρμογή αλλαγών στην επιλογή οργανισμού και στις μεθόδους συλλογής δεδομένων. Γενικότερα τα case studies είναι κατάλληλα για τα στάδια της διερεύνησης, ταξινόμησης και υπόθεσης στη διαδικασία οικοδόμησης της γνώσης. Τέλος, η διαδικασία των case studies είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην απάντηση ερωτημάτων όπως «τι» και «πως».[78]

Σύμφωνα με τον Robert Yin υπάρχουν διαφορετικοί τύποι case study και διακρίνονται στο διερευνητικό, τον περιγραφικό και τον επεξηγηματικό/αιτιολογικό. Κάθε ένας από αυτούς του τύπους στοχεύει σε ένα τύπο ερωτημάτων έρευνας, τα οποία και επιχειρείται να απαντηθούν στο πλαίσιο του case study. Ειδικότερα, το διερευνητικό case study χρησιμοποιείται για να απαντήσει στα ερωτήματα «τι», το περιγραφικό στα ερωτήματα «πως» και το επεξηγηματικό/αιτιολογικό στα ερωτήματα «γιατί». Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονισθεί πως τα case studies μπορούν να είναι είτε μεμονωμένα είτε πολλαπλά. Κάθε μια από τις εναλλακτικές παρουσιάζει διαφορετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση ενός case study ο ερευνητής έχει πρόσβαση σε πλούσια πρωτογενή δεδομένα, γεγονός που επιτρέπει τον εντοπισμό των όποιων ιδιαιτεροτήτων στο πλαίσιο του οργανισμού. Βεβαίως σε αυτήν την περίπτωση υφίσταται δυσκολία γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας και σε

άλλους οργανισμούς. Στην περίπτωση πολλαπλών case studies, παρατηρούνται λιγότερα δεδομένα, ωστόσο δίνεται η δυνατότητα στην έρευνα να εξετάζει και να διασταυρώνει τα ευρήματα, με την ανάλυση δεδομένων σε περισσότερους οργανισμούς. Αναφορικά με την εν λόγω περίπτωση υπάρχει ο προβληματισμός γύρω από τον αριθμό των οργανισμών. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διαφορετικές θεωρίες πάνω στο ζήτημα, ωστόσο σύμφωνα με τη θεωρία του Yin μια λογική δειγματοληψίας με συγκεκριμένα κριτήρια σχετικά με το μέγεθος του δείγματος δεν πρέπει να ακολουθείται. Κατά τον Yin, ο αριθμός των περιπτώσεων που θεωρούνται απαραίτητες ή αρκετές για μια μελέτη πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τον αριθμό των επαναλήψεων περίπτωσης που χρειάζεται ή θέλει ο ερευνητής. Αυτός ο αριθμός επαναλήψεων εξαρτάται από τη βεβαιότητα που θέλει να έχει ο ερευνητής αναφορικά με τα αποτελέσματα των περιπτώσεων, λαμβάνοντας βεβαίως υπόψη τον γενικό κανόνα πως όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των περιπτώσεων τόσο μεγαλύτερη η βεβαιότητα. Τέλος και σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό, πως η απόφαση του ερευνητή σχετικά με το εάν θα αναλύσει μια ή περισσότερες περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς κάτι τέτοιο επηρεάζει καθοριστικά το σχεδιασμό case study.[77] Διευκρινίζουμε πως στην παρούσα εργασία επιλέγεται η εκπόνηση δύο(2) μελετών, οι οποίες διακρίνονται στην κύρια μελέτη και τη συμπληρωματική. Όπως προκύπτει και από τους εν λόγω χαρακτηρισμούς εστιάζουμε ιδιαίτερα ως ερευνητές στην πρώτη μελέτη περίπτωσης χωρίς όμως, να υποβαθμίζουμε τη σημασία της δεύτερης υπό το πρίσμα του θέματος της εργασίας και να αφιερώνουμε λιγότερο χρόνο από αυτό που της αναλογεί κατά την πραγματοποίησή της.

3.3 ΣΤΑΔΙΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μεθοδολογία έρευνας, στο πλαίσιο διαφόρων μελετών, αποτελείται σε γενικές γραμμές από τρία(3) στάδια, δηλαδή το σχεδιασμό της έρευνας, τη συλλογή δεδομένων και την ανάλυση δεδομένων.[79] Παρακάτω προχωρούμε στην παρουσίαση του κάθε σταδίου.

Στάδιο 1: Σχεδιασμός Έρευνας

Ο σχεδιασμός της έρευνας αποτελεί το πρώτο ανεξάρτητο στάδιο της όλης μεθοδολογίας, στο οποίο βασικό ρόλο παίζει η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Το βήμα της ανασκόπησης χαρακτηρίζεται ως απαραίτητο για τη διαδικασία καθώς σε πρώτο επίπεδο επιτρέπει στον ερευνητή τη μελέτη και κατανόηση της ευρύτερης περιοχής που πρόκειται να ερευνηθεί. Αυτή η πρώτη μελέτη επιτρέπει στη συνέχεια την ειδίκευση και εστίαση σε μια μικρότερη περιοχή, με τον εντοπισμό των όποιων ζητημάτων της έρευνας. Από τα παραπάνω τελικά προκύπτει η ανάγκη της έρευνας.[79]

Στάδιο 2: Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας αποτελεί το ακόλουθο και εξαιρετικά σημαντικό στάδιο στη μεθοδολογία έρευνας. Γενικότερα στο πλαίσιο των case studies(μεμονωμένα ή πολλαπλά) σημειώνεται πλήθος μεθόδων συλλογής δεδομένων. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τις υπάρχουσες θεωρίες προκύπτουν έξι(6) κατηγορίες/πηγές δεδομένων και αντιστοιχούν στα έγγραφα, τα αρχειακά έγγραφα, τις συνεντεύξεις, την άμεση παρατήρηση, τη συμμετοχική παρατήρηση και τα φυσικά ευρήματα. Κάθε μία από τις κατηγορίες/πηγές δεδομένων έχει, σύμφωνα με τον Robert Yin, τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.[77]

Αναλυτικότερα με τον όρο έγγραφα εννοούνται τα γράμματα, τα υπομνήματα, οι εκθέσεις μελετών ή όποια άλλα στοιχεία, που μπορούν να συμβάλλουν στη βάση δεδομένων. Μία από τις πιο σημαντικές χρήσεις των εγγράφων είναι να επιβεβαιώνουν τα δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί από άλλες πηγές. Στα πλεονεκτήματά τους εντοπίζεται η σταθερότητα με τη δυνατότητα να εξετάζονται επανειλημμένως, η ακρίβεια καθώς περιέχουν συγκεκριμένα ονόματα, αναφορές και λεπτομέρειες γεγονότων, το εύρος που καλύπτουν ως προς το χρόνο και τα γεγονότα, καθώς και το γεγονός ότι τα έγγραφα δεν δημιουργούνται σαν αποτέλεσμα του case study. Σχετικά με τα μειονεκτήματα παρατηρείται δυσκολία ανάκτησης των εγγράφων, όπως και προκατειλημμένη επιλεκτικότητα, στην περίπτωση που η συλλογή δεν είναι πλήρης. Επιπλέον, σημαντικός είναι ο κίνδυνος

αναφοράς προκαταλήψεων, ένα στοιχείο δηλαδή που αντανακλά τις προκαταλήψεις του συγγραφέα. Τέλος εντοπίζεται η αδυναμία πρόσβασης στα έγγραφα, η οποία πρόσβαση μπορεί να αποκλείεται και από πρόθεση. Γενικότερα λοιπόν, διευκρινίζεται πως η εγκυρότητα των εγγράφων πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά για την αποφυγή συλλογής λανθασμένων δεδομένων ενώ έχει επικριθεί η υπέρμετρη εξάρτηση από ένα έγγραφο και στήριξη σε αυτό ως αποδεικτικό στοιχείο σε case studies. Στην περίπτωση ενός άπειρου ερευνητή που ταυτίζει κάποια έγγραφα και το περιεχόμενό τους με την αλήθεια υφίσταται ο κίνδυνος αυτής της εξάρτησης.[77] Τονίζεται πως στην εργασία μας χρησιμοποιήθηκαν ως πηγές συλλογής δεδομένων έγγραφα, όπως για παράδειγμα εκθέσεις και μελέτες λειτουργώντας υποστηρικτικά στην έρευνά μας.

Τα αρχειακά έγγραφα είναι εξίσου χρήσιμα σε case studies καθώς στο πλαίσιο του όρου περιλαμβάνονται αρχεία υπηρεσιών, χάρτες, διαγράμματα, λίστες με ονόματα, δεδομένα ερευνών αλλά και προσωπικά αρχεία, όπως για παράδειγμα ημερολόγια. Σε επίπεδο πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων παρατηρείται ταύτιση ως προς αυτά των εγγράφων, με τα αρχειακά έγγραφα να χαρακτηρίζονται επιπλέον από ακρίβεια και ποσοτικά δεδομένα (πλεονεκτήματα) ενώ παράλληλα σημειώνεται δυσκολία πρόσβασης σε αυτά για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων (μειονέκτημα). Ο ερευνητής και στην περίπτωση των αρχειακών εγγράφων, πρέπει να προσδιορίζει με μεγάλη προσοχή την προέλευση και την ακρίβειά τους. Η συνέντευξη αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές δεδομένων, εάν όχι το βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα. Σύμφωνα με τους Denzin και Lincoln τα τρία βασικά είδη συνεντεύξεων είναι οι δομημένες, οι ημιδομημένες και οι μη δομημένες συνεντεύξεις. Επίσης σημειώνονται και διαφορετικές μορφές συνεντεύξεων, όπως για παράδειγμα οι προσωπικές συνεντεύξεις, οι ομαδικές συνεντεύξεις, οι τηλεφωνικές και άλλες. Υπογραμμίζεται πως η διάρκεια μιας συνέντευξης δεν είναι συγκεκριμένη, δηλαδή μπορεί να είναι είτε σύντομη είτε μακροσκελής, στο πλαίσιο της οποίας η χρήση μαγνητοφώνων αφήνεται στη διακριτική ευχέρεια των εμπλεκόμενων μερών. Το γεγονός ότι οι συνεντεύξεις είναι στοχευμένες, εστιάζουν δηλαδή στο θέμα του case study, όπως και η διορατικότητά τους με την παροχή συμπερασμάτων, αποτελούν

βασικά πλεονεκτήματα αυτής της πηγής δεδομένων. Από την άλλη, η προκατάληψη λόγω των πλημμελώς δομημένων ερωτήσεων, οι ανακρίβειες και το φαινόμενο της «αντανάκλασης» για την περίπτωση που ο ερωτώμενος δίνει στον ερευνητή αυτό που θέλει να λάβει και όχι την πραγματική εικόνα, αποτελούν τα μειονεκτήματα των συνεντεύξεων.[77], [79] Υπογραμμίζουμε πως στην παρούσα εργασία προχωρήσαμε στην πραγματοποίηση προσωπικών συνεντεύξεων και για τις δύο(2) μελέτες με άτομο σχετιζόμενο με τους οργανισμούς, οι οποίες ακολουθήθηκαν από τηλεφωνικές επαφές για την παροχή διευκρινήσεων. Ειδικότερα για την κύρια μελέτη εκτός από τα παραπάνω, προχωρήσαμε και στην αποστολή ερωτηματολογίου μέσω e-mail συνολικά σε τέσσερα(4) άτομα σχετιζόμενα με τον οργανισμό, συμπεριλαμβανομένου και του προαναφερθέντος, με στόχο τη διασφάλιση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων.

Η άμεση παρατήρηση σε ένα case study αποτελεί τη διαδικασία που σημειώνεται όταν ο ερευνητής πραγματοποιεί μια επίσημη επίσκεψη για τη συλλογή δεδομένων. Η παρατήρηση μπορεί να είναι είτε μια επίσημη είτε μια ανεπίσημη δραστηριότητα, σε κάθε περίπτωση όμως η αξιοπιστία της παρατήρησης αποτελεί βασικό ζήτημα. Ως προς το τελευταίο αυτό σημείο και για την αποφυγή του εν λόγω προβλήματος προτείνεται η χρήση πολλαπλών παρατηρητών. Η άμεση παρατήρηση στο πλαίσιο των πλεονεκτημάτων της, παρουσιάζει την πραγματικότητα καθώς καλύπτει γεγονότα σε πραγματικό χρόνο, και ταυτόχρονα καλύπτει το πλαίσιο των γεγονότων. Ωστόσο βασικά μειονεκτήματά της είναι ο χρόνος που απαιτείται για τη διενέργειά της, η επιλεκτική της φύση με εξαίρεση την περίπτωση ευρείας κάλυψης, το φαινόμενο της «αντανάκλασης» καθώς η παρουσία του ερευνητή μπορεί να οδηγήσει στη διαφορετική εξέλιξη του γεγονότος, δηλαδή στην αλλαγή, και το κόστος, στο επίπεδο του χρόνου που χρειάζονται οι παρατηρητές. Η συμμετοχική παρατήρηση είναι ένας τρόπος παρατήρησης κατά τον οποία ο ερευνητής μπορεί να συμμετέχει στα γεγονότα που μελετώνται. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται σε μελέτες οργανισμών, αλλά και σε ανθρωπολογικές μελέτες. Στα πλεονεκτήματά της περιλαμβάνονται αυτά της άμεσης παρατήρησης, όπως και η διορατικότητα σε επίπεδο διαπροσωπικών συμπεριφορών και κινήτρων. Η κύρια ανησυχία στη συμμετοχική παρατήρηση είναι η προκατάληψη του ερευνητή καθώς

είναι ενεργή η συμμετοχή του, σε συνδυασμό πάντα και με τα μειονεκτήματα της άμεσης παρατήρησης, τα οποία είναι κοινά. Σχετικά με την τελευταία πηγή δεδομένων, τα φυσικά ευρήματα διευκρινίζεται πως αποτελούν τα όποια φυσικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα εργαλεία, έργα τέχνης, σημειωματάρια και εξόδους υπολογιστών, που μπορούν να συλλεχθούν κατά τη διάρκεια μιας επιτόπου επίσκεψης. Στα βασικά πλεονεκτήματά τους περιλαμβάνεται η διορατικότητα σε επίπεδο πολιτιστικών χαρακτηριστικών (κουλτούρα) και τεχνικών λειτουργιών, ενώ στα μειονεκτήματα εντοπίζεται η επιλεκτική τους φύση και η περιορισμένη διαθεσιμότητα.[77]

Παράλληλα με τη χρήση πολλαπλών πηγών δεδομένων ως αρχή συλλογής δεδομένων, ο Robert Yin προτείνει τη δημιουργία βάσης δεδομένων με όλα τα έγγραφα και τις σημειώσεις για το case study προς χρήση άλλων ερευνητών, όπως και τη διατήρηση μιας αλυσίδας αποδεικτικών στοιχείων για την αύξηση της αξιοπιστίας της μελέτης. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε πως η χρήση πολλαπλών πηγών συνδέεται άμεσα με τη διαδικασία τριγωνποίησης των δεδομένων(data triangulation). Τα δεδομένα που συλλέγονται κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου της μεθοδολογίας έρευνας πρέπει να είναι οργανωμένα και τεκμηριωμένα, και η τριγωνποίηση αυξάνει την αξιοπιστία τους. Συγκεκριμένα η τριγωνποίηση αποτελεί μια διαδικασία επιβεβαίωσης των δεδομένων που προκύπτουν από διαφορετικές πηγές. Εκτός από την τριγωνποίηση των δεδομένων υπάρχουν και άλλοι τρεις(3) τύποι, δηλαδή η τριγωνποίηση ερευνητή, η τριγωνποίηση θεωρίας και η τριγωνποίηση μεθοδολογίας, οι οποίες αναφέρονται στη χρήση διαφορετικών ερευνητών, πολλαπλών θεωρητικών προσεγγίσεων και διαφόρων μεθόδων μελέτης αντίστοιχα.[77], [79]

Στάδιο 3: Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση δεδομένων αποτελεί το τελευταίο στάδιο της μεθοδολογίας έρευνας, το οποίο πραγματοποιείται μετά την τριγωνποίηση των δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί κατά το προηγούμενο βήμα, με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων. Υπάρχουν διάφορες απόψεις σχετικά με την παρούσα φάση της έρευνας, η οποία όμως παραμένει μια από τις λιγότερο ανεπτυγμένες πτυχές της μεθοδολογίας. Το

αντικείμενό της συνίσταται στην εξέταση, κατηγοριοποίηση, ταξινόμηση και επεξεργασία των δεδομένων, με τον ερευνητή να βασίζεται στη βιβλιογραφία αλλά και την εμπειρία για την παρουσίαση των δεδομένων. Η δυσκολία και η σημασία του σταδίου είναι προφανής καθώς, στο πλαίσιο της ανάλυσης ο ερευνητής καλείται μεταξύ άλλων να αποκρυπτογραφήσει και να ερμηνεύσει τις πράξεις και τις λέξεις των εμπλεκόμενων στην έρευνα ατόμων, διαδικασία εξαιρετικά κρίσιμη. Σύμφωνα λοιπόν με το ιδιαίτερα υψηλό διακύβευμα για την ποιότητα της ανάλυσης και το αποτέλεσμα της έρευνας, ο ερευνητής πρέπει να διασφαλίσει ότι χρησιμοποιούνται όλα τα σχετικά δεδομένα χωρίς να σημειώνεται απόκρυψη των αντίθετων, ως προς το εκτιμώμενο αποτέλεσμα, δεδομένων, ότι η ανάλυση απευθύνεται στον πυρήνα του case study, και ότι τα στοιχεία της γνώσης και της εμπειρίας αξιοποιούνται στο μέγιστο δυνατό βαθμό.[77]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

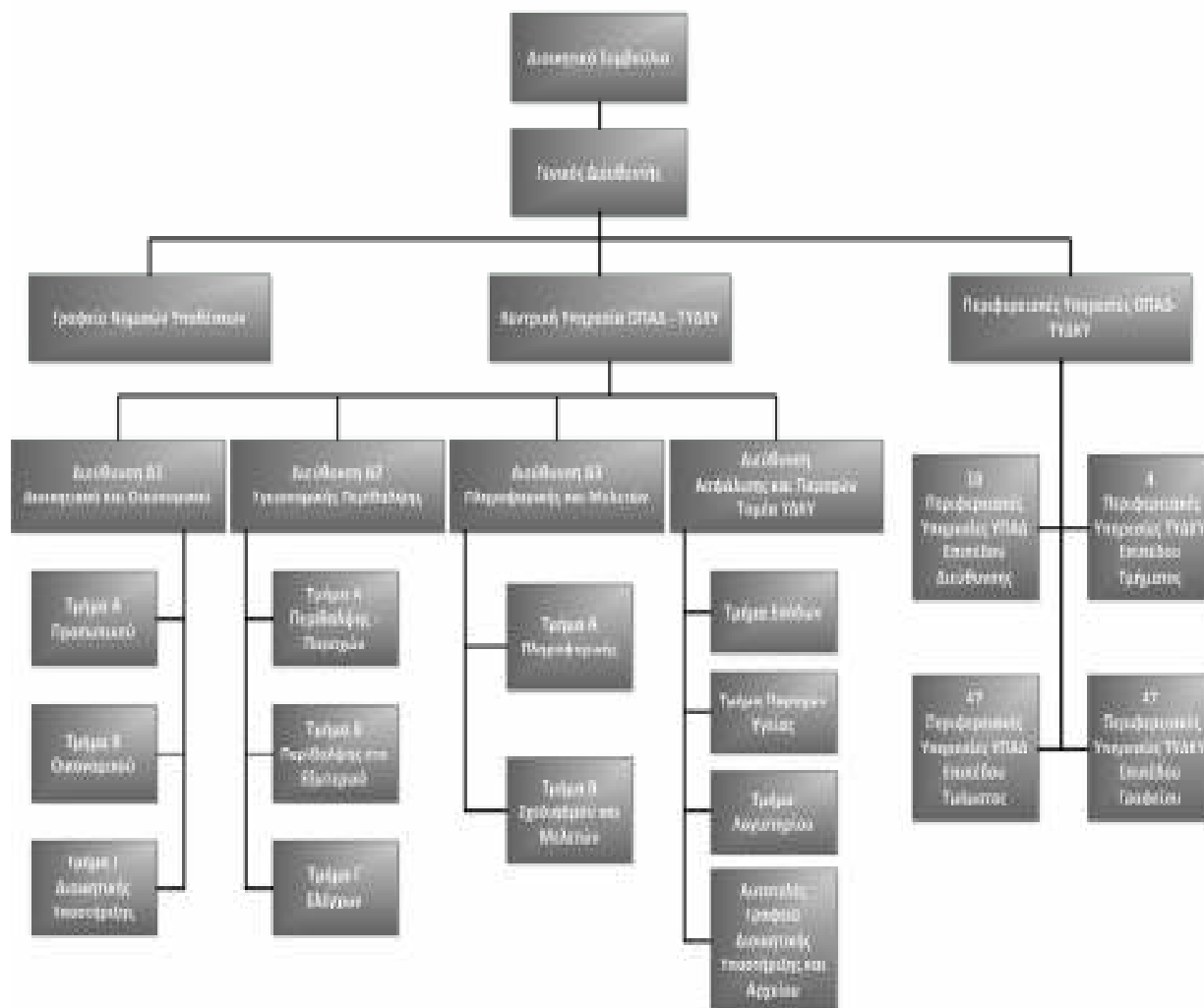
Όπως προκύπτει και από τον τίτλο του εν λόγω κεφαλαίου, στο σημείο αυτό της εργασίας μας προχωρούμε στην παράθεση των βασικών πληροφοριών και στοιχείων γύρω από τον οργανισμό στο πλαίσιο του οποίου στοχεύει η παρούσα εργασία για το ζήτημα της διαχείρισης αλλαγής. Πρόκειται δηλαδή για μια εισαγωγή του αναγνώστη στην αποστολή, λειτουργία και οργάνωση του οργανισμού υγείας, καθώς και στα σημαντικότερα σημεία στην ιστορία του οργανισμού.

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου(Ο.Π.Α.Δ) έχει επιλεγεί για τη μελέτη διαχείρισης αλλαγής κατά την υιοθέτηση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας. Διευκρινίζεται ωστόσο πως, εξαιτίας της τροποποίησης της αποστολής του παραπάνω οργανισμού και της ένταξής του στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας(Ε.Ο.Π.Υ.Υ), στοιχεία που αναλύονται στη συνέχεια του κεφαλαίου, κρίνεται απαραίτητη η παρουσίαση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ταυτόχρονα η παρουσίαση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ στην παρούσα εργασία θεωρείται επιβεβλημένη, λαμβάνοντας υπόψη την επιθυμία διεξαγωγής συμπληρωματικής, ως προς την πρώτη, μελέτης για το ζήτημα της διαχείρισης αλλαγής κατά τη λειτουργία εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας προερχόμενων από τα ασφαλιστικά ταμεία που εντάσσονται σε αυτόν.

4.2 Ο.Π.Α.Δ

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου(Ο.Π.Α.Δ) συστήνεται, όπως διατυπώνεται και στο άρθρο 6 του Ν. 2768/1999, ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου υπό την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών. Η διοίκηση του οργανισμού επαφίεται, όπως ορίζεται από τον παραπάνω ιδρυτικό νόμο, στο Διοικητικό Συμβούλιο(Δ.Σ) του οργανισμού, του οποίου ορισμένες από τις σημαντικότερες αρμοδιότητες είναι ο καθορισμός και η διαμόρφωση των στρατηγικών στόχων του οργανισμού, η εισήγηση στους εποπτεύοντες υπουργούς της λήψης μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων και η διαχείριση της ακίνητης περιουσίας του οργανισμού, σύμφωνα με το ΠΔ 52/2001. Αρχικά αποστολή του οργανισμού ήταν η οργάνωση, η παρακολούθηση και ο έλεγχος του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου, η βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας αυτής, ο έλεγχος της χρηματοδότησής της, όπως και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Αναφορικά με τους τελευταίους, σημειώνεται πως προέρχονται από το Κράτος υπό τη μορφή επιχορήγησης, μέρος της οποίας καλύπτεται από τις εισφορές των ασφαλισμένων. Στις παροχές του Ο.Π.Α.Δ (Υ.Α ΦΕΚ 213/2005/τ. Β') προς τους ασφαλισμένους του Δημοσίου περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων, η ιατρική περίθαλψη και οι διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, η νοσοκομειακή περίθαλψη, οι παρακλινικές εξετάσεις και η φαρμακευτική περίθαλψη.[18], [81], [82]

Ένα πρώτο κομβικό σημείο στην ιστορία του οργανισμού, αποτελεί η ένταξη σε αυτόν του Ταμείου Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων γνωστό και ως Τ.Υ.Δ.Κ.Υ, όπως περιγράφεται στον Ν. 3655/2008.[25] Έτσι το οργανόγραμμα του Ο.Π.Α.Δ διαμορφώνεται πλέον ως εξής:



Σχήμα 5: Το οργανόγραμμα του Ο.Π.Α.Δ, Πηγή Ο.Π.Α.Δ [80]

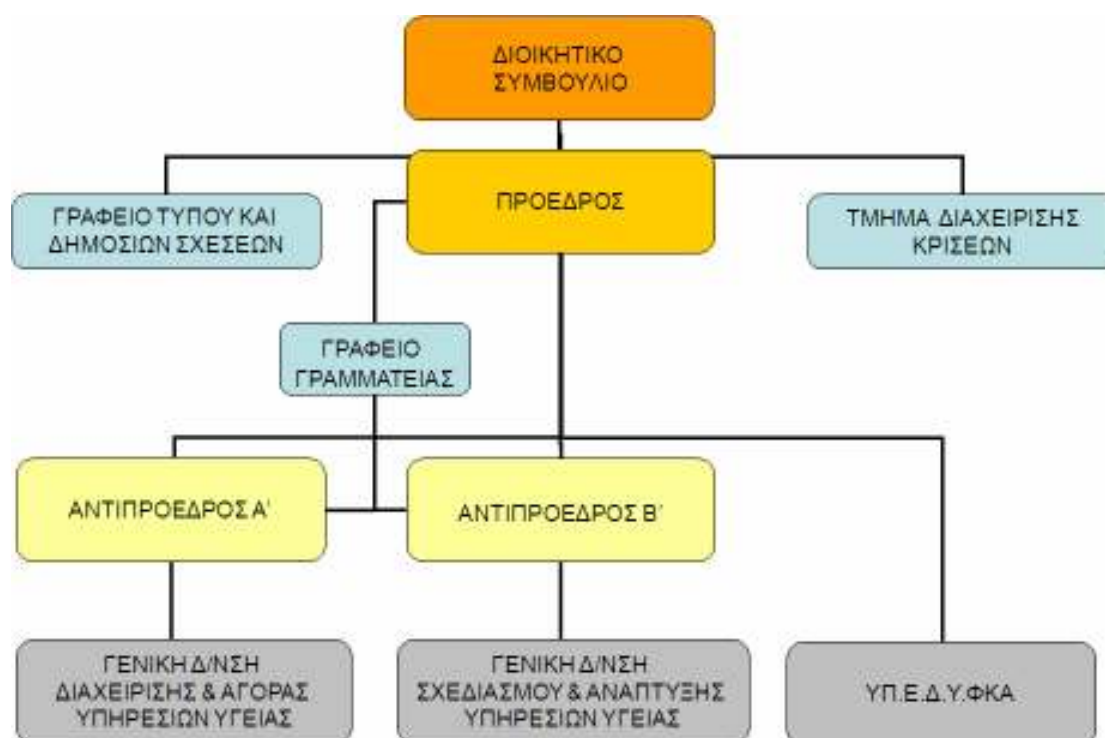
Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα η δομή του οργανισμού περιλαμβάνει την Κεντρική Υπηρεσία, το Γραφείο Νομικών Υποθέσεων και σε επίπεδο περιφερειακής συγκρότησης, 57 Περιφερειακές Υπηρεσίες Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΥΠΑΔ) για τον Ο.Π.Α.Δ και 51 Περιφερειακές Υπηρεσίες για το Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. Το 2010 ο Ο.Π.Α.Δ προχωρά στην ανάπτυξη του συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης παρακλινικών εξετάσεων e-diagnosis, το οποίο αρχικά λειτουργεί σε πιλοτικό επίπεδο (Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2010) με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τον περιορισμό των εξαιρετικά υψηλών δαπανών του. Παράλληλα, ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε) προχωρά σε πιλοτική εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων. Αξίζει να σημειωθεί πως το επικαιροποιημένο

μνημόνιο του Νοεμβρίου 2010 ορίζει την επέκταση των δύο(2) παραπάνω συστημάτων σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Με τον Ν. 3918/2011 ο Ο.Π.Α.Δ μετατρέπεται σε ασφαλιστικό ταμείο και εποπτεύεται πλέον από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, με τους πόρους να καταβάλλονται σε μηνιαία βάση από το Ελληνικό Δημόσιο. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το άρθρο 17 του ίδιου νόμου ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) στον οποίο μεταφέρεται πλέον η αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του Ο.Π.Α.Δ, συμπεριλαμβανομένου και του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. Στο πλαίσιο αυτό η νέα αποστολή του Ο.Π.Α.Δ αφορά στη μέριμνα για την απόδοση του ασφαλιστικού δικαιώματος, τη βεβαίωση αυτού, την είσπραξη των ασφαλιστικών εισφορών και την απόδοση των οριζόμενων, σύμφωνα με τη νομοθεσία, ποσοστών των εσόδων του οργανισμού στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του Δημοσίου. Τέλος, τονίζεται πως με την ένταξη του Ο.Π.Α.Δ στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, το σύστημα e-diagnosis λειτουργεί για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.[87], [51], [28]

4.3 Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Όπως αναφέραμε και παραπάνω ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας(Ε.Ο.Π.Υ.Υ) συστήνεται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με τον Ν. 3918/2011. Στο πλαίσιο αυτού του νόμου ορίζεται η μεταφορά και ένταξη στον οργανισμό σε επίπεδο υπηρεσιών, αρμοδιοτήτων αλλά και προσωπικού, του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών(Ι.Κ.Α–Ε.Τ.Α.Μ), του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων(Ο.Γ.Α), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε), καθώς και του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου(Ο.Π.Α.Δ). Αποστολή του οργανισμού είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασφαλισμένους, συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των παραπάνω μεταφερόμενων φορέων. Ορισμένες από τις παροχές υγείας

είναι: η ιατρική περίθαλψη και οι διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, οι παρακλινικές εξετάσεις, η φαρμακευτική περίθαλψη και η νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ διοικείται από τον Πρόεδρο του οργανισμού, τους δύο(2) Αντιπροέδρους και το Διοικητικό Συμβούλιο(Δ.Σ). [28] Στο σημείο αυτό παραθέτουμε το οργανόγραμμα του οργανισμού:



Σχήμα 6: Το Οργανόγραμμα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, Πηγή Ε.Ο.Π.Υ.Υ [83]

Όπως προκύπτει και από το παραπάνω σχήμα η κεντρική υπηρεσία του εν λόγω οργανισμού διακρίνεται στη Γενική Διεύθυνση Διαχείρισης και Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, τη Γενική Διεύθυνση Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας και την Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, ή εν συντομία ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. Σημειώνεται πως η τελευταία μεταφέρεται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ από την έναρξη της λειτουργίας του. Συμπληρωματικά, όπως διατυπώνεται σε Υ.Α (ΦΕΚ 3010/2011/τ. Β'), οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας των Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, Ο.Γ.Α, Ο.Α.Ε.Ε και Ο.Π.Α.Δ εντάσσονται αργότερα (από την 01.01.2012) στον οργανισμό. Αναφορικά με τη χρηματοδότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και σύμφωνα με Υ.Α η οποία έχει δημοσιευθεί στο ΦΕΚ 1233/2012/τ. Β', οι πόροι προέρχονται μεταξύ άλλων, από την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και τις εισφορές

ασφαλισμένου - εργοδότη - συνταξιούχου - ασφαλιστικού φορέα. Τέλος, υπογραμμίζεται η δυνατότητα που παρέχεται, όπως ορίζεται από τον Ν. 3918/2011, για μελλοντική μεταφορά στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, με κοινή Υπουργική Απόφαση των αρμόδιων υπουργών, και άλλων Ασφαλιστικών Οργανισμών παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.[84], [85], [28]

ΓΑΛΕΡΙΣΤΗΜΟ ΓΕΡΑΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ(CASE STUDY)

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό ουσιαστικά εισχωρούμε στον πυρήνα της παρούσας εργασίας, όπου καταγράφουμε τα αποτελέσματα κάθε μελέτης που πραγματοποιήσαμε. Όπως έχει ήδη αναφερθεί και σε παραπάνω κεφάλαια, στην εργασία μας ασχολούμαστε με την έρευνα σε επίπεδο διαχείρισης αλλαγής κατά την υιοθέτηση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας για τον Ο.Π.Α.Δ αλλά και για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Διευκρινίζεται πως τα αποτελέσματα των μελετών που εκπονήθηκαν προκύπτουν από συγκερασμό εγγράφων που συλλέχθηκαν και συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν, στη βάση της επιλεγμένης θεωρίας του John P. Kotter, από το σύνολο των θεωριών/μοντέλων που παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 2.

5.2 Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ

5.2.1 Η Κατάσταση του Ο.Π.Α.Δ

Έχοντας ήδη παρουσιάσει την ευρύτερη κατάσταση στο χώρο της οικονομίας και της υγείας στη χώρα μας στο Κεφάλαιο 1 της εν λόγω εργασίας, κρίνεται απαραίτητη για το σύνολο της μελέτης η αποτύπωση του ειδικότερου πλαισίου, της κατάστασης δηλαδή που εντοπιζόταν στον οργανισμό πριν την απόπειρα της αλλαγής και κατά την έναρξη της προσπάθειας. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες όπως και απολογισμούς του ίδιου του Ο.Π.Α.Δ, αναγνωρίζονται χρόνια προβλήματα σε επίπεδο διαχείρισης πόρων και

χρηματοδότησης αλλά και αδυναμία σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας του οργανισμού.

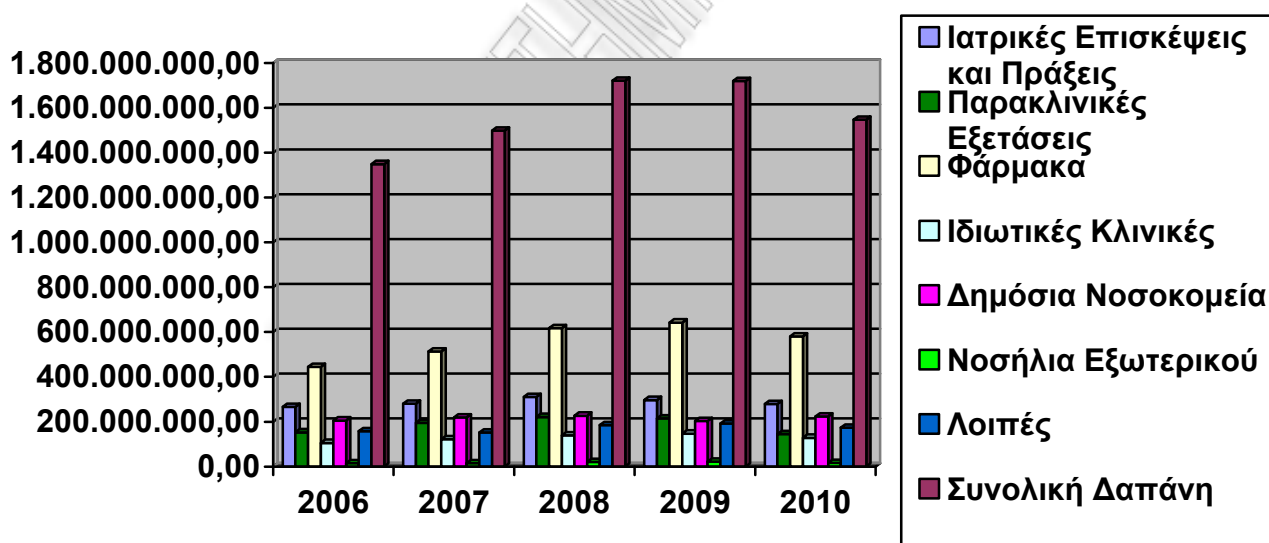
Σε πρώτη φάση εξετάζοντας το οικονομικό σκέλος των προβλημάτων, παρατηρούμε πως σημειώνονται υψηλότερες δαπάνες περίθαλψης, μεγάλες καθυστερήσεις στην καταβολή πληρωμών προς του εμπλεκόμενους φορείς και ένα σημαντικότατο έλλειμμα το οποίο έχει συσσωρευθεί στο τέλος του 2009, στοιχεία δηλαδή που ήδη καθιστούν προφανή την ανάγκη λήψης μέτρων για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του οργανισμού.[86], [87], [88] Αναλυτικότερα, στο κομμάτι των δαπανών παρατηρείται αυξητική τάση μέσα στα τελευταία χρόνια και μέχρι το 2009, με τη συνολική δαπάνη να αποτελείται από τη δαπάνη για ιατρικές επισκέψεις και πράξεις, τη δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις, τη δαπάνη για φάρμακα, τη δαπάνη για ιδιωτικές κλινικές, τη δαπάνη για δημόσια νοσοκομεία, τη δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού και άλλες (λοιπές) δαπάνες. Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται τα παραπάνω μεγέθη για το διάστημα από το 2006 έως το 2010.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Π.Α.Δ ΣΕ ΕΥΡΩ(€)					
ΕΤΟΣ	2006	2007	2008	2009	2010
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ					
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΙΣ	266.391.245,4	280.960.082,5	310.074.650	297.051.270,7	279.026.187,8
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	153.013.498,5	195.431.585,2	221.205.886,7	215.316.158,1	145.349.679,5
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	444.823.281,76	513.119.200,55	617.589.688,13	642.415.274,55	579.853.181,78
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	105.979.947,47	122.114.151,70	138.815.395,33	147.154.899,45	128.463.700,11
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ	205.544.927,36	218.769.496,63	227.130.348,95	203.758.631,85	223.788.680,06

ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ					
ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	15.231.217	15.466.704	20.471.796	21.950.744	16.251.592
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	158.041.627,35	152.582.069,62	185.156.085,35	192.081.602,29	174.017.862,29
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	1.349.025.744,84	1.498.443.290,20	1.720.443.850,46	1.719.728.580,94	1.546.750.883,54

Πίνακας 9: Δαπάνες περίθαλψης Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2006-2010, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

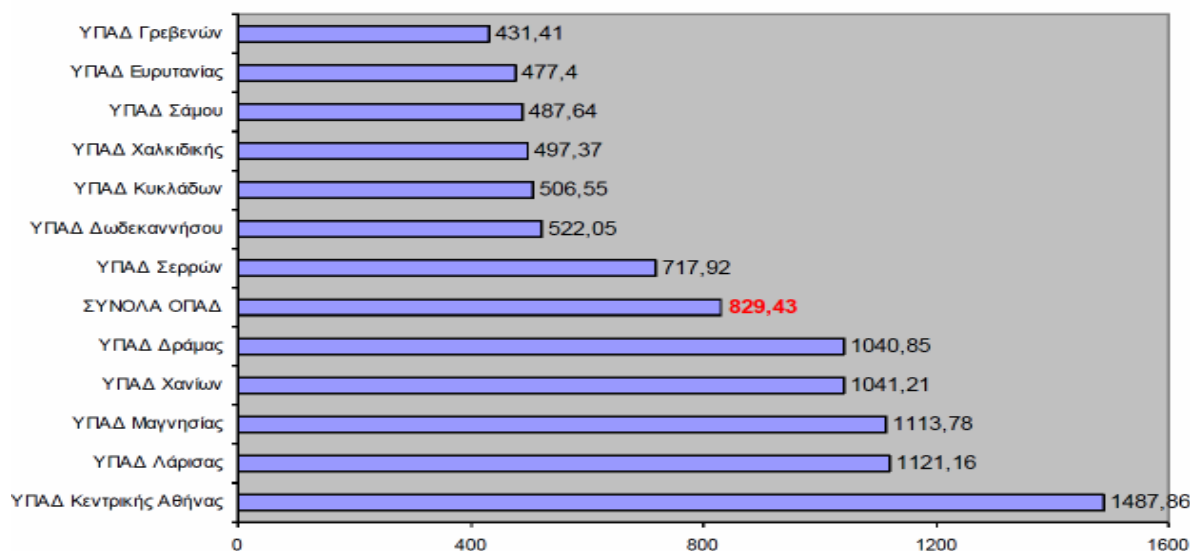
Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα αποτυπώνουμε ακολούθως σε γράφημα την εξέλιξη των δαπανών του οργανισμού κατά το διάστημα 2006-2010.



Σχήμα 7: Εξέλιξη δαπανών περίθαλψης Ο.Π.Α.Δ κατά την περίοδο 2006-2010, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

Ιδιαίτερα εντυπωσιακή είναι και η εικόνα της μέσης κατά κεφαλή δαπάνης περίθαλψης σε ευρώ για τον Ο.Π.Α.Δ, όπως αυτή αποτυπώνεται για το 2009 στο

σχήμα που ακολουθεί (Σχήμα 8). Χαρακτηριστικό στοιχείο αποτελούν οι σημαντικότερες αποκλίσεις μεταξύ των Περιφερειακών Υπηρεσιών Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου(ΥΠΑΔ) του οργανισμού.



Σχήμα 8: Μέση κατά κεφαλή δαπάνη περίθαλψης Ο.Π.Α.Δ για το 2009, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2010 [87]

Συνεχίζοντας με την παράθεση των οικονομικών ζητημάτων του οργανισμού, παρατηρούνται έντονα προβλήματα στο σκέλος των πληρωμών στις οποίες οφείλει να προχωρήσει ο Ο.Π.Α.Δ στο πλαίσιο των συμβάσεων που συνάπτει με παρόχους υγείας. Τα προβλήματα αυτά εντοπίζονται κυρίως στις σημαντικές καθυστερήσεις στην καταβολή των πληρωμών, στοιχείο που εγκυμονεί σταθερά μέσα στα τελευταία χρόνια τον κίνδυνο αποκλεισμού των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα οι καθυστερήσεις μέχρι τον Ιούνιο του 2010 προς τους παρόχους υγείας ξεπερνούν για όλες τις περιπτώσεις τους πέντε μήνες όπως φαίνεται χαρακτηριστικά και στον παρακάτω πίνακα.

ΠΑΡΟΧΟΙ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ	ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ
ΙΑΤΡΟΙ	08/2009	9 ΜΗΝΕΣ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ	08/2009	9 ΜΗΝΕΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	11/2009	6 ΜΗΝΕΣ

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	06/2009	11 ΜΗΝΕΣ
--------------------	---------	----------

Πίνακας 10: Καθυστερήσεις πληρωμών Ο.Π.Α.Δ προς τους παρόχους υγείας μέχρι τον Ιούνιο 2010, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2010 [86]

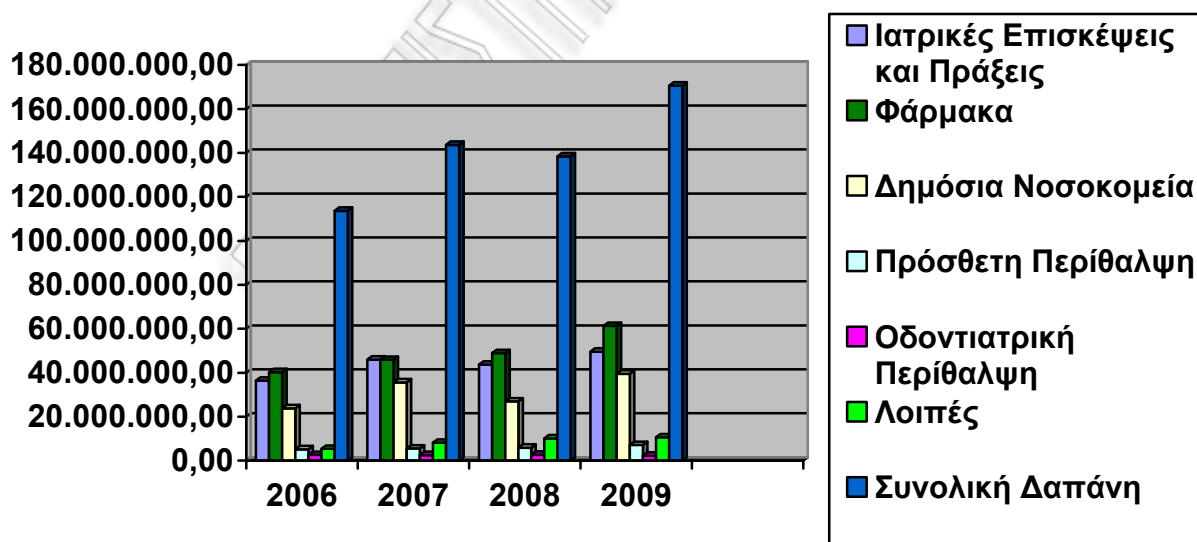
Θα πρέπει βεβαίως να διευκρινίσουμε στο σημείο αυτό πως η αδυναμία έγκαιρης καταβολής των πληρωμών φαίνεται να συνδέεται με το πρόβλημα εισροής χρηματικών πόρων στον οργανισμό, της περιστασιακής δηλαδή χρηματοδότησής του. Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως κατά την περίοδο λειτουργίας του Ο.Π.Α.Δ και μέχρι την μετατροπή του σε ασφαλιστικό ταμείο(Ν. 3918/2011) οι εισφορές των ασφαλισμένων αποδίδονται μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους μόνο μία(1) φορά το χρόνο.[86], [87], [28] Κάνοντας μια μικρή παρένθεση προκειμένου να εξετάσουμε την οικονομική κατάσταση του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ, το οποίο έχει ενταχθεί στον Ο.Π.Α.Δ από το 2008 με τον Ν. 3655/2008, εντοπίζεται σε γενικές γραμμές μια ανοδική τάση των δαπανών όπως αυτές αποτυπώνονται για την περίοδο 2006-2009.[25],

ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Τ.Υ.Δ.Κ.Υ ΣΕ ΕΥΡΩ(€)				
ΕΤΟΣ	2006	2007	2008	2009
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΙΣ	36.416.633	45.916.914	43.677.014	49.581.186
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	40.259.423	45.900.240	48.938.027	61.322.596
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	23.808.987	35.596.599	26.956.258	39.576.931
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	5.157.524	5.513.508	5.894.737	7.166.390
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ	2.604.262	2.536.252	2.736.074	2.296.257

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ				
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	5.383.127	8.181.816	10.182.943	10.653.847
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	113.629.960	143.645.332	138.385.056	170.597.211

Πίνακας 11: Δαπάνες περίθαλψης Τ.Υ.Δ.Κ.Υ την περίοδο 2006-2009, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2010 [86]

Αναφορικά με τα παραπάνω στοιχεία διευκρινίζεται πως η μείωση της συνολικής δαπάνης του οργανισμού κατά το 2008 φαίνεται να οφείλεται πρωτίστως σε μείωση της δαπάνης για νοσήλια σε δημόσια νοσοκομεία αλλά και σε μείωση, μικρότερης όμως τάξεως, της δαπάνης για ιατρική περίθαλψη δηλαδή για ιατρικές επισκέψεις και πράξεις, καθώς όλες οι άλλες δαπάνες εμφανίζουν άνοδο. Παρουσιάζοντας σχηματικά τις δαπάνες του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ μέσα στα έτη έχουμε:



Σχήμα 9: Εξέλιξη δαπανών περίθαλψης Τ.Υ.Δ.Κ.Υ κατά την περίοδο 2006-2009, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2010 [86]

Επανερχόμενοι στην ανάλυση της οικονομικής κατάστασης του Ο.Π.Α.Δ, κρίνεται απαραίτητη η αποτύπωση του ελλείμματος του οργανισμού. Έτσι το ετήσιο

έλλειμμα σε ευρώ από το 2006 έως το 2009 διαμορφώνεται, σύμφωνα με ανάλογη μελέτη, ως εξής:

ΕΤΟΣ	ΕΛΛΕΙΜΜΑ Ο.Π.Α.Δ ΣΕ ΕΥΡΩ(€)
2006	345.383.076
2007	305.560.174
2008	609.423.847
2009	506.871.788

Πίνακας 12: Έλλειμμα Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2006-2009, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2010 [87]

Τα παραπάνω ετήσια ελλείμματα, τα οποία προκύπτουν από τις αυξημένες δαπάνες του οργανισμού σε συνδυασμό με τις περιορισμένες εισροές χρηματικών πόρων, οδηγούν σε ένα συνολικό έλλειμμα για το διάστημα 2006-2009 που ξεπερνά τα 1.7 δισ. ευρώ, αγγίζοντας συγκεκριμένα το ποσό των 1.767.238.885 ευρώ, τιμή όμως που μετά τη ρύθμιση χρεών δημόσιων νοσοκομείων προσεγγίζει το 1 δισ. ευρώ και ειδικότερα εντοπίζεται στα 983.751.990 ευρώ. Το εν λόγω καθαρό έλλειμμα της προαναφερθείσας περιόδου, το οποίο συσσωρεύεται στο τέλος του 2009, μεταφέρεται αυτούσιο το 2010 επιβαρύνοντας την κατάσταση του οργανισμού.[87]

Περνώντας στα προβλήματα που εντοπίζονται στον Ο.Π.Α.Δ σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας, κατά κύριο λόγο φαίνεται πως αφορούν ζητήματα αυξημένης γραφειοκρατίας, θεσμικού πλαισίου και στελέχωσης. Ως προς τα δύο πρώτα σημεία, παρατηρείται ένα έντονα γραφειοκρατικό πλαίσιο λειτουργίας το οποίο εμποδίζει τις όποιες δράσεις στο πλαίσιο του οργανισμού, ένα πλαίσιο λειτουργίας μη αποτελεσματικό που εμφανίζει συγκεντρωτισμό στη λήψη αποφάσεων με το Διοικητικό Συμβούλιο να αναλώνει το ρόλο και το χρόνο του περισσότερο σε καθημερινές διαχειριστικές αποφάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν υπό κάποιο άλλο πιο σύγχρονο θεσμικό πλαίσιο να λαμβάνονται από στελέχη του οργανισμού, και λιγότερο σε στρατηγικές επιλογές. Ως προς το σκέλος της στελέχωσης, το 2009 καταγράφονται 1250 άτομα στο ανθρώπινο δυναμικό του Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ, αριθμός ο οποίος μειώνεται κατά 38% ήδη από την έναρξη του δεύτερου εξαμήνου

του 2010.[86], [87] Τονίζεται πως η παραπάνω σημαντική μείωση των υπαλλήλων του οργανισμού οφείλεται στην αλλαγή του πλαισίου γύρω από τις προσλήψεις, με τα αναλυτικά στοιχεία στελέχωσης για την αρχή το δευτέρου εξαμήνου του 2010 να έχουν ως εξής:

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ				
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΟΠΑΓΕΙΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΥΝΟΛΙΚΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ο.Π.Α.Δ	82	63	2	65
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Ο.Π.Α.Δ	487	353	75	428
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Τ.Υ.Δ.Κ.Υ	90	76	-	76
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Τ.Υ.Δ.Κ.Υ	233	212	-	212
ΣΥΝΟΛΟ	892	704	77	781

Πίνακας 13: Στελέχωση Ο.Π.Α.Δ κατά την έναρξη του β' εξαμήνου του 2010, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2010 [86]

Ωστόσο μέχρι το τέλος του 2010, το σύνολο των 781 ατόμων προσωπικού, σύμφωνα με τις μετρήσεις, μειώνεται περαιτέρω στα 700 άτομα και έτσι η μείωση για όλο το 2010 σε σχέση με το 2009 είναι της τάξεως του 44%.[87]

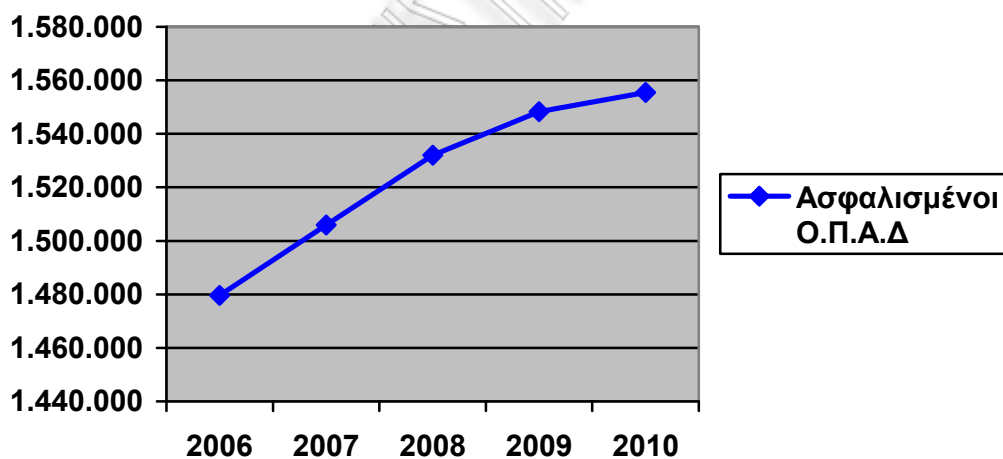
Τέλος, για να διαμορφώσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα γύρω από τον οργανισμό πρέπει να αναφερθούμε και στον αριθμό των ασφαλισμένων. Έτσι για την περίοδο 2006-2010 έχουμε:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ Ο.Π.Α.Δ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ Τ.Υ.Δ.Κ.Υ
2006	1.479.644	143.257
2007	1.505.875	149.424
2008	1.531.995	154.761
2009	1.548.338	156.009
2010	1.555.484	158.071

Πίνακας 14: Αριθμός ασφαλισμένων Ο.Π.Α.Δ και Τ.Υ.Δ.Κ.Υ την περίοδο 2006-2010,

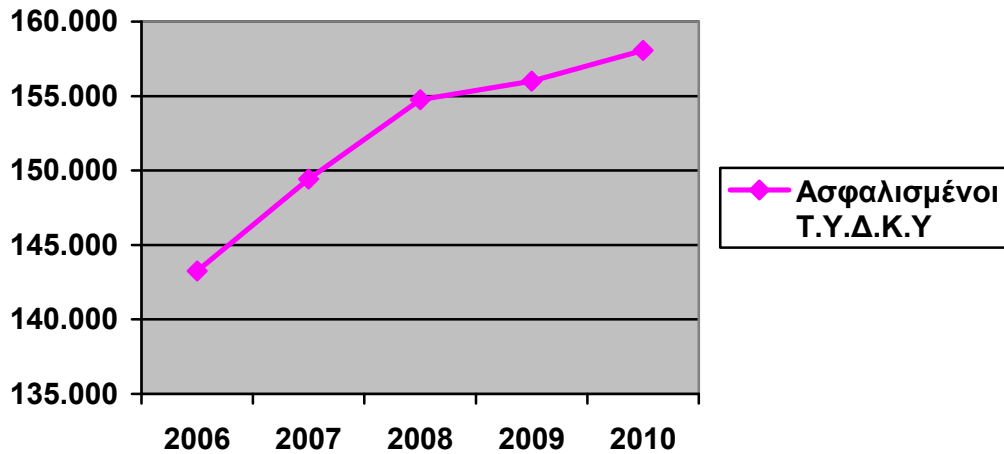
Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2012 [89]

Όπως φαίνεται και από τους αριθμούς του παραπάνω πίνακα παρατηρείται μια συνεχής αυξητική πορεία του πλήθους των ασφαλισμένων για τον τομέα δημοσίου και τον τομέα Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. Η εν λόγω πορεία αποτυπώνεται και στα παρακάτω σχήματα.



Σχήμα 10: Εξέλιξη αριθμού ασφαλισμένων του Ο.Π.Α.Δ για την περίοδο 2006-2010,

Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2012 [89]



Σχήμα 11: Εξέλιξη αριθμού ασφαλισμένων του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ για την περίοδο 2006-2010, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2012 [89]

5.2.2 Διαχείριση αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο Κεφάλαιο 3 της παρούσας εργασίας, η αξιολόγηση του ζητήματος της διαχείρισης αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ έχει προκύψει από τη συγκέντρωση δεδομένων τα οποία προήλθαν από έγγραφα που συλλέχθηκαν, από συνεντεύξεις με εκπροσώπους του οργανισμού που πραγματοποιήθηκαν, στις οποίες έγινε χρήση κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα εργασίας) και την εφαρμογή θεωρίας διαχείρισης αλλαγής. Ως προς το τελευταίο σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί πως από τις αρχικές επαφές μας με εκπρόσωπο του Ο.Π.Α.Δ προέκυψε πως ο οργανισμός δεν προχώρησε συνειδητά σε σχεδιασμό και υλοποίηση κάποιου πλάνου διαχείρισης αλλαγής. Ωστόσο μετά από συζήτηση παρατηρήθηκαν αρκετά κοινά σημεία ανάμεσα στα στάδια της θεωρίας του John P. Kotter και τις ενέργειες στις οποίες προχώρησε, ίσως και ακούσια σε ορισμένες περιπτώσεις, ο οργανισμός. Συμπερασματικά, επιλέξαμε η μελέτη μας να στηριχθεί στην εν λόγω θεωρία διαχείρισης αλλαγής, λαμβάνοντας υπόψη και τα σημαντικά πλεονεκτήματά της, όπως αυτά αποτυπώνονται στο Κεφάλαιο 2.

Πριν προχωρήσουμε όμως στην αποτύπωση και αξιολόγηση της προσπάθειας αλλαγής στο πλαίσιο της θεωρίας του Kotter, κρίνεται απαραίτητος για τη διασφάλιση ευκολότερης παρακολούθησης από την πλευρά του αναγνώστη της όλης διαδικασίας, ο εκ των προτέρων προσδιορισμός της αλλαγής που πραγματοποιήθηκε στον οργανισμό. Έτσι η αλλαγή για τον Ο.Π.Α.Δ πρακτικά περιστρέφεται γύρω από την υιοθέτηση συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης παρακλινικών εξετάσεων των ασφαλισμένων του. Αναφερόμαστε δηλαδή σε αντικατάσταση του παλαιότερου αναποτελεσματικού χειρόγραφου συστήματος, στοιχείο που οδηγεί σε αλλαγή, υπό την έννοια της βελτίωσης, της λειτουργίας του οργανισμού.

Αρχίζοντας λοιπόν την ανάλυση διευκρινίζεται πως στο σημείο αυτό μελετάμε κάθε ένα από τα οκτώ(8) στάδια της θεωρίας, δηλαδή την εδραίωση της αίσθησης επείγουσας ανάγκης, τη δημιουργία ομάδας καθοδήγησης, την ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής, τη διάδοση του οράματος της αλλαγής, την ενδυνάμωση ευρείας δράσης, τη δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών, την εδραίωση κερδών και παραγωγή περισσότερης αλλαγής και τη σταθεροποίηση νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού, προκειμένου να οδηγηθούμε σε ασφαλείς διαπιστώσεις για το εγχείρημα στο σύνολό του. Ειδικότερα, ως προς το πρώτο στάδιο από την έρευνά μας προκύπτει προσπάθεια για την εδραίωση αίσθησης επείγουσας ανάγκης. Συγκεκριμένα από την έναρξη του δευτέρου εξαμήνου του 2010 ο Ο.Π.Α.Δ, στο πλαίσιο και της αλλαγής της διοίκησης, προχωρά στην εκπόνηση διαγνωστικής μελέτης για την ακριβή αποτύπωση της συνολικής κατάστασης του οργανισμού. Από αυτή τη μελέτη προκύπτουν, σημαντικότερα χρόνια προβλήματα στα οικονομικά του οργανισμού, όπως είδαμε και παραπάνω στο παρόν κεφάλαιο, με υψηλές δαπάνες, περιορισμένες εισροές χρηματικών πόρων και ένα άκρως απειλητικό για τη βιωσιμότητα του οργανισμού συσσωρευμένο έλλειμμα, καθώς και αδυναμίες σε επίπεδο λειτουργίας και απόδοσης του οργανισμού με περιορισμένη δυνατότητα συγκέντρωσης δεδομένων και πραγματοποίησης ελέγχων για παράδειγμα αναφορικά με τη δράση των ιατρών στη βάση του χειρόγραφου συστήματος. Τα παραπάνω ζητήματα αποτυπώνονται εντός της μελέτης και σε μια ανάλυση S.W.O.T, όπου εύλογα εντάσσονται στο

κομμάτι των Αδυναμιών-Weaknesses(W), ενώ ταυτόχρονα δίνεται έμφαση και στο κομμάτι των Απειλών-Threats(T) με χαρακτηριστικά στοιχεία την άσχημη οικονομική κατάσταση της χώρας και τις συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες υγείας(για περισσότερες πληροφορίες βλ. Κεφάλαιο 1).[86]

Τα παραπάνω ζητήματα διαμορφώνουν σαφέστατα μια εικόνα κρίσης για τον οργανισμό και δημιουργούν σε πρώτο επίπεδο σημαντικό αίσθημα επείγοντος για τη διοίκηση, η οποία αντιλαμβανόμενη το μέγεθος της απειλής και το διακύβευμα δεν εφησυχάζει και δεν εμφανίζει συμπεριφορά “happy talk” ούτε απέναντι στους υπαλλήλους του οργανισμού ούτε απέναντι στους παρόχους υγείας και ιδιαίτερα τους ιατρούς. Αντίθετα η διοίκηση προχωρά στη δημοσιοποίηση της μελέτης και των αποτελεσμάτων της στο site του οργανισμού, αποστέλλει ενημερωτικά e-mail σχετικά με το επείγον της κατάστασης προς τους υπαλλήλους του οργανισμού και τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας, με τους οποίους(υπάλληλοι και ιατρικοί σύλλογοι) προχωρά και στη διενέργεια συζητήσεων. Χαρακτηριστικό είναι πως μετά από σχετική ερώτηση που απευθύναμε προς τους τέσσερις(4) υπαλλήλους του οργανισμού με τους οποίους επικοινωνήσαμε σχετικά με το ποσοστό της διοίκησης που πίστευε στην αναγκαιότητα της αλλαγής, παρατηρήθηκε απόλυτη συμφωνία στο πλαίσιο του συνόλου(100%) της διοίκησης. Ταυτόχρονα όμως διαπιστώθηκε πως δεν υπήρχε ο απαραίτητος χρόνος για εδραίωση σε μεγάλο βαθμό, παρά τις προσπάθειες της διοίκησης, αίσθησης επείγουσας ανάγκης στους εργαζόμενους του οργανισμού και τους ιατρούς πριν τη λήψη της απόφασης για εκκίνηση της προσπάθειας αλλαγής, καθώς συμπληρωματικά με όσα έχουμε ήδη δει, σημειώνεται μεγάλη πίεση σε επίπεδο τήρησης των μνημονιακών δεσμεύσεων. Συγκεκριμένα την περίοδο αυτή το ποσοστό εδραίωσης για τους εργαζόμενους φαίνεται πως βρίσκεται στο 24% ενώ για τους ιατρούς ακόμα χαμηλότερα. Γενικότερα ο περιορισμένος χρόνος που έχει στη διάθεσή του ο οργανισμός θα μας απασχολήσει και στα επόμενα στάδια της διαχείρισης αλλαγής.

Κάπως έτσι περνάμε στο δεύτερο στάδιο της διαχείρισης αλλαγής, δηλαδή τη δημιουργία ομάδας καθοδήγησης, το οποίο όμως φαίνεται να εξελίσσεται σε κάποιο βαθμό εκ παραλλήλου με το τρίτο στάδιο, δηλαδή την ανάπτυξη οράματος

και στρατηγικής. Συγκεκριμένα μετά από τις μεγάλες πιέσεις τόσο από το εξωτερικό όσο και από το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού με τις απειλές και τις αδυναμίες αντίστοιχα, η διοίκηση του οργανισμού έχοντας αντιληφθεί πλήρως την αναγκαιότητα της αλλαγής αρχίζει να διαμορφώνει το όραμα, το οποίο εντοπίζεται στη διαμόρφωση ενός Ο.Π.Α.Δ ο οποίος θα εμφανίζει λιγότερες δαπάνες, θα ελέγχει τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών ως προς τα παραπεμπτικά και θα παρέχει καλύτερες υπηρεσίες προς τους πολίτες, τους υπαλλήλους του και τους συμβεβλημένους με αυτόν παρόχους υγείας. Στο εν λόγω όραμα δεν εντοπίζουμε κάποιο σημαντικό πρόβλημα και μάλιστα θα το χαρακτηρίζαμε ως αποτελεσματικό καθώς, παρουσιάζει τη μελλοντική εικόνα του οργανισμού, είναι επιθυμητό, εμπεριέχει ρεαλιστικούς στόχους, είναι σαφές, εμφανίζει σχετική ευελιξία και δεν παρουσιάζει δυσκολία μετάδοσης. Ήδη από τη διατύπωση του οράματος διαφαίνεται η ανάγκη δημιουργίας ομάδας καθοδήγησης, ανάγκη η οποία ισχυροποιείται από τη διαμόρφωση στρατηγικής. Ειδικότερα η τελευταία επικεντρώνεται στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη συστήματος ηλεκτρονικής υγείας για την καταγραφή και παρακολούθηση παρακλινικών εξετάσεων. Στο πλαίσιο αυτό ο οργανισμός απευθύνεται σε συνεργαζόμενη με αυτόν Τράπεζα ζητώντας τη συνδρομή της στο έργο, η οποία με τη σειρά της παραπέμπει σε εξειδικευμένη εταιρία. Στο σημείο αυτό εντοπίζονται οι πρώτες ενέργειες για τη δημιουργία της ομάδας καθοδήγησης, στην οποία μετά την υπογραφή τριμερούς σύμβασης ανάμεσα στον Ο.Π.Α.Δ, την Τράπεζα και την εταιρία εκτός από τους δύο υπαλλήλους του οργανισμού εισάγεται και εκπρόσωπος της εταιρίας. Σημειώνεται πως στην απόφαση για outsourcing της ανάπτυξης του συστήματος, καθοριστικός ήταν ο ρόλος της ύπαρξης περιορισμένων πόρων από την πλευρά του οργανισμού, ζήτημα που αντιμετωπίστηκε με την ανάληψη από την Τράπεζα της δαπάνης του έργου, καθώς και η αδυναμία για υλοποίηση ανάλογων έργων από τον οργανισμό σύμφωνα με το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο, εμπόδιο που προσπελάστηκε με τη συμμετοχή της εταιρίας.

Εν τέλει η ομάδα καθοδήγησης αποτελείται πλέον από τρία(3) μέλη, δύο προερχόμενα από τον οργανισμό, τα οποία ειδικότερα κατέχουν θέσεις συμβούλων του Διοικητικού Συμβουλίου του οργανισμού και ένα από την εταιρία

λειτουργώντας ως εκπρόσωπός της. Τα εν λόγω μέλη πέραν από τη συνολική συμμετοχή τους στην προσπάθεια διαχείρισης αλλαγής, εμφανίζουν εξειδικευμένες αρμοδιότητες και συγκεκριμένα για τον πρώτο σύμβουλο του Δ.Σ υφίσταται ως αρμοδιότητα η οικονομική παρακολούθηση του έργου και των αποτελεσμάτων του, για τον δεύτερο σύμβουλο η παρακολούθηση σε τεχνικό επίπεδο του έργου και των αποτελεσμάτων του και για τον εκπρόσωπο της εταιρίας η επικοινωνία σε επίπεδο έργου με ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα. Διευκρινίζεται πως η επικοινωνία συνολικά της αλλαγής επαφίεται και στα τρία μέλη, με τους δύο συμβούλους να εμφανίζουν πιο ενεργό ρόλο στην επικοινωνία με τους υπαλλήλους του οργανισμού. Επιπλέον υπογραμμίζεται πως παρατηρείται μεγάλη συνεργασία μεταξύ ομάδας καθοδήγησης και Δ.Σ κατά τη διάρκεια της όλης προσπάθειας, με το τελευταίο να εγκρίνει ενέργειες της ομάδας και να επικυρώνει αποφάσεις. Εξετάζοντας την καταλληλότητα της ομάδας καθοδήγησης το αποτέλεσμα εκτιμάται ως ικανοποιητικό καθώς τα μέλη που επιλέχθηκαν για αυτή φαίνεται πως κατέχουν θέση ισχύος στον οργανισμό και ιδιαίτερα οι δύο(2) σύμβουλοι, διαθέτουν την απαραίτητη εμπειρία καλύπτοντας σφαιρικά το ζήτημα, είναι αξιόπιστα -με τον εκπρόσωπο της εταιρίας να μην αντιμετωπίζεται σε καμία περίπτωση με δυσπιστία και διάθεση αμφισβήτησης του κύρους του λόγω της προέλευσής του από χώρο εκτός του οργανισμού- στοιχείο που μεταδίδεται στο σύνολο της ομάδας, ενώ παράλληλα παρατηρείται και ικανότητα ηγεσίας από τα τρία(3) μέλη όπως προκύπτει και εκ του αποτελέσματος. Επιπρόσθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει ζήτημα μη εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας καθοδήγησης κατά τη δημιουργία της αλλά και σε όλη τη διάρκεια της δράσης της, αντιθέτως το κλίμα είναι ιδιαίτερα θετικό από τις πρώτες συναντήσεις της ομάδας, με την ομάδα να «δένει» και να δρα γρήγορα στη βάση του κοινού στόχου. Τα μέλη της ομάδας συγκεκριμένα είναι προσηλωμένα στη βελτίωση της λειτουργίας του Ο.Π.Α.Δ και όχι στην αυτοπροβολή και ατομική επαγγελματική ανέλιξή τους.

Αναφορικά με το τέταρτο στάδιο της θεωρίας παρατηρείται προσπάθεια από την πλευρά του οργανισμού και την ομάδα καθοδήγησης ειδικότερα, για τη διασφάλιση της αποτελεσματικής διάδοσης του οράματος. Θα πρέπει στο σημείο αυτό να διευκρινίσουμε πως δεν έχουμε ενδείξεις περί πολυπλοκότητας του μηνύματος ενώ

ταυτόχρονα έμφαση φαίνεται να δίνεται στο σκέλος της επικοινωνίας του οράματος και στο μέσο υλοποίησής του. Αναλυτικότερα χρησιμοποιείται πλήθος καναλιών για τη διάδοσή του, με αποδέκτες του μηνύματος όχι μόνο τους εργαζόμενους και το εσωτερικό περιβάλλον του Ο.Π.Α.Δ, αλλά και τους παρόχους υγείας και το ευρύ κοινό/πολίτες το οποίο αποτελεί τον τελικό αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας. Έτσι πραγματοποιούνται συσκέψεις τόσο στο εσωτερικό του οργανισμού όσο και με τη συμμετοχή των εμπλεκόμενων φορέων όπως οι ιατρικοί σύλλογοι, από τις οποίες η ομάδα καθοδήγησης γίνεται αποδέκτης προτάσεων και απόψεων και αποστέλλονται ενημερωτικά σημειώματα προς υπαλλήλους και ιατρούς. Παράλληλα χρησιμοποιούνται τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης(MME), όπως τα έντυπα, οι εφημερίδες και η τηλεόραση, στα οποία αποστέλλονται δελτία τύπου με τα έντυπα και τις εφημερίδες να εκδίδουν δημοσιεύματα γύρω από το θέμα και να παραθέτουν συνεντεύξεις, οι οποίες έχουν και τηλεοπτικό χαρακτήρα με την συμμετοχή και του προέδρου του οργανισμού. Τέλος, συμμετοχή στη διάδοση του οράματος έχουν και οι ανακοινώσεις που εμφανίζονται στην ιστοσελίδα του οργανισμού. Εξετάζοντας τη συχνότητα αναφοράς του οράματος, τα 3/4 των ερωτηθέντων τη χαρακτήρισαν ως μεγάλη, με τους δύο να αποτελούν μέλη της ομάδας καθοδήγησης και τον τελευταίο να είναι απλός υπάλληλος του οργανισμού, ενώ χαρακτηρίστηκε ως μέτρια από τον έναν από τους τέσσερις ερωτηθέντες(1/4). Ωστόσο και οι τέσσερις ερωτηθέντες του οργανισμού συμφώνησαν πως η διοίκηση ήταν «πιστή» στο όραμα της αλλαγής καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας χωρίς να ενεργεί αντίθετα προς αυτό, στοιχείο που επιβεβαιώνεται και από το γεγονός πως παρά τις πιέσεις που δέχτηκε και τις αντιδράσεις που υπήρχαν καθώς και τη δυσκολία του εγχειρήματος, η αλλαγή στον οργανισμό πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή του συστήματος e-diagnosis και το όραμα εκ του αποτελέσματος φαίνεται πως υλοποιήθηκε. Περισσότερα για τις αντιδράσεις θα αναφέρουμε στο επόμενο στάδιο.

Συνεχίζοντας την ανάλυση της μελέτης περίπτωσης με το πέμπτο στάδιο επικεντρωνόμαστε στις ενέργειες στις οποίες προχώρησε ο οργανισμός για την απομάκρυνση εμποδίων. Ένα βασικό πρόβλημα που εντοπίζεται στο σημείο αυτό είναι η αδυναμία εκπαίδευσης των χρηστών στο νέο σύστημα, το οποίο κατά βάση

απορρέει από τον περιορισμένο χρόνο που είχε στη διάθεσή του ο οργανισμός και την ταχύτατη υλοποίηση και εφαρμογή του συστήματος e-diagnosis. Συγκεκριμένα το σύστημα τίθεται σε λειτουργία σε πιλοτικό επίπεδο ήδη από τον Σεπτέμβριο του 2010.[87] Βεβαίως η μη ικανοποίηση της ανάγκης εκπαίδευσης των χρηστών, φαίνεται να οδηγεί σε μια αρκετά επικίνδυνη κατάσταση με ουσιαστική δυσκολία προσαρμογής των χρηστών στις νέες συνθήκες, με μοναδικά σημεία εξομάλυνσης την ύπαρξη τηλεφωνικής υποστήριξης(help desk) και το διαθέσιμο, μέσω της ιστοσελίδας, εγχειρίδιο χρήσης της εφαρμογής. Θα πρέπει να διευκρινίσουμε εδώ πως στους χρήστες του e-diagnosis δεν περιλαμβάνονται οι υπάλληλοι του Ο.Π.Α.Δ, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει πως δεν επηρεάζονται από αυτό, γεγονός που υπογραμμίζεται και από την αντίδρασή τους. Από την πιλοτική λειτουργία του συστήματος οι υπάλληλοι γίνονται αποδέκτες μεγάλης πίεσης από το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού καθώς αποτελούν την πρώτη «γραμμή άμυνας» για τον πυρήνα του, με την πίεση αυτή να ερμηνεύεται κυρίως σε αντιδράσεις του ιατρικού σώματος το οποίο είτε αντιμετωπίζει προβλήματα χρήσης του συστήματος είτε απλώς εμφανίζει αρνητισμό στη χρήση του και αντίσταση στο εγχείρημα. Στις αντιδράσεις των υπαλλήλων πρέπει να προσθέσουμε και αυτές που προκύπτουν από τη δυσκολία διαχείρισης των νέων εκτυπωμένων συνταγών(άλλη μορφή/άλλη κωδικοποίηση). Παράλληλα στο εσωτερικό του οργανισμού παρατηρείται ανησυχία και ακολούθως αντίδραση στο πλαίσιο της νομικής κάλυψης αναφορικά με τη λειτουργία του συστήματος, η οποία όμως αντιμετωπίζεται με τη δημοσίευση του Ν. 3892/2010 για την ηλεκτρονική καταχώρηση παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων.[27] Σημειώνουμε πως ο εν λόγω νόμος καλύπτει και το κομμάτι της ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης ιατρικών συνταγών. Οι αντιδράσεις των υπαλλήλων, όπως αυτές περιγράφηκαν παραπάνω αντιμετωπίζονται μέσω επικοινωνίας. Ειδικότερα πραγματοποιούνται συζητήσεις στο πλαίσιο των οποίων σημειώνεται προσπάθεια ενθάρρυνσης των υπαλλήλων. Τέλος, οι αντιδράσεις των ιατρών που αφορούν σε προβλήματα χρήσης του συστήματος αντιμετωπίζονται μέσω του help desk, αλλά και με επεμβάσεις στο σύστημα όπου είναι απαραίτητο, ενώ αντιδράσεις για την ύπαρξη του συστήματος εν γένει, πέραν των ενεργειών διάδοσης του οράματος και του μέσου υλοποίησής του, κατά βάση αγνοούνται.

Εκτός από τα παραπάνω, στο πλαίσιο της μελέτης εξετάσαμε και κατά πόσον την περίοδο εκείνη υπάρχουν άλλα συστήματα εντός του οργανισμού τα οποία είναι ενδεχομένως σε θέση να εμποδίσουν την εφαρμογή του οράματος. Γενικότερα παράλληλα με το e-diagnosis στον Ο.Π.Α.Δ λειτουργούν εφαρμογές οι οποίες χρησιμοποιούνται από υπηρεσιακούς παράγοντες της Κεντρικής Υπηρεσίας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών(ΥΠΑΔ) του οργανισμού όπως Πρωτόκολλο, Δημόσιο Λογιστικό και Εφαρμογή Διαχείρισης του Προϋπολογισμού του Οργανισμού, Μισθοδοσία - Διαχείριση Προσωπικού, Ενιαίο Μητρώο Ασφαλισμένων Δημοσίου(Ε.Μ.Α.Δ), Εφαρμογή Διαχείρισης Αποθήκης Βιβλιαρίων, Σύστημα Διοικητικής Πληροφόρησης και Εφαρμογή Intranet για ενδοϋπηρεσιακές ανάγκες. Τονίζεται πως καμία από τις παραπάνω εφαρμογές δεν αλληλεπιδρά στον οποιοδήποτε βαθμό με το e-diagnosis και δεν απαιτείται η προσαρμογή της σε αυτό και στο όραμα. Επιπρόσθετα, εντοπίζονται συστήματα τα οποία χρησιμοποιούνται από τους προμηθευτές του οργανισμού και είναι τα: e-κλινικές και e-syntagografisi. Σχετικά με το πρώτο, το οποίο αφορά στην καταγραφή των εισαγωγών (κανονικές και έκτακτες) των ασφαλισμένων του Ο.Π.Α.Δ σε συμβεβλημένους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, διευκρινίζεται πως δεν εφαρμόζεται πέραν της πιλοτικής λειτουργίας του και δεν εμφανίζει όπως και οι παραπάνω εφαρμογές αλληλεπίδραση με το e-diagnosis. Αντίθετα, το μοναδικό σημείο επαφής μεταξύ των e-diagnosis και e-syntagografisi, το οποίο όμως δεν μπορούμε να χαρακτηρίσουμε ως εμπόδιο, είναι το κοινό username και password για την πρόσβαση των χρηστών, ενέργεια που πραγματοποιείται κατά την κανονική λειτουργία του e-diagnosis τον Μάιο του 2011 μετά από απόφαση του αρμόδιου Υπουργείου, με τη συνδρομή της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης γνωστή και ως Η.ΔΙ.Κ.Α Α.Ε.(Εθνικό Μητρώο ΑΜΚΑ).

Το έκτο στάδιο της θεωρίας δηλαδή η δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών, φέρει ιδιαίτερη βαρύτητα για τον οργανισμό και την ομάδα καθοδήγησης. Εξαιτίας της μεγάλης πίεσης που δέχεται ο Ο.Π.Α.Δ από το εξωτερικό του περιβάλλον, η ύπαρξη δεδομένων που υποδηλώνουν τη βιωσιμότητα και την καλή απόδοση του εγχειρήματος της αλλαγής είναι εξαιρετικά σημαντικά τόσο για τη βελτίωση του κλίματος στο εσωτερικό του οργανισμού και την ενθάρρυνση των εμπλεκόμενων

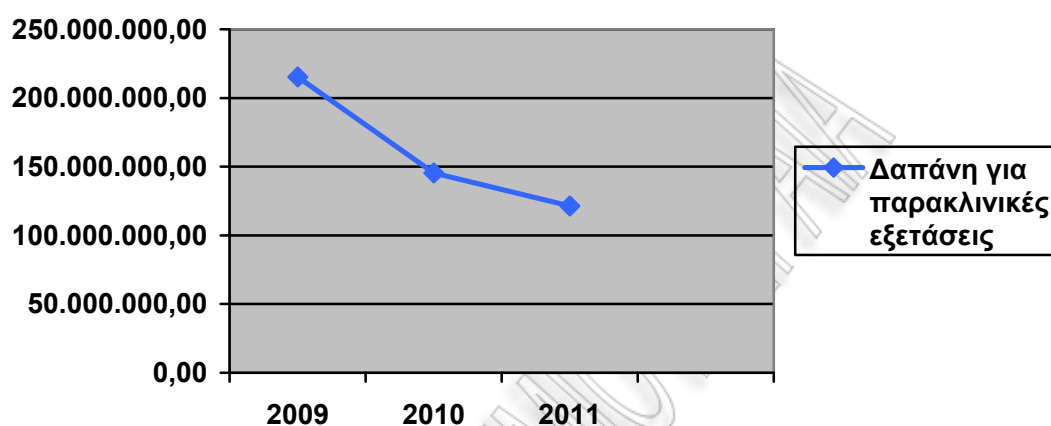
μερών όσο και για την ικανοποίηση των εξωτερικών προς τον οργανισμό οντοτήτων όπως για παράδειγμα η Κυβέρνηση και η Τρόικα. Ειδικότερα οι βραχυπρόθεσμες επιτυχίες που προκύπτουν στη μελέτη μας από τη λειτουργία του e-diagnosis εντοπίζονται κυρίως στη μείωση των δαπανών του Ο.Π.Α.Δ που προέρχονται από τα παραπεμπτικά. Ήδη από την πιλοτική φάση της λειτουργίας του και τις τελευταίες βελτιώσεις, το σύστημα παράγει σύνολο δεδομένων τα οποία είναι εξαιρετικά χρήσιμα κατά τη διενέργεια ελέγχων, ενώ παράλληλα λειτουργεί αποτρεπτικά σε ενέργειες υπερσυνταγογράφησης και σε ενέργειες κατευθυνόμενης συνταγογράφησης στη βάση των παραπεμπτικών. Τα δεδομένα αυτά είναι τα παραπεμπτικά που έχουν εκδοθεί, ο συνολικός αριθμός των παρακλινικών εξετάσεων, οι ασφαλισμένοι που εξυπηρετήθηκαν, ο μέσος όρος εξετάσεων ανά παραπεμπτικό, η μέγιστη και η ελάχιστη αξία παραπεμπτικού που καταγράφηκε, η μέση δαπάνη ανά παραπεμπτικό, η μέση δαπάνη ανά εξέταση, η μέση δαπάνη ανά ασφαλισμένο, η συχνότητα παραπομπής ανά εξέταση, το ύψος της δαπάνης ανά εξέταση, ιατρό και ασφαλισμένο και τέλος η μέση δαπάνη ανά ειδικότητα ιατρού.[87] Αξίζει να σημειώσουμε πως ο πρόεδρος του Ο.Π.Α.Δ κατά τη λειτουργία του συστήματος έχει ενεργό ρόλο στην παρακολούθηση της δαπάνης του οργανισμού, η οποία αποτυπώνεται σε σχετικές αναφορές προς ενημέρωση των εργαζομένων, των ιατρών και του κοινού. Όπως έχουμε ήδη δει στις αρχές του παρόντος κεφαλαίου, μείωση στη δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις στον Ο.Π.Α.Δ διαπιστώνεται από το 2010 κατά την πιλοτική εφαρμογή του συστήματος, σε σχέση με το προηγούμενο έτος, η οποία συμβάλλει και στη μείωση της συνολικής δαπάνης του οργανισμού. Με την είσοδο του 2011, έτος στο οποίο υφίσταται η καθ' όλα κανονική λειτουργία του e-diagnosis, η μείωση της δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις συνεχίζεται, όπως και η μείωση της συνολικής δαπάνης του Ο.Π.Α.Δ.[88]

ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Π.Α.Δ ΣΕ ΕΥΡΩ(€)		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
ΕΤΟΣ		
2009	215.316.158,1	1.719.728.580,94
2010	145.349.679,5	1.546.750.883,54

2011	121.328.266,4	1.403.365.243,90
------	---------------	------------------

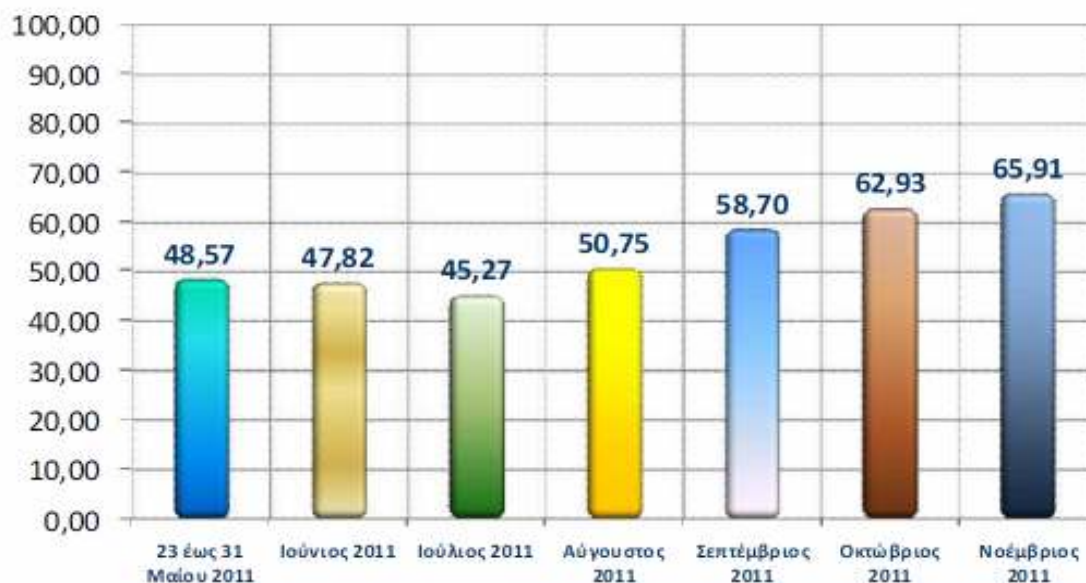
Πίνακας 15: Διαμόρφωση δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις και συνολικής δαπάνης για τον Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2009-2011, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνεται η πτωτική τάση της δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις.



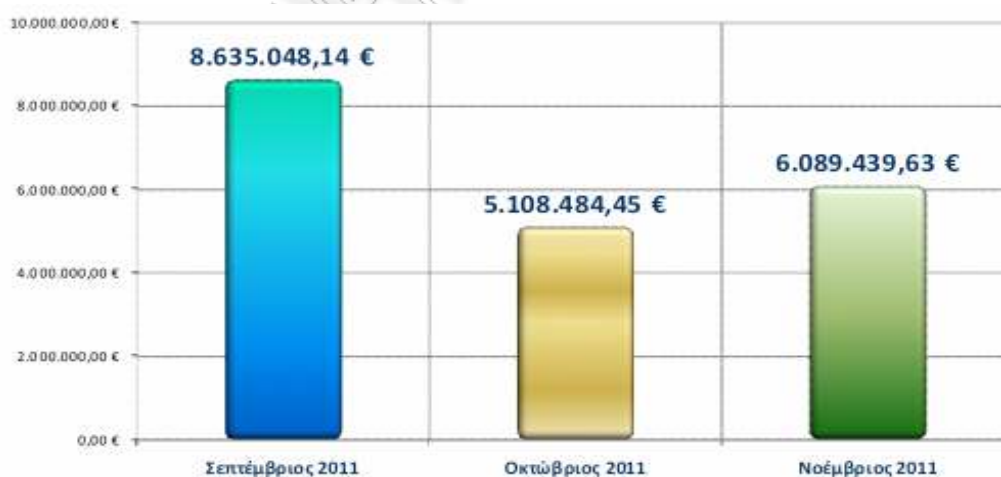
Σχήμα 12: Εξέλιξη δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις για τον Ο.Π.Α.Δ την περίοδο 2009-2011, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

Τα διαθέσιμα στοιχεία για το 2011 δείχνουν ειδικότερα πως διαμορφώνεται η μέση δαπάνη ανά παραπεμπτικό από το τελευταίο δεκαήμερο περίπου του Μαΐου έως το Νοέμβριο και αποτυπώνονται στο σχήμα που ακολουθεί.



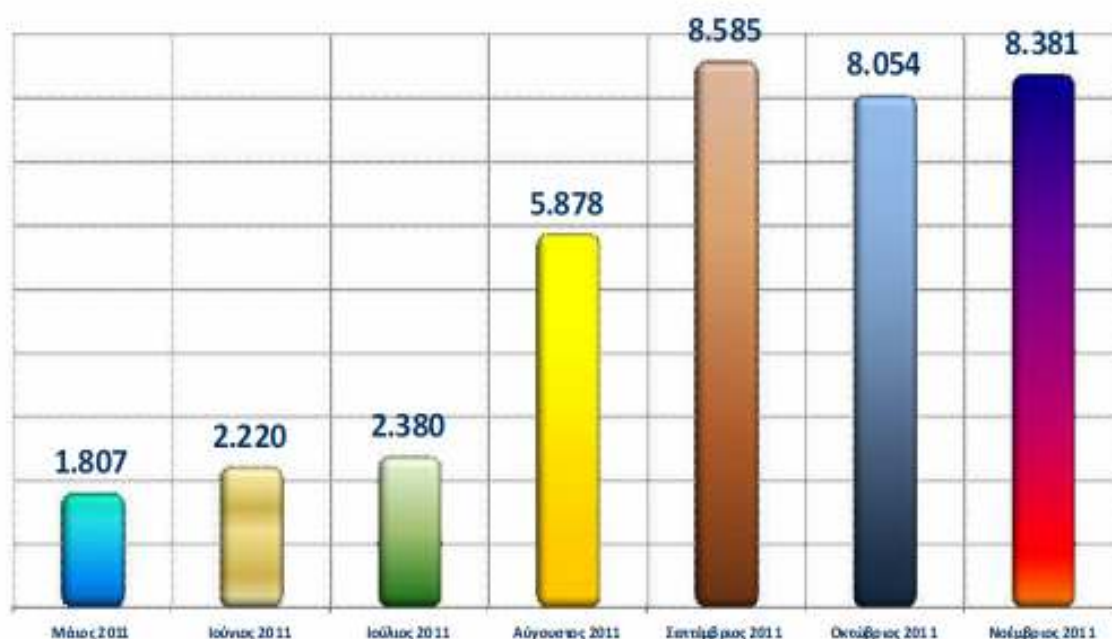
Σχήμα 13: Εξέλιξη δαπάνης ανά παραπεμπτικό την περίοδο Μάιος-Νοέμβριος 2011, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

Διευκρινίζεται πως η μέση δαπάνη ανά παραπεμπτικό του e-diagnosis εμφανίζεται μειωμένη κατά 40% σε σχέση με τα αντίστοιχα χειρόγραφα(χειρόγραφο σύστημα). Συγκεκριμένα για το τρίμηνο Σεπτεμβρίου – Νοεμβρίου 2011, η συνολική δαπάνη παραπεμπτικών διαμορφώνεται ως εξής:



Σχήμα 14: Συνολική δαπάνη παραπεμπτικών την περίοδο Σεπτέμβριος-Νοέμβριος 2011, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

Υπογραμμίζεται πως το σύστημα e-diagnosis χρησιμοποιείται κατά το παραπάνω τρίμηνο σε τέτοιο βαθμό που καλύπτει πάνω από το 60% της δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις. Παράλληλα με τα παραπάνω θα πρέπει να σημειώσουμε πως παρατηρείται περιορισμός των αποκλίσεων της μέσης δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις μεταξύ των Περιφερειακών Υπηρεσιών Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου(ΥΠΑΔ) του οργανισμού.[88] Τέλος αξίζει να δούμε τα επίπεδα στα οποία κυμαίνεται ο αριθμός των ιατρών που χρησιμοποιούν το σύστημα εντός του 2011. Όπως προκύπτει από το παρακάτω σχήμα, ο αριθμός των ιατρών αυξάνεται σχεδόν συνεχώς(μικρή διακύμανση μεταξύ Σεπτεμβρίου και Νοεμβρίου) γεγονός που υποδηλώνει την αυξανόμενη αποδοχή και προσαρμογή στο νέο σύστημα.



Σχήμα 15: Εξέλιξη αριθμού ιατρών-χρηστών του e-diagnosis την περίοδο Μάιος-Νοέμβριος 2011, Πηγή Ο.Π.Α.Δ 2011 [88]

Κάπου εδώ φτάνουμε στο έβδομο στάδιο της διαχείρισης αλλαγής για την εδραίωση κερδών και παραγωγή περισσότερης αλλαγής. Όπως έχουμε δει και στη θεωρία το κύριο ζήτημα που μας απασχολεί εδώ είναι η δημιουργία συνθηκών χαλάρωσης στον οργανισμό και ο περιορισμός της αίσθησης επείγουσας ανάγκης.

Το παραπάνω σενάριο δε φαίνεται να έγινε πραγματικότητα στην περίπτωση που μελετάμε, καθώς δεν επιβεβαιώνεται ούτε από τα στοιχεία που συλλέξαμε ούτε από τις απόψεις των τεσσάρων ερωτηθέντων. Αναλύοντας περισσότερο το θέμα παρατηρούμε πως πέραν από την ομάδα καθοδήγησης, πλήθος άλλων «ομάδων» συνδράμει στην προσπάθεια αλλαγής όπως η διοίκηση του οργανισμού, οι υπάλληλοι του Ο.Π.Α.Δ, οι ιατρικοί σύλλογοι αλλά και το τηλεφωνικό κέντρο. Συγκεκριμένα ως προς τις ομάδες εσωτερικά του οργανισμού, η συνδρομή της διοίκησης εντοπίζεται στη διατήρηση του οράματος και της αίσθησης επείγουσας ανάγκης για την προσπάθεια αλλαγής και συμπληρώνεται από τη συνδρομή των υπαλλήλων, οι οποίοι στηριζόμενοι στην εμπειρία τους παρέχουν συμβουλές και προτείνουν βελτιώσεις προς την ομάδα καθοδήγησης στο πλαίσιο της προσπάθειας. Με τη σειρά τους οι ιατρικοί σύλλογοι συμβάλλουν ουσιαστικά στην αλλαγή, παρά το δισταγμό τους απέναντι στο εγχείρημα και ίσως χωρίς να το συνειδητοποιούν απόλυτα, ενημερώνοντας τα μέλη τους για τις όποιες εξελίξεις, ενημερώνοντας τον οργανισμό για τυχόν προβλήματα και διατυπώνοντας προτάσεις βελτίωσης. Τέλος, το τηλεφωνικό κέντρο βοηθά σημαντικά στην επικοινωνία με το κοινό λαμβάνοντας ανατροφοδότηση και καταγράφοντας προβλήματα από τις κλήσεις που δέχεται τα οποία τίθενται υπόψη της ομάδας καθοδήγησης. Διευκρινίζεται σε αυτό το σημείο πως η ομάδα καθοδήγησης παρά τις βραχυπρόθεσμες επιτυχίες που σημειώθηκαν, δεν προχωρά σε νέα μεγαλύτερα σχέδια αλλαγής, αλλά παραμένει επικεντρωμένη στο σχέδιο υλοποίησης του οράματος. Κλείνοντας το στάδιο αυτό τονίζεται πως δεν προκύπτουν αλληλεξαρτήσεις τμημάτων και διαδικασιών στον Ο.Π.Α.Δ οι οποίες να είναι ικανές να καθυστερήσουν την ολοκλήρωση της προσπάθειας αλλαγής.

Το τελευταίο στάδιο, δηλαδή η σταθεροποίηση νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού αποτελεί και το πλέον κρίσιμο κατά τη διαδικασία αλλαγής. Όπως προκύπτει και από την ονομασία του σταδίου, αυτό που μας απασχολεί στο σημείο αυτό είναι η ενσωμάτωση της αλλαγής στην κουλτούρα του Ο.Π.Α.Δ. Στο πλαίσιο αυτό αρχικά εξετάζεται το κατά πόσον οι νέες προσεγγίσεις είναι εκ των προτέρων συμβατές με τον πυρήνα της κουλτούρας. Δυστυχώς για την περίπτωση του Ο.Π.Α.Δ κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώνεται. Συγκεκριμένα η υπάρχουσα μέχρι πριν την αλλαγή κουλτούρα του οργανισμού φαίνεται πως διέπεται από

χαρακτηριστικά όπως, η αδυναμία αλλά σε κάποιο βαθμό ίσως και απροθυμία διεξαγωγής ελέγχων για τη συνταγογράφηση παρακλινικών εξετάσεων και εδραίωση ενός καθεστώτος ατιμωρησίας, στο πλαίσιο της λειτουργίας του χειρόγραφου συστήματος και της δυσκαμψίας που το διέπει. Πέραν από την κουλτούρα που εντοπίζεται αυστηρά στο εσωτερικό του οργανισμού αξίζει να καταγράψουμε και την κατάσταση σε σχέση με τους συμβεβλημένους ιατρούς, στην οποία παρατηρείται αφενός απουσία ανεπτυγμένης ψηφιακής κουλτούρας και αφετέρου έλλειψη «εγκράτειας», λαμβάνοντας υπόψη περιπτώσεις υπερσυνταγογράφησης καθώς και περιπτώσεις κατευθυνόμενης συνταγογράφησης παρακλινικών εξετάσεων. Στο πλαίσιο των παραπάνω γίνεται σαφές πως η πρόκληση για την εναρμόνιση των δύο στοιχείων που μας απασχολούν εδώ, δηλαδή της αλλαγής και της κουλτούρας, είναι ιδιαίτερα μεγάλη για τον Ο.Π.Α.Δ. Ειδικότερα, η προσπάθεια για τον οργανισμό επικεντρώνεται στα καλά αποτελέσματα της αλλαγής, στα οποία έχουμε ήδη αναφερθεί, και στην υπεροχή της σε σχέση με την προηγούμενη κατάσταση, στοιχεία που αποτυπώνονται και στον απολογισμό του 2011 και διαδίδονται στο εσωτερικό του οργανισμού και τους συνεργαζόμενους με αυτόν παρόχους υγείας.

Θα πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε πως παρά τα παραπάνω στοιχεία δεν μπορούμε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη σταθεροποίηση των νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του Ο.Π.Α.Δ, κυρίως εξαιτίας του περιορισμένου χρόνου που είχε στη διάθεσή του ο οργανισμός για την εφαρμογή της αλλαγής. Γίνεται έτσι κατανοητό πως, όταν μια προσπάθεια αλλαγής σε έναν οργανισμό μπορεί να διαρκέσει ακόμα και μια δεκαετία, τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε ειδικά για το ζήτημα της κουλτούρας δεν μπορούν να αποτελέσουν αποδείξεις παρά μόνο ενδείξεις, καθώς το όλο εγχείρημα που μελετάμε διήρκεσε μόλις περί τον ένα χρόνο μέχρι την ένταξη του Ο.Π.Α.Δ στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Υπό αυτό το πρίσμα εκτιμάμε πως υφίσταται τάση ενσωμάτωσης της αλλαγής στην κουλτούρα του οργανισμού.

Ολοκληρώνοντας τη μελέτη διαχείρισης αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ αξίζει να αποτυπώσουμε την άποψη των τεσσάρων ερωτηθέντων αναφορικά με την επιτυχία

ή την αποτυχία του εγχειρήματος της αλλαγής, συμπληρωματικά με τις δικές μας διαπιστώσεις. Ζητώντας από τους εργαζόμενους στον οργανισμό την αξιολόγηση καθενός από τα παραπάνω στάδια, όπως αυτά πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο της αλλαγής αλλά και συνολικά για την προσπάθεια, προκύπτει γενικότερα μια αρκετά καλή βαθμολογία η οποία σε κανένα σημείο δεν βρίσκεται κάτω του 7 σε κλίμακα από 1 έως 10. Ειδικότερα η συνολική προσπάθεια αλλαγής φαίνεται πως αξιολογείται από τους ερωτηθέντες κατά μέσο όρο με ένα 8.5/10, βαθμός ιδιαίτερα υψηλός που δείχνει πως τουλάχιστον για τους υπαλλήλους του Ο.Π.Α.Δ η προσπάθεια είναι επιτυχημένη. Αναφορικά με τα στάδια, η εδραίωση αίσθησης επείγουσας ανάγκης βαθμολογείται κατά μέσο όρο με 8/10, η δημιουργία ομάδας καθοδήγησης με 8.5/10, η ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής με 8.25/10, η διάδοση του οράματος της αλλαγής με 8/10, η ενδυνάμωση ευρείας δράσης επίσης με 8/10, η δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών με 8.5/10, η εδραίωση κερδών και η παραγωγή περισσότερης αλλαγής με 8/10 και η σταθεροποίηση των νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού με 7.75/10. Στο πλαίσιο της εν λόγω αξιολόγησης διευκρινίζεται πως δεν παρατηρείται σημαντική απόκλιση στις εκτιμήσεις μεταξύ των δύο υπαλλήλων-μελών της ομάδας καθοδήγησης και των δύο απλών υπαλλήλων του οργανισμού γεγονός που υποδεικνύει σύγκλιση απόψεων σχετικά με την επιτυχία των όσων συνέβησαν και αποκλείει την όποια μεροληπτική οπτική από την πλευρά της ομάδας καθοδήγησης απέναντι στην δράση της ίδιας για την εφαρμογή της αλλαγής.

5.3 Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ

5.3.1 Η Κατάσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει και στο Κεφάλαιο 4 της παρούσας εργασίας, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ ιδρύεται με τον Ν.3918/2011, και ως νεοσύστατος οργανισμός θα ήταν αναμενόμενη η ύπαρξη σε πρώτη φάση των ζητημάτων που απασχολούν κάθε νέο

οργανισμό κυρίως σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας. Είναι προφανές πως κάθε νέος οργανισμός χρειάζεται κάποια περίοδο προσαρμογής στο περιβάλλον του και συντονισμού των ενεργειών του. Ωστόσο ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ εκτός από την παραπάνω κατάσταση φαίνεται πως κληρονομεί και καλείται να διαχειριστεί τα προβλήματα και τις αδυναμίες των οργανισμών που εντάσσονται σε αυτόν, δηλαδή του Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ του Ο.Γ.Α, του Ο.Α.Ε.Ε και του Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. Τα εν λόγω αρνητικά «κληροδοτήματα» αφορούν κυρίως σε δαπάνες των παραπάνω Ασφαλιστικών Ταμείων, ιδιαιτερότητες στη λειτουργία τους και αποκλίσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Διευκρινίζεται πως στο σημείο αυτό της εργασίας μας δεν προχωρούμε στην αποτύπωση της κατάστασης του Ο.Π.Α.Δ, λαμβάνοντας υπόψη την ανάλυση που έχουμε ήδη πραγματοποιήσει στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου για τον οργανισμό, αλλά επικεντρωνόμαστε στα υπόλοιπα τρία(3) Ασφαλιστικά Ταμεία που εντάσσονται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Αναφορά στον Ο.Π.Α.Δ γίνεται μόνο στα σημεία εκείνα που κρίνεται απαραίτητο και σχετικά με τα θέματα που είτε δεν έχουν ήδη καλυφθεί είτε δεν έχουν καλυφθεί επαρκώς στην εργασία μας.

Ξεκινώντας την ανάλυση της κατάστασης στο νέο οργανισμό με το σκέλος των προβλημάτων που μεταφέρονται σε αυτόν, παρατηρείται και για τα τρία(3) ταμεία σαφής απουσία ελέγχου των δαπανών είτε γιατί κάτι τέτοιο δεν αποτελεί προτεραιότητα για τους οργανισμούς είτε γιατί υφίσταται ουσιαστική αδυναμία σε πρώτο βαθμό παρακολούθησης και στη συνέχεια περιορισμού τους, η οποία συνδέεται άμεσα με την έλλειψη ολοκληρωμένων εργαλείων μηχανοργάνωσης. Το παραπάνω ζήτημα οδηγεί σε εκτροχιασμό των δαπανών των Ασφαλιστικών Ταμείων, στοιχείο που επιβαρύνει πλέον ουσιαστικά τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, ο οποίος αναλαμβάνει από της ιδρύσεώς του πρωταγωνιστικό ρόλο στην προσπάθεια μείωσης των δαπανών υγείας. Αναλυτικότερα τα διαθέσιμα στοιχεία στο πλαίσιο της μελέτης ανεξάρτητης ομάδας εμπειρογνομόνων, για τις δαπάνες των οργανισμών τα οποία αποτυπώνονται παρακάτω εντοπίζονται στις δαπάνες για τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τις ιδιωτικές κλινικές και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Αναλυτικότερα, για το Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ παρατηρείται από το 2005 μια συνεχής αυξητική τάση στο κομμάτι της δαπάνης για παρακλινικές εξετάσεις σε διαγνωστικά

κέντρα, η οποία ανακόπτεται μόνο για το 2010, όπου σημειώνεται μείωση των δαπανών χωρίς όμως να φτάσουν σε ασφαλή για τον οργανισμό επίπεδα. Αξίζει εδώ να αναφερθούμε και στο παράδοξο της παραπάνω ανοδικής πορείας των δαπανών η οποία δεν φαίνεται να διαμορφώνεται από κάποια αύξηση στο πλήθος των ιατρικών επισκέψεων και των παρακλινικών εξετάσεων. Αντίθετα, ο αριθμός διατηρείται σε γενικές γραμμές σταθερός, εκτός από το 2007 που εμφανίζεται άνοδος της τάξης του 12% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά. Σε κάθε περίπτωση η μεταβολή προς τα πάνω της δαπάνης σε διαγνωστικά κέντρα εντοπίζεται στο 65.8%. Σχεδόν συνεχώς αυξανόμενες είναι και οι νοσοκομειακές δαπάνες την περίοδο 2005-2010, με μόνη εξαίρεση το έτος 2008 όπου μειώνονται μερικώς. Ειδικότερα η αύξηση της νοσοκομειακής δαπάνης από το 2005 έως το 2010 βρίσκεται στο 30.85%.[90] Στον πίνακα που ακολουθεί παραθέτουμε αναλυτικά τις δαπάνες του Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ για την περίοδο 2005-2010.

ΔΑΠΑΝΕΣ Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ ΣΕ ΕΥΡΩ(€)						
ΕΤΟΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ΔΑΠΑΝΗ ΣΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ	78.867.745	88.190.386	105.568.297	124.239.750	166.614.133	130.763.647
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (ΙΔΙΩΤΙΚΑ& ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ)	791.454.903	819.940.298	918.326.269	835.389.524	984.554.485	1.035.622.185

Πίνακας 16: Δαπάνες περίθαλψης για το Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ την περίοδο 2005-2010, Πηγή
Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα Υγείας 2011

[90]

Αναφορικά με τον Ο.Α.Ε.Ε, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, προκύπτει αύξηση στη δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις από το 2007 έως το 2009 η οποία

εντοπίζεται στο 41.65%. Το ίδιο διάστημα σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία του οργανισμού σημειώνεται συνολική αύξηση 30.2% του αριθμού των παρακλινικών εξετάσεων, όταν οι παρακλινικές εξετάσεις αυξάνονται στις ιδιωτικές κλινικές κατά 180 % και στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα κατά 33%. Επιπρόσθετα, αυξητική είναι η τάση και στις δαπάνες για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές την περίοδο 2007-2009 με την αύξηση να φτάνει το 10.06%. Στο πλαίσιο των δαπανών νοσηλείας σε κρατικά νοσοκομεία παρατηρείται εντυπωσιακή αύξηση το 2008 σε σχέση με το προηγούμενο έτος, οι οποίες παρότι περιορίζονται λίγο το 2009 εξακολουθούν να είναι σημαντικές, με την αύξηση από το 2007 στο 2009 να βρίσκεται στο 20.44%. Τονίζεται πως για την περίοδο που μας απασχολεί οι εισαγωγές σε ιδιωτικές κλινικές αυξάνονται κατά 11.5%, σε κρατικά νοσοκομεία κατά 5%, με τις εισαγωγές συνολικά να αυξάνονται κατά 6.5%.[90]

ΔΑΠΑΝΕΣ Ο.Α.Ε.Ε ΣΕ ΕΥΡΩ(€)			
ΕΤΟΣ	2007	2008	2009
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			
ΔΑΠΑΝΗ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	61.993.980	76.376.380	87.815.131
ΔΑΠΑΝΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ	48.702.767	50.945.801	53.604.807
ΔΑΠΑΝΗ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	65.767.801	82.186.824	79.213.695

Πίνακας 17: Δαπάνες περίθαλψης για τον Ο.Α.Ε.Ε την περίοδο 2007-2009, Πηγή
Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα Υγείας 2011

[90]

Εξετάζοντας την οικονομική κατάσταση στον Ο.Γ.Α παρατηρείται έλλειψη στοιχείων. Συγκεκριμένα διαπιστώνεται πως οι δαπάνες περίθαλψης του οργανισμού από το

2007 και έπειτα μεταβιβάζονται στο Υπουργείο Οικονομικών, γεγονός που οδηγεί στη διακοπή της καταγραφής των στοιχείων για τις δημόσιες δομές, με τις δαπάνες σε ιδιωτικές δομές να προκύπτουν μόνο από εκτιμήσεις ενώ εκκαθαρίζονται εκ των υστέρων από το Υπουργείο. Σημειώνουμε πως για το διάστημα 2007-2009 εντοπίζεται αύξηση του αριθμού των παρακλινικών εξετάσεων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα της τάξεως του 17.2%.[90]

Παράλληλα με τα ανωτέρω, στο πλαίσιο της περιγραφής της συνολικής κατάστασης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, αξίζει να αναφερθούμε και στα υπόλοιπα στοιχεία που λαμβάνει από τους οργανισμούς όπως για παράδειγμα τον αριθμό των ασφαλισμένων. Όπως προκύπτει και από τον παρακάτω πίνακα ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ απορροφά τους ασφαλισμένους και τους δικαιούχους περίθαλψης των ταμείων που τον αποτελούν και έτσι διαμορφώνει κατά προσέγγιση την εξής βάση:

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΑΜΕΙΩΝ				
ΤΑΜΕΙΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ	Ο.Α.Ε.Ε	Ο.Γ.Α	Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ
ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	2.180.000	809.359	710.000	650.000
ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	2.170.000	870.641	491.000	750.000
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	1.173.400	320.000*	829.000	300.000
ΣΥΝΟΛΟ	5.523.400	1.680.000	2.050.000	1.700.000

Πίνακας 18: Ασφαλισμένοι / δικαιούχοι περίθαλψης Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Γ.Α και Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ για το 2011, Πηγή Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα Υγείας 2011 [90]

*Διευκρινίζεται πως οι συνταξιούχοι του Ο.Α.Ε.Ε δεν συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του συνόλου των ασφαλισμένων/δικαιούχων περίθαλψης του οργανισμού καθώς ασφαλίζονται στο Ι.Κ.Α.

Έχοντας λοιπόν καταγράψει την ασφαλιστική βάση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ σε σχέση με τα εντασσόμενα Ασφαλιστικά Ταμεία, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η αποτύπωση των διαφορών μεταξύ των ταμείων στο πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους δικαιούχους. Στον πίνακα που ακολουθεί παραθέτουμε τα στοιχεία αναφορικά με την κατάσταση στις υπηρεσίες περίθαλψης κάθε ταμείου.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ			
Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ	Ο.Α.Ε.Ε	Ο.Γ.Α	Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ
<ul style="list-style-type: none"> • Παράγει και αγοράζει υπηρεσίες • Κλινικές Ι.Κ.Α 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς (μηνιαία αμοιβή) • Ε.Σ.Υ 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς (μόνο συνταγογράφηση και απευθείας αμοιβή από ασφαλισμένο) • Ε.Σ.Υ 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς (αμοιβή/επίσκεψη) • Ε.Σ.Υ

Πίνακας 19: Κατάσταση παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους δικαιούχους περίθαλψης Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Γ.Α και Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ, Πηγή Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα Υγείας 2011 [90]

Αναλύοντας λίγο περισσότερο τα παραπάνω στοιχεία, σημειώνουμε σε πρώτο επίπεδο πως το Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ διαφέρει σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα ταμεία καθώς πέραν από τη δυνατότητα αγοράς υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα σε νοσοκομειακή περίθαλψη, είναι σε θέση να προσφέρει το ίδιο υπηρεσίες τόσο στο σκέλος των ιατρικών επισκέψεων όσο και στο σκέλος των παρακλινικών εξετάσεων. Αντίθετα ο Ο.Α.Ε.Ε και ο Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ προχωρούν στη σύναψη συμβάσεων με ιδιώτες γιατρούς, υπό διαφορετικό όμως καθεστώς αμοιβής, με τους δικαιούχους περίθαλψης να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ, δυνατότητα η οποία

παρέχεται και στους δικαιούχους του Ο.Γ.Α. Αναφορικά με τους συμβεβλημένους με τον Ο.Γ.Α ιατρούς φαίνεται πως περιορίζονται στη συνταγογράφηση για τους δικαιούχους, με την αμοιβή τους να προέρχεται από αυτούς και όχι από το Ταμείο.

Κλείνοντας το κομμάτι της κατάστασης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ θα πρέπει να αναφερθούμε και στο μεταφερόμενο, από τα Ασφαλιστικά Ταμεία προς τον νεοσύστατο οργανισμό, ανθρώπινο δυναμικό. Τονίζεται πως με τον όρο ανθρώπινο δυναμικό εννοούμε τους μόνιμους και με σύμβαση ιατρούς όπως και το διοικητικό προσωπικό. Ειδικότερα από το Ι.Κ.Α μεταβαίνουν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ 6.670 ιατροί εκ των οποίων οι 1.388 είναι μόνιμοι, 4.258 άτομα υγειονομικού προσωπικού και περί τα 600 άτομα διοικητικού προσωπικού. Από τον Ο.Α.Ε.Ε μεταφέρονται 4.138 ιατροί με διετείς συμβάσεις(ισχύουσες συμβάσεις) και 271 άτομα διοικητικού προσωπικού, από τον Ο.Π.Α.Δ 11.346 ιατροί με σύμβαση(ισχύουσες συμβάσεις) και η πλειοψηφία των 700 υπαλλήλων και από τον Ο.Γ.Α όλοι οι ιατροί του Ε.Σ.Υ, 10.032 συμβεβλημένοι ιατροί(ισχύουσες συμβάσεις) και 64 άτομα διοικητικού προσωπικού.[90]

5.3.2 Διαχείριση αλλαγής στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Αρχίζοντας με την αποτύπωση της συμπληρωματικής στην παρούσα εργασία μελέτης σχετικά με τη διαχείριση αλλαγής στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, αξίζει να επαναλάβουμε πως ο εν λόγω οργανισμός προκύπτει από τη συνένωση των τεσσάρων βασικών ασφαλιστικών ταμείων, δηλαδή του Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ, του Ο.Α.Ε.Ε, του Ο.Γ.Α και του Ο.Π.Α.Δ-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ, καλύπτοντας έτσι την πλειονότητα του πληθυσμού της χώρας, διατηρώντας παράλληλα τη δυνατότητα εισαγωγής και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών σε αυτόν(Ν. 3918/2011). Η παραπάνω πολιτική υγείας, στο πλαίσιο της άσχημης δημοσιονομικής συγκυρίας και της πίεσης και μνημονιακής απαίτησης για περιορισμό των δαπανών στο χώρο της υγείας, επιδιώκει τη δημιουργία ενός ισχυρού οργανισμού με μονοψωνιακό χαρακτήρα ικανού να ελέγχει τη δαπάνη. Ορισμένα από τα εργαλεία τα οποία συμβάλλουν στον έλεγχο των δαπανών υγείας

είναι τα δύο συστήματα ηλεκτρονικής υγείας, δηλαδή το e-diagnosis και το e-syntagografisi, τα οποία αναπτύχθηκαν και αρχικά λειτούργησαν στον Ο.Π.Α.Δ και τον Ο.Α.Ε.Ε αντίστοιχα και τελικά λειτουργούν υπό τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ από την ένταξη των ταμείων σε αυτόν.[28], [91]

Εξετάζοντας επομένως το ζήτημα της διαχείρισης αλλαγής στον οργανισμό κατά την υιοθέτηση των εν λόγω συστημάτων, όπως προκύπτει τόσο από συνέντευξη που διενεργήθηκε όσο και από τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε, φαίνεται πως τα αποτελέσματα είναι αρνητικά. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την έρευνά μας προκύπτει πως η όποια διαχείριση αλλαγής σχετικά με τα παραπάνω συστήματα έχει πραγματοποιηθεί, κατ' ουσίαν έχει ολοκληρωθεί εντός των Ασφαλιστικών Ταμείων και πριν την «Ε.Ο.Π.Υ.Υ εποχή». Αναφερόμαστε δηλαδή στη διαχείριση αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ και στη διαχείριση αλλαγής στον Ο.Α.Ε.Ε. Διευκρινίζεται πως έχοντας ήδη αναλύσει στο παρόν κεφάλαιο τα περί Ο.Π.Α.Δ δε θα γίνει περεταίρω λόγος για το εν λόγω σκέλος σε αυτό το σημείο της εργασίας μας, όπου επιλέγεται για λόγους σφαιρικής παρακολούθησης του ζητήματος σύντομη αποτύπωση των δεδομένων γύρω από την αλλαγή στον Ο.Α.Ε.Ε. Τονίζουμε πως και σε αυτή τη μελέτη στηριζόμαστε στη θεωρία του John P. Kotter.

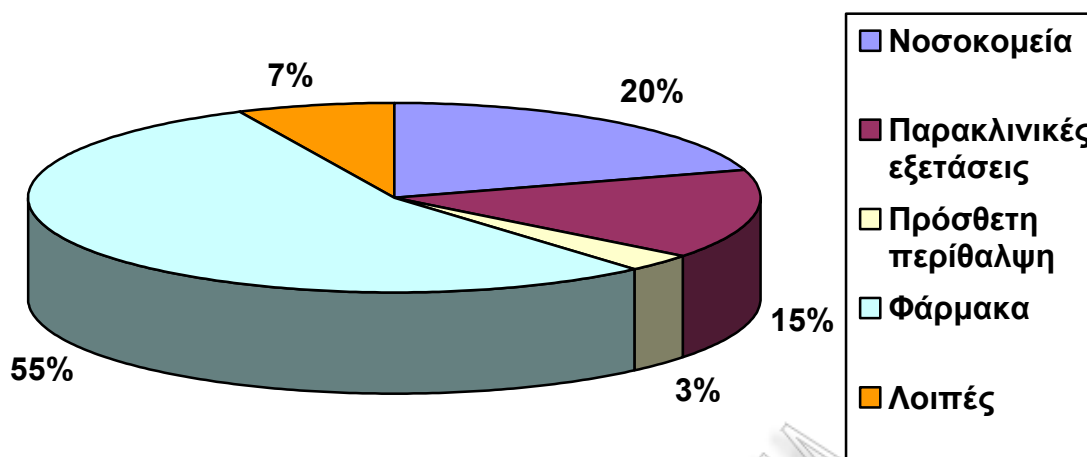
Αναλυτικότερα ως προς τη διαχείριση αλλαγής, η αναγκαιότητα αλλαγής για τον Ο.Α.Ε.Ε επικεντρώνεται, πέραν από την κρίσιμη οικονομική κατάσταση της χώρας με τις υψηλές δαπάνες υγείας οι οποίες πρέπει να περιοριστούν όπως προκύπτει και από τις μνημονιακές δεσμεύσεις, στα συσσωρευμένα από το παρελθόν σημαντικότερα προβλήματα του οργανισμού, μεγάλο κομμάτι των οποίων, εκτός από το διοικητικό και το λειτουργικό σκέλος, εντοπίζεται στην ελλειμματική οικονομική εικόνα του ταμείου με τις υψηλές δαπάνες. Ειδικότερα, το έλλειμμα του οργανισμού όπως αυτό προκύπτει από μελέτες φαίνεται πως το 2008 αγγίζει τα 51.991.000 € με τις δαπάνες περίθαλψης να διατηρούνται σε ιδιαίτερος υψηλά επίπεδα από το 2007 όπου συνολικά φτάνουν τα 594.000.000 €, το 2008 αυξάνονται σε 692.000.000 € για να περιοριστούν το 2009, χωρίς όμως να χαρακτηρίζονται ως διαχειρίσιμες, στα 534.074.416,05 €. Για τα παραπάνω έτη, παρατηρείται συνεχής αυξητική τάση στη φαρμακευτική δαπάνη του οργανισμού η

οποία το 2007 βρίσκεται στα 218.500.000 €, το 2008 στα 263.000.000 €, ενώ το 2009 ξεπερνά τα 291.550.000 € όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί. Έτσι παρακάτω παραθέτουμε αναλυτικά τα στοιχεία της δαπάνης για τον Ο.Α.Ε.Ε, όπως αυτά προκύπτουν από μελέτη που εκπονήθηκε από τον ίδιο, για το 2009.[92], [98]

ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Α.Ε.Ε ΣΕ ΕΥΡΩ(€)	
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	108.750.913,88
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	81.540.693,17
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	15.246.445,62
ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	291.551.890,22
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	36.984.473,16
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	534.074.416,05

Πίνακας 20: Δαπάνες περίθαλψης για τον Ο.Α.Ε.Ε για το έτος 2009, Πηγή Ο.Α.Ε.Ε 2011 [92]

Γενικότερα σημειώνεται πως η άσχημη οικονομική κατάσταση του οργανισμού όπως αυτή παρουσιάστηκε παραπάνω, η οποία και αρχίζει να επικοινωνείται από τον οργανισμό από το τέλος του 2009 και συνεχίζει να διαδίδεται το 2010 με την ανάληψη της νέας διοίκησης τόσο προς το εσωτερικό του οργανισμού όσο και προς το εξωτερικό και τις εμπλεκόμενες ομάδες όπως για παράδειγμα τους ιατρικούς και φαρμακευτικούς συλλόγους αλλά και το κοινό/ασφαλισμένοι με ανακοινώσεις μέσω της ιστοσελίδας του ταμείου και ομιλίες του διοικητή, θέτει σαφώς ζήτημα βιωσιμότητας του οργανισμού. Για την αντιμετώπιση του εν λόγω κινδύνου κρίνεται απαραίτητη η οικονομική εξυγίανση του Ο.Α.Ε.Ε με την αύξηση των εσόδων και τον απόλυτο έλεγχο των δαπανών. Αξίζει στο σημείο αυτό να τονίσουμε πως η φαρμακευτική δαπάνη ειδικότερα, όπως αποτυπώνεται και στο παρακάτω σχήμα, καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής δαπάνης περίθαλψης του οργανισμού αγγίζοντας το 55%, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη λήψης μέτρων περιορισμού της.[92], [99]



Σχήμα 16: Κατανομή δαπανών για τον Ο.Α.Ε.Ε για το έτος 2009, Πηγή Ο.Α.Ε.Ε 2011

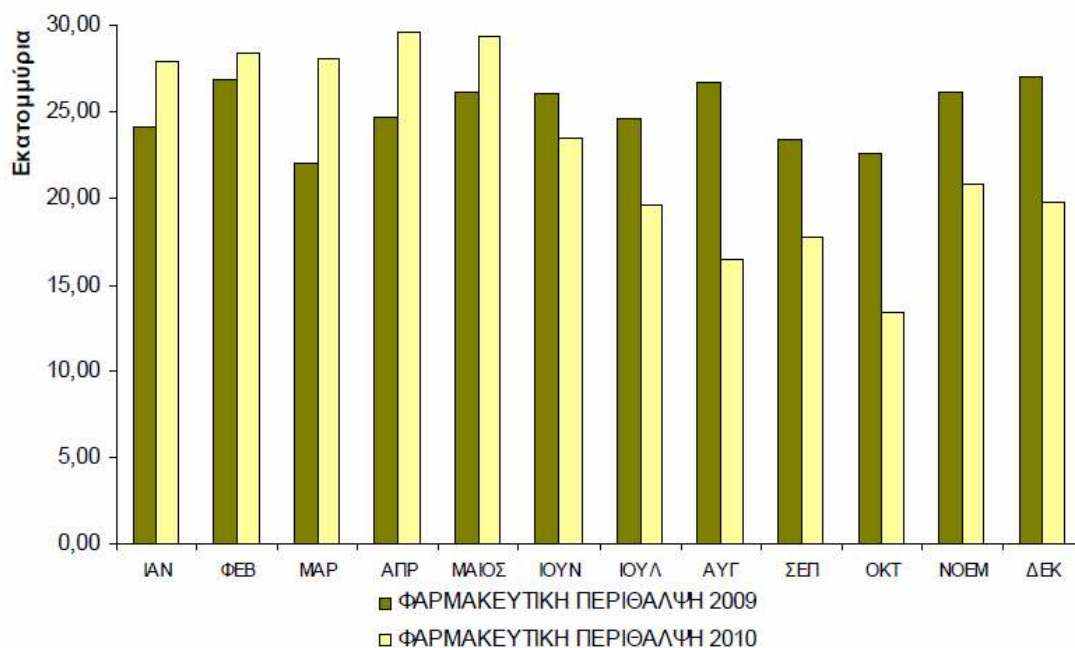
[92]

Έχοντας η νέα διοίκηση από το καλοκαίρι του 2010 παρουσιάσει, με ειλικρίνεια και χωρίς καμία τάση απόκρυψης, την κρισιμότητα της κατάστασης του Ο.Α.Ε.Ε, προχωρά στη διαμόρφωση του οράματος και της στρατηγικής πραγματοποίησής του. Αναλυτικότερα το όραμα εντοπίζεται στην αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του οργανισμού σε μια οικονομικά υγιή βάση με καλύτερη παροχή υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους του και διαφάνεια στο σκέλος της συνταγογράφησης. Στο πλαίσιο αυτό η στρατηγική που επιλέγεται από τη διοίκηση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων.[95] Διευκρινίζεται πως το όραμα, όπως αυτό διατυπώθηκε παραπάνω, περιγράφει ικανοποιητικά την εικόνα του οργανισμού στο μέλλον, εκφράζει σαφώς ωφέλεια προς τους ασφαλισμένους και τους υπαλλήλους του Ο.Α.Ε.Ε, είναι εφικτό παρότι απαιτεί μεγάλη προσπάθεια σε σύντομο χρονικό διάστημα, είναι σαφές και σε γενικές γραμμές ευέλικτο ενώ δεν παρατηρείται κάποιο ζήτημα μετάδοσής του, στοιχεία που οδηγούν στο χαρακτηρισμό του ως αποτελεσματικό. Στο εγχείρημα της αλλαγής και στο έργο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρατηρείται συμμετοχή της Η.Δι.Κ.Α Α.Ε., στη δράση της οποίας εντοπίζεται μεταξύ άλλων η δημιουργία ομάδας καθοδήγησης, με τη

χρηματοδότηση να προκύπτει από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 80% και από Εθνικούς Πόρους κατά 20%.[96], [97] Η διοίκηση του Ο.Α.Ε.Ε μετέχει ενεργά στη διάδοση του οράματος αλλά και του μέσου επίτευξής του, δηλαδή του σχεδίου γύρω από το σύστημα e-syntagografisi, με δελτία τύπου, ανακοινώσεις μέσω της ιστοσελίδας του οργανισμού και με συνεντεύξεις του Διοικητή στα ΜΜΕ, απευθυνόμενη στους εργαζόμενους του οργανισμού, τους ασφαλισμένους, αλλά και σε ιατρούς και φαρμακοποιούς οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα με το σύστημα. Σημειώνεται πως η πιλοτική εφαρμογή του συστήματος ισχύει από τις 18 Οκτωβρίου 2010 και μέχρι τις 17 Ιανουαρίου 2011, δηλαδή διαρκεί για ένα διάστημα τριών(3) μηνών.[94], [93]

Στο σκέλος της ενδυνάμωσης ευρείας δράσης, σε πρώτο επίπεδο αξίζει να σημειωθεί πως η ανώτερη διοίκηση του οργανισμού ακόμα και στις πρώτες από την ανάληψη των καθηκόντων της ανακοινώσεις της αναγνωρίζει τη σημασία, για την επιτυχία του προγράμματός της και κατ' επέκταση του σχεδίου της αλλαγής, της συνεργασίας με τους εργαζόμενους οι οποίοι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή κατά την αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων και της συναίνεσης των ασφαλισμένων. Στο πνεύμα αυτό, ο οργανισμός σε συνεργασία με την Η.Δι.Κ.Α Α.Ε. και τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, προχωρά στη διοργάνωση ημερίδων για την παρουσίαση του e-syntagografisi σε ιατρούς και φαρμακοποιούς με σκοπό την ενημέρωσή τους. Επιπλέον, για την κάλυψη της ανάγκης εκπαίδευσης των χρηστών του συστήματος πραγματοποιούνται σεμινάρια από την ομάδα καθοδήγησης και διατίθεται εγχειρίδιο χρήσης της εφαρμογής για ιατρούς και φαρμακοποιούς μέσω της ιστοσελίδας του συστήματος και τέλος δημιουργείται γραφείο αρωγής χρηστών(help desk) το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των αντιδράσεων των χρηστών, οι οποίες συνδέονται με προβλήματα της ίδιας της εφαρμογής και δυσκολίες λειτουργίας της. Παράλληλα, δίδεται έμφαση στην ενημέρωση των υπαλλήλων και των ασφαλισμένων για την αλλαγή με σκοπό τον καθησυχασμό τους.[94], [96] Σημαντική θεωρείται η συμβολή των βραχυπρόθεσμων επιτυχιών στο εγχείρημα της αλλαγής οι οποίες στηρίζουν επιπλέον την αλλαγή τόσο στο εσωτερικό του οργανισμού όσο και στο εξωτερικό με την ικανοποίηση του κοινού αλλά και τη σημείωση προόδου σε επίπεδο

μνημονιακών δεσμεύσεων. Αναλυτικότερα, από την πιλοτική φάση της εφαρμογής καταγράφεται σημαντική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με το αντίστοιχο διάστημα του προηγούμενου έτους, όπως φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί.



Σχήμα 17: Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης Ο.Α.Ε.Ε ανά μήνα για την περίοδο 2009-2010, Πηγή Ο.Α.Ε.Ε 2011 [93]

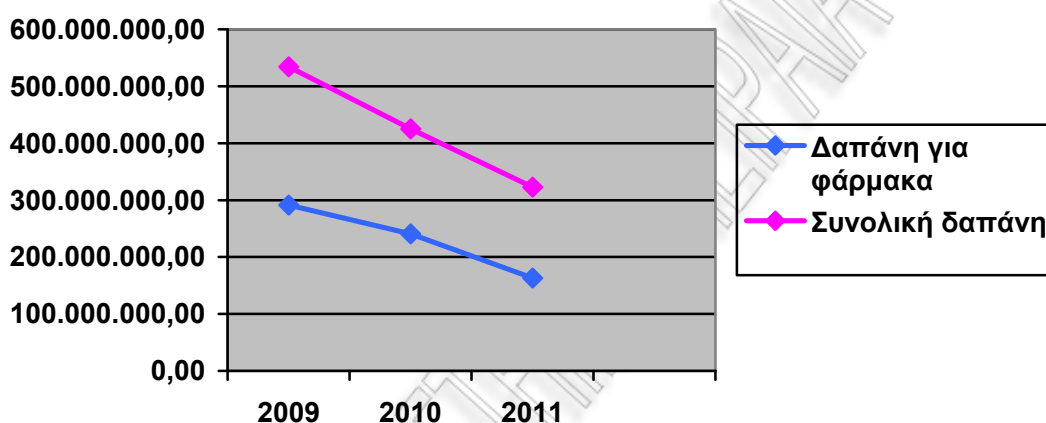
Ο ερχομός του 2011, έτος κατά το οποίο αρχίζει η β' φάση λειτουργίας του e-syntagografisi και συγκεκριμένα από τις 24 Ιανουαρίου του 2011, δεν ανακόπτει τη μείωση της δαπάνης για φάρμακα του Ο.Α.Ε.Ε, μείωση η οποία επεκτείνεται και στη συνολική δαπάνη του οργανισμού υπογραμμίζοντας έτσι τη βελτίωση της οικονομικής κατάστασής του.[92], [93] Για την καλύτερη κατανόηση της απόδοσης του συστήματος στο κομμάτι του ελέγχου της συνταγογράφησης φαρμάκων παραθέτουμε στον παρακάτω πίνακα τα σχετικά μεγέθη.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ο.Α.Ε.Ε ΣΕ ΕΥΡΩ(€)		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
ΕΤΟΣ		

2009	291.551.890,22	534.074.416,05
2010	240.730.212,32	425.317.926,74
2011	163.065.202,46	322.810.972,44

Πίνακας 21: Διαμόρφωση δαπάνης για φάρμακα και συνολικής δαπάνης για τον Ο.Α.Ε.Ε την περίοδο 2009-2011, Πηγή Ο.Α.Ε.Ε 2011 [92]

Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνεται η πτωτική τάση της δαπάνης για φάρμακα καθώς και της συνολικής δαπάνης του Ο.Α.Ε.Ε.



Σχήμα 18: Εξέλιξη δαπάνης για φάρμακα και συνολικής δαπάνης για τον Ο.Α.Ε.Ε την περίοδο 2009-2011, Πηγή Ο.Α.Ε.Ε 2011 [92]

Σημειώνεται πως όπως για το 2009 στο οποίο έχουμε ήδη αναφερθεί, έτσι και για τα έτη 2010 και 2011 η δαπάνη για φάρμακα καλύπτει ποσοστό μεγαλύτερο του 50% της συνολικής δαπάνης. Ειδικότερα το η κάλυψη ανέρχεται στο 56.60% για το 2010 και στο 50.51% για το 2011.[92]

Επιπρόσθετα στο πλαίσιο της διαδικασίας αλλαγής δεν παρατηρούνται συνθήκες χαλάρωσης στον οργανισμό ενώ η αίσθηση του επείγοντος φαίνεται πως διατηρείται σε υψηλά επίπεδα. Η εν λόγω κατάσταση δικαιολογείται από την ουσιαστική συμβολή της διοίκησης, η οποία στο πλαίσιο του οράματος και της στρατηγικής ηγείται της προσπάθειας και διατηρεί με τις ενέργειές τις το σκοπό και το επείγον στον Ο.Α.Ε.Ε σε συνδυασμό και με τις συνεχείς πιέσεις από το εξωτερικό

του. Αναφορικά με το τελευταίο στάδιο της θεωρίας του Kotter σε πρώτο επίπεδο είναι σαφές πως οι νέες προσεγγίσεις δεν είναι συμβατές με την προϋπάρχουσα κουλτούρα. Αναλυτικότερα στο πλαίσιο της λειτουργίας του Ο.Α.Ε.Ε εντοπίζεται σημαντική έλλειψη άσκησης ελέγχου στο σκέλος της συνταγογράφησης φαρμάκων, στοιχείο που αποδεικνύεται από το υψηλό επίπεδο των δαπανών των προηγούμενων ετών, όπως έχουμε ήδη δει. Παράλληλα είναι εμφανής η τάση υπερσυνταγογράφησης ενώ παρατηρείται περίεργη δράση από μερίδα των εμπλεκόμενων παρόχων υγείας υπό τη μορφή κατευθυνόμενης συνταγογράφησης η οποία υποδηλώνει την ύπαρξη συμφερόντων στον άξονα ιατρός-φαρμακείο-φαρμακοβιομηχανία. Επίσης θα πρέπει να σημειώσουμε το χαμηλό επίπεδο ψηφιακής κουλτούρας με έντονα τα στοιχεία του φόβου και της δυσπιστίας σε σχέση με τις νέες τεχνολογίες. Όπως στην περίπτωση του Ο.Π.Α.Δ έτσι και στην περίπτωση του Ο.Α.Ε.Ε μπορούμε να υποδείξουμε με ασφάλεια ενθαρρυντικά στοιχεία αναφορικά με την ενσωμάτωση των νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού, χωρίς όμως να μπορούμε να την επιβεβαιώσουμε, κυρίως εξαιτίας της περιορισμένης διάρκειας του εγχειρήματος της αλλαγής. Στην προσπάθεια ενσωμάτωσης κεντρικό ρόλο έχει η αποτύπωση και η διάδοση της απόδοσης του e-syntagografisi, σε σχέση με το προηγούμενο χειρόγραφο σύστημα, με τον περιορισμό των δαπανών όπως έχουμε δει και παραπάνω και με τη δυνατότητα εξαγωγής πλήθους στοιχείων και την πραγματοποίηση ελέγχων για ιατρούς με μεγάλο αριθμό συνταγογραφήσεων ανά ασφαλισμένο αλλά και με μεγάλη αξία και πλήθος συνταγών σε σχέση με τον αριθμό των ασφαλισμένων που εξυπηρετούν και για φαρμακεία με μεγαλύτερες ποσότητες εκτελεσμένων φαρμάκων σε σχέση με την αντίστοιχη συνταγή.[93]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο σημείο αυτό της εργασίας μας προχωρούμε στην αποτύπωση των συμπερασμάτων που έχουμε εξάγει συνολικά για το ζήτημα της διαχείρισης αλλαγής σε οργανισμούς υγείας, στηριζόμενοι στην κύρια μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τον Ο.Π.Α.Δ αλλά και τη συμπληρωματική μελέτη για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ παραθέτοντας τις προσωπικές μας εκτιμήσεις και απόψεις για τα εν λόγω εγχειρήματα.

Αρχίζοντας την παρούσα ανάλυση θα πρέπει να τονίσουμε για άλλη μια φορά πως η όποια αλλαγή σε οργανισμούς ή επιχειρήσεις αποτελεί διαδικασία πολύπλοκη η οποία χρίζει μεγάλης προσοχής και ειδικού χειρισμού για την κατά το δυνατό διασφάλιση της επιτυχίας της. Με δεδομένο το πλήθος των καταστάσεων που μπορούν να «αποβούν μοιραίες» για το όλο εγχείρημα κατανοούμε πως η λήψη μέτρων στο πλαίσιο της διαχείρισης αλλαγής αποτελεί μονόδρομο. Και στις δύο περιπτώσεις που μελετήσαμε στηριχθήκαμε στη θεωρία του John P. Kotter για τη διαχείριση αλλαγής, θεωρία γνωστή για τα καλά κατά την εφαρμογή της αποτελέσματα με σφαιρική κάλυψη των κρίσιμων σημείων. Διευκρινίζεται πως η μελέτη για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ οδήγησε τελικά σε μελέτη στον Ο.Α.Ε.Ε καθώς ο πρώτος δεν προχώρησε έστω και ακούσια σε ενέργειες διαχείρισης αλλαγής, οι οποίες αντιθέτως είχαν πραγματοποιηθεί πριν την ένταξη των Ασφαλιστικών Ταμείων σε αυτόν.

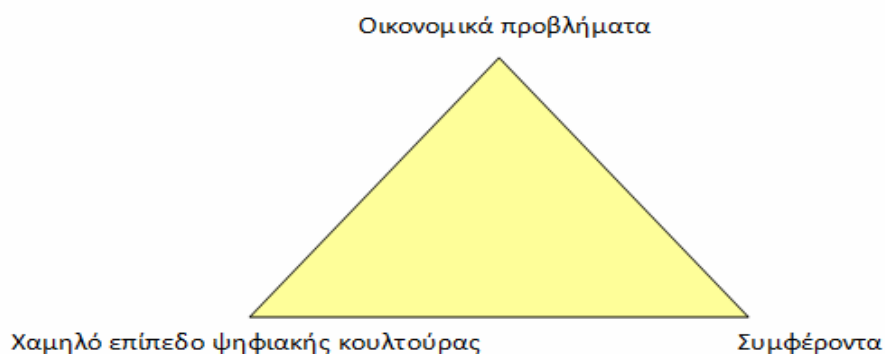
Υπογραμμίζοντας κάποια γενικά στοιχεία που εντοπίζονται και στους δύο οργανισμούς, διαπιστώνεται σε πρώτο επίπεδο πως οι αλλαγές εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο κάποιας νέας διοίκησης. Αυτό βεβαίως σε καμία περίπτωση δεν υποδηλώνει πως μια διαδικασία αλλαγής δύναται να πραγματοποιηθεί μόνο με την ύπαρξη νέων ατόμων υψηλά στην ιεραρχία του οργανισμού. Ωστόσο υφίσταται η ένδειξη πως είναι πιο εύκολο για τους νέους ηγέτες ενός οργανισμού να

διαμορφώσουν και να αγκαλιάσουν ένα νέο όραμα, να αποδεχθούν και να εφαρμόσουν την αλλαγή. Τόσο στον Ο.Π.Α.Δ όσο και στον Ο.Α.Ε.Ε οι διοικήσεις είχαν κομβικό ρόλο στην προσπάθεια αλλαγής αρχικά αντιλαμβανόμενες απόλυτα του επείγοντος της κατάστασης και της αναγκαιότητας της αλλαγής και εν συνεχεία συμμετέχοντας ουσιαστικά σε όλη τη διαδικασία, όπως για παράδειγμα με ενέργειες στο σκέλος της διαμόρφωσης οράματος και στρατηγικής και στο σκέλος της διάδοσής τους, χωρίς να υποχωρήσουν μπροστά στις αντιδράσεις και τη δυσκολία του εγχειρήματος. Αναφερόμαστε δηλαδή σε διοικήσεις προσηλωμένες στο στόχο, δηλαδή την εφαρμογή της στρατηγικής και την υλοποίηση του οράματος, και καθ' όλα αποφασισμένες.

Επιπρόσθετα, πρέπει να σημειώσουμε πως και οι δύο περιπτώσεις αλλαγής χρονικά κινήθηκαν παράλληλα. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως οι νέες διοικήσεις ανέλαβαν τα καθήκοντά τους το καλοκαίρι του 2010, οπότε και ξεκίνησε η διαδικασία, με την έναρξη της πιλοτικής εφαρμογής του e-diagnosis για τον Ο.Π.Α.Δ να εντοπίζεται τον Σεπτέμβριο του 2010, όταν το e-syntagografisi αρχίζει να λειτουργεί πιλοτικά για τον Ο.Α.Ε.Ε τον Οκτώβριο του 2010, και τελικά με τις ενέργειες διαχείρισης αλλαγής να ολοκληρώνονται με την ένταξη των Ασφαλιστικών Ταμείων στον Ε.ΟΠ.Υ.Υ. Σε αυτό το κοινό χρονικό πλαίσιο παρατηρείται μια ιδιαιτέρως άσχημη κατάσταση στα οικονομικά της χώρας, η οποία δεσμεύεται από τους όρους του μνημονίου, στοιχεία που ουσιαστικά λειτούργησαν σαν κινητήριοι μοχλός για την έναρξη των αλλαγών αλλά και σαν ένας εξαιρετικά ισχυρός μοχλός πίεσης για την επίτευξη των αποτελεσμάτων, σε συνδυασμό πάντα με την εξίσου κρίσιμη οικονομική κατάσταση των ταμείων (υψηλά ελλείμματα και δαπάνες), με αδυναμία ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς (φάρμακα, παραπεμπτικά), η οποία έθετε σαφώς θέμα βιωσιμότητάς τους. Τα παραπάνω αποτέλεσαν τον πυρήνα της επείγουσας ανάγκης για αλλαγή στους δύο οργανισμούς.

Επιθυμώντας να αποτυπώσουμε σχηματικά το πλαίσιο της μετάβασης από τα χειρόγραφα στα συστήματα ηλεκτρονικής υγείας για τον ΟΠ.Α.Δ και τον Ο.Α.Ε.Ε, εκτός από τα μεγάλα οικονομικά προβλήματα τόσο σε επίπεδο κράτους όσο και σε επίπεδο ταμείων, πρέπει να συμπεριλάβουμε και τα στοιχεία της μη ανεπτυγμένης

ψηφιακής κουλτούρας που εντοπίζεται στο χώρο της υγείας και της ύπαρξης συμφερόντων, τα οποία σαφώς πλήττονται με την εφαρμογή των αλλαγών(δυνατότητα ελέγχου). Οι προσπάθειες αλλαγής επομένως έγιναν στο εξής πλαίσιο:



Σχήμα 19: Το πλαίσιο εφαρμογής των προσπαθειών αλλαγής

Αυτά τα δύο στοιχεία στις περιπτώσεις που μελετήσαμε αποτυπώνονται ως αντιδράσεις των παρόχων υγείας, οι οποίες αποτέλεσαν εμπόδια για την υλοποίηση του οράματος και την εφαρμογή της στρατηγικής. Ειδικότερα η απουσία ψηφιακής κουλτούρας οδήγησε σε αντιδράσεις που αφορούσαν στη λειτουργία των συστημάτων κυρίως λόγω αμάθειας, η οποία ευνοεί αισθήματα ανασφάλειας, φόβου και δυσπιστίας για τους χρήστες ενώ η ύπαρξη συμφερόντων μεταφράστηκε σε αντιδράσεις συνολικά για την ύπαρξη των νέων συστημάτων.

Πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε πως και τα δύο εγχειρήματα της αλλαγής πραγματοποιήθηκαν σε ιδιαίτερα σύντομο χρονικό διάστημα της τάξεως του ενός έτους, όταν μια προσπάθεια αλλαγής μπορεί να διαρκέσει ακόμα και 10 έτη. Προχωρώντας σε αξιολόγηση των δύο προσπαθειών αλλαγής λαμβάνοντας υπόψη το σύντομο των διαδικασιών, κρίνουμε πως οι οργανισμοί έδρασαν ικανοποιητικά στο πλαίσιο της θεωρίας του Kotter, με τις αλλαγές να χαρακτηρίζονται από επιτυχία. Ειδικότερα για τον Ο.Π.Α.Δ στον οποίο εντοπίζεται η κύρια μελέτη μας εκτιμάμε πως τα περισσότερα στάδια καλύφθηκαν κατά το δυνατό, εξ' ου και η βαθμολογία που δίνουμε παρακάτω, με εξαίρεση το πέμπτο στάδιο, στο πλαίσιο

του οποίου πραγματοποιείται απομάκρυνση εμποδίων, κυρίως εξαιτίας της μη εκπαίδευσης των χρηστών στο νέο σύστημα. Παρά τον περιορισμένο χρόνο που είχε στη διάθεσή του ο οργανισμός και τη διαμόρφωση εγχειριδίου χρήσης και help desk εκτιμάται πως θα έπρεπε να είχε γίνει μεγαλύτερη προσπάθεια για την εκπαίδευση των χρηστών, καθώς έτσι η δυσκολία προσαρμογής των χρηστών και οι αντιδράσεις αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος, θα είχαν περιοριστεί σημαντικά. Υπογραμμίζουμε για άλλη μια φορά πως λόγω του σύντομου του εγχειρήματος δεν μπορούμε να βεβαιώσουμε τη σταθεροποίηση των νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του Ο.Π.Α.Δ, ωστόσο προκύπτει η τάση αυτής και για αυτό το λόγο αξιολογείται θετικά παρακάτω. Συνολικά πάντως αξιολογούμε την προσπάθεια αλλαγής σε κλίμακα από 1 έως 10 με 8 όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Εδραίωση αίσθησης επείγουσας ανάγκης								•		
Δημιουργία ομάδας καθοδήγησης									•	
Ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής									•	
Διάδοση οράματος								•		
Απομάκρυνση εμποδίων προς την εφαρμογή του οράματος							•			
Δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών									•	
Εδραίωση κερδών και παραγωγή περισσότερης αλλαγής								•		
Σταθεροποίηση νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού								•		
Προσπάθεια αλλαγής								•		

Πίνακας 22: Προσωπική αξιολόγηση σταδίων εγχειρήματος αλλαγής στον Ο.Π.Α.Δ

Ανάλογη είναι και η εικόνα που έχουμε για το εγχείρημα του Ο.Α.Ε.Ε στο πλαίσιο των ενεργειών του οργανισμού ανά στάδιο, με την εκπαίδευση των χρηστών να είναι ίσως οριακά καλύτερη με τη διεξαγωγή σεμιναρίων, χωρίς όμως να φτάνει στο επιθυμητό επίπεδο, δηλαδή σε μία σε βάθος εκμάθηση του συστήματος.

Κλείνοντας την εργασία αυτή πρέπει να αναγνωρίσουμε πως τόσο η κύρια όσο και η συμπληρωματική μελέτη που πραγματοποιήσαμε αφορούν σε περιπτώσεις μιας σχεδόν «βίαιης» αλλαγής, υπό την έννοια της μεγάλης πίεσης, με ότι αυτή

συνεπάγεται, από το εσωτερικό και το εξωτερικό των οργανισμών, οι οποίοι εν τέλει κλήθηκαν να αποφασίσουν ανάμεσα στην αλλαγή και επιβίωση και τον αφανισμό και να δράσουν ανάλογα. Εμείς επιδοκιμάζουμε την επιλογή τους για αλλαγή όπως και την προσπάθεια εφαρμογής της, αναγνωρίζοντας τις αντικειμενικά μεγάλες δυσκολίες του εγχειρήματος.

ΓΑΛΕΡΙΣΤΗΜΟ ΓΕΡΑΝΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

[1] Ρομπόλης Σ., *Κοινωνική ασφάλιση: Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές*. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1991.

[2] Κυριόπουλος Γ., & Σισσούρας Α., *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*. Θεμέλιο, Αθήνα, 1997.

[3] Souliotis K., & Kyriopoulos J., "The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues". British Library, 2003.

[4] Πελοποννήσιος Ξ., *Οργάνωσις και νομοθεσία της εν Ελλάδι νοσοκομειακής περιθάλψεως*. Αθήναι, 1961.

[5] Ν. 2952/1953 ΦΕΚ 254 Α΄.

[6] Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων. <http://www.oga.gr/index.php>

[7] Υφαντόπουλος Ι., *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα, οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1988.

[8] healthview, "Συγκροτήθηκε το νέο ΚΕΣΥ, τι έγινε στην πρώτη συνεδρίαση". <http://www.healthview.gr/node/16203>

[9] EUR-Lex, "95/456/EK: Απόφαση της Επιτροπής της 1ης Μαρτίου 1995 Κρατική ενίσχυση αριθ. C 1A/92 - Ελληνικό πρόγραμμα ενισχύσεων στο φαρμακευτικό τομέα, που χρηματοδοτείται από εισφορές στα φαρμακευτικά και άλλα σχετικά προϊόντα".

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995D0456:EL:HTML>

[10] Ν. 1397/1983 ΦΕΚ 143 Α΄.

[11] Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., & Souliotis K., "The "unexpected" growth of the private health sector in Greece". Elsevier, 2005.

[12] Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., & Φιλαλήθης Α., "Οι «Περιπέτειες» των Μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Μια Ιστορική Επισκόπηση". 2007.

[13] Ν. 2071/1992 ΦΕΚ 123 Α΄.

[14] Ν.2194/1994 ΦΕΚ 34 Α΄.

[15] Ν. 2519/1997 ΦΕΚ 165 Α΄.

[16] Λιαρόπουλος Λ., Καϊτελίδου Δ., & Σίσκου Ο., *Ο Τομέας Υγείας στην Ελλάδα την Τελευταία Εικοσαετία*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, 2006.

[17] Ν. 2676/1999 ΦΕΚ 1 Α΄.

[18] Ν. 2768/1999 ΦΕΚ 273 Α΄.

[19] Braoudakis G., Zilidis C., Mastrogiannakis A., Adamopoulos A., Vlantonis D., Gounglas D., & Kakouros M., "Public Health Action Plan". MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL SOLIDARITY, 2008.

[20] Ν. 2889/2001 ΦΕΚ 37 Α΄.

[21] Ν. 2920/2001 ΦΕΚ 131 Α΄.

[22] Ν. 3106/2003 ΦΕΚ 30 Α΄.

- [23] Ν. 3329/2005 ΦΕΚ 81 Α΄.
- [24] Ν. 3527/2007 ΦΕΚ 25 Α΄.
- [25] Ν. 3655/2008 ΦΕΚ 58 Α΄.
- [26] Ν. 3868/2010 ΦΕΚ 129 Α΄.
- [27] Ν. 3892/2010 ΦΕΚ 189 Α΄.
- [28] Ν. 3918/2011 ΦΕΚ 31 Α΄.
- [29] Souliotis K., & Golna C., “Snapshots of the Greek Health System: The State of Affairs and Future Challenges”. 2010.
- [30] Physicians for a National Health Program. Health Care Systems - Four Basic Models.
http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
- [31] Ν. 3845/2010 ΦΕΚ 65 Α΄.
- [32] International Monetary Fund, “IMF Approves €30 Bln Loan for Greece on Fast Track”.09/05/2010.
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/survey/so/2010/new050910a.htm>
- [33] OECD database. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- [34] OECD, “OECD Health Data 2012: How Does Greece Compare”. 2012.
- [35] Κορρές Γ., Κοκκίνου Α., & Τσομπάνογλου Γ., “Ελληνική Οικονομία: Δομή-Διάρθρωση, Δημόσιο Χρέος και Προοπτικές Ανάπτυξης”. 2011.

[36] Νέδος Β., “Από το δάνειο του 1824 στα ομόλογα: Η διαχρονική σχέση εξάρτησης της Αθήνας από τους πιστωτικούς οίκους του Λονδίνου”. ΤΟ ΒΗΜΑ, 05/04/2007. <http://www.tovima.gr/politics/article/?aid=197162>

[37] Παγουλάτος Γ., & Ψαλιδόπουλος Μ., “Εικόνες από το παρελθόν”. Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18/04/2010.
http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_columns_1_18/04/2010_398040

[38] European Commission: Economic and Financial Affairs, AMECO database.
http://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/user/serie/ResultSerie.cfm

[39] European Commission database.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

[40] Δαράτος Γ., “Υπό επιτήρηση η οικονομία”. BBC Greek, 17/02/2005.
http://www.bbc.co.uk/greek/domesticnews/story/2005/02/050217_ecofin_greece.shtml

[41] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Φεβρουάριος 2006.

[42] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Φεβρουάριος 2007.

[43] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Ιούνιος 2007.

[44] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Δεκέμβριος 2009.

[45] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Ιούλιος 2010.

[46] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Δεκέμβριος 2010.

[47] IOBE, “Η Ελληνική Οικονομία”. Τριμηνιαία Έκθεση, Δεκέμβριος 2011.

[48] Kramer E., “Οικονομική, Κοινωνική και Εδαφική Κατάσταση της Ελλάδας”. Γενική Διεύθυνση Εσωτερικών Πολιτικών της Ένωσης-Θεματικό Τμήμα Β: Διαρθρωτικές Πολιτικές και Συνοχή, 2011.

[49] “Memorandum of Understanding on SPECIFIC ECONOMIC POLICY CONDITIONALITY”. 2010.

[50] “Memorandum of Economic and Financial Policies”. 2010.

[51] “Επικαιροποιημένο Μνημόνιο”. 2010.

[52] Γνωμικολογικόν - Αποφθέγματα, Γνωμικά, Αφορισμοί, Ρητά, Παροιμίες και άλλα: Ηράκλειτος.

<http://www.gnomikologikon.gr/authquotesPage.php?auth=40&page=1#axzz2OaUABnub>

[53] Quinn R. E., *Deep Change: Discovering the Leader Within*. Jossey-Bass, San Francisco, 1996.

[54] La-Philosophie.com, “Citations de François Mitterrand”. 13/06/2012. <http://la-philosophie.com/citations-mitterrand>

[55] Jelfs E., Baer B., Nenonen M., Kaye R., Kling Hassler C., Nomberg M., Berg S., & Wilson P., “Change management and implementation in eHealth”. EHMA, 2010.

[56] Valeri L., Giesen D., Jansen P., & Klokgieters K., “Business Models for eHealth”. 2010.

[57] The European eHealth Governance Initiative. <http://www.ehgi.eu/default.aspx>

- [58] European Commission - Innovation Union: A Europe 2020 Initiative. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=actions
- [59] CALLIOPE Network. <http://www.calliope-network.eu/>
- [60] Bartlett C., & Boehncke K., "E-Health: Enabler for Australia's Health Reform". 2008.
- [61] The Personally Controlled eHealth Record System. <http://www.ehealth.gov.au/internet/ehealth/publishing.nsf/content/home>
- [62] Jones K. C., "Obama Wants E-Health Records in Five Years". InformationWeek, 12/01/2009. <http://www.informationweek.com/healthcare/obama-wants-e-health-records-in-five-yea/212800199>
- [63] CISCO Systems, "FAQ for Healthcare ARRA: HIT Stimulus". 2009
- [64] Turner W., "Big future for ehealth in USA and UK". eHealthspace.org, 19/11/2012. <http://ehealthspace.org/news/big-future-ehealth-usa-and-uk>
- [65] EUROPA, "Digital Agenda: Commission signs eHealth agreement with US Department of Health". 17/12/2010. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-1744_en.htm
- [66] ECHAlliance, "US and EU advance cooperation on e-health during high level event in Boston". 15/11/2012. <http://www.echalliance.com/newsindividual.asp?id=55>
- [67] Κάτσικας Κ. Σ., Γκρίτζαλης Δ., & Γκρίτζαλης Σ., *Ασφάλεια Πληροφοριακών Συστημάτων*. Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα, 2004.

[68] Kotter J., "Change Management vs. Change Leadership: What's the Difference?". Forbes, 07/12/2011. <http://www.forbes.com/sites/johnkotter/2011/07/12/change-management-vs-change-leadership-whats-the-difference/>

[69] Βασιλακόπουλος Γ., Σημειώσεις μαθήματος: Δικτυοκεντρικά Συστήματα και Υπηρεσίες. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2010.

[70] Kotter J. P., *Leading Change*. Harvard Business Review Press, Boston, 1996.

[71] Shaner D., *The Seven Arts of Change: Leading Business Transformation That Lasts*. Sterling Publishing, New York, 2010.

[72] Blanchard K., Britt J., Hoekstra J., & Zigarmi P., *Who Killed Change: Solving the Mystery of Leading People Through Change*. Polvera Publishing, 2009.

[73] Cameron E., & Green M., *Making Sense of Change Management*. Kogan Page, 2009.

[74] Cassell C., & Symon G., *Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide*. Sage Publications, 1994.

[75] Eldabi T., Irani Z., Paul J. R., & Love P. E. D., "Quantitative and Qualitative Decision-making Methods in Simulation Modelling". 2002

[76] Cornford T., & Smithson S., *Project Research in Information Systems: A Student's Guide*. 1996.

[77] Yin R. K., *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, 2009.

[78] Benbasat I., Goldstein D. K., & Mead M., "The Case Research Strategy in Studies of Information Systems". 1987.

[79] Denzin N. K., & Lincoln Y. S., *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Sage Publication, 2005.

[80] Ο.Π.Α.Δ. <http://www.opad.gr/>

[81] ΠΔ 52/2001 ΦΕΚ 41 Α΄.

[82] Υ.Α ΦΕΚ 213/2005/τ. Β΄.

[83] Ε.Ο.Π.Υ.Υ. http://www.eopyy.gov.gr/Home/StartPage?a_HomePage=Index

[84] Υ.Α ΦΕΚ 3010/2011/τ. Β΄.

[85] Υ.Α ΦΕΚ 1233/2012/τ. Β΄.

[86] Σουλιώτης Κ., “Συνοπτική Διαγνωστική Μελέτη Ο.Π.Α.Δ”. 2010.

[87] Σουλιώτης Κ., “Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου: Έκθεση Πεπραγμένων - Απολογισμός 2010”. 2011.

[88] Σουλιώτης Κ., “Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου: Έκθεση Πεπραγμένων - Απολογισμός 2011”. 2011.

[89] Κούτρας Μ., “Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου: Διαγνωστική και Προγραμματική Μελέτη”. 2012.

[90] Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, “Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας”. 2011.

[91] Σκρουμπέλος Α., Καπάκη Β., Αθανασάκης Κ., Σουλιώτης Κ., & Κυριόπουλος Γ., “Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας: Το εγχείρημα του

Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας(Ε.Ο.Π.Υ.Υ)". Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012.

[92] Ο.Α.Ε.Ε, "Ετήσια Στατιστικά Στοιχεία Έτους 2011". 2011.

[93] Ο.Α.Ε.Ε, "Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση". 2011.

[94] Ο.Α.Ε.Ε. <http://www.oaee.gr/>

[95] Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση.
http://www.e-syntagografisi.gr/?page_id=74

[96] Η.ΔΙ.Κ.Α - Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση.
<http://www.idika.gr/etaireia/erga/hlektronikhsyntagografsh>

[97] Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. https://www.e-syntagografisi.gr/e-pre/faces/Login?Adf-Window-Id=w0&_afWindowMode=0&_afLoop=2177231898684880&_adf.ctrl-state=11g5kcbyc5_3&_afRedirect=2177231980338123

[98] Παπαθανασίου Κ., "Ανοιχτή Πρόσκληση για Διάλογο". Ο.Α.Ε.Ε, 06/10/2009.
http://www.oaee.gr/annaouncdt.asp?annaounc_id=25&cat_id=0&banner_pgc=3

[99] Βουδούρης Γ., "Μήνυμα του Διοικητή του Ο.Α.Ε.Ε", Ο.Α.Ε.Ε, 02/08/2010.
http://www.oaee.gr/annaouncdt.asp?annaounc_id=64&cat_id=0&banner_pgc=3

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Όνοματεπώνυμο:	
Θέση στον Ο.Π.Α.Δ:	

ΜΕΡΟΣ Α – Γενικές Πληροφορίες

A.1: Ποιο το πλήθος των εργαζομένων του οργανισμού σας (Ο.Π.Α.Δ) κατά την περίοδο ανάπτυξης και λειτουργίας του συστήματος e-diagnosis;

.....
.....
.....

A.2: Ποιο το πλήθος των ασφαλισμένων στον οργανισμό κατά την ίδια περίοδο;

.....
.....
.....

A.3: Το σύστημα e-diagnosis αναπτύχθηκε από τον οργανισμό σας ή προχωρήσατε σε outsourcing, και γιατί; (Εξηγήστε)

.....
.....
.....
.....
.....

A.4: Υπήρχαν άλλα συστήματα παράλληλα με το e-diagnosis στον οργανισμό σας και εάν ναι ποια ήταν αυτά και ποιο το αντικείμενό τους;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΣΥΣΤΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

A.5: Εάν υπήρχαν και άλλα συστήματα, ποια η αλληλεπίδραση με το e-diagnosis;

ΣΥΣΤΗΜΑ	ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ

A.6: Σε ποιο/ποια τμήματα του οργανισμού συναντάμε το σύστημα e-diagnosis και πως χρησιμοποιείται από τους εργαζόμενους των εν λόγω τμημάτων;

ΤΜΗΜΑ	ΧΡΗΣΗ

ΜΕΡΟΣ Β – Εξειδικευμένες Πληροφορίες

B.1: Δημιουργήθηκε αίσθηση επείγουσας ανάγκης στον οργανισμό για την αλλαγή από το παλιό χειρόγραφο σύστημα στο νέο σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης παρακλινικών εξετάσεων(e-diagnosis) και με ποιο τρόπο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(Εξηγήστε)

.....

.....

.....

.....

.....

B.2: Ποιο το ποσοστό της διοίκησης που πίστευε στην αναγκαιότητα της αλλαγής και μετά την επίτευξη ποιου ποσοστού εδραίωσης αίσθησης επείγουσας ανάγκης στους εργαζόμενους του οργανισμού επέλεξε η διοίκηση να προχωρήσει στην προσπάθεια αλλαγής;

Ποσοστό διοίκησης:

Ποσοστό εδραίωσης:

B.3: Δημιουργήθηκε ομάδα καθοδήγησης για την πραγματοποίηση της αλλαγής και εάν ναι ποια τα μέλη της και ποιος ο ρόλος κάθε μέλους;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΛΗ ΟΜΑΔΑΣ	ΡΟΛΟΣ
-------------	-------

B.4: Ποιο ήταν το όραμα για τον οργανισμό, στο πλαίσιο της προσπάθειας αλλαγής και ποια η στρατηγική που αναπτύχθηκε για την υλοποίησή του;

<p>ΟΡΑΜΑ:</p>	
<p>ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ:</p>	

B.5: Ποια κανάλια επικοινωνίας χρησιμοποιήθηκαν για τη διάδοση του οράματος; (Εξηγήστε)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B.6: Ποια η συχνότητα της αναφοράς του οράματος κατά τη διαδικασία αλλαγής;

ΜΙΚΡΗ ΜΕΤΡΙΑ ΜΕΓΑΛΗ

B.7: Θεωρείτε πως η ανώτερη διοίκηση του οργανισμού ήταν “πιστή”, ως προς τις ενέργειές της, στο όραμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

(Εξηγήστε)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B.8: Ο οργανισμός προχώρησε στην εκπαίδευση των εργαζομένων σε νέες δεξιότητες και συμπεριφορές και εάν ναι με ποιο τρόπο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

.....

.....

.....

.....

.....

B.9: Σημειώθηκαν αντιδράσεις σε επίπεδο εργαζομένων, προϊσταμένων ή διευθυντών του οργανισμού κατά την προσπάθεια αλλαγής και εάν ναι τι είδους αντιδράσεις ήταν και πως αντιμετωπίστηκαν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B.10: Ο οργανισμός προχώρησε στο σχεδιασμό και την πραγματοποίηση βραχυπρόθεσμων επιτυχιών κατά τη διαδικασία αλλαγής; (Εάν ναι ποιες ήταν αυτές, εάν όχι εξηγήστε γιατί)

ΝΑΙ ΟΧΙ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B.11: Εκτός από την ομάδα καθοδήγησης χρησιμοποιήθηκαν ή/και προάχθηκαν άλλα άτομα για να συνδράμουν στην προσπάθεια αλλαγής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(Εξηγήστε)

.....

.....

.....

.....

.....

B.12: Εκτιμάτε πως η αίσθηση επείγουσας ανάγκης διατηρήθηκε σε υψηλά επίπεδα, σε όλη τη διάρκεια του εγχειρήματος της αλλαγής; (Εάν όχι εξηγήστε τι παρατηρήσατε)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

.....

.....

.....

.....

.....

B.13: Υπήρξαν περιττές αλληλεξαρτήσεις στον οργανισμό, οι οποίες απομακρύνθηκαν στο πλαίσιο της αλλαγής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(Εξηγήστε)

.....
.....
.....
.....
.....

B.14: Θεωρείτε πως οι νέες προσεγγίσεις ήταν συμβατές με τον πυρήνα της κουλτούρας του οργανισμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

(Εξηγήστε)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

B.15: Επιτεύχθηκε ενσωμάτωση των νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού και εάν ναι με ποιο τρόπο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

.....
.....
.....
.....
.....

B.16: Αξιολογήστε σε κλίμακα από 1 έως 10 (1-κατώτερο, 10-ανώτερο) τα παρακάτω θέματα.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Εδραίωση αίσθησης επείγουσας ανάγκης										
Δημιουργία ομάδας καθοδήγησης										
Ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής										
Διάδοση οράματος										
Απομάκρυνση εμποδίων προς την εφαρμογή του οράματος										
Δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών										
Εδραίωση κερδών και παραγωγή περισσότερης αλλαγής										
Σταθεροποίηση νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού										
Προσπάθεια αλλαγής										

- Σας ευχαριστώ πολύ -