



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**«Σύγχρονες δεξιότητες για Επιτυχή Επιχειρηματική Δραστηριότητα στον Χώρο της
Υγείας στην Ελλάδα»**

**Διδακτορική Διατριβή
Υποψ. Διδάκτωρ Μαρία Κουλεντιανού**

**Εξεταστική Επιτροπή
Ομότιμη Καθηγήτρια Βικτωρία Πέκκα-Οικονόμου (Επιβλέπουσα)
Καθηγητής Γεωργακέλλος Δημήτριος (Συμβουλευτική και Εξεταστική Επιτροπή)
Καθηγητής Γεωργόπουλος Νικόλαος (Συμβουλευτική και Εξεταστική Επιτροπή)**

Πειραιάς, Ιούλιος 2026



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διδακτορική διατριβή για τη λήψη του διδακτορικού τίτλου, του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Πειραιώς, με τίτλο: «Σύγχρονες δεξιότητες για Επιτυχή Επιχειρηματική Δραστηριότητα στον χώρο της Υγείας στην Ελλάδα» έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου διδακτορικού, μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του διπλώματός μου.

Υπογραφή Διδάκτορα 

Ονοματεπώνυμο..... Μαρία Κουκουριζανός

Ημερομηνία..... 15-07-2026

Αφιέρωση

Στην οικογένεια μου

ΤΙΤΛΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη σημερινή εποχή που το εργασιακό περιβάλλον μεταβάλλεται διαρκώς, η ανάγκη παροχής υψηλών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας τίθεται ως ύψιστο διακύβευμα και οι τεχνολογικές εξελίξεις είναι ραγδαίες, η ανάπτυξη επαγγελματικών και διοικητικών δεξιοτήτων είναι απαραίτητη για να μπορέσουν οι εργαζόμενοι να ανταποκριθούν σε νέους ρόλους, αρμοδιότητες και καθήκοντα. Παράλληλα, ο ψηφιακός μετασχηματισμός είναι απαραίτητος και αναγκαίος σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να διερευνηθούν με ποιον τρόπο και σε ποιον βαθμό οι παράγοντες της ηγετικής συμπεριφοράς, της οργανωσιακής δέσμευσης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συνεργασίας συμβάλλουν στη διαμόρφωση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας, ποιες είναι οι επιμέρους διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας που αναδεικνύονται εμπειρικά και ποιες οι δομικές σχέσεις (ή σχέσεις αλληλεπίδρασης) που διαμορφώνονται μεταξύ τους.

Για να διερευνηθούν τα παραπάνω, πραγματοποιήθηκε αρχικά εκτενής ανάλυση της βιβλιογραφίας, όπου περιγράφηκαν τα συστήματα υγείας, η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, οι δεξιότητες του σύγχρονου ηγέτη και των διοικητικών στελεχών καθώς και οι ανθρώπινες διαστάσεις του εργασιακού περιβάλλοντος.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο μέσω του εργαλείου του ερωτηματολογίου. Τα περισσότερα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησαν στην επαλήθευση συγκεκριμένων υποθέσεων που έχουν ήδη υποστηριχθεί στη βιβλιογραφία, που αναγράφεται καθώς και στην εξαγωγή χρήσιμων επιπρόσθετων συμπερασμάτων. Ως προς ορισμένα αποτελέσματα της έρευνας που δεν έχουν βιβλιογραφικό υπόβαθρο διατυπώνονται πιθανές ερμηνείες.

Τα κύρια ευρήματα της διατριβής τεκμηριώνουν την υπόθεση ότι οι εργαζόμενοι που νοιώθουν περισσότερο ικανοί και αισθάνονται δέσμευση με τον οργανισμό, τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερη δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά. Επίσης, αποδεικνύεται από την έρευνα ότι η ομαδική εργασία ευνοείται από τη συναισθηματική σύνδεση με τον οργανισμό, την ηγεσία που δείχνει κατανόηση, τη δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά των μελών της ομάδας. Επιπρόσθετα, η αντιληπτή οργανωτική υποστήριξη ενισχύεται από τη συναισθηματική στήριξη των ηγετών, την αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία, την ύπαρξη σχέσεων εμπιστοσύνης και την ομαδική εργασία ενώ περιορίζεται όσο πιο ικανοί νοιώθουν οι εργαζόμενοι. Τέλος η Δημιουργική Συνεισφορά και Συμπεριφορά συμβάλει θετικά στην Ομαδική Εργασία, η οποία με τη σειρά της επιδρά θετικά στην Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη.

Τα συμπεράσματα της διατριβής προτείνουν ότι ένα νοσοκομείο που εστιάζει στην **ηθική στήριξη**, την **ομαδικότητα** και την **ενδυνάμωση των εργαζομένων** (όχι μόνο οικονομικά), θα έχει πιο δημιουργικό, αφοσιωμένο και παραγωγικό προσωπικό, οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Τέλος προσφέρουν σημαντικά εργαλεία για τη βελτίωση της λειτουργίας των οργανισμών υγείας (νοσοκομεία, κλινικές) και την αύξηση της αποδοτικότητας του προσωπικού και μπορούν να συμβάλλουν στην επιλογή κατάλληλων πολιτικών υγείας από τους αρμόδιους φορείς.

TITLE & ABSRACT

MODERN SKILLS FOR SUCCESSFUL BUSINESS ACTIVITY IN HEALTH SECTOR IN GREECE

In today's era when the work environment is constantly changing, the need to provide high and quality health services is at the highest stake and technological developments are rapid, the development of professional and administrative skills is essential to enable employees to respond to new roles, responsibilities and duties. At the same time, digital transformation is essential and necessary in all sectors and especially in the health sector.

The purpose of this thesis is to investigate how and to what extent the factors of leadership behavior, organizational commitment, psychological empowerment, interpersonal communication and collaboration contribute to the formation of Collective Entrepreneurship, what are the individual dimensions of Collective Entrepreneurship that emerge empirically and what are the structural relationships (or interaction relationships) that are formed between them.

To investigate the above, an extensive analysis of the literature was initially carried out, which described health systems, human resource management, the skills of the modern leader and managers, as well as the human dimensions of the work environment.

A quantitative survey was then conducted in a Greek public hospital using a questionnaire tool. Most of the research results led to the verification of specific hypotheses that have already been supported in the literature as listed, as well as to the extraction of useful additional conclusions. Possible interpretations are formulated for some of the research results that do not have a bibliographic background.

The main findings of the thesis support the hypothesis that employees who feel more competent and committed to the organization tend to exhibit more creative behavior and contribution. It is also demonstrated by the research that teamwork is favored by emotional connection to the organization, leadership that shows understanding, creative behavior and contribution of team members. Finally, perceived organizational support is enhanced by emotional support from leaders, effective interpersonal communication, the existence of trusting relationships and teamwork, while it is limited the more competent employees feel. Finally, Creative Contribution and Behavior contributes positively to Teamwork, which in turn has a positive impact on Perceived Organizational Support.

The conclusions of the thesis suggest that a hospital that focuses on moral support, teamwork and employee empowerment (not only financially), will have more creative, dedicated and productive staff, leading to better outcomes for patients. Finally, they offer important tools for improving the functioning of health organizations (hospitals, clinics) and increasing staff efficiency and can contribute to the selection of appropriate health policies by competent bodies.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια Βικτωρία Πέκκα-Οικονόμου, για τις κατευθυντήριες οδηγίες και τη στήριξη που μου παρείχε ως επιβλέπουσα, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής και γενικότερα για την άψογη συνεργασία που είχαμε όλα αυτά τα χρόνια. Υπήρξε ο μέντοράς μου που ενθάρρυνε την προσωπική μου ανάπτυξη μέσω των γνώσεων της, της δικτύωσης και της εποικοδομητικής ανατροφοδότησης, ενισχύοντάς με για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Καθηγητές κ. Γεωργακέλλο Δημήτριο και κ. Γεωργόπουλο Νικόλαο, για τη στήριξη, την εμπιστοσύνη που μου έχουν δείξει όλο αυτό το διάστημα, αλλά και την παρότρυνση κατά την εκπόνηση της παρούσας να μελετηθούν ευρύτερα επιστημονικά πεδία και να αποτυπωθούν καινοτόμες ιδέες προς περαιτέρω μελέτη.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους Καθηγητές και τους Συμφοιτητές μου του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την όμορφη συνεργασία που είχαμε όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή και συμπαράσταση που μου παρείχε όλη αυτή την περίοδο.

Περιεχόμενα

TITLE & ABSRACT	6
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	14
ΜΕΡΟΣ Α: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	16
1.1. Ερευνητικός Σκοπός και Επιμέρους Ερευνητικοί Στόχοι.....	16
1.2. Σημασία του Θέματος και Επιδιωκόμενη Συνεισφορά.....	17
1.3. Δομή της Διδακτορικής Διατριβής	19
ΜΕΡΟΣ Β: ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ..	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΓΑΘΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.1. Ορισμοί.....	20
2.1.1. Ορισμός υγείας.....	20
2.1.2. Ορισμός Δημόσιου Αγαθού.....	21
2.1.3. Οι Υπηρεσίες Υγείας ως Δημόσιο Αγαθό	21
2.2. Ιστορική Αναδρομή του Πολύτιμου Αγαθού της Υγείας.....	22
2.2.1. Ιστορική Αναδρομή Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και νομοθετικό πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)	22
2.3. Οικονομικά της Υγείας	25
2.3.1. Εννοιολογική Προσέγγιση	25
2.3.2. Ισότητα στην Υγεία	27
2.4. Ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας	28
2.5. Θεωρία Συστημάτων - Συστημική Ανάλυση.....	33
2.5.1. Συστημική Προσέγγιση.....	33
2.5.2. Πλεονεκτήματα Συστημικής Προσέγγισης.....	35
2.5.3. Μοντελοποίηση Δυναμικών Συστημάτων	35
2.5.4. Κατηγορίες προβλημάτων ανάλυσης αποφάσεων.....	36
2.6. Σύστημα Υγείας ή σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.....	37
2.7. Μοντέλα συστημάτων υγείας	39
2.8. Εργαλεία Στρατηγικού Σχεδιασμού και Ανάλυσης	41
2.8.1. Μοντέλο εκτίμησης της απόδοσης οργανισμού (Balanced Scorecard).....	41
2.8.2. Συγκριτική Αξιολόγηση Επιδόσεων (Benchmarking)	42

2.9. Η Διάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	43
2.10. Υγειονομική Πολιτική στην Ελλάδα	46
2.10.1. Προβλήματα χάραξης πολιτικής για την υγεία	55
2.11. Οικονομική Αξιολόγηση	57
2.12. Αξιολόγηση συστήματος υγείας στην Ελλάδα	60
2.13. Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από τους πολίτες	62
2.13.1. Διαδικασία και δείκτες αξιολόγησης νοσοκομειακής μονάδας	63
2.14. Τύποι Υγειονομικής Περίθαλψης	64
2.15. Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας	68
2.16. Οικονομική διαχείριση νοσοκομείων	71
2.17. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας	74
2.18. Ελληνική πραγματικότητα δημόσιου νοσοκομειακού τομέα	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ.....	82
3.1. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού	82
3.2. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού βάσει ικανοτήτων	84
3.3. Στελέχωση των νοσοκομείων	87
3.4. Νέος τρόπος Αξιολόγησης Δημοσίων Υπαλλήλων βάσει στοχοθεσίας και ανάπτυξης δεξιοτήτων	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	91
4.1. Γενικά	91
4.2. Ανάλυση Δαπανών Υγείας	94
4.3. Ανισότητες στην Υγεία	96
4.4. Προβλήματα στη μέτρηση δαπανών υγείας και τρόποι μείωσης τους	98
4.5. Σύστημα διαγνωσμένων κατηγοριών ασθενειών (DRGs)	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ	105
5.1. Ορισμός Διοικητικής Επιστήμης και Διοίκησης	105
5.2. Λειτουργίες Διοίκησης	105
5.3. Management	107
5.4. Ορισμοί και Διάκριση Γνώσης, Ικανοτήτων και Δεξιοτήτων και Εμπειριών	109
5.5. Δεξιότητες Manager	114
5.6. Δεξιότητες διοικητικών στελεχών	116
5.6.1. Τύποι διευθυντικών στελεχών	116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΨΗΦΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	120

6.1. Ψηφιακή Υγεία	120
6.1.1. Ψηφιακή Υγεία σε διάφορες χώρες	120
6.1.2. Ενιαίες Ψηφιακές Υποδομές	121
6.1.2.1. Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας	122
6.1.2.2. Δωρεάν τετραψήφια τηλεφωνική γραμμή 1566.....	123
6.1.3. ΕΟΠΥΥ και Τεχνητή Νοημοσύνη (Artificial Intelligence)	123
6.1.4. Πλεονεκτήματα ψηφιακής υγείας	123
6.1.5. Προβλήματα ψηφιακής υγείας	125
6.1.6. Διεθνείς εξελίξεις στον τομέα της ψηφιακής υγείας	129
6.2. Προστασία Προσωπικών Δεδομένων στο χώρο της υγείας	129
6.2.1. Η τεχνολογία.....	129
6.2.2. Κυβερνοασφάλεια.....	130
6.2.3. Διάκριση των δεδομένων υγείας	131
6.2.4. Κίνδυνοι παραβίασης ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων	132
6.2.5. Θέματα ασφαλείας και προστασίας προσωπικών δεδομένων	133
6.2.5.1. Προστασία Προσωπικών Δεδομένων κατά την τηλεργασία στο Δημόσιο Τομέα.....	134
6.2.6. Ο Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων Υγείας ως οικοσύστημα υγείας.....	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΗΓΕΣΙΑ	137
7.1. Ορισμός Ηγεσίας, Ηγέτη και τα χαρακτηριστικά του	137
7.2. Διάκριση εννοιών Ηγέτη και Διοικητή	138
7.3. Χαρακτηριστικά Ηγέτη	139
7.4. Δεξιότητες Ηγέτη	141
7.5. Ομοιότητες και Διαφορές Manager και Ηγέτη	143
7.6. Επίπεδα και στυλ Ηγεσίας.....	145
7.7. Σύγχρονα Μοντέλα Ηγεσίας.....	148
7.8. Συμμετοχική Ηγεσία	152
7.9. Διαχείριση Συγκρούσεων	152
7.10. Λαβύρινθος της ηγεσίας	153
7.11. Μελέτες για την Ηγεσία	154
7.12. Νέος τρόπος επιλογής Διοικητών στα νοσοκομεία με έμφαση στις αποκτηθείσες δεξιότητες.....	156
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	158
8.1. Ορισμός Επιχειρηματικότητας	158

8.2. Ορισμός Εταιρικής Επιχειρηματικότητας, Ενδοεπιχειρηματικότητας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας	159
8.3. Ορισμός Καινοτομίας και GEM	161
8.4. Συλλογική Επιχειρηματικότητα	162
8.4.1. Μορφές συλλογικής επιχειρηματικής δραστηριότητας	162
8.4.2. Κλίμακες μέτρησης για τη συλλογική επιχειρηματικότητα στους Δημόσιους Φορείς	163
8.5. Σύνδεση ηγετικής συμπεριφοράς και επιχειρηματικότητας	164
8.6. Ανταγωνισμός Μηδενικού Αθροίσματος στον κλάδο της Υγείας και Βασικές αρχές ανταγωνισμού βάσει αξίας	166
8.6.1. Ανταγωνισμός Μηδενικού Αθροίσματος στον κλάδο της Υγείας	166
8.6.2. Βασικές αρχές ανταγωνισμού βάσει αξίας	167
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ	
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....	170
9.1. Εργασιακή Ικανοποίηση	170
9.2. Συναισθηματική Νοημοσύνη	171
9.3. Δημιουργία ενός μαθησιακού περιβάλλοντος	172
9.4. Οργανωσιακή Δέσμευση	174
9.5. Διαπροσωπικές σχέσεις	176
9.5.1. Επικοινωνία	176
9.5.2. Μελέτες για τη Συνεργασία.....	177
9.5.3 Μελέτες για την Ανάπτυξη Ομάδων	177
ΜΕΡΟΣ Γ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ...	179
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	179
10.1. Εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση	179
10.2. Ποσοτική Έρευνα.....	180
10.3. Μετρήσεις	182
10.3.1. Ηγετική Συμπεριφορά	182
10.3.2. Συλλογική Επιχειρηματικότητα	182
10.3.3. Οργανωσιακή Δέσμευση	184
10.3.4. Διαπροσωπική Επικοινωνία	185
10.3.5. Συνεργασία.....	186
10.3.6. Ψυχολογική Ενδυνάμωση	187
10.4. Δειγματοληψία και Ερευνητικό Δείγμα	188

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 194

11.1. Περιγραφική ανάλυση	194
11.2. Διμεταβλητή ανάλυση.....	195
11.2.1. Ανάλυση συσχέτισης.....	195
11.2.2. Έλεγχοι ανεξάρτητων δειγμάτων (t-tests).....	197
11.3. Ανάλυση παλινδρόμησης.....	198
11.4. Ανάλυση διαδρομών	199
11.4.1. Αρχικό μοντέλο.....	199
11.4.2. Τελικό μοντέλο	201

ΜΕΡΟΣ Δ: ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΥ.....207

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....207

12.1. Σχόλια ή Παρατηρήσεις.....	207
12.2. Συμπεράσματα	216
12.3. Ακαδημαϊκή Έρευνα	219
12.4. Περιορισμοί Έρευνας	219
12.5. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	220
<i>Ξενόγλωσση</i>	221
<i>Ελληνική</i>	231

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 236

Παράρτημα 1: Εποπτευόμενοι Φορείς και Νομικά Πρόσωπα του Υπουργείου Υγείας ...	236
Παράρτημα 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	245

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Συλλογική Επιχειρηματικότητα»	183
Πίνακας 2: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Οργανωσιακή Δέσμευση».....	185
Πίνακας 3: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Διαπροσωπική Επικοινωνία»	186
Πίνακας 4: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Συνεργασία».....	187
Πίνακας 5: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για την «Ψυχολογική Ενδυνάμωση»	188
Πίνακας 6: Επαγγελματική ιδιότητα μελών δείγματος	189
Πίνακας 7: Κλινικό προσωπικό	189
Πίνακας 8: Βιολογικό φύλο.....	190
Πίνακας 9: Ηλικιακή ομάδα	190
Πίνακας 10: Οικογενειακή κατάσταση	190
Πίνακας 11: Σχέση Εργασίας.....	191

Πίνακας 12: Καθήκοντα ευθύνης	191
Πίνακας 13: Άσκηση ιδιωτικού έργου	191
Πίνακας 14: Έτη εργασιακής εμπειρίας.....	192
Πίνακας 15: Περιγραφικά στατιστικά μετρικών μεταβλητών.....	195
Πίνακας 16: Παραμετρικές αναλύσεις συσχέτισης Pearson's r	196
Πίνακας 17: Μη παραμετρικές αναλύσεις συσχέτισης Spearman's ρ	196
Πίνακας 18: Έλεγχοι t -test	197
Πίνακας 19: Αναλύσεις απλής και πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.....	199
Πίνακας 20: Αρχικό μοντέλο ανάλυσης διαδρομών.....	200
Πίνακας 21: Τελικό μοντέλο ανάλυσης διαδρομών (μερικώς κατευθυνόμενο από τα δεδομένα).....	201

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ / ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ / ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1: Οργανόγραμμα 2 ^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου	51
Εικόνα 2: Κατανομή συχνοτήτων για τα έτη εργασιακής εμπειρίας.....	193
Εικόνα 3: Τελικό μοντέλο ανάλυσης διαδρομών	202

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

DRG's: DIAGNOSIS RELATED GROUPS
EHCI: EURO HEALTH CONSUMER INDEX
HRMS: HUMAN RESOURCES MANAGEMENT SYSTEM
MBA: MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION
QALY: QUALITY-ADJUSTED LIFE YEAR
OECD: ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT
ΑΕΠ: ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ
ΑΟΥ: ΑΝΤΙΛΗΠΤΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΑΥΤΕΠΙΔ: ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ
ΔΑΠ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΔΕ: ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΔΣΣ: ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ
ΕΕ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΕΗΣ: ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΗΓΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
ΕΗΦΥ: ΕΘΝΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΚΔΔΑ: ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΚΤ: ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
ΕΛΣΤΑΤ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ
ΕΟΠΥΥ: ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΣΥ: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΦΚΑ: ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΗΠΑ: ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ
ΙΚΑΝ: ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
ΚΑΥ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΛΠΓΚ: ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΝΠΔΔ: ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ
ΟΑΕΔ ΝΥΝ ΔΥΠΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΝΥΝ ΔΗΜΟΣΙΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
ΟΔΙΠΥ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε
ΟΕ: ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΟΣΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΟΤΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΤΠΟΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΔ: ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ
ΠΟΥ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΔΑΔ: ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΣΕΒ: ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ
ΣΗΣ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
Συ.Κ.Ν.Υ.: ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΣΥΛΝΟ: ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

ΣΥΜΠΟΔ: ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ

ΣΥΝΟΔ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ

ΣΧΕΜΠ: ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

ΥΠΕ: ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ

ΜΕΡΟΣ Α: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1.1. Ερευνητικός Σκοπός και Επιμέρους Ερευνητικοί Στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ της ηγετικής συμπεριφοράς, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της οργανωσιακής δέσμευσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συλλογικής επιχειρηματικότητας στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, με έμφαση στο νοσοκομειακό πλαίσιο. Η έρευνα επιδιώκει να αναδείξει πώς οι εν λόγω ψυχολογικοί και οργανωσιακοί παράγοντες διαμορφώνουν ένα ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας που προάγει τη συνεργασία, την καινοτομία και τη συνοχή των οργανισμών υγείας.

Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

- Να αποτυπωθούν οι αντιλήψεις όλων των εργαζομένων σχετικά με την ηγετική συμπεριφορά, την οργανωσιακή δέσμευση, την ψυχολογική ενδυνάμωση, τη διαπροσωπική επικοινωνία και τη συλλογική επιχειρηματικότητα στο πλαίσιο των δημόσιων νοσοκομείων.
- Να διερευνηθεί η φύση και η ένταση των σχέσεων μεταξύ της ηγετικής συμπεριφοράς, της οργανωσιακής δέσμευσης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συλλογικής επιχειρηματικότητας στη δημόσια δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη.
- Να εξεταστεί αν η ηγετική συμπεριφορά, οργανωσιακή δέσμευση, ψυχολογική ενδυνάμωση και διαπροσωπική επικοινωνία οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα συλλογικής επιχειρηματικότητας.

Όλοι οι παραπάνω επιμέρους στόχοι θα συμβάλλουν στην υλοποίηση του βασικού και διακριτού στόχου που είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων που μπορούν να αξιοποιηθούν σε μοντελοποίηση που θα συνθέτει τις ανωτέρω έννοιες σε έναν λειτουργικό μηχανισμό, προσαρμοσμένο στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω στόχευση, η παρούσα διατριβή επιδιώκει την εμπειρική διερεύνηση των ακόλουθων ερευνητικών ερωτημάτων:

E1: Σε ποιον βαθμό και με ποιον τρόπο οι παράγοντες της ηγετικής συμπεριφοράς, της οργανωσιακής δέσμευσης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συνεργασίας συμβάλλουν στη διαμόρφωση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας;

E2: Ποιες επιμέρους διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας αναδεικνύονται εμπειρικά και ποιες δομικές σχέσεις διαμορφώνονται μεταξύ τους;

1.2. Σημασία του Θέματος και Επιδιωκόμενη Συνεισφορά

Τα Συστήματα Υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μας επειδή συμβάλλουν στη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας (Chaze, 2014). Με τη σειρά της, η υγεία επηρεάζει και τον τομέα της οικονομίας. Επειδή, πάντως, στον τομέα της υγείας διαπιστώνονται προβλήματα λόγω έλλειψης ανθρωπίνων και υλικών πόρων, αναζητώνται στη βιβλιογραφία και στην πρακτική εφαρμογή κατάλληλες πολιτικές αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων. Για να εφαρμοστούν αυτές οι πολιτικές υγείας θα πρέπει, όμως, πρώτα να διερευνηθούν οι αιτίες των προβλημάτων στον τομέα της υγείας και να κατανοηθούν επίσης οι συμπεριφορές όλων των απασχολούμενων στον κλάδο και ιδίως των ιατρών. Οι νέες πολιτικές υγείας που επιφέρουν αλλαγές, λοιπόν, για να είναι πετυχημένες, θα πρέπει πρωτίστως να γίνουν ενέργειες για να γίνει προσέγγιση των ιατρών των νοσοκομείων, να κατανοηθεί το πλαίσιο των σκέψεων και των συναισθημάτων που εκδηλώνονται στο χώρο εργασίας, ώστε ακολούθως να πραγματοποιηθεί αλλαγή στη συμπεριφορά και την αντιμετώπιση τους (Qian & Lim, 2008). Επειδή όμως η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι ένας **πολύπλοκος μηχανισμός** όπου η ασφάλεια και η αποκατάσταση του ασθενή εξαρτώνται από τη συνοχή κάθε «κρίκου» της αλυσίδας και οι βασικοί πυλώνες της εν λόγω αλυσίδας εκτός από το ιατρικό προσωπικό που αναφέρθηκε ήδη, είναι το νοσηλευτικό που αποτελεί τη «ραχοκοκαλιά» της φροντίδας, προσφέροντας 24ωρη παρακολούθηση και υποστήριξη, το επιστημονικό, παραϊατρικό διοικητικό και λοιπό προσωπικό που θα πρέπει να κατανοηθούν οι συμπεριφορές τους. Γενικότερα με τον τρόπο αυτό θα είναι εφικτό να γίνουν κατανοητές οι επιθυμίες και ανάγκες όλων των κλάδων των εργαζομένων σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Περαιτέρω, όπως αναφέρθηκε, για την εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών υγείας, κύριο στοιχείο είναι η διαπίστωση και κατανόηση των προβλημάτων στο χώρο της δημόσιας υγείας. Για να οδηγηθούμε στην κατανόηση των αιτίων των προβλημάτων, με την παρούσα εργασία αξιοποιήθηκε το εργαλείο του ερωτηματολογίου ώστε να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες μετρήσεις που επιτρέπουν να γνωρίζουμε τα επίπεδα ικανοποίησης, τις αιτίες δυσαρέσκειας, καθώς και τους τρόπους βελτίωσης της ικανοποίησης όλων των εργαζομένων με οποιαδήποτε σχέση εργασίας σε δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η οικονομική κρίση επηρέασε την υγεία των πολιτών λόγω απώλειας εισοδήματος, ελλιπούς εκπαίδευσης, κακής διατροφής με επακόλουθο την αύξηση ζήτησης υπηρεσιών υγείας (Bartley et al., 1997; Blane et al., 1997; Prędkiewicz et al., 2022). Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τη δημόσια δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στην οποία παρατηρείται μειωμένη κρατική δαπάνη για την υγεία (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Κατά συνέπεια, η λειτουργία των συστημάτων υγείας και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη απαιτούν περισσότερα χρήματα τη

στιγμή που οι κυβερνήσεις δαπανούν το ένα έκτο του προϋπολογισμού τους για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης (Chaze, 2014).

Είναι γεγονός ότι σήμερα οι οργανισμοί είναι πιο ανταγωνιστικοί και δυναμικοί και αυτός είναι ένας από τους λόγους που το στυλ ηγεσίας είναι τόσο σημαντικό. Τα ανώτερα στελέχη επιβλέπουν και συνεργάζονται με τους υφισταμένους τους, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού, αλλά δεν υπάρχει ένα στυλ ηγεσίας που να είναι αποτελεσματικό σε όλες τις καταστάσεις και σε όλους τους διευθυντές (Μπουραντάς, 2002, 2005). Το κάθε στυλ ηγεσίας είναι κατάλληλο σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και συνθήκες (Μαδιανός κ.α., 1988).

Επίσης η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει ότι το προσωπικό ενός νοσοκομείου αντιμετωπίζει δυσκολίες στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών του, όταν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες τους.

Επίσης, η ικανοποίηση των εργαζόμενων από την εργασία τους και η αφοσίωση στον οργανισμό/εργοδότη τους, εμφανίζεται ως ένας από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας (Lok & Crawford, 2004).

Σύμφωνα με τους Meyer και Allen (1997), σε ότι αφορά την οργανωσιακή δέσμευση, καταλήγουμε ότι μπορεί να υπάρχουν θετικά και αρνητικά αποτελέσματα για τον οργανισμό και για τον εργαζόμενο. Ενώ οι οργανισμοί επιδιώκουν να έχουν δεσμευμένους εργαζόμενους, πολλές φορές αυτή η ισχυρή δέσμευση των εργαζόμενων αποτελεί κίνδυνο για τον οργανισμό, έχοντας ως αποτέλεσμα ο οργανισμός να χάσει την ανταγωνιστική του ιδιότητα. Για τον εργαζόμενο, τώρα, το να δεσμευτεί απόλυτα με τον οργανισμό, σημαίνει μειωμένο χρόνο για εξωτερικές δραστηριότητες, όπως επίσης και μειωμένη έρευνα για εξεύρεση καλύτερης εργασίας (Meyer & Allen, 1997). Σύμφωνα με τα συμπεράσματα των Allen & Meyer (1991), οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλά επίπεδα οργανωσιακής δέσμευσης, παρουσιάζουν επίσης γενικά υψηλή εργασιακή ικανοποίηση, όπως επίσης και χαμηλά επίπεδα συγκρούσεων μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής και χαμηλά επίπεδα εργασιακού στρες.

Πολλοί άλλοι ερευνητές μελέτησαν τα αποτελέσματα της οργανωσιακής δέσμευσης. Η συμμετοχή του εργαζόμενου είναι το αποτέλεσμα που σχετίζεται άμεσα και θετικά με τη συναισθηματική δέσμευση. Ο Gellatly (1995) διαπίστωσε ότι η συνεχής δέσμευση σχετίζεται με το πόσο συχνά ένας εργαζόμενος απουσίαζε.

Επιπλέον, η οργανωσιακή δέσμευση σχετίζεται με τη σκέψη για αποχώρηση, κάτι το οποίο σημαίνει μειωμένη προσπάθεια, μείωση του επιπέδου εργασιακής εμπλοκής (Davy et al., 1997) και κατά εξακολούθηση αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία (Blau & Boal, 1987).

Επομένως τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δύνανται να παρέχουν χρήσιμες κατευθύνσεις για την κατάσταση που επικρατεί στην δημόσια δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα και τα στοιχεία αυτά να χρησιμοποιηθούν από το Υπουργείο Υγείας, τις Υγειονομικές Περιφέρειες, τον Οργανισμό Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε (ΟΔΙΠΥ) για να βοηθήσουν στη δημιουργία ενός

αποδοτικού και με κίνητρα εργασίας εργατικού δυναμικού επιτυγχάνοντας το Κράτος καλύτερα τους στόχους του.

1.3. Δομή της Διδακτορικής Διατριβής

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο που διέπει τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, τη στελέχωση και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού των συστημάτων υγείας βάσει ικανοτήτων και δεξιοτήτων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα πορίσματα της ερευνητικής μελέτης μέσω ερωτηματολογίου ως προς την αλληλεπίδραση μεταξύ της ηγετικής συμπεριφοράς, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της οργανωσιακής δέσμευσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συλλογικής επιχειρηματικότητας στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας. Η εργασία ολοκληρώνεται με ορισμένες καταληκτικές παρατηρήσεις, αποτίμηση των εξαχθέντων αποτελεσμάτων του ερευνητικού σκέλους και σκέψεις για περαιτέρω εμβάθυνση στην αλληλεπίδραση των δεξιοτήτων των εργαζομένων προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η απόδοσή τους.

Πιο αναλυτικά, με το θεωρητικό πλαίσιο που αναλύεται στο Μέρος Β επιτυγχάνεται να παρουσιασθούν όλες οι όψεις των υπηρεσιών υγείας, οι ιδιαιτερότητες τους, τα μοντέλα συστημάτων υγείας και τα χαρακτηριστικά τους, οι ανισότητες στην υγεία και τα χαρακτηριστικά των στελεχών που απαρτίζουν τα δημόσια νοσοκομεία. Αναλυτικότερα γίνεται μνεία στις ικανότητες των ηγετών, managers και των διοικητικών στελεχών και τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους. Τέλος αναλύονται τα είδη της επιχειρηματικότητας.

Από τη συγκριτική μελέτη των μερών του θεωρητικού πλαισίου και προς απάντηση του ερευνητικού στόχου που τέθηκε, στο Μέρος Γ της παρούσας παρατίθεται η δημοσκοπική έρευνα της εργασίας. Αρχικά τίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα και παρουσιάζεται το ερευνητικό εργαλείο-ερωτηματολόγιο. Ακολουθεί η ανάλυση των συμπερασμάτων που προέκυψαν από τις δοθείσες απαντήσεις.

Στο τέλος ακολουθεί το Μέρος Δ με συμπεράσματα, σκέψεις για περαιτέρω έρευνα, ενώ προτείνονται καλές πρακτικές και λύσεις για επιτυχή επιχειρηματική δραστηριότητα στο χώρο της υγείας.

ΜΕΡΟΣ Β: ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΓΑΘΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ορισμοί

2.1.1. Ορισμός υγείας

Όπως αναφέρθηκε, στο παρόν μέρος θα παρουσιαστούν όλες οι όψεις των υπηρεσιών υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει πρώτα να αποδοθούν οι κρίσιμοι ορισμοί. Αυτό είναι σημαντικό καθώς οι ορισμοί μπορεί να διαφέρουν λόγω της ευρύτητας των εκφάνσεων των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή νομικών, οικονομικών, δημόσιου χαρακτήρα, κλπ.

Αρχικά, θα πρέπει να αποδοθεί ο όρος «υγεία». Σύμφωνα με τον Bentham υγεία είναι απουσία νόσου ενώ σύμφωνα με τον Parson η υγεία ορίζεται με το εάν το άτομο μπορεί να ανταποκριθεί στους κοινωνικούς του ρόλους (Χλέτσος, 2016).

Σύμφωνα όμως με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση της ολοκληρωμένης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία κάποιας ασθένειας στο άτομο». Η κατάσταση είναι μεταβλητή και μπορεί να αλλάξει λόγω διαφόρων παραγόντων όπως δημογραφικών, καταχρήσεων, γενετικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, οικονομικών κτλ (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Ο κλασικός ορισμός της υγείας από τον ΠΟΥ μοιάζει ελλιπής, γιατί δεν περιλαμβάνει τη βιολογική, κοινωνικο-οικονομική, πολιτισμική-κοινωνιολογική και πολιτική προσέγγιση.

Η υγεία είναι μια κατάσταση στην οποία κάποιος μπορεί να λειτουργήσει καλά σωματικά, διανοητικά, κοινωνικά και πνευματικά, εκφράζοντας δηλαδή όλο το φάσμα των δυνατοτήτων του σύμφωνα με την ολιστική της θεωρία.

Συνεπώς, από τον ορισμό φαίνεται να προκύπτει ότι η υγεία θεωρείται ανθρώπινο δικαίωμα που δημιουργεί τη νομική υποχρέωση στα κράτη να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες υγειονομική περίθαλψη που να είναι ποιοτικά αποδεκτή και οικονομικά προσιτή. Μπορεί όμως η υγεία να είναι δικαίωμα όταν δεν υπάρχει δεσμευτική νομοθετική διάταξη που να το απαιτεί ή όταν δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι καλή υγεία; Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό, θα πρέπει να διαπιστωθεί αν πράγματι οι άνθρωποι έχουν καλή υγεία, υπό τα ισχύοντα εθνικά συστήματα υγείας ανά τον κόσμο.

Η διερεύνηση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού προϋποθέτει τη μεθοδολογία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων και ανάπτυξη αρνητικών και θετικών δεικτών.

Οι γενικές κατηγορίες δεικτών υγείας είναι οι εξής:

- Επίπεδο υγείας όπως προσδόκιμο επιβίωσης, θνησιμότητα, νοσηρότητα

- Τρόπος ζωής όπως διατροφή, γυμναστική, κατανάλωση αλκοόλ, καπνού, φαρμάκων
- Συνθήκες εργασίας και διαβίωσης
- Σύστημα υπηρεσιών υγείας όπως δαπάνες, χρηματοδότηση, προσωπικό
- Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση
- Άλλοι δείκτες (Καστανιώτη, 2018).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ασθένεια κάνει τους ανθρώπους φτωχότερους και η δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση κάνει τους ανθρώπους να αρρωσταίνουν (Obermann & Thielscher, 2023).

Άρα, η υγεία αν και ορίζεται ως δικαίωμα, δεν είναι πραγματικά φορείς όλοι οι συνάνθρωποί μας, ενώ αρκετοί, παρά την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών δεν έχουν την κατάλληλη υγεία.

2.1.2. Ορισμός Δημόσιου Αγαθού

Δημόσια αγαθά είναι τα αγαθά εκείνα τα οποία καταναλώνονται από κοινού από όλους τους καταναλωτές. Διακρίνονται από δύο χαρακτηριστικά:

A) το πρώτο είναι η μη ανταγωνιστικότητα δηλαδή η κατανάλωση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας από ένα άτομο δεν εμποδίζει κανέναν άλλον από την κατανάλωση του αγαθού, επίσης.

B) το δεύτερο είναι η μη αποκλειστικότητα που σημαίνει ότι δεν είναι δυνατή η παροχή ενός αγαθού ή υπηρεσίας σε ένα άτομο χωρίς να είναι σε θέση και οι άλλοι να το καταναλώσουν επίσης (Morris et al, 2017).

2.1.3. Οι Υπηρεσίες Υγείας ως Δημόσιο Αγαθό

Σύμφωνα με τον Arrow (1963) η υγεία είναι δημόσιο αγαθό γιατί η παροχή μιας υπηρεσίας σε ένα άτομο δεν εμποδίζει κάποιο άλλο άτομο να λάβει την ίδια υπηρεσία. Επίσης υποστηρίζει την ανάγκη κάποιας μορφής κρατικής παρέμβασης για να επιτευχθεί ένα κοινωνικά άριστο επίπεδο ευημερίας. Ειδικά σε περιπτώσεις μεταδοτικών ασθενειών, καθιστά απαραίτητη την πρόσβαση από περισσότερους φορείς, ώστε να αντιμετωπιστεί η κατάσταση στο σύνολό της. Επίσης η παροχή υπηρεσιών υγείας προάγει τη δημόσια υγεία και ο ασθενής δεν μπορεί να διαπραγματευτεί τις τιμές λόγω της ατελούς πληροφόρησης που έχει. Σε περίπτωση ψυχικής ασθένειας ή ατυχήματος δεν έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής λόγω του κατεπείγοντος (Χλέτσος, 2016).

2.2. Ιστορική Αναδρομή του Πολύτιμου Αγαθού της Υγείας

Η ιστορική αναδρομή του αγαθού της υγείας δείχνει μια εξέλιξη από τη μυθολογική θεώρηση ως υπέρτατο δώρο, στην ιπποκράτεια «φυσική αγωγή» με άσκηση/διατροφή, και τέλος στην οικονομική διάσταση του 20ού αιώνα όπου το αγαθό της υγείας χαρακτηρίζεται από «αντιπραγματική σκέψη», καθώς οι ασθενείς συχνά αναρωτιούνται τι θα συνέβαινε αν είχαν λάβει διαφορετική φροντίδα.

Αναλυτικότερα στην αρχαία Ελλάδα ο θεός της ιατρικής και γιατρός των θεών ήταν αρχικά ο Απόλλων. Η λατρεία του Ασκληπιού ως θεού εντοπίζεται στον 7ο αιώνα π.Χ. Τους επόμενους αιώνες η λατρεία του Ασκληπιού και η άσκηση της ιατρικής γίνεται αποκλειστικά σε ειδικά νοσηλευτήρια-ναούς, τα Ασκληπιεία. Στη συνέχεια με τον Ιπποκράτη (5ος αιώνας π. Χ.) η ιατρική περνά στα χέρια των επαγγελματιών με ειδική εκπαίδευση τονίζοντας τη σημασία του περιβάλλοντος, της διατροφής και της ατομικής υγιεινής στην πρόληψη της ασθένειας.

2.2.1. Ιστορική Αναδρομή Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και νομοθετικό πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε πέντε (5) βασικές χρονικές περιόδους.

Η πρώτη περίοδος αρχίζει από την ίδρυση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1909. Με το διάταγμα της 30.10.1833 θεσπίζεται ο θεσμός του νομίατρου και το 1834 ιδρύεται το Ιατροσυνέδριο που αποτελεί το ανώτατο υγειονομικό συμβούλιο βάσει του Β.Δ.της 13/25-5-1834 που λειτούργησε για 100 χρόνια και μεταξύ των αρμοδιοτήτων του ήταν εισηγήσεις προς την πολιτεία για τη λήψη όλων των κατάλληλων μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Η ανασυγκρότηση του τομέα της υγείας γινόταν από ανθρωπιστικά σωματεία, οργανώσεις, ευεργέτες και δημοτικούς οργανισμούς με αποτέλεσμα η διοίκηση των νοσοκομείων να περιέλθει στα χέρια ιδιωτών.

Η απουσία του κράτους από τον τομέα της υγείας οφειλόταν κυρίως από την πλήρη οικονομική αδυναμία του νεοσύστατου κράτους να αναλάβει τα έξοδα στον τομέα της υγείας, την απουσία ικανών διοικητικών στελεχών, την κυρίαρχη ευθυνοφοβία στα όργανα του κράτους και την αναδιοργάνωση βασικών τομέων του κράτους. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Τα πρώτα νοσοκομεία όπως το Νοσοκομείο Σύρου (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα (1836), το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1835) και ο Ευαγγελισμός (1884) στην Αθήνα. Ιδρύθηκαν εκείνη την εποχή σε αναπτυγμένες οικονομικά πόλεις. Το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή Αθηνών και ένα έτος μετά η πρώτη σχολή Μαιών. Οι γιατροί είναι πολύ λίγοι και κυρίως εγκατεστημένοι στην Αθήνα. Η απουσία του ασφαλιστικού συστήματος οδηγεί διάφορες επαγγελματικές ομάδες στη δημιουργία αυτοδιοικούμενων και αυτοχρηματοδοτούμενων ασφαλιστικών ταμείων όπως το

Ν.Α.Τ. το 1861. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί έννοια των μοναστηριών, των δήμων και κοινοτήτων και των φιλάνθρωπων.

Η δεύτερη περίοδος (1909-1952) χαρακτηρίζεται από την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούν (πόλεμοι, πρόσφυγες). Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν αποτέλεσαν το πρώτο ευρύ δίκτυο (Δικαίος κ.α, 1999).

Το 1916 δημιουργείται στη Θεσσαλονίκη η Ανωτάτη Διεύθυνση Περίθαλψης με μέριμνα της την υγειονομική της περίθαλψη στους πρόσφυγες. Το 1917 καταργείται η εν λόγω Διεύθυνση και συστήνεται το προσωρινό Υπουργείο Περίθαλψης το οποίο θα εξελιχθεί αργότερα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας σύμφωνα με το ν.2882/1922. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αντίληψης αναδιοργάνωσε τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας ενώ στις 28-09-1925 εξέδωσε διάταγμα σχετικά με τις αρμοδιότητες των τμημάτων και τη δικαιοδοσία των στελεχών (γιατρών, μαιών, φαρμακοποιών) της κεντρικής υπηρεσίας του. Η περίοδος της δεκαετίας του 1930 στον τομέα της υγείας χαρακτηρίζεται από την έκδοση του Α.Ν.965/1937 «περί της οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων». Ειδικότερα σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1 ορίζεται ότι όλα τα νοσοκομεία της χώρας θα διέπονται από τον συγκεκριμένο Α.Ν., ενώ σύμφωνα με άλλη διάταξη θα αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, θα είναι υπό την εποπτεία του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης και θα διοικούνται από Δ.Σ. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Στην τρίτη περίοδο (1953-1982) με το Ν.Δ.2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» γίνεται αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων της κεντρικής εξουσίας στις υγειονομικές περιφέρειες με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα κτλ και η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία με χαρακτήρα Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) ή Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) και από ιδιωτικές κλινικές. Η χώρα διαιρέθηκε σε δεκατρείς υγειονομικές περιφέρειες, στην έδρα καθεμιάς από τις οποίες συστάθηκε ειδική περιφερειακή υπηρεσία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Η τέταρτη περίοδος ξεκινάει από το 1983 και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια δημιουργίας ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας και καθολικής κάλυψης όλου του πληθυσμού από το κράτος (Δικαίος κ.α., 1999).

Το 1983 ψηφίζεται ο ν.1397/1983 «περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας» με βασικό στόχο την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και την παροχή σε όλους υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Για πρώτη φορά ορίζεται ότι ο πρόεδρος του Δ.Σ. προϊστάται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας κτλ, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσοκομείο σε κάθε Αρχή και φροντίζει για την υλοποίηση των αποφάσεων του Δ.Σ. Επίσης για πρώτη φορά καθιερώνεται ο θεσμός του συντονιστή του νοσοκομείου με πενταετή θητεία και ασκεί καθήκοντα διοικητικού προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Ακόμη

για πρώτη φορά συμμετέχουν ως ισότιμα μέλη του Δ.Σ. τόσο ο εκπρόσωπος των ιατρών όσο και ο εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Επομένως οι τέσσερις λέξεις κλειδιά για τον ν.1397/1983 είναι οι εξής: Δωρεάν, Πλήρης, Ισότιμη και Καθολική υγειονομική κάλυψη σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.

Συνοψίζοντας, οι βασικοί του στόχοι ήταν η αποκέντρωση του σχεδιασμού, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή μέσω της ενιαίας διάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας, ένα ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ενιαίος προγραμματισμός. Επίσης, στόχευε στη δικαιότερη κατανομή των πόρων, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την καλύτερη οργάνωση της νοσοκομειακής φροντίδας και τον διαχωρισμό του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα υγείας (Χατζηπαυλίδης, 2020).

Με την εφαρμογή του ανωτέρω νόμου κτίστηκαν και λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας, 3 νέα περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία και αρκετά νομαρχιακά. Επιπρόσθετα απαγορεύτηκε η ανέγερση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών με αποτέλεσμα να υπερισχύσει η αναλογία κλινών δημόσιου προς ιδιωτικού. Όλα τα νοσοκομεία ΝΠΙΔ μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ με εξαίρεση μόνο τα νοσοκομεία των ΑΕΙ και των Ενόπλων Δυνάμεων. Οι ιατροί εργάζονταν με καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Ως απόρροια των ρυθμίσεων του νόμου δημιουργήθηκαν πολλά ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα στη δεκαετία του 1990 και οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά πλησιάζοντας το 5% του ΑΕΠ. Επίσης το υγειονομικό σύστημα απέκτησε ιατροκεντρικό χαρακτήρα αγνοώντας τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Αργότερα, με το ν.2071/1992 επήλθαν αλλαγές στη δομή και την οργάνωση των Δ.Σ. των νοσοκομείων της Χώρας, όπως ότι η διοίκηση ασκείται από επταμελή σύνθεση Δ.Σ. διετούς θητείας. Επιπλέον, ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων άνω των 300 κλινών λαμβάνουν μηνιαία αμοιβή, η οποία ορίζεται με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα υπόλοιπα μέλη αμείβονται κατά συνεδρίαση. Η σημαντικότερη καινοτομία αυτού του νόμου ήταν ο θεσμός του γενικού διευθυντή, ο οποίος προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του Δ.Σ., εισηγείται σε κάθε συνεδρίαση τα θέματα που τίθενται προς συζήτηση. Πέντε χρόνια αργότερα ψηφίζεται ο ν.2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό της υγείας, ο οποίος στο άρθρο 15 αναφέρεται στη σύνθεση του Δ.Σ. όπου είναι επταμελής και για πρώτη φορά ο γενικός διευθυντής αποτελεί μέλος Δ.Σ. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Η Πέμπτη περίοδος (2000-μέχρι σήμερα) ξεκινά με το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» (Κωσταγιόλας κ.α., 2008) που υλοποιήθηκε με τον Νόμο 2889/2001, ο οποίος οδήγησε στη δημιουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) για την αποκέντρωση των υπηρεσιών και την εισαγωγή επαγγελματιών μάνατζερ στα

νοσοκομεία. Επίσης καθιερώθηκαν τα αυτοτελή Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και θεσμοθετήθηκαν τα απογευματινά ιατρεία εντός του ΕΣΥ. Οι κύριες δράσεις της πέμπτης περιόδου περιλαμβάνουν την πρόληψη, την αναδιάρθρωση των Κέντρων Υγείας και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, τον ψηφιακό μετασχηματισμό, την ποιότητα και τον έλεγχο και την στήριξη ευπαθών ομάδων. Με κύριο στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την ενίσχυση του ιατρικού προσωπικού, το υπουργείο Υγείας υλοποίησε δέκα (10) καίριες αλλαγές το 2025. Μεταξύ αυτών, περιλαμβάνονται η ανακαίνιση και εκσυγχρονισμός δημόσιων νοσοκομείων, η πραγματοποίηση απογευματινών χειρουργείων σύμφωνα με τις διατάξεις της **υπ' αριθ. Γ2α/1066/2024** Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 1485/τ.Β'./05.03.2024) και δωρεάν απογευματινών χειρουργείων για 35.000 πολίτες, η εφαρμογή στην πράξη του δικαιώματος άσκησης ιδιωτικού έργου για τους γιατρούς του ΕΣΥ σύμφωνα με την Αριθμ. Γ4α/Γ.Π. οικ.49887/18-09-2024 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ5456/τ. Β'/01.10.2024), η ενίσχυση του ΕΚΑΒ, οι αλλαγές στις εφημερίες των νοσοκομείων, αλλά και οι μεταρρυθμίσεις στην Αιμοδοσία και τις Μεταμοσχεύσεις. Τέλος περιλαμβάνονται τα εκτεταμένα προγράμματα προληπτικού ελέγχου (check-up) που υλοποιούνται μέσω του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ», το οποίο εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «Ελλάδα 2.0» με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση (NextGenerationEU)

2.3. Οικονομικά της Υγείας

2.3.1. Εννοιολογική Προσέγγιση

Ο Gary Becker υποστηρίζει ότι η οικονομική επιστήμη διακρίνεται από τις άλλες κοινωνικές επιστήμες σε τρεις τομείς:

- κάθε άτομο επιδιώκει να αποκτήσει τη μέγιστη δυνατή ωφέλεια και οι επιχειρήσεις λειτουργούν με στόχο τα μέγιστα κέρδη
- το περιβάλλον μες στο οποίο δραστηριοποιούνται οι άνθρωποι είναι η αγορά
- οι προτιμήσεις δεν μεταβάλλονται ουσιαστικά με το πέρασμα του χρόνου ούτε διαφέρουν πολύ μεταξύ πλουσίων και φτωχών ή ακόμα και μεταξύ ατόμων από διαφορετικές κοινωνίες και κουλτούρες

Οι προτιμήσεις των καταναλωτών είναι προκαθορισμένες και η είσοδο τους στην αγορά περιλαμβάνει επιθυμίες που ενυπάρχουν ήδη μέσα τους. Δεν διαμορφώνεται από την προγενέστερη κατανάλωση ή εξωγενείς δυνάμεις.

Σήμερα, η μικροοικονομική ανάλυση προχωρά με βάση την αρχή του Pareto, σύμφωνα με την οποία μια πολιτική είναι επιθυμητή αν βελτιώνει τη θέση κάποιου χωρίς να επιδεινώνει τη θέση κανενός.

Εν τούτοις οι κυβερνήσεις παρεμβαίνουν στην αγορά φροντίδας υγείας για δύο βασικούς λόγους:

A) επειδή οι αγορές φροντίδας υγείας αποτυγχάνουν να πετύχουν αποδοτικότητα κατά Pareto,

B) επειδή χαρακτηρίζονται από ανισότητες.

Το κράτος έχει τη δυνατότητα είτε να χρηματοδοτήσει προγράμματα φροντίδας υγείας άμεσα είτε να παρέχει δημόσια ασφάλιση υγείας, προκειμένου τα άτομα να μπορέσουν να αποκτήσουν φροντίδα υγείας. Αυτό μπορεί να γίνει για το σύνολο του πληθυσμού ή για συγκεκριμένες ομάδες ατόμων.

Οι θεωρητικές αρχές που προτάθηκαν από τον Pareto ήταν η βέλτιστη κατάσταση των πραγμάτων και μια βάση για την ιεράρχηση μιας σειράς καταστάσεων, με αναφορά στη χρησιμότητα που λαμβάνεται από κάθε άτομο σε κάθε κατάσταση. Μια μεταβολή σε μια κοινωνικο-οικονομική κατάσταση που αυξάνει τη χρησιμότητα τουλάχιστον ενός ατόμου και δε μειώνει τη χρησιμότητα κανενός άλλου, είναι μια ισχυρή κατά Pareto βελτίωση. Μια κοινωνικο-οικονομική κατάσταση στην οποία δεν είναι εφικτή καμία κατά Pareto βελτίωση, είναι αποδοτική ή βέλτιστη κατά Pareto. Μια κατάσταση είναι βέλτιστη κατά Pareto εάν μια αύξηση στη χρησιμότητα ενός ατόμου μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη μείωση της χρησιμότητας τουλάχιστον ενός άλλου ατόμου (Morris et al, 2017).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί ποια επιστήμη ασχολείται με την κατανομή των πόρων υπηρεσιών υγείας. Τα οικονομικά της υγείας ορίζονται ως κλάδος οικονομικών που ασχολείται με τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι πόροι των υπηρεσιών υγείας με εναλλακτικές χρήσεις στους πολίτες. Η θεωρία των οικονομικών της υγείας βασίζεται σε τέσσερις τομείς, σε αυτούς της οικονομίας, της βιομηχανικής οργάνωσης, της χρηματοοικονομικής ανάλυσης και ασφάλισης αλλά και σε ιδέες των οικονομικών της εργασίας και των δημόσιων οικονομικών (Μητροπούλου κ.α., 2022). Η μελέτη των οικονομικών της υγείας, δηλαδή της προσφοράς και της ζήτησης των πόρων υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό, γίνεται για να κατανοηθούν καλύτερα τα οικονομικά ζητήματα της υγειονομικής περίθαλψης έτσι ώστε να εφαρμοσθούν σωστές πολιτικές υγείας.

Όταν τα οικονομικά της υγείας πραγματεύονται ένα θετικό πρόβλημα, συνήθως υφίστανται πέντε βήματα που οδηγούν στην επίλυση του:

1. Εντοπισμός του προβλήματος
2. Αναζήτηση ενδεχόμενων λύσεων
3. Πρόβλεψη αποτελεσμάτων
4. Αποτίμηση αποτελεσμάτων
5. Επιλογή πολιτικής (Obermann & Thielscher, 2023).

2.3.2. Ισότητα στην Υγεία

Ο όρος κράτος πρόνοιας ή κράτος ευημερίας έχει κυρίως κοινωνικο-πολιτικό περιεχόμενο και στοχεύει στην εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων και στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Στην Ελλάδα αναπτύχθηκε κυρίως μετά το 1974 γιατί μέχρι τότε δεν υπήρχε ομοιογένεια στην κοινωνία. Οι μισθωτοί είχαν κοινωνικοποιηθεί μέσα από το κράτος ενώ οι μικροαστοί ως κάτοχοι κεφαλαίου (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Με την ισότητα στην υγεία επιδιώκεται δίκαιη κατανομή των πόρων βασισμένη στις ανάγκες υγείας και ίδια δυνατότητα πρόσβασης για υπηρεσίες υγείας σε κάθε γεωγραφική περιοχή για όλους. Η μεγαλύτερη ισότητα στην υγεία είναι η μη ύπαρξη ασθένειας, δηλαδή η πρόληψη (Δόλγερας & Κυριόπουλος, 2000).

Ο κλάδος οικονομικών που ασχολείται με τη σχέση μεταξύ ισότητας και δικαιοσύνης είναι όπως αναφέρθηκε προηγουμένως τα οικονομικά της υγείας. Με τον όρο «οριζόντια ισότητα» εννοούμε ότι άτομα με το ίδιο εισόδημα θα πρέπει να πληρώνουν τους ίδιους φόρους ή εναλλακτικά, άτομα με το ίδιο εισόδημα να έχουν τις ίδιες παροχές, όπως επίσης να έχουν ισότιμη πρόσβαση. Αντίθετα, με τον όρο «κάθετη ισότητα» εννοούμε ότι τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα πληρώνουν περισσότερους φόρους ή ότι περισσότερες παροχές θα δοθούν στα άτομα που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες. Στο τομέα της υγείας η έννοια της οριζόντιας ισότητας αναφέρεται κυρίως στην αρχή ότι όλα τα άτομα λαμβάνουν ίσες παροχές ανεξαρτήτως εισοδήματος, ενώ η έννοια της κάθετης ισότητας αναφέρεται στο ότι τα άτομα λαμβάνουν άνισες παροχές ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες τους, όπως βαρύτητα της ασθένειας-νόσου. Ένα σημαντικό ζητούμενο στο χώρο της υγείας είναι οι πολίτες να έχουν ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος, 2016).

Σύμφωνα με τον Cochrane (1972) το ζήτημα της ισότητας επιλύεται με την παροχή κάθε αποτελεσματικής θεραπείας **δωρεάν**, θεωρώντας ότι έτσι θα εξασφαλίζεται ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Υπάρχουν τέσσερις έννοιες της ισοτιμίας στο χώρο της υγείας:

- Ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους. Σε μια ελεύθερη αγορά, όμως οι φτωχοί δεν μπορούν αγοράσουν ούτε το ελάχιστο απαραίτητο επίπεδο υπηρεσιών υγείας
- Ίσες υπηρεσίες υγείας για ίσες ανάγκες (οριζόντια ισοτιμία)
- Άνισες υπηρεσίες για άνισες ανάγκες (κάθετη ισοτιμία)
- Ισότητα στην πρόσβαση ή στην οικονομική επιβάρυνση, που αυτό συνεπάγεται ότι ο ανταγωνισμός μπορεί να εξασφαλίσει ισότητα τιμών για το μεγαλύτερο πληθυσμό. Όμως αυτό δεν σημαίνει ότι οι φτωχοί θα επωμισθούν μικρότερη οικονομική επιβάρυνση αφού ακόμα και μια τιμή που θεωρείται "λογική" ή ανταγωνιστική, μπορεί να σημαίνει την απώλεια του μεγαλύτερου μέρους του διαθέσιμου εισοδήματός τους, καθιστώντας το αγαθό ή την υπηρεσία μη προσιτό στην πράξη (Λιαρόπουλος, 2007).

Ως εκ τούτου, η οικονομική επιστήμη έχει δύο στόχους: α) την επίτευξη οικονομικής αποτελεσματικότητας και β) την προώθηση της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης όπου όμως η σχέση των δύο στόχων είναι αντίστροφη (Χλέτσος, 2016). Σύμφωνα με τον «νόμο της ανεπάρκειας» στα οικονομικά της υγείας **κανένα υγειονομικό σύστημα, σε καμία χώρα, δεν διαθέτει επαρκείς πόρους** (οικονομικούς, ανθρώπινους, υλικοτεχνικούς) για να καλύψει το σύνολο των δυνητικών αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επιπρόσθετα υπάρχει ανισορροπία μεταξύ του απεριόριστου των υγειονομικών αναγκών και των περιορισμένων πόρων (Κοντοδημόπουλος Ν, 2020) Γι' αυτό το λόγο δυστυχώς παρατηρούνται ανισότητες στη δυνατότητα πρόσβασης διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα στις υπηρεσίες περίθαλψης. Οι ανισότητες αυτές δημιουργούνται από διάφορες αιτίες όπως:

- Το ασφαλιστικό σύστημα
- Το μορφωτικό επίπεδο των διαφόρων ομάδων
- Τη χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών υγείας διότι ευνοούνται συνήθως οι αστικές περιοχές
- Το κοινωνικοοικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο διαφόρων ομάδων του πληθυσμού
- Το κόστος ευκαιρίας του χρόνου των δικαιούχων, διότι συνήθως ευνοούνται οι συνταξιούχοι (Λιαρόπουλος, 2007).

2.4. Ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας

Η υγεία θεωρείται αγαθό που δεν υπόκειται στους νόμους της αγοράς, γιατί τα άτομα που έχουν συνήθως μεγαλύτερη ανάγκη υπηρεσιών υγείας είναι εκείνα που έχουν τη μικρότερη δυνατότητα να πληρώσουν για τις υπηρεσίες αυτές. Επιπλέον το κόστος είναι συχνά πολύ υψηλό ακόμη και για άτομα με μεγάλες οικονομικές δυνατότητες και οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας δεν μπορούν να έχουν πλήρη γνώση του προϊόντος που αγοράζουν σε σχέση με τις πραγματικές τους ανάγκες.

Στο χώρο της υγείας εστιάζουμε στην έννοια του «ανταγωνισμού ποιότητας» όπου η ένταση του ανταγωνισμού μεταφέρεται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αβεβαιότητα της ζήτησης

Οι άνθρωποι δεν γνωρίζουν ακριβώς πότε θα χρειαστούν (πόσες και ποιες) τις υπηρεσίες υγείας, ώστε να ρυθμίσουν ανάλογα τις δαπάνες και την αποταμίευση τους (Λιαρόπουλος, 2007).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναλυθούν τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας που προσδίδουν ιδιομορφίες στο αγαθό υγείας. Καταρχάς οι υπηρεσίες είναι άυλα αγαθά και το χρονικό διάστημα μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης είναι ελάχιστο. Επιπλέον, η λειτουργία των οργανισμών παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών βασίζεται στην εργασία του προσωπικού τους και γι' αυτό χαρακτηρίζονται ως μονάδες «εντάσεως εργασίας». Εξαρτάται δηλαδή από τον

βαθμό ικανότητας τους, την εκπαίδευση τους, την επαγγελματική τους ευσυνειδησία τους. Επίσης η παραγωγή υπηρεσιών προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του πελάτη και ο όγκος αυτών των συναλλαγών είναι μεγάλος με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα λάθους (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Δεν υπάρχει η δυνατότητα επιστροφής του προϊόντος ή διακοπής κατανάλωσης σε περίπτωση που ο χρήστης δεν μείνει ικανοποιημένος, καθώς επίσης σε περίπτωση υπερβολικής κατανάλωσης ή λάθος κατανάλωσης οι συνέπειες είναι μη αναστρέψιμες και καταστροφικές για τον ασθενή. Επιπλέον δεν ισχύει ότι μπορεί να παραχθεί η καλύτερη περίθαλψη με το χαμηλότερο κόστος όπως ισχύει στην αγορά αγαθών και υπάρχει περιορισμός στη σύγκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της αξίας τους σε χρήμα.

Επιπρόσθετα οι υπηρεσίες δεν μπορούν να αποθηκευτούν για διόρθωση λαθών μετά την παροχή τους, η πλεονάζουσα ζήτηση δεν μπορεί να απογραφτεί (Κωσταγιόλας κ.α., 2008).

Η υγεία για τους οικονομολόγους είναι ένα διαρκές αγαθό ή ένα είδος κεφαλαίου που παρέχει υπηρεσίες και οι οποίες καταναλώνονται συνεχώς κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Τα αποθέματα αυτά μειώνονται με την ηλικία αλλά μπορούν να αυξηθούν με επενδύσεις στις ιατρικές υπηρεσίες.

Επίσης, η ιατρική περίθαλψη είναι δύσκολο να μετρηθεί με ακρίβεια και δύσκολο να προσδιορισθεί, γιατί αποτελεί υπηρεσία και όχι προϊόν. Ξεχωρίζει από ένα αγαθό γιατί είναι αμετάβλητη, αδιαίρετη, απογραφόμενη και αντιφατική ή ασυνεπής. Αμετάβλητη γιατί δεν μπορεί να αξιολογηθεί από τις πέντε (5) αισθήσεις μας, αδιάσπαστη γιατί η παραγωγή και η κατανάλωση λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα. Ως επακόλουθο δεν μπορεί να μπει ως απόθεμα ή να διατηρηθεί η απογραφή της γιατί η παραγωγή και η κατανάλωση μιας ιατρικής υπηρεσίας συμβαίνουν ταυτόχρονα. Η ασυνέπεια σημαίνει ότι η σύνθεση της ιατρικής περίθαλψης που παρέχεται ή η ένταση με την οποία καταναλώνεται ποικίλλει ανάμεσα στους ασθενείς σε διάφορες χρονικές στιγμές (Santerre & Neun, 2013).

Όλα αυτά συνδυάζονται διαφορετικά και δημιουργούν μια ξεχωριστή κατάσταση υγείας, με συνέπεια κάθε άτομο να έχει ξεχωριστές και διαφορετικές επιθυμίες και ανάγκες για την φροντίδα της υγείας του. Θεωρείται πρωταρχικό και αναγκαίο αγαθό και είναι συνήθως από τις πρώτες επιθυμίες που το άτομο θέλει να ικανοποιήσει και ως άυλο αγαθό δεν μπορεί ούτε να εκτιμηθεί, ούτε να μετρηθεί ή κοστολογηθεί εύκολα. (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας;

Έχει παρατηρηθεί ότι:

- Όσο μειώνεται η τιμή των υπηρεσιών υγείας, τόσο αυξάνεται η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας,
- Όσο αυξάνεται το εισόδημα του καταναλωτή, τόσο αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας,

- Όσο αυξάνεται η ηλικία του καταναλωτή, τόσο θα αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας,
- Οι γυναίκες ζητούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας απ' ότι οι άνδρες γιατί έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν,
- Άτομα που ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής ζητούν λιγότερες υπηρεσίες υγείας,
- Άτομα που απασχολούνται σε χειρωνακτικές εργασίες ζητούν αναλογικά περισσότερες υπηρεσίες υγείας,
- Όσο μεγαλύτερη η ασφαλιστική κάλυψη ενός ατόμου τόσο μεγαλύτερη είναι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας,
- Όσο μεγαλύτερο το μορφωτικό επίπεδο τόσο περισσότερο ενδιαφέρεται για την πρόληψη και αγωγή υγείας οπότε ζητά λιγότερες υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος, 2016).

Είναι γεγονός ότι η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη είναι ανελαστική σε σχέση με την τιμή. Η ιατρική περίθαλψη είναι ένα κανονικό αγαθό όπου η ζήτηση της αυξάνεται με το πραγματικό εισόδημα. Επίσης εξαρτάται από την τιμή που καταβάλλει ο καταναλωτής για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλεια, εξαρτάται από τις τιμές των υποκατάστατων και συμπληρωματικών αγαθών, από το κόστος του χρόνου, τα γούστα και τις προτιμήσεις, την ηλικία, το φύλο, τη μόρφωση και τη σοβαρότητα της ασθένειας του (Santerre & Neun, 2013).

Η οικονομική ανάλυση στη φροντίδα της υγείας βασίζεται στο γεγονός ότι οι πόροι είναι περιορισμένοι και οι πιθανές χρήσεις των πόρων αυτών είναι απεριόριστες. Τα οικονομικά αγαθά είναι οποιαδήποτε αγαθά ή υπηρεσίες που είναι σπάνια σε σχέση με τις επιθυμίες των πολιτών και η φροντίδα υγείας είναι ένα οικονομικό αγαθό. Οι πόροι που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας όπως οι ανθρωπίνος πόροι, το κεφάλαιο και οι πρώτες ύλες είναι πεπερασμένοι. Άρα, η κοινωνία μπορεί να διαθέσει περισσότερους πόρους για την παραγωγή και κατανάλωση υγείας, μόνο αν τους εκτρέψει από άλλες χρήσεις.

Επομένως το κόστος ευκαιρίας της δέσμευσης πόρων για την παραγωγή ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας αποτελεί αυτό που δεν θα παραχθεί από ένα αγαθό Β ή Γ προκειμένου οι πόροι να δεσμευθούν για την παραγωγή του αγαθού Α.

Σύμφωνα με τον Arrow (1963) το βασικό χαρακτηριστικό της φροντίδας υγείας είναι η αβεβαιότητα. Πρώτον, γιατί δεν γνωρίζουμε πότε θα νοσήσουμε, τι είδος υγειονομικής περίθαλψης θα χρειαστούμε τότε και ποιο θα είναι το κόστος και δεύτερον υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το ποιες θα είναι οι συνέπειες από τη λήψη της υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε δεδομένη κατάσταση κακής υγείας. Επομένως εντόπισε τα κάτωθι βασικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς των καταναλωτών και των προμηθευτών στις αγορές φροντίδας υγείας.

Οι ασθενείς δεν συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο όπως οι καταναλωτές «κανονικών προϊόντων» γιατί δεν μπορούν να το δοκιμάσουν πριν το καταναλώσουν. Επίσης οι ασθενείς δυσκολεύονται να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με το είδος της ιατρικής περίθαλψης που είναι κατάλληλο για την κατάσταση τους καθώς η

ιατρική γνώση είναι περίπλοκη. Επιπρόσθετα υπάρχουν αλληλοεξαρτήσεις μεταξύ των ενεργειών των καταναλωτών (Morris et al, 2017).

Επιπλέον, ο ασθενής δεν μπορεί να έχει πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα υγείας λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειας ή λόγω έλλειψης εξειδικευμένης γνώσης και ο κάθε ασθενής έχει διαφορετική κατάσταση υγείας, άρα και πιο εξειδικευμένες ανάγκες (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Από την άλλη πλευρά οι ιατροί δεν συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο όπως οι επιχειρήσεις παραγωγής «κανονικών» προϊόντων. Το ιατρικό επάγγελμα το ασκούν όσοι πληρούν συγκεκριμένες απαιτήσεις ιατρικής εκπαίδευσης. Οι ιατροί έχουν λοιπόν περιορισμένη είσοδο στην αγορά, η οποία εξαρτάται από την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και ασκούν ένα κοινωνικό λειτουργήμα. Ο όρος «προκλητή ζήτηση» περιγράφει το φαινόμενο στο οποίο το επίπεδο της κατανάλωσης που προκαλείται από ειδικούς είναι μεγαλύτερο από αυτό που θα είχαν επιλέξει οι ίδιοι οι ασθενείς εάν είχαν τις απαραίτητες γνώσεις και πληροφόρηση (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Η διαφήμιση και ο ανοικτός διαγωνισμός απουσιάζουν από τη συγκεκριμένη αγορά. Οι συμβουλές που δίνουν οι ιατροί είναι εντελώς διαχωρισμένες από το προσωπικό τους συμφέρον. Η θεραπεία καθορίζεται από την κλινική ανάγκη του ασθενούς και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας δεν έχουν ως στόχο τη μεγιστοποίηση του κέρδους. Βέβαια μερικές φορές οι γιατροί χρεώνουν διαφορετικά αντίτιμα σε διαφορετικά άτομα ανάλογα με το εισόδημα τους (Morris et al, 2017).

Στα ιδιωτικά συστήματα υγείας, οι επιχειρήσεις ενδιαφέρονται να μάθουν στοιχεία σχετικά με τους προσδιοριστές της ζήτησης για αγαθά και υπηρεσίες, προκειμένου να προβλέψουν τις αντιδράσεις των καταναλωτών στις μεταβολές των τιμών και άλλων παραγόντων της ζήτησης. Στα δημόσια συστήματα υγείας, οι πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας επιτρέπουν στους φορείς χάραξης πολιτικής να προβλέπουν τη χρήση της φροντίδας υγείας. Μπορούν να παρέμβουν και να επηρεάσουν τη ζήτηση μέσω μέτρων όπως η επιβολή ιδιωτικών συμμετοχών στη δαπάνη ή οι επιδοτήσεις συγκεκριμένων ειδών φροντίδας, με στόχο την επίτευξη των σκοπών της πολιτικής υγείας.

Η υγεία αποτελεί ένα βασικό αγαθό και οι άνθρωποι παράγουν υγεία χρησιμοποιώντας ως εισροές τον χρόνο τους, τη διατροφή, τον τρόπο ζωής και την υγειονομική περίθαλψη. Η υγεία είναι επιθυμητή επειδή επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να εργαστεί, άρα και τη συνολική του ικανότητα να παράγει εισόδημα. Επομένως, η υγεία αποτελεί βασικό συστατικό του ανθρώπινου κεφαλαίου, δηλαδή της ικανότητας που έχουν οι άνθρωποι να παράγουν αγαθά με οικονομική αξία. Σε κάθε χρονική στιγμή του βίου του, ένα άτομο έχει ένα συγκεκριμένο απόθεμα υγείας, το οποίο μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και ταυτόχρονα μειώνεται όταν χρησιμοποιείται για την παραγωγή και την κατανάλωση άλλων αγαθών. Ακόμα το απόθεμα υγείας μπορεί να αυξηθεί μέσω της επένδυσης σε χρόνο, προσπάθεια και γνώση αναφορικά με δραστηριότητες που προάγουν την υγεία.

Ένα ακόμη βασικό χαρακτηριστικό της αγοράς φροντίδας υγείας είναι η αβεβαιότητα για τη διάγνωση, για τις διαθέσιμες θεραπείες, καθώς και για την αποτελεσματικότητά τους. Μέρος αυτής της αβεβαιότητας είναι «αδύνατο να μην υπάρχει» πράγμα που σημαίνει ότι ούτε ο γιατρός ούτε ο ασθενής μπορεί να γνωρίζει με βεβαιότητα ποιες θα είναι οι συνέπειες από τη λήψη της θεραπείας (Morris et al, 2017).

Η αγορά υπηρεσιών υγείας έχει σημαντικές ατέλειες. Μία εξ αυτών είναι ότι δεν υπάρχει κυριαρχία του καταναλωτή και η ασυμμετρία πληροφόρησης ανάμεσα στους προμηθευτές και τους χρήστες επιδεινώνει τη θέση του καταναλωτή και κατ' επέκταση την ελευθερία επιλογών (Κυριόπουλος, 1995).

Όλες αυτές οι ιδιαιτερότητες που περιγράφηκαν παραπάνω οδηγούν λοιπόν στην προκλητή ζήτηση. Ο καταναλωτής σε μια οποιαδήποτε αγορά υπηρεσιών ή αγαθών μπορεί να επιλέξει την υπηρεσία ή το αγαθό πλήρως συνειδητά μόνο όταν διαθέτει πλήρη και ουσιαστική πληροφόρηση για την επιλογή του και τα ενδεχόμενα αποτελέσματα του (informed choice). Αυτή την εξειδικευμένη πληροφόρηση στερείται ο καταναλωτής/ασθενής στην αγορά υπηρεσιών υγείας και γι' αυτό το λόγο βασίζεται στην εξειδικευμένη γνώση του αντιπροσώπου του (ασυμμετρία πληροφόρησης) με τον οποίο αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης και ίσως και εξάρτησης. Ο ιατρός λοιπόν κατευθύνει τις επιλογές του ασθενούς ανάλογα με τις ανάγκες της κλινικής του εικόνας, προκειμένου να παράσχει την κατάλληλη και υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα, διατηρώντας παράλληλα τη συνολική δαπάνη για την υγεία σε χαμηλά επίπεδα και καθορίζει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Έτσι ο ιατρός καλείται να αντισταθμίσει τρία διαφορετικά κόστη ευκαιρίας: το ατομικό του, εκείνο του ασθενούς ξεχωριστά και το κοινωνικό στα πλαίσια της διασφάλισης της ισότιμης πρόσβασης σε όλους τους πολίτες και την ισότιμη απόλαυση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στη βάση της ανάγκης. Επίσης, διαχωρίζεται ο καταναλωτής από τον επιβαρυνόμενο οικονομικά από την κατανάλωση που είναι ο ασφαλιστικός φορέας. Το φαινόμενο αυτό έχει ως αποτέλεσμα την «συμπαιγνία» παραγωγού-καταναλωτή που οδηγεί στην οικονομική ζημία του φορέα χρηματοδότησης στο βαθμό που οι δυνατότητες ελέγχου της κατανάλωσης είναι περιορισμένες. Οι πιο αποτελεσματικοί μηχανισμοί ελέγχου της συνολικής ζήτησης στην αγορά υπηρεσιών είναι η επιβολή στον ασθενή -καταναλωτή της υπηρεσίας της υποχρέωσης καταβολής ορισμένης οικονομικής συμμετοχής (Σουλιώτης, 2007).

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασφαλιστικές εταιρίες επηρεάζουν με τη σειρά τους τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας μέσω παροχής συγκεκριμένων ασφαλιστικών συμβολαίων. Επίσης ο ασθενής πρώτα καταναλώνει τις υπηρεσίες υγείας και μετά πληρώνει. Βέβαια τέτοια περίπτωση είναι σπάνια γιατί πληρώνονται από το ταμείο ασφάλισης του νοσηλευόμενου ή από την ασφαλιστική του εταιρία (Χλέτσος, 2016).

2.5. Θεωρία Συστημάτων - Συστημική Ανάλυση

2.5.1. Συστημική Προσέγγιση

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η σύγχρονη εποχή πλαισιώνεται από το περιβάλλον της Κοινωνίας της Πληροφορίας και από τάσεις που οδηγούν στην Παγκοσμιοποίηση και το περιβάλλον μας επηρεάζεται έντονα από την εξέλιξη των τεχνολογιών των πληροφοριακών συστημάτων. Η ασφάλεια πληροφοριακών και επικοινωνιακών συστημάτων είναι αναγκαία και επιβάλλεται η διαμόρφωση νέων νομικών πλαισίων, η πιστοποίηση προϊόντων η ειδική εκπαίδευση των εμπλεκόμενων φορέων και η έμπρακτη εξειδίκευση σε τομείς όπως η Εκπαίδευση, η Υγεία, η Δημόσια Διοίκηση κ.α. (Ασημακόπουλος, 2006).

Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι η συστημική προσέγγιση είναι ζωτικής σημασίας στην οργάνωση του νοσοκομείου γιατί αντιμετωπίζει τη μονάδα ως ένα ενιαίο, δυναμικό σύστημα, όπου κάθε τμήμα (π.χ. επείγοντα, εργαστήρια, νοσηλεία) αλληλεπιδρά με τα άλλα. Επιτρέπει την καλύτερη διαχείριση της πολυπλοκότητας, βελτιώνει τον συντονισμό, μειώνει τα λάθη και ενισχύει την ολιστική φροντίδα του ασθενούς, αντί για απομονωμένες ιατρικές πράξεις.

Για να γίνει πιο κατανοητό αναλύεται παρακάτω η επιχείρηση-νοσοκομείο. Η επιχείρηση θεωρείται ανοικτό σύστημα που διατηρεί σχέσεις αλληλεξάρτησης με το εξωτερικό περιβάλλον της, επηρεάζει και επηρεάζεται από τη δραστηριότητα των άλλων υποσυστημάτων που βρίσκονται είτε στο εσωτερικό, είτε στο εξωτερικό περιβάλλον. Αποτελείται από τέσσερα στοιχεία: τις εισροές, δηλαδή τους ανθρώπινους, υλικούς, φυσικούς, τεχνολογικούς πόρους, τη διαδικασία μετασχηματισμού των εισροών σε εκροές, τις εκροές δηλαδή αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται και τέλος το σύστημα επαναπληροφόρησης δηλαδή το σύστημα μεταφοράς των πληροφοριών για τα αποτελέσματα και της θέσης της επιχείρησης στο περιβάλλον (Πετρίδου, 2020).

Επιπρόσθετα μπορεί να περιγραφεί η συμπεριφορά των οργανισμών εσωτερικά και εξωτερικά. Εσωτερικά διακρίνεται πως και γιατί οι εργαζόμενοι εκτελούν τα ατομικά και ομαδικά καθήκοντα τους. Εξωτερικά παρατηρούνται οι συναλλαγές των οργανισμών με άλλους οργανισμούς. (Konopaske et al, 2023).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης στα σύγχρονα και διαχρονικά προβλήματα.

Η επιστήμη της Διοίκησης έχει παρουσιάσει διαφορετικές σχολές μελέτης της οργάνωσης και λειτουργίας των επιχειρήσεων εκ των οποίων διακρίνονται οι εξής τρεις: η επιστημονική διαχείριση, η ανάλυση των ανθρώπινων σχέσεων και η συστημική προσέγγιση.

Η ανάπτυξη της γενικής θεωρίας συστημάτων εξυπηρετεί πρωτίτως στην τυποποίηση και διαμόρφωση ενός γενικού πλαισίου βασικών αρχών, το οποίο δομείται γύρω από την κυρίαρχη και βασική λογική πως θα μπορεί να αξιοποιηθεί για τη μελέτη και έρευνα όλων των φαινομένων και καταστάσεων. Το πεδίο της

Δυναμικής Συστημάτων, δημιουργήθηκε στο MIT τη δεκαετία του 1950 από τον Jay Forrester και έχει σχεδιαστεί για να μας βοηθήσει να μάθουμε για τη δομή και δυναμική των πολύπλοκων συστημάτων στα οποία είμαστε ενσωματωμένοι, να σχεδιάζουμε πολιτικές υψηλής μόχλευσης για συνεχής βελτίωση και να κατατείνει στην επιτυχή εφαρμογή και αλλαγή. Η δυναμική συχνά περιλαμβάνει την ανάπτυξη επίσημων μοντέλων και προσομοιωτών ώστε να καταγραφούν πολύπλοκες δυναμικές και να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον για μάθηση και σχεδιασμό πολιτικής (Sterman, 2000).

Ως Σύστημα μπορεί να ορισθεί κάθε σύνθετη δομή (που προσδιορίζεται υλικά, χωρικά και νοητικά), αποτελούμενη από πολλαπλά μέρη από τα οποία και απαρτίζεται, τα οποία είναι αυτόνομα, με διακριτή ταυτότητα ή/και συμπεριφορές, που όμως, εκ παραλλήλου τελούν σε δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και συνθέτουν εν τέλει την παρατηρούμενη και εξεταζόμενη ολότητα (Ackoff, Russell et al, 2000).

Σήμερα, στο εξωτερικό περιβάλλον οι σχέσεις που αναπτύσσονται γίνονται ολοένα και περισσότερο περίπλοκες. Τα συστήματα μεγαλώνουν και απλώνονται περισσότερο ενώ η διασύνδεσή τους καθίσταται περιπλοκότερη. Με τόσο μεγάλη αλληλεπίδραση, αποτελεί λογικό επακόλουθο η μελέτη ενός συστήματος να οδηγήσει σε σημείο γνωστικής υπερφόρτωσης και αδιεξόδου (Assimakopoulos, Παραϊοαννου et al, 2015). Η συστημική σκέψη όμως, αποτελεί το εργαλείο για την αντιμετώπιση αυτών των σύγχρονων προκλήσεων.

Η προσέγγιση της θεωρίας συστημάτων εκκινεί από τον εντοπισμό και τον καθορισμό υφιστάμενων προβλημάτων στα συστήματα με δυναμική προσέγγιση και επιστημονική μεθοδολογία, συνεχίζει μέσω της χαρτογράφησης τους. Επακολουθούν τα στάδια μοντελοποίησης, ως βήματα ερμηνείας και η παρουσίαση των διασυνδέσεων, με σκοπό την τελική βελτίωση της κατάστασης και αντιμετώπισης των διαπιστούμενων προβλημάτων.

Ο συνδυασμός των ανωτέρω έχει ως σκοπό τη διεπιστημονική, ολιστική και συστημική αντιμετώπιση δυσεπίλυτων προβλημάτων (wicked problems), η λύση των οποίων καθίσταται αδύνατη ακριβώς λόγω των ελλειπών, αντιφατικών και μεταβαλλόμενων απαιτήσεων που συχνά είναι δύσκολο να αναγνωριστούν δεδομένης της κακής δομής του συστήματος.

Η δυναμική συστημάτων παρέχει στους ερευνητές τελικά αυτό το απαραίτητο εργαλείο για την αποτύπωση και την μελέτη των πολύπλοκων διεργασιών αλληλεπίδρασης, διάδρασης και ανάδρασης, που εξηγούν τα αποτελέσματα που έχουν παρατηρηθεί ή που αναμένεται να παρατηρηθούν στο μέλλον. Με τη διαμόρφωση και τον έλεγχο υποθέσεων, μπορούν να εξεταστούν διαφορετικά σενάρια επιτυχιών και αποτυχιών ενός συστήματος (Ασημακόπουλος κ.α., 2008).

Καθημερινά η διοίκηση κάθε οργανισμού λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν λειτουργικά προβλήματα όπως ανθρώπινων πόρων, μάρκετινγκ, διοίκησης παραγωγής κτλ. Η λήψη αποφάσεων μπορεί να γίνει εμπειρικά με βάση την πείρα,

τη διαίσθηση των διευθυντικών στελεχών, την εμπειρία, τους εσωτερικούς κανονισμούς της επιχείρησης. Μπορεί όμως η λήψη αποφάσεων να γίνει με συστημική προσέγγιση, η οποία χρησιμοποιεί το κατάλληλο κατά περίπτωση μοντέλο. Αν θεωρήσουμε ότι κάθε σύστημα είναι ένα σύνολο από οντότητες, οι οποίες αλληλεπιδρούν για την επίτευξη κάποιου στόχου, το μοντέλο αποτελεί μια αναπαράσταση του πραγματικού συστήματος.

Συνήθως η ανάπτυξη και χρησιμοποίηση ενός μοντέλου συμβάλει στην ανάλυση του συστήματος δηλαδή στην περιγραφή του συστήματος και των μερών του, την κατανόηση της δομής και του τρόπου λειτουργίας του, την πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς του υπό διαφορετικές συνθήκες και τον έλεγχο λειτουργίας του (Οικονόμου & Γεωργίου, 2016).

2.5.2. Πλεονεκτήματα Συστημικής Προσέγγισης

Εφαρμόζοντας λοιπόν τη συστημική προσέγγιση εμφανίζονται πολλά πλεονεκτήματα όπως: η οργάνωση των γνώσεων που αφορούν τη λειτουργία του συστήματος με τη χρήση ενός μοντέλου, η κατανόηση λειτουργίας του συστήματος, η εκτεταμένη ανάλυση υποθετικών σεναρίων. Επιπλέον η διαχείριση του μοντέλου γίνεται πιο εύελικτη και δεν παρενοχλεί το πραγματικό σύστημα, το μοντέλο επισπεύδει τη διαδικασία μελέτης και βελτιστοποίησης της λειτουργίας του συστήματος και συμβάλει στο βέλτιστο σχεδιασμό του συστήματος. Τέλος, η ανάπτυξη και χρήση ενός μοντέλου είναι πιο οικονομική απ' ό,τι η εφαρμογή εναλλακτικών σεναρίων στο ίδιο σύστημα, η χρήση μοντέλων ελαχιστοποιεί τους κινδύνους που προκύπτουν από την εφαρμογή μιας απόφασης στο σύστημα, για την οποία δεν έχουμε επαρκή στοιχεία και προάγουν την ομαδική εργασία των στελεχών και τη διευκόλυνση της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια λήψης απόφασης (Οικονόμου & Γεωργίου, 2016).

Ως εκ τούτου, όταν εφαρμόζουμε τη συστημική προσέγγιση αναγνωρίζονται οι συνέπειες μιας απόφασης ή ενέργειας στα διαφορετικά υποσυστήματα, αναγνωρίζεται η συμβολή καθενός υποσυστήματος στην επίτευξη των κοινών στόχων της επιχείρησης, αποσαφηνίζονται οι σχέσεις αλληλεξάρτησης μεταξύ των υποσυστημάτων και μεταξύ του οργανισμού και του εξωτερικού περιβάλλοντος του και λαμβάνονται πιο εύκολα αποφάσεις σε πολυσύνθετα προβλήματα (Πετρίδου, 2020).

2.5.3. Μοντελοποίηση Δυναμικών Συστημάτων

Οι μελετητές των Δυναμικών Συστημάτων επιδιώκουν να προσεγγίσουν το πρόβλημα δυναμικά, δηλαδή, ως πρότυπο συμπεριφοράς, που ξεδιπλώνεται με την πάροδο του χρόνου και το οποίο καταδεικνύει πώς προέκυψε το πρόβλημα, αλλά και πώς θα εξελιχθεί στο μέλλον. Τα συστημικά μοντέλα βασίζονται στην επιστήμη των Συστημάτων. Η μοντελοποίηση, ως μέρος της μαθησιακής διαδικασίας, είναι

επαναληπτική, μια συνεχής διαδικασία διατύπωσης υποθέσεων, δοκιμών και αναθεώρησης (Sternman, 2000). Η μοντελοποίηση των διαδικασιών είναι η πρακτική αντανάκλαση της συστημικής ανάλυσης και χρησιμοποιείται ευρέως για την αποτύπωση και τελική βελτίωση του συστήματος, της ροής πληροφοριών, βελτιώνοντας τις παρατηρούμενες διαδικασίες (Assimakopoulos & Theodosi, 2003). Με τη μοντελοποίηση επιτυγχάνουμε την αναπαράσταση και επεξήγηση όλων των δραστηριοτήτων του εκάστοτε παρατηρούμενου συστήματος, αναγνωρίζοντας όλες τις ξεχωριστές παραμέτρους του προβλήματος και αναλύοντας λεπτομερώς τις δομές, τις διαδικασίες, τους ανθρώπους, τη ροή πληροφοριών και τις επικοινωνίες (Assimakopoulos, 2001). Τα μοντέλα πάντως, κατά την θεωρία της δυναμικής συστημάτων διατυπώνονται συνήθως ως συστήματα υψηλής τάξης, μη γραμμικά, ενδεχομένως με διαφορικές εξισώσεις που απεικονίζουν τους κανόνες απόφασης των παραγόντων, φυσικές διαδικασίες, και φυσικές δομές σχετικές με το σκοπό του μοντέλου (Morecroft & Sternman, 1994).

Για τη λήψη τελικής απόφασης απαιτούνται να ακολουθηθούν τα κάτωθι βήματα:

1. Αναγνώριση και καθορισμός του προβλήματος
2. Συλλογή των δεδομένων
3. Καθορισμός των κριτηρίων επιλογής
4. Σκιαγράφηση του συνόλου των εφικτών λύσεων
5. Αξιολόγηση των εφικτών λύσεων με βάση τα κριτήρια
6. Επιλογή της βέλτιστης λύσης/λήψη απόφασης
7. Εφαρμογή της βέλτιστης λύσης στο σύστημα
8. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και ανατροφοδότηση.

Τα πρώτα έξι (6) βήματα αφορούν τη διαδικασία λήψης της βέλτιστης απόφασης ενώ τα δύο (2) τελευταία γίνεται εφαρμογή της απόφασης στο πραγματικό σύστημα.

2.5.4. Κατηγορίες προβλημάτων ανάλυσης αποφάσεων

Τα προβλήματα ανάλυσης αποφάσεων μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις γενικές κατηγορίες, οι οποίες είναι:

- Αποφάσεις σε περιβάλλον βεβαιότητας
- Αποφάσεις σε περιβάλλον πλήρους αβεβαιότητας
- Αποφάσεις σε περιβάλλον κινδύνου ή ρίσκου.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα προβλήματα, στα οποία γνωρίζουμε εκ των προτέρων το περιβάλλον, μέσα στο οποίο καλούμαστε να αποφασίσουμε.

Στη δεύτερη κατηγορία θεωρούμε ότι για τη λήψη απόφασης γνωρίζουμε τις πιθανές καταστάσεις της φύσης, καθώς και τα αποτελέσματα τους, αλλά δεν γνωρίζουμε ούτε μπορούμε να εκτιμήσουμε τις πιθανότητες που συνδέονται με τις μελλοντικές καταστάσεις της φύσης.

Στην τρίτη κατηγορία γνωρίζουμε τις μελλοντικές καταστάσεις, τα αποτελέσματα τους, καθώς και ότι είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ή να έχουμε εκτιμήσει ή να

έχουμε προσδιορίσει υποκειμενικά την πιθανότητα για καθεμία από τις καταστάσεις της φύσης. Κίνδυνος είναι κάτι για το οποίο μπορείς να εκτιμήσεις αντικειμενικά ή υποκειμενικά την πιθανότητα να συμβεί. Αβεβαιότητα είναι εκείνη η κατάσταση, στην οποία το ρίσκο δεν μπορεί να μετρηθεί ή ο λήπτης της απόφασης δεν έχει τη γνώση για να το μετρήσει (Οικονόμου & Γεωργίου, 2016).

Με την εφαρμογή της μοντελοποίησης οι λύσεις που θα προταθούν αναμένεται να είναι εφαρμόσιμες (με παρόμοια αναμενόμενα αποτελέσματα) στο πλαίσιο του παρατηρούμενου συστήματος, με την έμπρακτη βελτίωση της ροής των πληροφοριών και της διακίνησης του σχετικού μεταξύ των τμημάτων της διαδικασίας, καθώς υλοποιείται από τα συμμετέχοντα μέρη. Εν τέλει, η μοντελοποίηση καταλήγει στην πραγμάτωση της ολοκλήρωσης της προσδοκώμενης αλλαγής ή μεταρρύθμισης (Πετρίδου, 2020).

2.6. Σύστημα Υγείας ή σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων με στόχο τη μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2000) το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης συμπεριλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας και περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς, φορείς, ιδρύματα και πόρους που αναλαμβάνουν και εστιάζουν στη δημιουργία δράσεων για την υγεία, όπου δράση για την υγεία νοείται οποιαδήποτε προσπάθεια, είτε σε επίπεδο ατομικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, υπηρεσιών δημόσιας υγείας ή μέσω διακλαδικών πρωτοβουλιών, της οποίας πρωταρχικός στόχος είναι η υγεία. Επίσης στην έκθεση του ο ΠΟΥ καθορίζει τρεις στόχους για τα εθνικά συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, οι οποίοι είναι η καλή υγεία, η ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες του πληθυσμού και η δικαιοσύνη στις οικονομικές συνεισφορές.

Τα συστήματα ιατροφαρμακευτικής κάλυψης αναπτύχθηκαν ως απάντηση σε μια σειρά από **κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές αναγκαιότητες** που προέκυψαν κυρίως από τα τέλη του 19ου αιώνα και μετά.

Ειδικότερα οι παράγοντες που οδήγησαν στην ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα είναι οι εξής:

- Οι ιδέες και αντιλήψεις των λαών περί παροχής υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες
- Η ευρεία αντίληψη ότι η υγεία είναι ένα δημόσιο κοινωνικό αγαθό, το οποίο προσφέρεται στους πολίτες σύμφωνα με τις ανάγκες τους από το κράτος πρόνοια.
- Ο υψηλός ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης των χωρών μελών του ΟΟΣΑ

- Ο αυξημένος παρεμβατικός ρόλος του κράτους και η ενεργός συμμετοχή του στην οικονομική δραστηριότητα

- Η κατεύθυνση της ιατρικής επιστήμης και του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας προς τη θεραπευτική οδό, είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία νοσοκομειακών συστημάτων που αυξάνουν τους πόρους για την υγεία (Κυριόπουλος, 1993). Όλα τα ανωτέρω είχαν σκοπό την αύξηση της ευημερίας των πολιτών.

Από το 2015, ο ΠΟΥ τάσσεται υπέρ της καθολικής κάλυψης για την υγεία. Η καθολική κάλυψη της υγείας περιλαμβάνει την ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες της υγείας δηλαδή όποιος χρειάζεται υπηρεσίες και όχι όποιος μπορεί να πληρώσει, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα πρέπει να είναι αρκετά καλή ώστε να βελτιώνεται η υγεία όσων λαμβάνουν τις υπηρεσίες και την προστασία των πολιτών έναντι του οικονομικού κινδύνου, διασφαλίζοντας ότι το κόστος χρήσης των υπηρεσιών δεν τους εκθέτει σε κίνδυνο να διαταραχθεί η οικονομική τους κατάσταση (Obermann & Thielscher, 2023).

Κάποιοι οικονομολόγοι της υγείας υποστηρίζουν ότι οι πολίτες στις ΗΠΑ και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες είναι «υπερασφαλισμένοι», γεγονός που προξενεί απώλεια ευημερίας για την κοινωνία. Δηλαδή το επίπεδο της ασφαλιστικής κάλυψης είναι μεγαλύτερο από το βέλτιστο για κάθε άτομο ή για το σύνολο της κοινωνίας. Η σπατάλη στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λαμβάνει χώρα όταν οι ασθενείς έχουν πλήρη ή σχεδόν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και ζητούν (Rice, 2006).

Σύμφωνα με τη συστημική αντίληψη το σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του συνολικού κοινωνικού συστήματος, η υγειονομική περίθαλψη υποσύστημα του συστήματος υγείας, η νοσοκομειακή περίθαλψη υποσύστημα της υγειονομικής περίθαλψης, το νοσοκομείο υποσύστημα της νοσοκομειακής περίθαλψης και οι διάφορες υπηρεσίες του νοσοκομείου υποσυστήματα του νοσοκομείου.

Ένα οργανωμένο σύστημα υγείας οφείλει να πληροί τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Ύπαρξη συγκεκριμένης πολιτικής υγείας, με ευδιάκριτους στόχους
- Καθορισμός της διαδικασίας ή των μέτρων πολιτικής που είναι αναγκαία για την επίτευξη των στόχων
- Συνεχής εκτίμηση-αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (Δικαίος κ.α., 1999).

Το σύστημα υγείας θεωρείται μια παραγωγική μονάδα που συνδυάζει και οργανώνει τις εισροές της, οι οποίες είναι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τα φάρμακα, τα μηχανήματα και παράγει ένα αγαθό, το οποίο είναι οι υπηρεσίες υγείας. Η συστημική αντίληψη θεωρεί ότι το σύστημα υγείας είναι ένα ενιαίο σύνολο το οποίο έχει τη δική του λειτουργία. Επίσης το ανωτέρω σύστημα είναι το αποτέλεσμα μιας συντονισμένης διαδικασίας σε εθνικό επίπεδο που σαν σκοπό έχει την παροχή συγκεκριμένης ποσότητας και ποιότητας υπηρεσιών υγείας και θεωρείται ότι είναι ανοικτά κοινωνικο-οικονομικό σύστημα.

Αποτελείται από τρία υποσυστήματα: το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Μια άλλη προσέγγιση αναφέρει ως πρώτο υποσύστημα τη χρηματοδότηση της υγείας, ως δεύτερο υποσύστημα, τη διοικητική υποστήριξη του συστήματος και ως τρίτο υποσύστημα την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Επιπλέον θα μπορούσε να θεωρηθεί ως πρώτο υποσύστημα η πρωτοβάθμια περίθαλψη, δεύτερο υποσύστημα η δευτεροβάθμια περίθαλψη και τρίτο υποσύστημα η τριτοβάθμια περίθαλψη (Χλέτσος, 2016).

Οι οργανισμοί λοιπόν αποτελούν ενιαία συστήματα, για τα οποία ισχύει ότι το όλον είναι μεγαλύτερο του αθροίσματος των μερών που το αποτελούν. Ένας οργανισμός δέχεται αλληλεπιδράσεις από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον και ο βαθμός αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον καθορίζει αν ο οργανισμός είναι ανοικτό ή κλειστό σύστημα. Στην πράξη, όμως, λόγω της παγκοσμιοποίησης και της ελεύθερης διάδοσης της πληροφορίας δεν υπάρχουν κλειστά συστήματα (Πολύζος, 2014).

Το νοσοκομείο ή ενδονοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε πέντε (5) διακεκριμένα νοσοκομειακά υποσυστήματα:

- Υποσύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας
- Υποσύστημα προσαρμογής δηλαδή το υποσύστημα παραγωγής προσαρμόζεται σε νέες, καινοτόμες καταστάσεις
- Υποσύστημα διατήρησης/συντήρησης που περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στη διασφάλιση της επιχειρησιακής σταθερότητας, της υψηλής ποιότητας υποδομών και logistics
- Το διοικητικό υποσύστημα ασχολείται με τον συντονισμό και τον έλεγχο άλλων υποσυστημάτων καθώς και με τις αλληλεπιδράσεις του νοσοκομείου με το περιβάλλον του
- Το υποσύστημα ελέγχου της νοσοκομειακής απόδοσης.

Οι αλλαγές στο χώρο της υγείας σχετίζονται με την εισαγωγή στοιχείων της αγοράς και τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό (Καριώτης, 1992).

2.7. Μοντέλα συστημάτων υγείας

Τα κύρια μοντέλα συστημάτων υγείας παγκοσμίως διακρίνονται με βάση τη χρηματοδότηση και την οργάνωσή τους και καθορίζουν την πρόσβαση, το κόστος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα πιο γνωστά μοντέλα υγείας είναι:

A. Μοντέλο Beveridge

Εφαρμόστηκε το 1948 στο Ηνωμένο Βασίλειο και η κυβέρνηση είναι μοναδικός διαχειριστής, εξαλείφοντας τον ανταγωνισμό και διατηρώντας τις τιμές χαμηλές. Η

χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω των φόρων εισοδήματος και η λήψη φροντίδας είναι δωρεάν. Με αυτό τον τρόπο επιτρέπεται η καθολική κάλυψη του πληθυσμού ανεξαρτήτως εάν εργάζεται η όχι.

B. Μοντέλο Bismark

Δημιουργήθηκε στα τέλη του 20^{ου} αιώνα από τον Otto von Bismark και εργοδότες και εργαζόμενοι χρηματοδοτούν την ασφάλιση υγείας, ενώ όσοι εργάζονται και πληρώνουν εισφορές έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι πάροχοι υγείας είναι ιδιωτικοί οργανισμοί ενώ τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης θεωρούνται δημόσια. Άνεργοι πολίτες δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και βασίζεται στη θεώρηση ότι οι εργαζόμενοι είναι περισσότεροι από τους συνταξιούχους όμως η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού θα την ανατρέψει (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Γ. Πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης με πιο αντιπροσωπευτική χώρα τις Η.Π.Α. όπου εκεί αποφασίζει ελεύθερα ο χρήστης-καταναλωτής αν θα ενταχθεί ή όχι στο σύστημα. Είναι δικαίωμα του προμηθευτή να επιλέξει τον τόπο της εγκατάστασης του και να καθορίσει τον τρόπο οργάνωσης του και το ύψος της αμοιβής του. Οι συντελεστές παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση. Η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές. Κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και αποκλειστική υπόθεση του καθενός (Δικαίος κ.α., 1999).

Δ. Μικτό σύστημα ασφάλισης

Καλύπτει τις περισσότερες ανάγκες ανεξάρτητα από το επίπεδο εισοδήματος των ατόμων.

Ε. Πλήρως ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας

Στις ΗΠΑ οι εργαζόμενοι συνάπτουν συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και συμφωνούν για το ύψος και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα λαμβάνουν. Όποια ομάδα του πληθυσμού δεν διαθέτει τέτοιο ασφαλιστήριο δεν λαμβάνει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Βασικές πηγές κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

Υπάρχουν τέσσερις βασικές πηγές κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης: φορολογία, εισφορές σε ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, προαιρετική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης και πληρωμές εκτός τσέπης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι **μικτό** δηλαδή περιλαμβάνει την κρατική επιχορήγηση και την κοινωνική ασφάλιση ενώ ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο. Επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ένας ασφαλιστικός οργανισμός, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και ο μεγάλος

ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας (Καστανιώτη, 2018).

Το ύψος των δαπανών υγείας στις αναπτυγμένες οικονομίες ανέρχεται, κατά μέσο όρο στο 9,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ενώ οι πρώην σοσιαλιστικές οικονομίες δαπανούν περίπου 3,6% του ΑΕΠ και οι αναπτυσσόμενες χώρες, γενικά κάτω από 4,5% του ΑΕΠ.

2.8. Εργαλεία Στρατηγικού Σχεδιασμού και Ανάλυσης

Οι οργανισμοί διαθέτουν εργαλεία αυτοαξιολόγησης που είναι ζωτικής σημασίας, διότι μετατρέπουν τη στρατηγική σε συγκεκριμένες, μετρήσιμες δράσεις, επιτρέποντας τη συνεχή βελτίωση και την ευθυγράμμιση όλων των τμημάτων προς τους κοινούς στόχους. Είναι σημαντικό να αναλυθούν δύο εργαλεία που τους βοηθούν να εντοπίσουν τα αδύναμα και δυνατά σημεία τους ώστε να βελτιωθούν και αναπτυχθούν περαιτέρω. Αρχικά θα εξετάσουμε το Μοντέλο εκτίμησης απόδοσης οργανισμού και στη συνέχεια τη συγκριτική αξιολόγηση.

2.8.1. Μοντέλο εκτίμησης της απόδοσης οργανισμού (Balanced Scorecard)

Ένα μοντέλο εκτίμησης της απόδοσης του οργανισμού συνολικά, είναι αυτό της Ισοσταθμισμένης Κάρτας Αποτελεσμάτων (Balanced Scorecard) ή όπως αλλιώς ονομάζεται Έντυπο Εξισορροπημένης Στοχοθεσίας (Σουλιώτης, 2007). Η balanced scorecard είναι ένα σύγχρονο εργαλείο με το οποίο η διοίκηση μπορεί να βελτιώσει την απόδοσή της. Η μεθοδολογία της ξεκινά από τον καθορισμό της στρατηγικής που θέλει να υλοποιήσει ο οργανισμός (Πολύζος, 2014).

Μεταφράζει το όραμα, την αποστολή και τη στρατηγική μιας επιχείρησης σε ένα περιεκτικό σύνολο μέτρων και μεγεθών επίδοσης το οποίο παρέχει τη βάση υλοποίησης ενός πλαισίου για την ανάπτυξη ενός συστήματος μέτρησης και διαχείρισης της επίδοσης επιχειρηματικών στρατηγικών.

Διατηρεί τους χρηματοοικονομικούς δείκτες ως ένα κρίσιμο κομμάτι για την επιχειρηματική επίδοση, αλλά περιλαμβάνει ένα γενικό και ολοκληρωμένο σύνολο μετρήσεων το οποίο συνδέει τους πελάτες, τις εσωτερικές διαδικασίες και τους εργαζόμενους με την μακροχρόνια χρηματοοικονομική επιτυχία. Όλα αυτά επιτυγχάνονται μέσα από τέσσερις συνιστώσες, τη χρηματοοικονομική, την πελατειακή, των εσωτερικών διαδικασιών και της μάθησης και ανάπτυξης. Έτσι το Balanced Scorecard επικεντρώνεται στην ικανοποίηση του πελάτη, στις εσωτερικές διαδικασίες και στην μάθηση και ανάπτυξη (Γεωργόπουλος, 2013).

Πιο αναλυτικά η χρηματοοικονομική προσέγγιση αφορά την κάλυψη των αναγκών με το ελάχιστο δυνατό κόστος ενώ η πελατειακή προσέγγιση εστιάζεται στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία. Η

προσέγγιση των εσωτερικών διαδικασιών περιλαμβάνει την απλούστευση και βελτίωση των διαδικασιών περίθαλψης ενώ η προσέγγιση της μάθησης και της ανάπτυξης αφορά την ανταπόκριση του οργανισμού στις αλλαγές και στις συνθήκες που μεταβάλλονται συνεχώς (Πολύζος, 2014).

2.8.2. Συγκριτική Αξιολόγηση Επιδόσεων (Benchmarking)

Η συγκριτική αξιολόγηση επιδόσεων είναι ένα εργαλείο για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών και των επιδόσεων μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού σε σχέση με τα αντίστοιχα μεγέθη των αρίστων του κάθε κλάδου.

Υπάρχουν τέσσερα (4) σημαντικά είδη benchmarking:

- το ανταγωνιστικό που εστιάζει στην ανάλυση των εξωτερικών ανταγωνιστών
- το εσωτερικό αφορά τις επιδόσεις τμημάτων μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού
- το λειτουργικό το οποίο συγκρίνει τους ηγέτες του κλάδου σε σχέση με την οργάνωση μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού
- το γενικό που πραγματοποιείται με τον καθορισμό κριτηρίων όπως ο χρόνος αναμονής στα επείγοντα, με τον προσδιορισμό σχέσεων δύο στοιχείων και τη σύγκριση των ανωτέρω με τις άριστες πρακτικές (Πολύζος, 2014).

Η συγκριτική αξιολόγηση επιδόσεων συγκρίνει τα αποτελέσματα ενός οργανισμού με παρόμοια αποτελέσματα άλλων οργανισμών. Μόλις τα αποτελέσματα γίνουν γνωστά, οι οργανισμοί φροντίδας υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν τομείς με αδύνατα σημεία και να ενισχύσουν τους δυνατούς τομείς αντίστοιχα. Επίσης μια μελέτη διαπίστωσε ότι το μέγεθος του νοσοκομείου δεν επηρέασε τη δυνατότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να συγκρίνουν τα αποτελέσματα (Sullivan, 2016).

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι αναγνωρίζεται ως μια συνεχής διαδικασία που στοχεύει στην προσαρμογή και τη βελτίωση των λειτουργιών ενός οργανισμού, στην παρακολούθηση και τη ρύθμιση της απόδοσης του, στην πραγματοποίηση συγκρίσεων με βέλτιστους οργανισμούς, στην αναζήτηση λύσεων και ιδεών και στην εισαγωγή αλλαγών με στόχο τη βελτίωση.

Τα στάδια εφαρμογής του benchmarking στις υπηρεσίες υγείας είναι τα εξής:

- καταγραφή των τάσεων στην οποία εντοπίζεται η διαδικασία που εφαρμόζεται το benchmarking με στόχο την βελτίωση της απόδοσης της κλινικής μονάδας και την ικανοποίηση του καταναλωτή-ασθενή
- παρακολούθηση των γεγονότων μέσα στον οργανισμό υγείας
- αναζήτηση του σημείου αναφοράς, εντόπιση των ανταγωνιστών
- συλλογή και ανάλυση των δεδομένων των συγκρίσεων
- καθορισμός των νέων στόχων και δράσεων για την υλοποίηση των βέλτιστων πρακτικών (Πολύζος, 2014).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται σημαντικά δομικά στοιχεία που πρέπει να έχει ένας οργανισμός ώστε να μπορεί να αυτοβελτιώνεται.

Πρώτο είναι ο τεχνολογικός εξοπλισμός: Τα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων, οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, οι φορητές συσκευές εισαγωγής δεδομένων, on line προγράμματα οργάνωσης για την παρουσίαση δεδομένων που αφορούν στη διοίκηση, ρομποτική είναι μόνο μερικές από τις τεχνολογίες που εξελίσσονται με γρήγορο ρυθμό.

Δεύτερο είναι η σωστή οργανωτική δομή: Η οργανωτική δομή περιγράφει τη διάταξη της ομάδας εργασίας που έχει δημιουργηθεί για να διοικηθεί αποτελεσματικά ένας οργανισμός.

Τρίτο είναι η αλυσίδα εντολής: Η εξουσιοδότηση είναι το δικαίωμα ή η δύναμη άσκησης εξουσίας. Υπάρχουν δυο είδη εξουσιοδότησης, η εκτελεστική εξουσιοδότηση μέσω της οποίας κατευθύνονται και εκχωρούνται οι ευθύνες/αρμοδιότητες και η εξουσιοδότηση μελών του προσωπικού όπου υπάρχει συμβουλευτική σχέση μεταξύ των εργαζομένων του ίδιου ιεραρχικού επιπέδου, αλλά η ευθύνη για την εργασία εκχωρείται σε άλλους.

Τέταρτο είναι το εύρος ελέγχου: αφορά το γεγονός εάν ένα στέλεχος μπορεί να εποπτεύσει αποτελεσματικά πολλούς εργαζομένους. Οι πολύπλοκοι οργανισμοί έχουν συνήθως πολλά τμήματα, τα οποία είναι εξαιρετικά εξειδικευμένα και διαφοροποιημένα, η εξουσία είναι κεντρική και υπάρχει υψηλή οργανωτική δομή με πολλές μικρές ομάδες εργασίας. Οι λιγότεροι πολύπλοκοι οργανισμοί έχουν επίπεδη οργανωτική δομή, η εξουσία είναι αποκεντρωμένη και αρκετά διοικητικά στελέχη εποπτεύουν μεγάλες ομάδες εργασίας.

Πέμπτο είναι ο στρατηγικός σχεδιασμός: Ένα στρατηγικό σχέδιο προβλέπει τους στόχους και τις δραστηριότητες του οργανισμού για το μέλλον, συνήθως για μια περίοδο 2-5 ετών. Το όραμα έχει σχεδιαστεί για να εμπνεύσει και να παροτρύνει τους υπαλλήλους να πετύχουν τους στόχους τους. Η αποστολή ενός οργανισμού είναι μια ευρεία, γενική δήλωση που αναφέρει τους λόγους ύπαρξης του οργανισμού. Οι στόχοι περιγράφουν τα αποτελέσματα που πρέπει να επιτευχθούν και είναι μετρήσιμα και ακριβή. Επίσης αφορούν ολόκληρο τον οργανισμό ενώ οι σκοποί μια συγκεκριμένη μονάδα του οργανισμού (Sullivan, 2016).

2.9. Η Διάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Αρχικά το ελληνικό μικτό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε στηριζόμενο στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark) ενώ σήμερα εξαρτάται περισσότερο από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge). Ιδρύθηκε το 1983 και ήταν ίσως η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας. Βασικοί του στόχοι ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, η περιορισμένη συμμετοχή ασθενών στο κόστος και η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας. Παρότι ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ καθόρισε τις αρχές της καθολικής κάλυψης, της ισότητας, της πρόσβασης, η επίτευξη αυτών των αρχών

όμως ακόμη δεν έχει ολοκληρωθεί αφού οι ομάδες πληθυσμού απολαμβάνουν διαφορετικά επίπεδα κάλυψης και πρόσβασης στους προμηθευτές της υγειονομικής περίθαλψης και αντιμετωπίζουν με ίδιους πόρους σημαντικό μέρος των δαπανών υγείας (Σουλιώτης, 2007).

Τα Κύρια Χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι τα κάτωθι:

- Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό
- Η Χρηματοδότηση συστήματος γίνεται από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη πολιτικών
- Οι αμοιβές των νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό ενώ των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από τις πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών (Χλέτσος, 2016).
- Εποπτεία των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας
- Το ασφαλιστικό σύστημα αποτελείται από τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται από εργαζόμενους και εργοδότες
- Το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα αποτελείται από ιδιώτες ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές (Καστανιώτη, 2018).

Παρότι είναι αρκετά τα σημαντικά πλεονεκτήματα του ΕΣΥ που αναφέρθηκαν προηγουμένως, υπάρχουν παράλληλα και μειονεκτήματα που δεν έχουν εξαλειφθεί ακόμη όπως οι υψηλές δαπάνες υγείας που σχετίζονται με τα οικονομικά-δημοσιονομικά του συστήματος, η μικρού βαθμού ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς και τις γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες (Χλέτσος, 2016). Είναι γεγονός δυστυχώς ότι η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερη από τον μέσο όρο της ΕΕ και σε αυτό συμβάλει η μορφολογία της ελληνικής γεωγραφίας καθώς υπάρχουν 227 νησιά που κατοικούνται στην Ελλάδα (Μητροπούλου κ.α., 2022). Τέλος παρατηρείται πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων ιατρικών επαγγελματιών (Χλέτσος, 2016).

Οι δύο τελευταίοι νόμοι, ήτοι ο ν.2889/2001 και ο ν.3329/2005, δημιούργησαν ένα σύστημα αποκεντρωμένο που να πλησιάζει περισσότερο τις ανάγκες των πολιτών. Με την προσυπογραφή των μνημονίων, η Ελλάδα προχώρησε σε διαρθρωτικές αλλαγές και μεταξύ των μέτρων που εφαρμόστηκαν αφορούσαν τον τομέα της υγείας. Με τον νόμο 3918/2011 αναδιαμορφώθηκε το σύστημα προμηθειών υγείας, συγκεντρώθηκαν στο Υπουργείο Υγείας όλες οι δράσεις και αρμοδιότητες του υγειονομικού τομέα και συγκροτήθηκε ο Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τον Αύγουστο 2016 θεσπίστηκε η καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού με τον ν.4368/2016 ,με ιδιαίτερη έμφαση στους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Η καθολική κάλυψη έχει πολλά πλεονεκτήματα όπως:

- βελτίωση της υγείας και της παραγωγικότητας του πληθυσμού, επειδή όλοι έχουν οικονομική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- εξάλειψη της ανάγκης παροχής ενός εκτεταμένου δικτύου ασφαλείας για όσους ανασφάλιστους αρρώστους δεν έχουν τις οικονομικές δυνατότητες να αποκτήσουν περίθαλψη
- μείωση του διοικητικού κόστους καθώς κάποιες διαδικασίες καθίστανται περιττές
- ενίσχυση της επιρροής του κράτους όσον αφορά τον έλεγχο των πληρωμών προς τους φορείς παροχής υπηρεσιών
- μείωση των προβλημάτων της δυσμενούς επιλογής στα προγράμματα ασφάλισης υγείας
- ενίσχυση της ακεραιότητας στην κοινωνία.

Όταν διευρύνεται ο κατάλογος των υπηρεσιών που καλύπτονται από τα δημόσια προγράμματα ενισχύεται η κοινωνική δικαιοσύνη και διευκολύνεται ο έλεγχος του κόστους. Βέβαια υπάρχουν και μειονεκτήματα όπως η αύξηση του κόστους γιατί αυξάνονται οι δαπάνες που πρέπει να χρηματοδοτηθούν από φόρους ή εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης αυξάνεται η χρήση των υπηρεσιών και η καθολική κάλυψη μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση υπηρεσιών, ιδίως εκείνων που έχουν οριακή αξία.

Η στρατηγική που εφαρμόζουν οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες συνίσταται στον έλεγχο της προσφοράς νοσοκομειακών κλινών, ιδίως στον δημόσιο τομέα. Επίσης είναι συνηθισμένη η χρήση σφαιρικών προϋπολογισμών και περιορισμών στις ιατρικές τεχνολογίες.

Πολλές χώρες προσπαθούν να ελέγξουν την προσφορά ιατρών γιατί η αύξηση του αριθμού τους θα προκαλέσει αύξηση των δαπανών υγείας. Γίνεται περιορισμός του αριθμού εισακτέων στις ιατρικές σχολές και μείωση των αδειών άσκησης επαγγέλματος για ιατρούς πτυχιούχους εξωτερικού (Rice, 2006).

Επιπλέον, το 2017 με τον νόμο 4486 ιδρύθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY) και με τον νόμο 4512/2018 δημιουργήθηκε στον ΕΟΠΥΥ ενιαίο Σύστημα Ηλεκτρονικής Προέγκρισης Φαρμάκων (ΣΗΠ) μέσω του οποίου γίνεται η ηλεκτρονική διαχείριση και η εξέταση των αιτημάτων σχετικά με αποζημίωση φαρμάκων για τις οποίες λαμβάνει απόφαση ο ΕΟΠΥΥ.

Οι κατηγορίες φαρμάκων που εντάσσονται στο ΣΗΠ είναι οι κάτωθι:

- Φάρμακα υψηλού κόστους ειδικών παθήσεων
- Φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα
- Φάρμακα που χορηγούνται εκτός συγκεκριμένων ενδείξεων
- Φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στον κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων, δεν έχουν αξιολογηθεί και ζητείται να χορηγηθούν κατ' εξαίρεση
- φάρμακα πρώιμης πρόσβασης που δεν χορηγούνται δωρεάν από τον ΚΑΚ και για τα οποία ζητείται η χορήγηση προσωρινής ατομικής άδειας από τον ΕΟΦ.

Σύμφωνα με έρευνα υγείας το 2019 δεν υπήρχαν προγράμματα που βασίζονται στον πληθυσμό, ούτε προγράμματα συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες σε επίπεδο προληπτικού ελέγχου (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Το 2024 ξεκίνησε στην Ελλάδα το πρώτο ολοκληρωμένο Εθνικό πρόγραμμα για την Πρόληψη. Το πρόγραμμα καλύπτει σχεδόν το σύνολο των πολιτών και στοχεύει στον έγκαιρο εντοπισμό των κυριότερων χρόνιων νοσημάτων (όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές ασθένειες) που ευθύνονται για τους πρόωρους θανάτους στη χώρα μας, μέσω της καθιέρωσης δωρεάν προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων για τον **καρκίνο του μαστού**, τον **καρκίνο του τραχήλου της μήτρας**, τον **καρκίνο του παχέος εντέρου** και τον **καρδιαγγειακό κίνδυνο**. Το Πρόγραμμα υλοποιείται από τον [Ε.Ο.Π.Υ.Υ](#) και την [Η.ΔΙ.Κ.Α.](#) (www.proliptikes.gov.gr)

2.10. Υγειονομική Πολιτική στην Ελλάδα

Προηγουμένως έγινε εκτενής αναφορά στο σύστημα υγείας που είναι το **σύνολο των οργανισμών, των πόρων και των ανθρώπων** των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η βελτίωση της υγείας. Η υγειονομική πολιτική αναφέρεται στις **αποφάσεις, τα σχέδια και τις δράσεις** που αναλαμβάνονται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων υγείας μέσα σε μια κοινωνία. Η Πολιτική υγείας περιλαμβάνει ένα σύνολο δραστηριοτήτων όπως οργανισμούς φροντίδων υγείας, υπηρεσίες ή προγράμματα υγείας καθώς και τη χρηματοδότηση τους, με στόχο τη βελτίωση της δημόσιας υγείας πολιτών-ασθενών. Θα μπορούσε να περιγράψει μεταφορικά η **υγειονομική πολιτική** ως το "σχέδιο" ενός σπιτιού και το **σύστημα υγείας** το ίδιο το "οικοδομικό κτίριο".

Τα στάδια διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας είναι ο ορισμός του προβλήματος και αναγνώριση λύσεων, η λήψη απόφασης, εφαρμογή και αξιολόγηση της πολιτικής. Τα πρότυπα πολιτικής υγείας είναι το ορθολογικό, ιστορικό-αυξητικό και μικτό.

Τα κέντρα παραγωγής Πολιτικής Υγείας είναι:

1. Η Κυβέρνηση-Υπουργείο Υγείας
2. Πολιτικά Κόμματα, Βουλευτές
3. Εκτελεστικά όργανα-η Δημόσια Διοίκηση
4. Ομάδες συμφερόντων
5. Άλλοι.

Τα κέντρα παραγωγής μηχανισμών πολιτικής υγείας στη Χώρα μας είναι:

1. Υπουργεία
2. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
3. Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
4. Αυτοδιοικητικοί και Ασφαλιστικοί Οργανισμοί
5. Επιστημονικοί Οργανισμοί
6. Ιδιωτικός τομέας ασφάλισης και υπηρεσιών υγείας
7. Βιομηχανία ΒΙΤ και φαρμάκου

8. Ειδικοί τομείς
9. Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί
10. Άλλοι (Καστανιώτη, 2018).

Η ιεραρχική δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η ακόλουθη:

A. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το Υπουργείο Υγείας έχει ως αποστολή την προάσπιση, προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της διασφάλισης της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς επίσης και τη ρύθμιση της λειτουργίας και την άσκηση εποπτείας στους Φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα.

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας η Κεντρική Υπηρεσία είναι αρμόδια ιδιαίτερα για:

1. Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
2. Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
3. Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
4. Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.

B. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (ΥΠΕ)

Συστάθηκαν Περιφερειακά Συστήματα Υγείας τα οποία ονομάστηκαν Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), με σκοπούς:

1. Τον προγραμματισμό, συντονισμό εποπτεία και έλεγχο της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στα όρια της συγκεκριμένης περιφέρειας. Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται:
 - Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής φροντίδας
 - Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης
 - Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
2. Την υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της συγκεκριμένης περιφέρειας.

3. Την παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (www.1dype.gov.gr)

Νομικό Πλαίσιο των ΥΠΕ

Η επικράτεια, σύμφωνα με το Νόμο 3527/2007, διαιρείται στις ακόλουθες 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ):

- την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής,
- την 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου,
- την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας,
- την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης,
- την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας,
- την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας,
- την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Οι ανωτέρω ΥΠΕ προέκυψαν με συγχώνευση των δεκαεπτά παλαιών Υγειονομικών Περιφερειών του νόμου 3329/2005.

Η σύσταση των Υγειονομικών Περιφερειών, αποτελεί τη μετουσίωση των πολυετών προσπάθειών για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας ευέλικτο και σταθερό, το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα, έγκαιρα και αποτελεσματικά στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών εκάστης Περιφέρειας.

Αποστολή - Ρόλος 2^{ης} ΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

Γίνεται εστίαση στη 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου διότι το ερωτηματολόγιο της διδακτορικής διατριβής διανεμήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», το οποίο υπάγεται στην 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.

Η 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου προέκυψε από τη συγχώνευση, δια απορροφήσεως, της Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, της Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου και της Β΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, από την Γ΄ Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, έχει έδρα τον Πειραιά και ασκεί το σύνολο των αρμοδιοτήτων των πρώην Υγειονομικών Περιφερειών Γ΄ Αττικής, Βορείου Αιγαίου, Α΄ Νοτίου Αιγαίου και Β΄ Νοτίου Αιγαίου. Ως φορέας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα με δική του διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, την οποία ασκεί το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

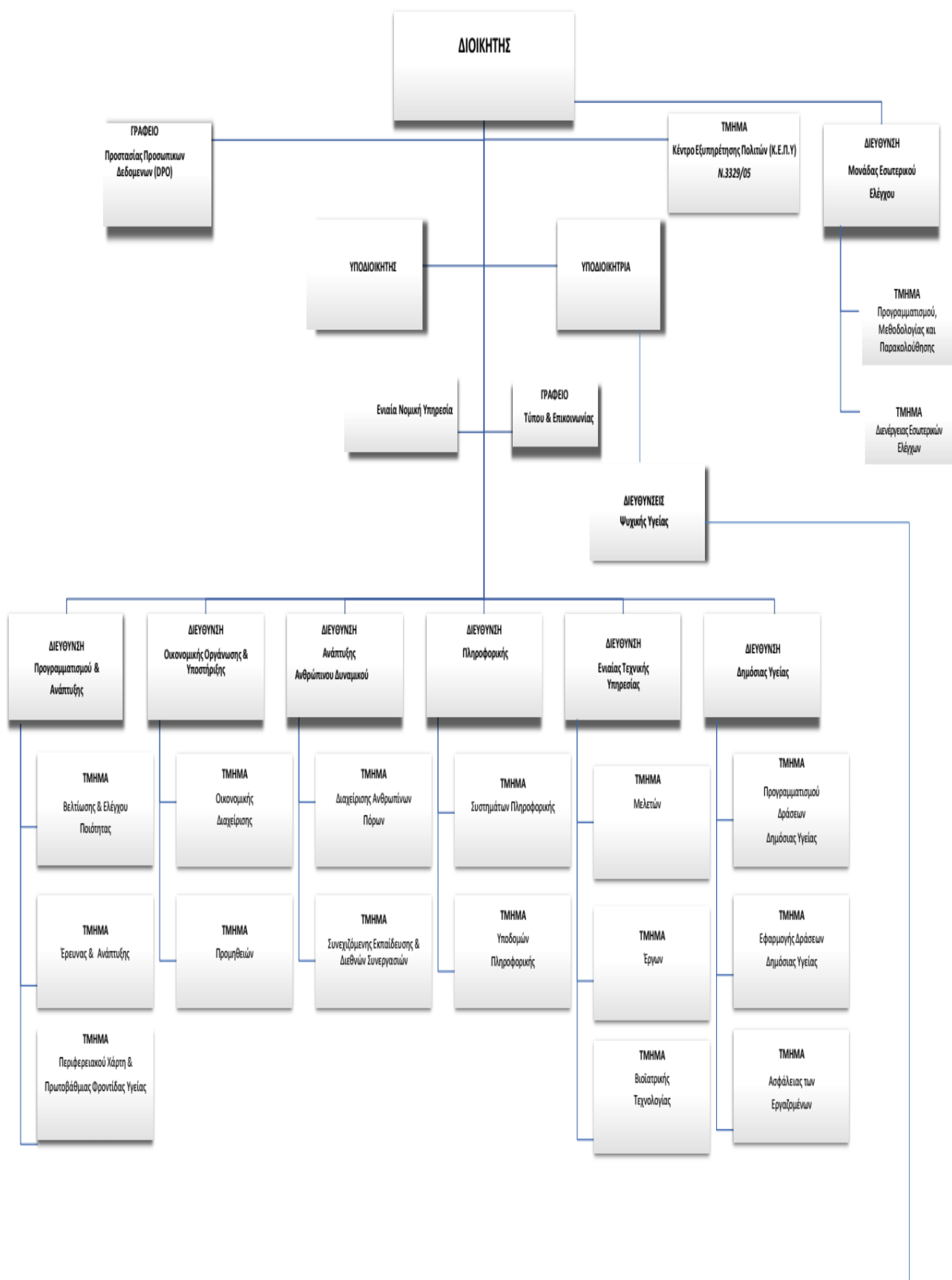
Η 2^η ΥΠΕ, στην οποία υπάγεται διοικητικά το ΓΝΠ Τζάνειο, εποπτεύει (23) Νοσοκομεία του ΕΣΥ και (267) δομές της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας). Η 2^η ΥΠΕ είναι αρμόδια για την πληροφόρηση και την άμεση ενημέρωση των πολιτών και των λοιπών ενδιαφερομένων σχετικά με Προκηρύξεις Θέσεων Προσωπικού, Διαγωνισμούς Προμηθειών, Επιστημονικές Εκδηλώσεις, Εκπαιδευτικά και Ερευνητικά προγράμματα κλπ. Πρωταρχικός στόχος της Διοίκησης

είναι η διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας των εποπτευόμενων Μονάδων Υγείας αλλά ταυτόχρονα και η αναβάθμισή τους, με απώτερο σκοπό την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες-ασθενείς. Τούτο επιτυγχάνεται μέσω του συντονισμού, του διαρκούς ελέγχου αλλά και του σχεδιασμού κατάλληλων δράσεων, σε συνεργασία και υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας (www.2dype.gov.gr,2025).

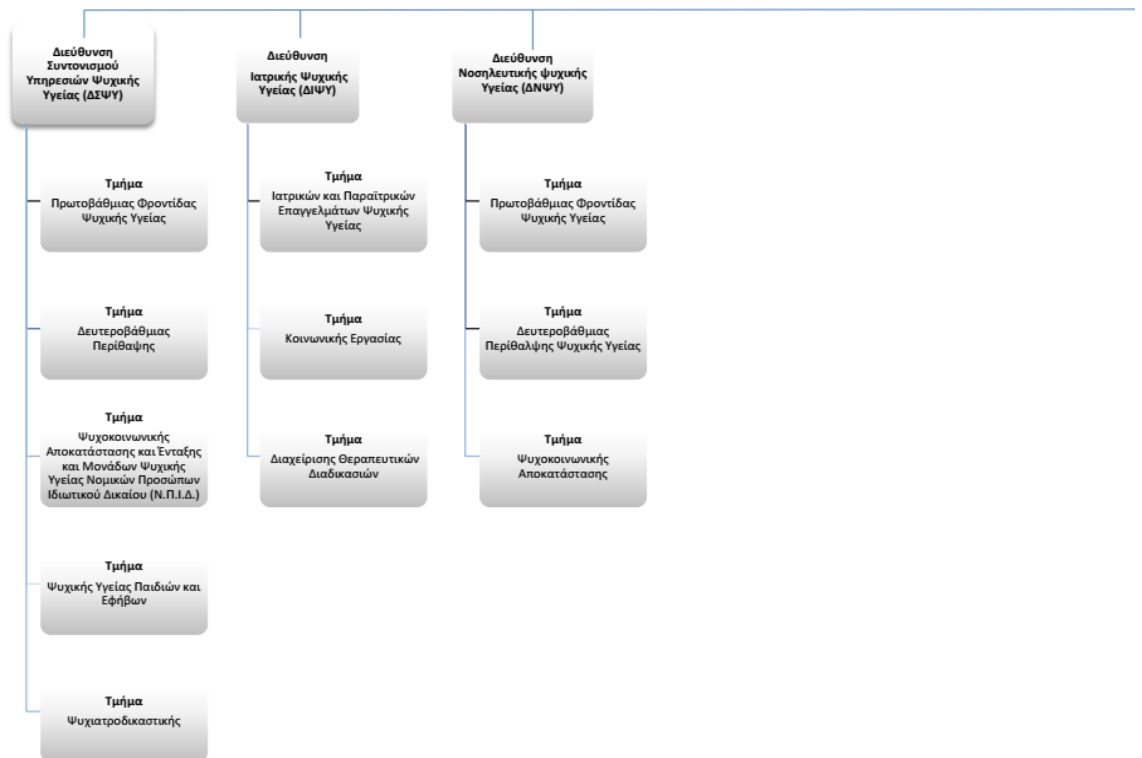
Αναλυτικότερα η Διοίκηση 2ης Υγειονομικής περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου συγκροτείται από τις ακόλουθες Διευθύνσεις και Γραφεία:

- ❖ Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης
- ❖ Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης
- ❖ Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
- ❖ Διεύθυνση Πληροφορικής
- ❖ Διεύθυνση Ενιαίας Τεχνικής Υπηρεσίας
- ❖ Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας
- ❖ Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

Οργανόγραμμα 2^{ης} Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου



Διευθύνσεις Ψυχικής Υγείας



Εικόνα 1: Οργανόγραμμα 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου

Λόγω της θεματικής της διδακτορικής διατριβής, δεν έγινε διανομή ερωτηματολογίου στους ιατρούς, νοσηλευτικό και λοιπό επιστημονικό και παραϊατρικό προσωπικό στο παιδοψυχιατρικό τμήμα που στεγάζεται στο ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ». Αυτό, καθώς από προκύπτει και από την ανωτέρω εικόνα του Οργανογράμματος της 2^{ης} ΥΠΕ, οι δομές ψυχικής υγείας και απεξάρτησης των νοσοκομείων μεταφέρθηκαν από 01-02-2025 με τον νόμο 5129/2024 (ΦΕΚ 124/τ.Α'/01.08.2024) με τίτλο «Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ).

Γ. ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΠΥΥ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, το οποίο συνεστήθη με το ν.3918/2011 και είναι υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας. Αρμοδιότητα του ήταν η παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Πιο συγκεκριμένα ο ΕΟΠΥΥ είχε το ρόλο του αγοραστή των φαρμάκων και των υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, θέση που τον καθιστούσε ικανό να αυξήσει τη διαπραγματευτική του δύναμη με τους προμηθευτές. Από τη σύστασή του μέχρι το 2014, ο ΕΟΠΥΥ ανέλαβε την αρμοδιότητα της αγοράς των υπηρεσιών υγείας. Επίσης είχε αναλάβει τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Από το 2014 η ευθύνη αυτή ανατέθηκε στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) και συντονίστηκε από τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ). Το 2017 δημιουργήθηκε ο Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), που αποτελεί πλέον τον κύριο φορέα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα (Economou et al, 2017).

Οι αρμοδιότητες του ΕΟΠΥΥ πλέον είναι οι κάτωθι:

Α. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, στους συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη αυτών

Β. Ο συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Γ. Η οργάνωση της λειτουργίας των ανωτέρω φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας

Δ. Ο καθορισμός κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ήταν 1-1-2012. Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ και ΕΤΑΠ-ΜΜΕ.

Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας προβλέπει τις ακόλουθες πηγές χρηματοδότησης του οργανισμού:

- Προβλεπόμενες εισφορές ασφαλισμένων -εργοδοτών -συνταξιούχων- ασφαλιστικών φορέων
- Ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό
- Έσοδα από τυχόν κοινωνικούς πόρους υπέρ των Φορέων και κλάδων Υγείας
- Απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών

- Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα
- Πρόσοδοι από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών
- Ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών
- Έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιριών
- Οι προβλεπόμενοι πόροι από τις διατάξεις του άρθρου 19 του ν. 3918/2011
- Είσπραξη ποσών επιστροφής από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες (Καστανιώτη, 2018).

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) λοιπόν, όπως προαναφέρθηκε, δημιουργήθηκε για να αντιμετωπίσει την κατάσταση και τις ανισότητες των ταμείων του ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ κτλ. συγχωνεύοντάς τα για να δημιουργήσει ένα ενιαίο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα παρέχει άμεσα ο εν λόγω οργανισμός υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους των Ταμείων που συγχωνεύτηκαν σε αυτόν. Επιπλέον ο ΕΟΠΥΥ διαχειρίστηκε την εφαρμογή της πρακτικής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) για τη χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Από τον Οκτώβριο 2011 που τα ΚΕΝ άρχισαν να εφαρμόζονται στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία χρηματοδοτούνται από ΕΟΠΥΥ και Ταμεία, με τις υπερτιμήσεις και τις ασάφειες που τα χαρακτήριζαν οδήγησαν στο διπλασιασμό του κόστους της περίθαλψης, της επιβάρυνσης των Ταμείων και επομένως της συμβολής των πολιτών μέσω των εισφορών τους. Έγινε γνωστό τότε, ότι με την καθιέρωση των ΚΕΝ, το κόστος για τη χρηματοδότηση της περίθαλψης στα νοσοκομεία της χώρας αυξήθηκε περίπου κατά 50% (Αντωνοπούλου, 2014).

Δ. ΟΔΙΠΥ

Ο «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε.», με διακριτικό τίτλο «Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.» «Agency for Quality Assurance in Health S.A.» (AQAH S.A.) ιδρύθηκε σύμφωνα με τον ν.4715/2020 (ΦΕΚ Α'149) ως αρωγός του Υπουργείου Υγείας και όλων των παρόχων υπηρεσιών υγείας της χώρας, στην προσπάθειά τους για βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με βάση τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα.

Ο «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε.» διέπεται από τους ν. 4548/2018 (Α' 104) και 3429/2005 (Α' 314) και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Λειτουργεί ως αρωγός του Υπουργείου Υγείας και όλων των παρόχων υπηρεσιών υγείας της χώρας, στην προσπάθειά τους για βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με βάση τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα.

Αποστολή του ΟΔΙΠΥ ΑΕ είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και η στενή συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς ώστε να προκύψει τεκμηριωμένος στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα της υγείας για την αναδιοργάνωση και αναβάθμιση των

υπηρεσιών φροντίδας υγείας με στόχο την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Το όραμα είναι να γίνει ο ΟΔΙΠΥ ο οργανισμός από τον οποίο θα αναζητούν όλοι οι φορείς Υγείας τεχνογνωσία πάνω στη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχουν στους χρήστες υγείας και θα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη χώρα αλλά και σε ολόκληρη την Νοτιοανατολική Ευρώπη.

Οι Προτεραιότητες του είναι οι κάτωθι:

- Η ασφάλεια των ασθενών
- Η αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας με δείκτες ποιότητας
- Η συνεχής βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας
- Η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η ισότιμη και ευχερής πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας
- Η ορθολογική ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού
- Η δημιουργία ενός ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας.

Το Πεδίο εφαρμογής του είναι τα εξής:

- Όλα τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), οι αποκεντρωμένες μονάδες αυτών, τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας που εποπτεύονται διοικητικά από το Υπουργείο Υγείας
- Οι Υγειονομικές Περιφέρειες ως προς τη διοικητική τους λειτουργία
- Τα νοσοκομεία που διέπονται από ειδικές διατάξεις, λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας
- Όλες οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας επί τη βάση αιτήματος αξιολόγησης που υποβάλλεται από τους ίδιους ή από τον ΕΟΠΥΥ ως φορέα κοινωνικής ασφάλισης, με τον οποίο είναι συμβεβλημένοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους του (www.odipy.gov.gr/organismos/odipy).

Έχοντας παρουσιάσει προηγουμένως τα κέντρα παραγωγής μηχανισμών πολιτικής υγείας στην Ελλάδα θα ακολουθήσει αναφορά στην ιστορική αναδρομή της υγειονομικής πολιτικής προκειμένου να γίνει πιο εύκολα αντιληπτό η σημερινή επικρατούσα κατάσταση.

Την **1^η Ιανουαρίου 2017** πραγματοποιήθηκε η κύρια και καθολική ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα με τη δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), στον οποίο εντάχθηκαν τα περισσότερα ταμεία. Μετά από πολλές μεταβολές στα χρόνια λειτουργίας του Ελληνικού Κράτους, σήμερα (2024-2026), η υγειονομική πολιτική στην Ελλάδα επικεντρώνεται στον **ψηφιακό μετασχηματισμό, την αναδιοργάνωση των δομών του ΕΣΥ** και την προσπάθεια εξισορρόπησης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της διαμορφώνονται ως εξής:

1. Ψηφιακός Μετασχηματισμός & Καινοτομία

- **Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας:** Η πλήρης υλοποίηση του ενιαίου ψηφιακού φακέλου ασθενούς αποτελεί ορόσημο για το 2025, με στόχο την καλύτερη παρακολούθηση της πορείας των ασθενών.
 - **Τηλεϊατρική:** Επέκταση υπηρεσιών για την κάλυψη απομακρυσμένων περιοχών και νησιών, ενισχύοντας την προσβασιμότητα.
2. Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ & Νοσοκομειακός Χάρτης
- **Αναδιάρθρωση Κλινικών:** Προγραμματίζονται αναμορφώσεις και συγχωνεύσεις κλινικών εντός του 2025 για την ορθολογικότερη κατανομή πόρων και προσωπικού.
 - **Ιδιωτικό Έργο Γιατρών ΕΣΥ:** Επιτρέπεται πλέον στους γιατρούς του δημοσίου να ασκούν ιδιωτικό έργο συμπληρωματικά, μια κίνηση που στοχεύει στην ανάσχεση της φυγής προσωπικού, αν και προκαλεί αντιδράσεις για τον δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος.
3. Ποιότητα Φροντίδας & Ασφάλεια Ασθενών
- **Εθνική Στρατηγική 2025-2030:** Έναρξη νέου σχεδίου για την ποιότητα των υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών, σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και τον [ΟΔΙΠΥ](#).
 - **Έμφαση στην Πρόληψη:** Υλοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (όπως το πρόγραμμα "Φώφη Γεννηματά") στο πλαίσιο του [Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025](#).
4. Χρηματοδότηση & Βιωσιμότητα
- **Αύξηση Προϋπολογισμού:** Για το 2026 προβλέπεται ενισχυμένος προϋπολογισμός για την υγεία, με στόχο την κάλυψη λειτουργικών αναγκών και προσλήψεων.
 - **Έλεγχος Φαρμακευτικής Δαπάνης:** Εφαρμογή του νόμου 5243/2025 για τον εξορθολογισμό των δαπανών στο φάρμακο και την ενίσχυση της βιωσιμότητας.
5. Ανθρώπινο Δυναμικό & Προκλήσεις
- **Ενίσχυση ΕΚΑΒ:** Προτεραιότητα στην αναδιοργάνωση των επειγόντων περιστατικών και του στόλου των ασθενοφόρων.
 - **Ελλείψεις Προσωπικού:** Παρά τις εξαγγελίες, η μείωση του μόνιμου προσωπικού παραμένει κρίσιμο ζήτημα που απασχολεί την υγειονομική πολιτική

2.10.1. Προβλήματα χάραξης πολιτικής για την υγεία

Οι υπεύθυνοι πολιτικής χάραξης για την υγεία αντιμετωπίζουν ως προβλήματα τις αυξανόμενες δαπάνες, τη σπανιότητα και την ανισότητα στην πρόσβαση περίθαλψης.

Επίσης, έρευνες υποστηρίζουν ότι σημαντικός αριθμός παροχών υγείας δεν τηρεί τα βασικά πρότυπα τεκμηριωμένης περίθαλψης ή της διαχείρισης ποιότητας και ασφάλειας και έχουν χαμηλά επίπεδα παραγωγικότητας.

Επομένως, η ανωτέρω αρνητική κατάσταση μπορεί να αντισταθμιστεί μέσω αμοιβής βάσει απόδοσης όπου η αμοιβή των παρόχων υγείας σχετίζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι μόνο με τον όγκο των υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές ή οι μονάδες υγείας λαμβάνουν οικονομικά κίνητρα όταν επιτυγχάνουν συγκεκριμένους στόχους στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών ενθαρρύνοντας έτσι την προοδευτική και συστηματική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Επιπρόσθετα η ψηφιακή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που έχει αναπτυχθεί στις μέρες μας και περιλαμβάνει κατηγορίες όπως η κινητή υγεία, η τεχνολογία πληροφοριών υγείας, οι φορητές συσκευές και η τηλεϊατρική μπορεί να βελτιώσει την ανισότητα στην πρόσβαση περίθαλψης (Obermann & Thielscher, 2023).

Μέχρι στιγμής δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως στην Ελλάδα ο κατάλληλος μηχανισμός σχεδιασμού και κατανομής φυσικών και ανθρώπινων πόρων με συνεπακόλουθο τη στέρηση των αγροτικών περιοχών και νησιών σε εξειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις (European Commission, 2019). Προκειμένου να επιλυθεί το θέμα της απόστασης, αξιοποιήθηκε η ηλεκτρονική υγείας (τηλεϊατρική). Το 2016, ολοκληρώθηκε το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, το οποίο ενσωματώνει 43 μονάδες τηλεϊατρικής που συνδέουν 30 κέντρα υγείας σε νησιά του Αιγαίου με 12 νοσοκομεία στην πρωτεύουσα. Οι μονάδες τηλεϊατρικής είναι εξοπλισμένες με κάμερες και διαγνωστικά εργαλεία και προσφέρουν πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα ειδικευμένων ιατρών.

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να τονισθεί ότι ο κυριότερος μηχανισμός παραγωγής πολιτικής υγείας είναι η θέσπιση προτεραιοτήτων και οι κατάλληλες επιλογές που γίνονται από τους αρμόδιους συμμετέχοντες στη διαδικασία αυτή.

Η πολιτική υγείας στη χώρα μας χρειάζεται μηχανισμούς όπως παρακολούθηση παραγόντων, επιπέδων και δεικτών υγείας, διαμόρφωση εθνικών στόχων υγείας, ανάπτυξη εθνικών πολιτικών και επίλυση προβλημάτων.

Η στοχοθεσία μιας νέας πολιτικής υγείας στην Ελλάδα πρέπει να περιέχει:

- Διανεμητική αποδοτικότητα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας με συναφή στόχο την ισότητα στην πρόσβαση και την κατανομή πόρων
- Τεχνική αποδοτικότητα των μονάδων υγείας
- Ανάπτυξη εθνικών πολιτικών δημόσιας υγείας
- Συμμετοχή του πολίτη
- Πολιτικές διαχείρισης αλλαγών χρηματοδότησης
- Εθνική στρατηγική διασφάλισης ποιότητας (Καστανιώτη, 2018).

2.11. Οικονομική Αξιολόγηση

Σημαντικό εργαλείο των οικονομικών της υγείας είναι η οικονομική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει ένα σύνολο αναλυτικών μεθόδων που μετρούν και συγκρίνουν, με τη μέτρηση κατάλληλων δεικτών, τις επιπτώσεις εναλλακτικών υγειονομικών παρεμβάσεων και θεραπειών (Κοντοδημόπουλος, 2016). Η οικονομική ανάλυση ασχολείται με τις εισροές και τις εκροές, οι οποίες μερικές φορές αποκαλούνται κόστη και αποτελέσματα των δραστηριοτήτων και αφορά υποχρεωτικά επιλογές σε κάθε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας γιατί οι πόροι είναι σπάνιοι για να παραχθούν όλες οι επιθυμητές εκροές.

Η κύρια αποστολή κάθε οικονομικής αξιολόγησης είναι να εντοπίσει, να μετρήσει, να αποτιμήσει και να συγκρίνει τα κόστη και τα αποτελέσματα κάθε εναλλακτικής λύσης που εξετάζεται.

Τύποι αξιολόγησης

Η αξιολόγηση του συστήματος υπηρεσιών υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ποσοτική αποτίμηση και ποιοτική εκτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται και των πόρων που καταναλίσκονται, με την εκτίμηση της βελτίωσης των δεικτών υγείας που επιφέρει η λειτουργία του συστήματος.

Οι δείκτες αξιολόγησης ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

- 1) Δείκτες της πολιτικής υγείας
- 2) Οικονομικο-κοινωνικοί δείκτες σχετιζόμενοι με την υγεία
- 3) Δείκτες που αφορούν την παροχή φροντίδων υγείας
- 4) Δείκτες της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Επιπρόσθετα οι δείκτες ανεξάρτητα από το περιεχόμενό τους θα πρέπει να είναι έγκυροι, αντικειμενικοί, ευαίσθητοι και εξειδικευμένοι (Καριώτης, 1992).

Η οικονομική αξιολόγηση είναι ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία της οικονομικής επιστήμης και βοηθά να ληφθεί απόφαση όταν υπάρχουν διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις σε σχέση με τα κόστη και τα αποτελέσματά τους.

Η έλλειψη πόρων σε σχέση με τις υπάρχουσες ανάγκες οδηγούν τους ειδικούς να ιεραρχούν τις ανάγκες τους και να θέτουν προτεραιότητες για να καταλήγουν στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον εκάστοτε διαθέσιμο προϋπολογισμό.

Επιπρόσθετα η ανάπτυξη νέων θεραπειών συνδυαστικά με την εξέλιξη των ιατρικών τεχνολογιών που συνέβαλε στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αύξησε το κόστος και τα έξοδα για τη φροντίδα υγείας. Τέλος η συμβολή της είναι σημαντική στις αποζημιώσεις ιατρικών υπηρεσιών.

Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης προγραμμάτων φροντίδας υγείας

Ανάλυση κόστους - οφέλους

Με αυτή την μέθοδο συγκρίνονται τα χρήματα που δαπανώνται για μια ιατρική παρέμβαση με τα χρήματα που κερδίζονται από την εφαρμογή αυτής της παρέμβασης. Τόσο το κόστος όσο και η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης εκφράζονται σε νομισματικά μεγέθη. Γίνεται σύγκριση εναλλακτικών θεραπειών που παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα, σύγκριση του αποτελέσματος των επενδύσεων στο χώρο της υγείας σε σχέση με την απόδοση που μπορεί να προκύψει σε άλλους τομείς της οικονομίας.

Ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας

Η μέθοδος αυτή συμβάλει στη συστηματική συγκριτική αξιολόγηση του συνολικού κόστους και οφέλους που προκύπτει από εναλλακτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά την αντιμετώπιση μιας νόσου. Το κόστος εκτιμάται σε χρηματικές μονάδες ενώ τα αποτελέσματα σε φυσικές μονάδες, όπως πχ χρόνια ζωής που διασώθηκαν.

Δηλαδή η ανάλυση κόστους -οφέλους διερευνά αν πρέπει αν κάνουμε ή όχι κάποια πράγματα ενώ η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να κάνουμε κάποια πράγματα που αξίζει να γίνουν (Morris et al, 2017).

Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους

Η ανάλυση κόστους αποτελεί εργαλείο σύγκρισης μεταξύ δύο ή περισσότερων ιατρικών παρεμβάσεων ή προγραμμάτων υγείας που παρέχουν ισοδύναμα θεραπευτικά αποτελέσματα στον χρήστη και εκτιμά εκείνο με το χαμηλότερο κόστος.

Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας

Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας είναι μια μορφή οικονομικής αξιολόγησης στην οποία το όφελος συνήθως μετράται σε όρους Ποιοτικά Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής (QALYS) (Morris et al, 2017).

QALY'S (QUALITY ADJUSTED LIFE YEAR -ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ)

Σε αυτή την υποενότητα θα πρέπει να εξηγήσουμε τον όρο QALYS που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση κόστους χρησιμότητας.

Το QALY είναι το ακρωνύμιο του ποιοτικώς σταθμισμένου έτους ζωής και ενσωματώνει την ποσότητα αλλά και την ποιότητα του χρόνου ζωής που αποκτάται από τις διάφορες υγειονομικές παρεμβάσεις (Μητροπούλου κ.α. 2022).

Μπορούν ταυτόχρονα να συνυπολογίσουν τα οφέλη από τη μείωση της νοσηρότητας και τη μείωση της θνησιμότητας συνδυάζοντας τα σε μία μόνο μονάδα μέτρησης. (Drummond et al, 2002).

Τα μειονεκτήματα του QALY είναι η ευαισθησία αυτού του μέτρου ιδίως όταν συγκρίνονται τα αποτελέσματα δύο ανταγωνιστικών αλλά παρόμοιων φαρμάκων ή θεραπειών. Επίσης και τα μέτρα πρόληψης τα οποία δεν εμφανίζονται παρά μόνο μετά το πέρασμα αρκετών χρόνων. Τέλος οι προβληματισμοί που ανακύπτουν από την αξιολόγηση της συναισθηματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Όσοι εκφράζουν επιφυλάξεις για την αποτίμηση του οφέλους σε χρηματικούς όρους, μια δεύτερη μονάδα μέτρησης της αξίας, είναι η χρησιμότητα. Επίσης αναφέρεται στις προτιμήσεις που μπορεί να έχουν τα άτομα ή κοινωνία για οποιοδήποτε συγκεκριμένο σύνολο εκβάσεων υγείας. Αποτελεί μια μορφή αξιολόγησης, η οποία επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στην ποιότητα των εκβάσεων υγείας, τις οποίες προκαλούν ή αποτρέπουν κάποια προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης ή κάποιες θεραπευτικές αγωγές. Δίνει τη δυνατότητα να συμπεριλάβουμε ένα ευρύ φάσμα από συναφείς εκβάσεις, αφού προσφέρει μια μέθοδο με την οποία οι ανόμοιες εκβάσεις μπορούν να συνδυαστούν σχηματίζοντας ενιαία σύνθετη γενική έκβαση. Έτσι συγκρίνονται διαφορετικά προγράμματα (Drummond et al, 2002).

Οι ιατρικές πρακτικές μπορεί να ελεγχθούν και να αποτυπωθούν σε χρηματικούς όρους με την ανάλυση κόστους -αποτελεσματικότητας και κόστους χρησιμότητας, δηλαδή να ελέγχονται εάν προσθέτουν αξία και βελτιώνουν την υγεία και την ποιότητα ζωής η οποία σχετίζεται με την υγεία και την κοινωνική (Κυριοπούλος, 2018).

Κατηγορίες κόστους

- Άμεσα κόστη που διακρίνονται σε ιατρικά και μη ιατρικά
- Έμμεσα κόστη
- Άυλα κόστη

Άμεσα ιατρικά κόστη είναι τα κόστη ιατρικής φύσεως και χρησιμοποιούνται άμεσα για τη θεραπεία του ασθενούς.

Άμεσα μη ιατρικά κόστη είναι τα κόστη που επιβαρύνουν τον ασθενή, την οικογένεια του και τα οποία σχετίζονται με τη θεραπεία αλλά δεν είναι ιατρικής φύσεως πχ η μετακίνηση από και προς το ιατρείο.

Έμμεσα κόστη θεωρούνται οι οικονομικές απώλειες που απορρέουν από την ασθένεια, δηλαδή αναφέρονται στην απώλεια της παραγωγικότητας.

Άυλα κόστη είναι εκείνα που είναι δύσκολα να περιγραφούν αλλά και να ποσοτικοποιηθούν πχ ο πόνος, το άγχος, η δυσφορία.

Επίσης ο βαθμός ανταπόκρισης ενός συστήματος υγείας είναι πολύ σημαντικός. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι οκτώ τομείς που αντικατοπτρίζουν την ανταπόκριση ενός συστήματος υγείας είναι οι κάτωθι:

- Αυτονομία
- Επιλογή
- Σαφήνεια επικοινωνίας
- Απόρρητο των προσωπικών πληροφοριών
- Αξιοπρέπεια
- Προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς
- Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης της οικογένειας και της κοινότητας.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ το πιο σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση της ανταπόκρισης αποτελεί η παγκόσμια έρευνα για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τους

παράγοντες κινδύνου, την κάλυψη και την πρόσβαση σε παροχές και τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον στόχος είναι η μέτρηση της αποδοτικότητας.

Τρεις μορφές αποδοτικότητας υπάρχουν:

Η τεχνική αποδοτικότητα αναφέρεται στη σχέση μεταξύ πόρων και του αποτελέσματος υγείας. Επομένως ένα σύστημα υγείας που είναι αποδοτικό μεγιστοποιεί τα υγειονομικά οφέλη σε σχέση με τις εισροές που χρησιμοποιεί.

Η παραγωγική αποδοτικότητα αναφέρεται στην ελαχιστοποίηση του κόστους σε σύγκριση με ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα υγείας.

Η καταναλωτική αποδοτικότητα αφορά όχι μόνο την παραγωγική αποτελεσματικότητα των πόρων υγειονομικής περίθαλψης για την παραγωγή αποτελεσμάτων στην υγεία αλλά και την αποτελεσματικότητα με την οποία οι πόροι κατανέμονται στην κοινωνία (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας των 191 κρατών μελών το 2000. Η απόδοση βασίστηκε σε πέντε δείκτες:

- γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού
- ανισότητες ως προς την υγεία μεταξύ του πληθυσμού
- δύο κριτήρια της δυνατότητας του συστήματος υγείας να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και επιθυμίες των χρηστών
- καταμερισμό του χρηματοδοτικού βάρους της υγείας μεταξύ του πληθυσμού (Rice, 2006).

2.12. Αξιολόγηση συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Το μεγαλύτερο δίδαγμα από το έργο του Freire είναι ότι όλες οι προσεγγίσεις της αξιολόγησης αποτελούν μια παιδαγωγική κάποιου είδους. Κάθε αξιολόγηση διδάσκει κάτι. Το τι διδάσκεται και πως διδάσκεται διαφέρει, αλλά η αξιολόγηση είναι μια παιδαγωγική αλληλεπίδραση. Ο Freire συνειδητοποίησε και μας μεταλαμπάδευσε ότι κάθε αλληλεπίδραση μεταξύ ανθρώπων είναι παιδαγωγική. Πάντα κάτι διδάσκεται, κάτι μεταβιβάζεται και υιοθετείται.

Επίσης υποστήριξε ότι η λογική και το συναίσθημα είναι αλληλένδετα και στην εκπαίδευση η λογική είναι εμποτισμένη από συναίσθημα. Επιπλέον, δεν υπάρχει διδασκαλία χωρίς μάθηση, ούτε όμως και μάθηση χωρίς διδασκαλία. Όποιος διδάσκει μαθαίνει κατά την πράξη της μάθησης και όποιος μαθαίνει διδάσκει κατά την πράξη της μάθησης.

Σύμφωνα με τον Darwin στη μακρά ιστορία του ανθρώπινου γένους αυτοί που έμαθαν να συνεργάζονται και να αυτοσχεδιάζουν πιο αποτελεσματικά επικράτησαν. Επίσης ο Freire υποστήριξε ότι όλες οι προσεγγίσεις της αξιολόγησης συνιστούν κάποια μορφή παιδαγωγικής, διότι κάθε αξιολόγηση διδάσκει κάτι. Μπορεί το τι διδάσκεται και πως διδάσκεται να διαφέρει, αλλά πάντα όμως η αλληλεπίδραση των ανθρώπων έχει παιδαγωγικό χαρακτήρα καθώς κάτι μεταβιβάζεται και υιοθετείται (Patton, 2021).

Η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων στην Ελλάδα ξεκίνησε με πειραματικές προσπάθειες όπως το Π.Δ. 318/1992 που αποτελεί τη βάση για μεταγενέστερα συστήματα. Το 2010 δημιουργήθηκε το Μητρώο Ανθρώπινου Δυναμικού του Ελληνικού Δημοσίου, που ενσωματώνει και την αξιολόγηση. Το 2018 ξεκίνησε η πρώτη ηλεκτρονική αξιολόγηση για το έτος 2017, για πρώτη φορά σε ηλεκτρονική μορφή. Μετά την ψήφιση νόμου το 2022, το 2024 ξεκίνησε η εφαρμογή ενός νέου, συστηματικού συστήματος αξιολόγησης, με τους υπαλλήλους να αξιολογούνται από τους αξιολογητές τους. Η υλοποίηση ενός ενιαίου Συστήματος Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού (ΣΔΑΔ) ή HRMS (Human Resources Management System) για τον Δημόσιο Τομέα εγκρίθηκε το 2018 και η επίσημη παρουσίασή του πραγματοποιήθηκε το 2022, με στόχο τον εκσυγχρονισμό της διαχείρισης των δημοσίων υπαλλήλων. Τέθηκε σε πλήρη λειτουργία, αντικαθιστώντας το παλαιότερο "Μητρώο Ανθρώπινου Δυναμικού Ελληνικού Δημοσίου" (Απογραφή) τον Νοέμβριο 2025 και η πλήρης θεσμοθέτηση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος ενισχύθηκε με τον νόμο 5149/2024.

Ενώ το σύστημα της εκπαίδευσης στην Ελλάδα αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 σημαντικά ανταποκρινόμενο στη αυξανόμενη κοινωνική ζήτηση. Το σύστημα εκπαίδευσης παραμένει συγκεντρωτικό και εσωστρεφές και παρότι την αύξηση της ποσότητας της εκπαίδευσης δεν υπήρξε ανάλογη βελτίωση της ποιότητας. Επίσης παρουσιάζει χαμηλή αποδοτικότητα των κοινωνικών και ιδιωτικών επενδύσεων, αδιαφάνεια και σπατάλη πόρων.

Ο Smith υποστήριξε το ρόλο των γνώσεων, των δεξιοτήτων, των ικανοτήτων στην προώθηση της παραγωγικότητας και μάλιστα στο σταθερό μιας οικονομίας συμπεριλάμβανε εκτός του μηχανολογικού εξοπλισμού, των κτιρίων, της γης και τις δεξιότητες (έμφυτες και επίκτητες) όλων των μελών της οικονομίας. Ανέφερε δηλαδή ότι η εκπαίδευση-κατάρτιση είναι μια επενδυτική διαδικασία. Ακόμη και ο Marshall ανέφερε ότι η κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο εργασίας τους αποτελεί επίσης μια μορφή επένδυσης.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το ανθρώπινο κεφάλαιο αποτελείται από γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις και γνωρίσματα των ατόμων, το οποίο συμβάλει στη δημιουργία προσωπικής, κοινωνικής και οικονομικής ευζωίας. Διακρίνεται από τα κάτωθι χαρακτηριστικά:

- Είναι ανθρώπινο στοιχείο
- Είναι κεφάλαιο
- Δεν μπορεί να διαχωριστεί από το άτομο που το κατέχει
- Δεν μεταβιβάζεται, δεν πωλείται, δεν ενοικιάζεται, δεν κληρονομείται. Επομένως το ανθρώπινο κεφάλαιο μπορεί να αποκτηθεί μόνο αν το ίδιο το άτομο συμμετέχει στην εκπαίδευση-κατάρτιση-δια βίου μάθηση και στην εξάσκηση.

Ο Mincer απέδειξε ότι οι μισθοί των εργαζομένων είναι στενά συνδεδεμένοι με το επίπεδο εκπαίδευσης και την εργασιακή εμπειρία.

Επιπλέον, η εκπαίδευση-κατάρτιση-δια βίου μάθηση ενός ατόμου, εκτός της θετικής επίδρασης στην παραγωγικότητα και της αμοιβής επιδρά στην επιχείρηση/υπηρεσία μέσω και άλλων καναλιών:

- Στην παραγωγικότητα των άλλων εργαζομένων και συνολικά την παραγωγικότητα της επιχείρησης
- Στη μακροχρόνια ανταγωνιστικότητα της επιχείρησης
- Στην αποδοτικότητα και την κερδοφορία της επιχείρησης
- Στην προώθηση καινοτομιών (Τσαμαδιάς, 2020).

2.13. Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από τους πολίτες

Οι πολίτες έχουν σχηματίσει αρνητική εικόνα σχετικά με το σύστημα υγείας που δεν αφορά μόνο την πρόσβαση αλλά συνδέεται σε μεγάλο ποσοστό με την παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, τη γραφειοκρατία που πολλές φορές προκαλείται από την άσκηση του ασφαλιστικού δικαιώματος και τις υψηλούς κόστους πληρωμές που καλούνται να πραγματοποιήσουν οι ασθενείς (Τούντας, 2020). Από το 10% των νοικοκυριών με ανεκπλήρωτες ανάγκες, τα τέσσερα στα πέντε αναφέρουν το κόστος ως το κύριο εμπόδιο για την πρόσβαση στην περίθαλψη (European Commission, 2019) Δυστυχώς το επίπεδο υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα θεωρείται ανεπαρκές παρότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν συνεχώς μέχρι το 2009. Ενδεικτικά, σύμφωνα με το γενικό Ευρωβαρόμετρο για το 2003 η Ελλάδα κατατάσσεται στην τελευταία θέση της Ευρώπης των 15 κρατών ως προς την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατατάσσεται στην 22^η θέση ως προς τη φιλικότητα προς τον καταναλωτή, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Πίνακα Κατάταξης Καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας για το 2012. Σύμφωνα με το ειδικό Ευρωβαρόμετρο (E.C. 2010), ενώ μόνο το 16% των Ελλήνων δηλώνει ότι έχει πέσει θύμα κάποιου ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους το 83% πιστεύει ότι θα βιώσει δυσάρεστο γεγονός κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Santerre & Neun, 2013).

Το 2020 η υγεία ακολουθεί στη 2^η θέση ως το σημαντικότερο πρόβλημα μετά την οικονομία. Επιπλέον το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας κατατάσσεται στην 29^η θέση ως προς την φιλικότητα προς τον καταναλωτή σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Πίνακα Κατάταξης Καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας για το 2019.

Μια νέα έκθεση του ΟΟΣΑ το 2020 δηλώνει ότι η Ελλάδα βρίσκεται κυριολεκτικά στις τελευταίες θέσεις από πλευράς προετοιμασίας και απόκρισης στις αυξημένες ανάγκες της δημόσιας υγείας. Ο πιο σημαντικός δείκτης είναι οι επιπλέον δαπάνες για το σύστημα υγείας από την έναρξη της πανδημίας και μετά. Η Ελλάδα βρίσκεται στην προτελευταία θέση στην Ευρώπη των 27 γιατί παρουσιάζει χαμηλές δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (πολύ κάτω από το μέσο όρο ΕΕ/ΟΟΣΑ) και υψηλή ιδιωτική συμμετοχή με αποτέλεσμα πολλοί πολίτες να μην καλύπτουν τις ανάγκες τους για φροντίδα ενώ υπήρχε αύξηση στις δαπάνες λόγω covid-19 σε όλες

τις χώρες, αλλά η Ελλάδα παρέμεινε σταθερά χαμηλά στην κατάταξη και ικανοποίηση πολιτών.

2.13.1. Διαδικασία και δείκτες αξιολόγησης νοσοκομειακής μονάδας

Σύμφωνα με τους Leger, Schieden & Walsworth-Bell αξιολόγηση είναι η κριτική εκτίμηση με όσο το δυνατό αντικειμενικότερο τρόπο του βαθμού με τον οποίο το σύνολο ή μέρος των υπηρεσιών ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουν τεθεί. Τα δεδομένα αξιολόγησης περιλαμβάνουν τη δημογραφική στατιστική του πληθυσμού ευθύνης, τα επιδημιολογικά στοιχεία του πληθυσμού ευθύνης, τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευόμενων, τον ιατρικό φάκελο των ασθενών, πληροφοριακά δεδομένα σχετικά με εισροές και εκροές του νοσοκομειακού συστήματος, το κόστος κάθε ιατρονοσηλευτικής και διοικητικής πράξης, τις γνώμες και στάσεις ασθενών. Οι δείκτες αξιολόγησης χαρακτηρίζονται από 4 στοιχεία, της εγκυρότητας, της αξιοπιστίας, της ευαισθησίας και της εξειδίκευσης (Γούλα, 2007).

Η ανάγκη στρατηγικού σχεδιασμού ή και προγραμματισμού είναι η πρώτη λειτουργία όπου ακολουθούν η οργάνωση, ο συντονισμός και ο έλεγχος. Στο πλαίσιο αυτό γίνεται επικέντρωση που είμαστε, που θέλουμε να πάμε και πως θα πάμε εκεί όπου θέλουμε. Αναγκαίο είναι επίσης το επιχειρησιακό σχέδιο στο οποίο περιγράφονται οι δραστηριότητες του οργανισμού, η αγορά, οι συνθήκες ανταγωνισμού, οι πηγές χρηματοδότησης, το προσωπικό, η ανάλυση νεκρού σημείου, οι προϋπολογισμοί. Άρα, ο στρατηγικός σχεδιασμός περιλαμβάνει τον καθορισμό των μακροπρόθεσμων στόχων και τη διαδικασία επιλογής της κατάλληλης στρατηγικής σε βάθος χρόνου (τρία έως πέντε έτη) ενώ το επιχειρησιακό σχέδιο εξειδικεύει τους βασικούς στόχους και τις μεθόδους πραγματοποίησής τους.

Η στρατηγική περιλαμβάνει την αποστολή, το όραμα, τις αξίες, τους στόχους ενώ ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον καθορισμό σκοπών και στόχων, τη συγκέντρωση στοιχείων-πρόβλεψη, τη χάραξη στρατηγικής και πολιτικής, τον προϋπολογισμό, την παρακολούθηση εφαρμογής και την αναθεώρηση-αντιπαραβολή. Επομένως, ο στρατηγικός σχεδιασμός περιλαμβάνει τα γενικά στοιχεία νοσοκομειακής μονάδας, την ανάλυση εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, αξιολόγηση της λειτουργίας του νοσοκομείου, καθορισμό στόχων ενώ ο επιχειρησιακός σχεδιασμός την ανάπτυξη σχεδίων δράσης, τη διαμόρφωση του επενδυτικού προγράμματος, την πρόβλεψη αποτελεσμάτων επιχειρησιακού σχεδίου και τον έλεγχο-διαδικασία παρακολούθησης του σχεδίου.

Τα κριτήρια για την αξιολόγηση της νοσοκομειακής υποδομής σε επίπεδο νοσοκομείου είναι τα εξής:

1. μέγεθος νοσοκομείου
2. νομική μορφή
3. είδος νοσοκομείου
4. στελέχωση, συνολική και ανά κατηγορία προσωπικού

- 5.σύνθεση σε ειδικότητες
- 6.γεωγραφική κατανομή νοσηλευτηρίων και κλινών
- 7.κτιριακές εγκαταστάσεις
- 8.ξενοδοχειακός εξοπλισμός
- 9.ιατρικός και λοιπός τεχνολογικός εξοπλισμός (Πολύζος, 2014).

2.14. Τύποι Υγειονομικής Περίθαλψης

Η υγειονομική περίθαλψη ταξινομείται σε ανοιχτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που αφορούν θεραπεία ενός προβλήματος υγείας εκτός νοσοκομείου και σε κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται εντός νοσοκομείου. Επικεντρώνεται περισσότερο το ενδιαφέρον για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην νοσοκομειακή περίθαλψη σε σχέση με άλλους τομείς γιατί οι δαπάνες στην νοσοκομειακή περίθαλψη είναι μεγαλύτερες, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς απευθύνονται στα νοσοκομεία για αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών είναι άμεσα και εμφανή.

Επομένως, τα σύγχρονα νοσοκομεία που αποτελούν πολυσύνθετες μονάδες παραγωγής υπηρεσιών, εκπαίδευσης και έρευνας απαιτούν κατάλληλο θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο, κτιριακές υποδομές με όλες τις απαραίτητες προδιαγραφές, σύγχρονο εξοπλισμό, επαρκές ανθρώπινο δυναμικό, σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και συνεχή αξιολόγηση του παραγόμενου έργου.

Όταν δεν ανταποκρίνονται σε αυτές τις απαιτήσεις οδηγούμαστε σε αναποτελεσματική διοίκηση και λειτουργία, υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και δυσaráσκεια των ασθενών.

Διακρίνονται ανάλογα με τη νομική τους μορφή σε:

- Ιδιωτικές
- Δημόσιες
- Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.)
- Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)

Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν σε:

- Μονάδες ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες παρέχουν μόνο πρωτοβάθμια περίθαλψη
- Μονάδες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες παρέχουν μία, δύο ή και τρεις βαθμίδες περίθαλψης (Δικαίος κ.α., 1999).

Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα διαρθρώνεται σε τρεις κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τις κάτωθι υπηρεσίες:

- Υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο

- Προαγωγή υγείας και πρόληψη νοσημάτων
- Οικογενειακό προγραμματισμό
- Οδοντιατρική φροντίδα και προληπτική οδοντιατρική
- Υπηρεσίες αποκατάστασης
- Παρακολούθηση χρονίως πασχόντων που δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο
- Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
- Διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών του πληθυσμού (Καστανιώτη, 2018).

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα ιδιωτικά ιατρεία και αποτελεί την πρώτη επαφή του κοινού με το σύστημα υγείας.

Πιο αναλυτικά παρέχεται από 201 Κέντρα Υγείας και 1487 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, περίπου 200 πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές που μαζί με τα Κέντρα Υγείας συγκροτούν το ΠΕΔΥ και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας και δεν απαιτείται η παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία των επτά Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (Μητροπούλου κ.α. 2022).

Η Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, οι οποίες καλύπτουν υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχονται με τις εξής μορφές φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας:

- ✓ Δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία
- ✓ Ολιγάριθμα μη κερδοσκοπικά θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από ιδρύματα, το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία
- ✓ Ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές νοσηλευτικές μονάδες και καλύπτουν περίπου ένα ποσοστό της τάξεως του 30% (Santerre & Neun, 2013).

Η Δευτεροβάθμια περίθαλψη προσφέρεται στους ασθενείς μέσα στα νοσοκομεία και απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία (Καριώτης, 1992), αφού περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο και διενέργεια γενικών επεμβάσεων και απευθύνεται σ' έναν πληθυσμό από 50.000 έως 500.000 πολίτες (Δικαίος κ.α. 1999).

Η Τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις πανεπιστημιακές κλινικές (Καριώτης, 1992) και προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο αλλά απαιτεί υψηλές εξειδικευμένες γνώσεις, εξειδικευμένο εξοπλισμό, συνεργασία και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων και καλύπτει από 500.000 έως 1,5 εκατομμύριο άτομα (Δικαίος κ.α., 1999).

Στην Ελλάδα, το σύνολο των γενικών ιατρών είναι 4,5% επί του συνόλου των ιατρών, όταν η χώρα με 6,1 ιατρούς/1000 κατοίκους διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών

μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ και σχεδόν τον διπλάσιο από τον μέσο όρο των χωρών μελών της ΕΕ. Διπλάσιος είναι και ο αριθμός των οδοντιάτρων με 1,31 οδοντιάτρους ανά 1000 κατοίκους το έτος 2008, σε σύγκριση με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ που ανέρχεται σε 0,69 οδοντιάτρους ανά 1000 κατοίκους.

Στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία. Στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια.

Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (EHCI, 2007) το ελληνικό σύστημα υγείας κατατάσσεται στην 22^η θέση μεταξύ 29 χωρών ως προς τη φιλικότητα προς τον καταναλωτή, μαζί με χώρες όπως η Σλοβενία και η Ουγγαρία και πολύ μακριά από τα πρότυπα της Κύπρου (Καστανιώτη, 2018).

Νοσοκομειακοί Τύποι

Τα νοσοκομειακά ιδρύματα διακρίνονται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους σε:

Α. γενικά και ειδικά ανάλογα με το σκοπό τους δηλαδή εξαρτάται εάν έχουν τμήματα όλων των ειδικοτήτων ή εξειδικεύονται σε ορισμένες μόνο παθήσεις

Β. σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας εάν η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη του μηνός ή σε νοσοκομεία χρονίων πασχόντων εάν το ξεπερνούν

Γ. Κρατικά, κοινωφελή και ιδιωτικά ανάλογα το νομικό τους καθεστώς

Δ. Αμιγώς πανεπιστημιακά που **δεν ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)**, αλλά υπάγονται απευθείας στην εποπτεία του Υπουργείου Παιδείας και διοικούνται εξ ολοκλήρου από το Πανεπιστήμιο και σε νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας που αντιμετωπίζουν τα πιο **σοβαρά, σπάνια και περίπλοκα** ιατρικά περιστατικά παρέχοντας εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη.

Ε. Ανάλογα τη γεωγραφική τους εμβέλεια και τον πληθυσμό που εξυπηρετούν.

Ο δημόσιος τομέας υγείας στην Ελλάδα διαθέτει 134 νοσοκομεία, τα οποία κατανέμονται στις επτά ΥΠΕ. Σύμφωνα με την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2016 με βάση τη νομική τους μορφή, το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπευτηρίων ήταν ιδιωτικά. Η 1^η και η 6^η ΥΠΕ διαθέτουν τα περισσότερα νοσοκομεία περίπου δηλαδή το 44% του συνολικού αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων. Τα 134 νοσοκομεία διέθεταν συνολικά 34.770 ανεπτυγμένες κλίνες, ενώ τα νοσοκομεία κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: μικρά νοσοκομεία με λιγότερες από 100 ανεπτυγμένες κλίνες, μικρομεσαία νοσοκομεία από 101-200 ανεπτυγμένες κλίνες, μεσαία νοσοκομεία από 201 έως 500 ανεπτυγμένες κλίνες, μεγάλα νοσοκομεία από 510 έως 1000 ανεπτυγμένες κλίνες και πολύ μεγάλα νοσοκομεία από 1000 κλίνες και άνω (Καστανιώτη, 2018).

Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα υγείας οι ιδιωτικές κλινικές είναι συνήθως μικρές νοσηλευτικές μονάδες που οι περισσότερες διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Ελάχιστες είναι οι πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι

μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό και προσφέρουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η αναλογία της ιδιωτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι περίπου στο 40% και είναι ένδειξη ανισότητας στην πρόσβαση και στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (Santerre & Neun, 2013).

Τα νοσοκομεία αποτελούν την ιδανική μορφή της δημοκρατίας στην υγεία γιατί και ο πιο πλούσιος ή διάσημος από τους συνανθρώπους μας θα αναζητήσει βοήθεια στο ίδιο νοσοκομείο με κάποιον κοινό θνητό (Λιαρόπουλος, 2007) και μάλιστα τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών.

Το νοσοκομείο αποτελεί έναν οργανισμό που παρέχει πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Μια τέτοια δομή αποτελείται από πολλά διοικητικά επίπεδα, ενώ οι υπάλληλοι που τη συγκροτούν διαφέρουν στην εκπαίδευση, στο κοινωνικό ή οικονομικό υπόβαθρο. Όσο περισσότερο διαφέρει ο βαθμός εξειδίκευσης και όσο πιο πολλοί είναι οι εργαζόμενοι, τόσο μεγαλύτερες είναι οι δυσκολίες στη διοίκηση και διαχείριση του οργανισμού. Από την άλλη πλευρά το αυξημένο κόστος, οι περιορισμένοι πόροι και η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση απαιτούν την υιοθέτηση ενός συντονισμένου συστήματος διοίκησης-διαχείρισης. Η φύση των οργανισμών δεν αλλάζει καθώς συνεχίζουν να λειτουργούν ως ΝΠΔΔ (Πολύζος, 2014).

Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου ορίζεται η νομική του μορφή, η επωνυμία του, οι υπηρεσίες του και η διάρθρωση του σε τομείς και τμήματα, ο συνολικός αριθμός των κλινών, οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, τομέων και τμημάτων, οι θέσεις κατά κατηγορία και κλάδο προσωπικού που προβλέπεται να απασχολεί και η ιεραρχική διαβάθμιση αυτών των θέσεων (Δικαίος κ.α., 1999).

Σύμφωνα με το αριθμ.πρωτ.Γ2α/οικ.41799/24-09-2025 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας προς τις ΥΠΕ ο οργανισμός κάθε νοσοκομείου καθορίζει τη διοικητική του διάρθρωση, τις οργανικές του μονάδες, τις θέσεις προσωπικού, τον τρόπο λειτουργίας του και έχει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη του σκοπού και του ρόλου του που είναι η παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης. Κατ' εφαρμογή του άρθρου 20 του ν. 4622/2019 οι οργανισμοί λειτουργίας των Νοσοκομείων του ΕΣΥ καταρτίζονται, αντικαθίστανται ή τροποποιούνται με προεδρικά διατάγματα τα οποία εκδίδονται με πρόταση του καθ' ύλην αρμόδιου Υπουργού.

Επειδή παρήλθε ήδη ικανό χρονικό διάστημα από την έκδοση των τελευταίων οργανισμών λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ (έτη 2012-2013), υφίστανται ήδη διαφορετικές και μεταβληθείσες ανάγκες τόσο ως προς την οργάνωση, την διοικητική λειτουργία και υπηρεσιακή διάρθρωση, όσο και ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας (σύσταση/κατάργηση τμημάτων/μονάδων, θέσεων προσωπικού, κλπ.) και παρίσταται η ανάγκη αποτύπωσης κάθε οργανισμού σε ενιαίο κείμενο σύμφωνα με την πραγματική κατάσταση προς αποφυγή των δυσλειτουργιών που προκύπτουν από τις πολλαπλές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε κάθε οργανισμό (τροποποιήσεις, ανακατανομές θέσεων προσωπικού, κλπ.), ζητήθηκε από το

Υπουργείο Υγείας η υποβολή εισηγήσεων/αποφάσεων/προτάσεων των αρμοδίων οργάνων των Νοσοκομείων για την κατάρτιση νέων οργανισμών λειτουργίας τους μέχρι 30-11-2025.

Κάθε νοσοκομείο έχει τέσσερις υπηρεσίες: την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική. Η συνηθέστερη επιλογή στην Ελλάδα σε ότι αφορά τα νοσοκομεία είναι ο κάθετος και ιεραρχικός συντονισμός, δηλαδή λήψη αποφάσεων από τα ανώτερα στελέχη και κοινοποίηση προς τα κάτω για εφαρμογή.

Επιπρόσθετα, η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολη υπόθεση λόγω έλλειψης γνώσης για το ιατρικό αποτέλεσμα, της φύσης του ιατρικού επαγγέλματος, της εσωτερικής πολυπλοκότητας και των εξωτερικών επιδράσεων όπως πχ κυβέρνηση, ασφαλιστικά ταμεία και ασθενείς (Πολύζος, 2014).

Η οργάνωση του συστήματος υγείας θεωρείται μια παραγωγική διαδικασία με σκοπό την ισορροπία προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε κόστος αποδεκτό από την κοινωνία (Λιαρόπουλος, 2007).

Τι, αλήθεια παράγει το νοσοκομείο και πως μπορούμε να μετρήσουμε το προϊόν; Ποια είναι η αντιπροσωπευτική μονάδα μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος; Στη διεθνή βιβλιογραφία, ως μέτρο για το νοσοκομειακό προϊόν χρησιμοποιείται εναλλακτικά η ημέρα νοσηλείας. Όμως το προϊόν του νοσοκομείου παρουσιάζει σημαντική ανομοιογένεια, είτε αυτό μετρηθεί ως περίπτωση νοσηλείας είτε ως ημέρα. Η ανομοιογένεια του νοσοκομειακού προϊόντος οφείλεται σε δύο βασικούς παράγοντες:

- α. τις μεγάλες διαφορές στη συνάρτηση παραγωγής που χαρακτηρίζει τη νοσηλεία περιπτώσεων σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες,
- β. την ανομοιογένεια της κάθε μέρας νοσηλείας, από την άποψη των παραγωγικών πόρων που απασχολούνται κάθε ημέρα για τη νοσηλεία μιας περίπτωσης. (Λιαρόπουλος, 2007).

2.15. Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας

Οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας διακρίνονται σε δημόσιες και ιδιωτικές.

Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης διαρθρώνονται ως εξής:

- Στη φορολογία όπου έχουμε την άμεση και την έμμεση. Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική που καλύπτει τις ανάγκες προϋπολογισμού συνολικά και σε ειδική ή υποθηκευμένη όταν προορίζεται για καθορισμένο σκοπό και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά.

- Κοινωνική ασφάλιση όπου οι εισφορές είναι συνήθως υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους (Λιαρόπουλος, 2007).

Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης στη συντριπτική τους πλειοψηφία επιβαρύνουν τους ασθενείς. Αναλύονται στη σύναψη σύμβασης ιδιωτικής ασφάλισης με διάφορες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, στις άμεσες πληρωμές των χρηστών σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, κατά τη στιγμή της χρέωσης και στις άτυπες πληρωμές μεταξύ ασθενούς και ιατρικού προσωπικού για υπηρεσίες υγείας που παρέχονται δωρεάν από τον κρατικό προϋπολογισμό (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Σε μακροεπίπεδο, όπως προαναφέρθηκε, οι συνολικές δαπάνες υγείας καλύπτονται από 60% από δημόσιους πόρους και 40% από ιδιωτικούς πόρους δηλαδή 35% χρηματοδοτείται από τους ασθενείς, ποσοστό που αποτελεί το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό για τα δεδομένα της ΕΕ (European Commission, 2019). Η χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών προέρχεται κατά 70% από τη φορολογία μέσω επιχορηγήσεων από την Κεντρική Κυβέρνηση και 30% από την κοινωνική ασφάλιση. Η χρηματοδότηση του συστήματος συνεχίζει να παρουσιάζει προβλήματα γιατί δεν υπάρχουν χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, θεσμοθετημένοι κανόνες και μέτρα ελέγχου κόστους. Επίσης η σταδιακή μετακύλιση του βάρους της χρηματοδότησης από το ασφαλιστικό ταμείο στον κρατικό προϋπολογισμό, η αδυναμία αύξησης των εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές, η αδυναμία αύξησης των εσόδων λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών του κράτους, η αναποτελεσματική συγκέντρωση και κατανομή των πόρων στους παρόχους υγείας και η εκτεταμένη φοροδιαφυγή και εισφοροδιαφυγή παρουσιάζουν τις αρνητικές πτυχές της χρηματοδότησης της υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τις δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων και το κράτος, μέσω του προϋπολογισμού των απόρων, ανασφάλιστων και φτωχών.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας συμμετέχει στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ αλλά τα έσοδα του μειώνονται λόγω της υψηλής ανεργίας, της υψηλής ημιαπασχόλησης και της μείωσης των ημερομισθίων άρα και των εισφορών. Όλα αυτά σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι ιδιωτικές δαπάνες είναι υψηλές δημιουργούν ανησυχίες για τη μελλοντική επάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

Κατά το διάστημα 2005-2009 το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 19,7%, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας κατά 45% και η δημόσια κατά 73%. Κατά το διάστημα 2009-2011, το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 9,8%, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε κατά 18,9%. Η συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας ως προς το ΑΕΠ, στην Ελλάδα ανήλθε το 2016 στο 8,45% του ΑΕΠ έναντι 8,19% του 2015.

Οι δύο κύριοι συντελεστές της δαπάνης υγείας είναι η ενδονοσοκομειακή και η φαρμακευτική δαπάνη με την πρώτη να υπερέχει σταθερά και με αυξητική τάση (Καστανιώτη, 2018).

Αν ένα σύστημα είναι προοδευτικό, τότε οι πλουσιότεροι πληρώνουν περισσότερα απ' όσα τους αναλογούν, ενώ οι φτωχότεροι λιγότερα. Η κοινωνική δικαιοσύνη του συστήματος υγείας κάθε χώρας ενισχύεται όταν τα έσοδα προέρχονται από προοδευτικές πηγές. Ο περιορισμός του κόστους θα πρέπει να γίνεται μέσω μεθόδων επηρεασμού της προσφοράς όπως σφαιρικοί προϋπολογισμοί, έλεγχος της διάδοσης ιατρικών τεχνολογιών, τα όρια στον αριθμό ιατρικών κλινών και ιατρών, τα κίνητρα αποζημίωσης για νοσοκομεία και ιατρούς, τα πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής και οι έλεγχοι χρήσης. Το σύστημα αμοιβής κατά πράξη δίνει τη δυνατότητα στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας να παρέχουν υπηρεσίες σε επαρκή ποσότητα και ένταση. Όμως μπορεί να προκαλέσει υπερβολικά μεγάλη ποσότητα υπηρεσιών, χωρίς την αντίστοιχη ποιότητα και δυσκολεύοντας τον έλεγχο δαπανών.

Η καθιέρωση περιφερειακών προϋπολογισμών για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς είναι το επόμενο βήμα καθώς διαμορφώνονται κατά κεφαλήν, με την έννοια ότι κάθε περιφέρεια λαμβάνει σταθερή ποσότητα ιατρικών πόρων ανά υπηρεσία (Rice, 2006).

Παρακάτω αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από τον εκάστοτε παράγοντα. Τα πλεονεκτήματα της χρηματοδότησης μέσω φορολογίας αφορούν αποτελεσματικότερες πολιτικές ελέγχου δαπανών, μείωση του διοικητικού κόστους, αφού δεν είναι απαραίτητη η δημιουργία μηχανισμών συλλογής πόρων και κοινωνική δικαιοσύνη του συστήματος υγείας ενώ τα μειονεκτήματα είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος από την πλευρά των ασθενών για περιορισμό υψηλής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και περιορισμό ελευθερίας επιλογών τους.

Από την άλλη πλευρά, τα πλεονεκτήματα της χρηματοδότησης από την κοινωνική ασφάλιση είναι ότι οι ασθενείς έχουν ελευθερία επιλογής ιατρού και περιορίζουν τη ζήτηση λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι πόροι είναι περιορισμένοι. Όμως τα μειονεκτήματα είναι η επιβάρυνση του διοικητικού κόστους και η περιορισμένη προοδευτικότητα του συστήματος.

Τέλος, τα πλεονεκτήματα της χρηματοδότησης μέσω ιδιωτικής ασφάλισης είναι ο περιορισμένος κρατικός παρεμβατισμός, η ελευθερία επιλογής των ασθενών και ο περιορισμός της ζήτησης από τους ίδιους. Τα μειονεκτήματα είναι η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η αδυναμία ισότιμης και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού και αδυναμία ελέγχου των δαπανών (Χλέτσος, 2016).

Σύμφωνα με μελέτες που αναλύουν το ελληνικό σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εργασιών των Economidou et al (2017) οι υψηλές πληρωμές των ασθενών, οι άτυπες πληρωμές και η φοροδιαφυγή καθιστούν τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας οπισθοδρομική και άδικη, λόγω της δυσανάλογης επιβάρυνσης των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων της κοινωνίας. Οι προβληματικοί μηχανισμοί τιμολόγησης και αποζημίωσης των παρόχων έχουν οδηγήσει σε υψηλές πληρωμές ασθενών, εμποδίζοντας την ικανότητα του

συστήματος να παρέχει δίκαιη χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες ακόμη και πριν την οικονομική κρίση.

2.16. Οικονομική διαχείριση νοσοκομείων

Είναι φανερό ότι ο σχεδιασμός, η παρακολούθηση και ο έλεγχος της οικονομικής λειτουργίας αποτελεί πρώτιστο καθήκον της Διοίκησης ενός οργανισμού. Η χρηματοοικονομική παρακολούθηση ενός οργανισμού στηρίζεται σε τέσσερις λειτουργίες:

- του προϋπολογισμού
- της λογιστικής
- της ταμειακής
- της διαχείρισης κεφαλαίου

Ο Προϋπολογισμός αποτυπώνει τον λειτουργικό και παραγωγικό προγραμματισμό μιας επιχείρησης σε οικονομικά μεγέθη και υποδεικνύει τον τρόπο υλοποίησης του οποιοδήποτε σχεδιασμού της Διοίκησης (Γούλα, 2007).

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, η οικονομική διαχείριση των Νοσοκομείων και των φορέων Παροχής Υγείας, υπάγονται, κατά το άρθρο 42 παρ. 5 του ν.3329/2005, στο πεδίο εφαρμογής του ΝΔ 496/1974 (Α' 204), περί λογιστικού των Ν.Π.Δ.Δ.

Περαιτέρω, εφαρμοστέο τυγχάνει το θεσπισθέν για τις Δημόσιες Μονάδες Υγείας Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο ΠΔ 146/2003 (Α' 122).

Επίσης εφαρμόζονται οι γενικές διατάξεις περί δημοσίου λογιστικού Ν.4270/2014, κατά το μέρος που αφορούν στο σύνολο των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης καθώς και οι περί ανάληψης υποχρεώσεων από τους διατάκτες διατάξεις του ΠΔ 80/2016 (Α' 145).

Από 01-01-2026 ισχύει το ΠΔ 54/2018 «Εφαρμογή του Λογιστικού Πλαισίου της Γενικής Κυβέρνησης στις λοιπές οντότητες (φορείς) της Γενικής Κυβέρνησης στο πλαίσιο της Λογιστικής Μεταρρύθμισης».

Το νέο λογιστικό πλαίσιο αφορά περίπου **1.700 φορείς** οι οποίοι ενδεικτικά, ανά κλάδο, είναι οι εξής:

☐ **Φορείς Κεντρικής Κυβέρνησης**

- ❖ Υπουργεία και Αποκεντρωμένες περιφέρειες Π.Δ. 54/2018
- ❖ Νοσοκομεία με Π.Δ. 146/2003
- ❖ Πανεπιστήμια με Π.Δ. 205/1998
- ❖ ΝΠΔΔ με Π.Δ. 205/1998

☐ **Τοπικοί Φορείς με Π.Δ. 315/1999**

- ❖ Περιφέρειες
- ❖ Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- ❖ ΝΠΔΔ των ΟΤΑ

☐ **Ασφαλιστικοί Φορείς με Π.Δ. 80/1997**

- ❖ ΕΦΚΑ

- ❖ ΟΑΕΔ
- ❖ ΕΟΠΠΥ

Οι οντότητες που εφαρμόζουν το ΛΠΓΚ υποχρεούνται να τηρούν κατάλληλο και αξιόπιστο λογιστικό σύστημα με βάση τη διπλογραφική μέθοδο, το οποίο θα εξασφαλίζει:

α) την παρακολούθηση των εσόδων, κερδών, εξόδων, ζημιών, λοιπών στοιχείων της καθαρής θέσης, περιουσιακών στοιχείων, υποχρεώσεων, προβλέψεων και λοιπών οικονομικών ροών.

β) τη σύνταξη των απαιτούμενων Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- i. την Κατάσταση Χρηματοοικονομικής Θέσης (Ισολογισμός),
- ii. την Κατάσταση Χρηματοοικονομικής Επίδοσης (Κατάσταση Αποτελεσμάτων),
- iii. την Κατάσταση Μεταβολών Καθαρής Θέσης,
- iv. την Κατάσταση Ταμειακών Ροών,
- v. τις επεξηγηματικές Σημειώσεις των Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων (Προσάρτημα) (Μαρκίδης, 2025).

Σύνταξη – Κατάρτιση προϋπολογισμού και απολογισμού Νοσοκομείων και ΦΠΥ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι στα δημόσια νοσοκομεία, ο οικονομικός στόχος είναι η μεγιστοποίηση του προϋπολογισμού και όχι η μείωση του κόστους. Ο προϋπολογισμός Νοσοκομείου αποτελείται από το σύνολο των επιχειρησιακών σχεδίων και δραστηριοτήτων ενός οργανισμού.

Η κατάρτιση ενός προϋπολογισμού εμπεριέχει τη διοικητική προετοιμασία, τη λογιστική αποτύπωση του κόστους σε κάθε μορφή και τον σχεδιασμό-προγραμματισμό για το μέλλον (Καστανιώτη, 2018).

Οι γενικές αρχές κατάρτισης προϋπολογισμών των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης που ορίζονται στο άρθρο 49 του ν.4270/2014, συνοψίζονται στην αρχή της ετήσιας διάρκειας, καθώς και στην αρχή της ενότητας και της καθολικότητας.

Στο Κεφάλαιο Γ' του ν.4270/2014 άρθρο 62 καθορίζονται οι αρχές κατάρτισης προϋπολογισμών των Ν.Π.Δ.Δ., ενώ στο άρθρο 63 καθορίζεται η διαδικασία έγκρισης του προϋπολογισμού των λοιπών φορέων της Γενικής Κυβέρνησης πλην ΟΤΑ.

Για τη σύνταξη του Π/Υ του οικονομικού έτους 2025 δόθηκαν οι σχετικές οδηγίες κατάρτισης με την εγκύκλιο αριθ. 2/61338/ΔΠΓΚ/10-07-2024(ΑΔΑ: 6ΣΛΒΗ-8Α3) του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

Το νοσοκομείο ως ΝΠΔΔ, καταρτίζει τον Π/Υ και τον απολογισμό τους με βάση την αναλυτική κωδικαρίθμηση του Κώδικα Κατάταξης Εσόδων - ΝΠΔΔ (υπ'αριθμ.2/47285/02.08.2001 εγκύκλιος του ΓΛΚ, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει). Σε επίπεδο οργανικών μονάδων, η αρμοδιότητα σύνταξης του Π/Υ και του απολογισμού ανήκει στην Υποδιεύθυνση Οικονομικού. Το ΔΣ εγκρίνει τον προϋπολογισμό και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής

Περιφέρειας σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ.6 στοιχείο 7 του ίδιου ανωτέρω νόμου (Μαρκίδης, 2025).

Η τελική έγκριση του προϋπολογισμού γίνεται από τον εποπτεύοντα Υπουργό σύμφωνα με το άρθρο 63 παρ. 1 του ν.4270/2014, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, έως την 31η Δεκεμβρίου του προηγούμενου από το έτος προϋπολογισμού.

Αρχικά θα εξετασθεί το κόστος στις νοσοκομειακές μονάδες. Το Νοσοκομειακό κόστος περιλαμβάνει το συνολικό κόστος που είναι το σύνολο των δαπανών, δηλαδή των εξόδων που αποβλέπουν στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στην προσφορά νοσοκομειακής φροντίδας.

Επομένως αποτελείται από τα δύο είδη κόστους:

α) Το σταθερό κόστος που δεν μεταβάλλεται με την μεταβολή της παραγόμενης ποσότητας του προϊόντος δηλαδή ανεξάρτητα από τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών, από την κάλυψη των κλινών και ανεξάρτητα από τη μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο π.χ. ενοίκια, μισθοί κτλ.

β) Το μεταβλητό κόστος, που μεταβάλλεται όταν διαφοροποιείται η παραγόμενη ποσότητα προϊόντος. Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνει ο αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών, τόσο περισσότερο αυξάνει και το λειτουργικό κόστος του Νοσοκομείου ,δηλαδή τρόφιμα, φάρμακα, αναλώσιμα υλικά κτλ.

Με τον όρο συνολικό κόστος εννοούμε το άθροισμα του σταθερού και μεταβλητού κόστους. Όσο αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών, αυξάνεται και το συνολικό κόστος (Σούλης, 1999).

Το κόστος στις νοσοκομειακές μονάδες εξαρτάται από πλήθος παραγόντων όπως:

- Το μέγεθος, το είδος του νοσοκομείου
- Το επίπεδο κάλυψης του νοσοκομείου
- Τη νομική μορφή του
- Τη μέση διάρκεια νοσηλείας
- Το ποσοστό κάλυψης κλινών-ο βαθμός πληρότητας
- Τη γεωγραφική θέση και προσβασιμότητα του νοσοκομείου
- την οργάνωση της εργασίας
- τις δεξιότητες των ανθρώπινων πόρων
- την μορφή αγοράς
- τη δύναμη των προμηθευτών (Γούλα, 2007).

Επειδή το συνολικό κόστος δεν παρέχει αρκετές πληροφορίες, εξετάζουμε το μέσο κόστος και το οριακό κόστος. Το Μέσο κόστος μας παρέχει κόστος ανά ασθενή.

Μέσο κόστος=Συνολικό κόστος/Αριθμός ασθενών

Οριακό κόστος

Οριακό κόστος(MC) είναι ο λόγος της μεταβολής του συνολικού νοσοκομειακού(TC) δια της μεταβολής του αριθμού των ασθενών (Q) και δίνεται από τον τύπο:

Οριακό κόστος=Μεταβολή συνολικού κόστους/Μεταβολή αριθμού ασθενών

Οριακό κόστος=ΔTC/ΔQ

Η οικονομική διαχείριση νοσοκομείων αποτελείται από τον προγραμματισμό του εθνικού προϋπολογισμού και την κατανομή των πόρων όπου κοινή βάση είναι η επιδίωξη της οικονομίας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου και αποτελεί το σύνολο των επιχειρησιακών σχεδίων και δραστηριοτήτων ενός οργανισμού και στο τέλος της χρονιάς επιβεβαιώνεται η επιτυχία ή όχι του κύκλου.

Η διαδικασία καθορισμού των τιμών στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από τις τιμές της αγοράς, τις διαπραγματευόμενες τιμές π.χ. μεταξύ νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων και τις προκαθορισμένες τιμές π.χ. από το κράτος (Πολύζος, 2014).

Η ανάπτυξη της επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας αύξησαν πολύ τις δαπάνες της νοσοκομειακής παραγωγής για αγορά εισροών-πόρων με αποτέλεσμα να διογκωθεί το νοσοκομειακό κόστος. Στην Ελλάδα τα δημόσια νοσοκομεία επιχορηγούνται από το κράτος και η μελέτη του νοσοκομειακού κόστους είναι απαραίτητη για να υπάρξει η επιδιωκόμενη ισορροπία των δημοσίων οικονομικών. Δηλαδή τι μπορεί να προσφέρει ένα νοσοκομείο και πως μπορεί να καταστεί παραγωγικότερο και αποδοτικότερο; Επομένως η επιχειρησιακή δραστηριότητα του δημόσιου τομέα για την επίτευξη των στόχων του βασίζεται στην προστασία του κράτους και στις επιχορηγήσεις ενώ του ιδιωτικού τομέα εξασφαλίζεται με τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων και δανεισμού από τραπεζικά κεφάλαια. Όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομεία, η προσφορά υπηρεσιών αποβλέπει απλώς στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η προσφορά έχει πάντα ως στόχο την άντληση εσόδων που αποφέρουν κέρδος.

Επίσης το νοσοκομείο εκτός του ότι υποχρεούται να προσδιορίζει το κόστος των ιατρικών πράξεων του, υποχρεούται παράλληλα να τιμολογεί τις εν λόγω πράξεις, δηλαδή τις παραγόμενες υπηρεσίες του, διασφαλίζοντας την ικανοποίηση του πελάτη-ασθενή και την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών.

2.17. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορά ένα γενικό επίπεδο (μακρο-επίπεδο) όπως το σύστημα υγείας στο σύνολό του και ένα περιορισμένο επίπεδο (μικρο-επίπεδο) όπως π.χ. μια θεραπεία. Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, των πολιτών, των κυβερνητικών φορέων γιατί η νοσοκομειακή περίθαλψη και το νοσοκομείο είναι το κέντρο βάρους κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, στα νοσοκομεία προσφεύγουν οι περισσότεροι ασθενείς για την αντιμετώπιση ασθενειών τους και τα αποτελέσματα των ιατρικών παρεμβάσεων είναι άμεσα και εμφανή και επομένως η ποιότητα είναι εύκολα μετρήσιμη. Τέλος, οι δαπάνες που καταναλώνονται από τα δημόσια νοσοκομεία είναι πολύ υψηλότερες από κάθε άλλο τομέα του υγειονομικού συστήματος.

Είναι αυτονόητο ότι η ποιότητα υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρει τους ασθενείς που λαμβάνουν αυτές τις υπηρεσίες, τους επαγγελματίες υγείας, το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς που πληρώνουν το κόστος αυτό και φυσικά την κοινωνία γενικότερα (Γείτονα κ.α. ,2000).

Η ποιότητα είναι ο πιο σύγχρονος και αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης ενός οργανισμού. Μετά τη δεκαετία του 1950 εκδηλώθηκε το ενδιαφέρον στις ΗΠΑ και μετά στην Ευρώπη για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας λόγω της αναποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, της συνεχής αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, της ανόδου του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου των ατόμων και της απομυθοποίησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Στη χώρα μας το αντίστοιχο ενδιαφέρον αποτυπώθηκε με την ίδρυση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας το 1997. Σκοπός του ήταν η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (και οικονομική), η διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και χορήγηση αντίστοιχων πιστοποιητικών στους φορείς πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες και η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα των επιστημών της υγείας.

Οι πιο διαδεδομένοι ορισμοί για την ποιότητα είναι οι εξής:

- Χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως τον πελάτη ή ξεπερνούν τις προσδοκίες του
- Χαρακτηριστικά προϊόντος ή υπηρεσίας που πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές
- Το σύνολο των ιδιοτήτων του προϊόντος ή της υπηρεσίας που συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του πελάτη
- Ο βαθμός στον οποίο συμμορφώνεται ένα συγκεκριμένο προϊόν με βάσει τις προδιαγραφές του σχεδίου του.

Η ποιότητα μπορεί να αφορά ένα γενικό επίπεδο ή ένα πιο συγκεκριμένο/περιορισμένο επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Donabedian τρία (3) είναι τα βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας κάθε συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας:

- Η δομή του συστήματος που περιλαμβάνει τον κτιριακό και τεχνολογικό εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τους οικονομικούς πόρους αλλά και τον τρόπο οργάνωσης του
- Οι διαδικασίες που εφαρμόζονται για την παροχή υπηρεσιών υγείας
- Τα αποτελέσματα του συστήματος.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται μπορεί να επιτευχθεί με βελτιωτικές παρεμβάσεις είτε σε ένα από τα ανωτέρω είτε σε όλα ταυτόχρονα. Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην κοινωνία μας αποτυπώνεται ως αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας, ελαχιστοποίηση της γραφειοκρατίας στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων

υγείας, σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις και πολιτισμένο περιβάλλον του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Μέτρηση Ποιότητας

Ο Garvin υποστηρίζει ότι για να μετρηθεί η ποιότητα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι οκτώ (8) διαστάσεις ποιότητας για τα προϊόντα:

- Απόδοση
- Χαρακτηριστικά
- Αξιοπιστία
- Συμμόρφωση
- Διάρκεια
- Λειτουργική κατάσταση
- Αισθητική
- Αντιληφθείσα ποιότητα.

Άλλη μια διάκριση διαστάσεων ποιότητας υπηρεσίας είναι τα απτά χαρακτηριστικά, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ευγένεια κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών και η επικοινωνία. Οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των πελατών είναι δύσκολο να αναγνωρισθούν και να μετρηθούν γιατί ο κάθε χρήστης παρουσιάζει ιδιαίτερες ανάγκες.

Σύμφωνα με τον OECD (2004b) η ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι ο βαθμός επίτευξης των υπηρεσιών υγείας της αύξησης της πιθανότητας των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και της ύπαρξης αναλογίας με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση. Έξι διαστάσεις χαρακτηριστικών της υπηρεσίας υγείας

- Πρόσβαση
- Ισότητα
- Συνάφεια με τις ανάγκες
- Κοινωνική αποδοχή
- Αποδοτικότητα
- Αποτελεσματικότητα.

Η σειρά προτύπων **ISO 9000:2000 / ISO 9001:2000** αποτέλεσε μια ιστορική αναθεώρηση (3η έκδοση) των προτύπων διαχείρισης ποιότητας, η οποία μετατόπισε την εστίαση από την απλή «διασφάλιση ποιότητας» (συμμόρφωση προϊόντος) στη συνολική «**διοίκηση ποιότητας**» (customer focus, βελτίωση).

Σύμφωνα με την Τεχνική Επιτροπή ISO/TC 176, οι οκτώ βασικές αρχές που αποτελούν τους θεωρητικούς πυλώνες ανάπτυξης της σειράς των νέων προτύπων ISO 9000:2000/ISO 9001:2000, είναι οι ακόλουθοι:

1. Εστίαση στον πελάτη: Η κατανόηση και κάλυψη των αναγκών των πελατών, καθώς και η προσπάθεια υπέρβασης των προσδοκιών τους.
2. Ηγεσία: Η καθιέρωση ενότητας σκοπού και κατεύθυνσης από την ανώτατη διοίκηση, η οποία δημιουργεί το εσωτερικό περιβάλλον για την επίτευξη των στόχων.

3. Συμμετοχή των ανθρώπων: Η ενεργός συμμετοχή και δέσμευση των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα, καθώς η ικανότητά τους είναι θεμελιώδης για την ποιότητα.
4. Διεργασιακή προσέγγιση: Η διαχείριση των δραστηριοτήτων ως αλληλοσυνδεόμενες διεργασίες (διαδικασίες), αντί για μεμονωμένα καθήκοντα, για την επίτευξη αποτελεσμάτων με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.
5. Προσέγγιση της διαχείρισης ως συστήματος: Ο προσδιορισμός, η κατανόηση και η διαχείριση ενός συστήματος αλληλένδετων διεργασιών για έναν κοινό στόχο.
6. Διαρκής βελτίωση: Η μόνιμη επιδίωξη για τη βελτίωση της συνολικής απόδοσης του οργανισμού.
7. Λήψη αποφάσεων: Η λήψη αποφάσεων που βασίζεται στην ανάλυση δεδομένων και πληροφοριών, όχι σε υποθέσεις.
8. Σχέσεις αμοιβαίου οφέλους με τον προμηθευτή: Η συνεργασία με προμηθευτές που ενισχύει την ικανότητα και των δύο μερών να δημιουργούν αξία.

Στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του κόστους και των μη συμμορφώσεων στη λειτουργία του συστήματος και συγχρόνως η μεγιστοποίηση των παραγόμενων ωφελειών και η ικανοποίηση των εμπλεκόμενων μερών.

Ορολογία του προτύπου 9001:2000.

Η ορολογία του νέου προτύπου αφορά τις κάτωθι ενέργειες:

- Αναγνώριση: ο οργανισμός οφείλει να αναγνωρίζει τις απαιτήσεις του προτύπου και να εκτελεί τις κατάλληλες διεργασίες
- Καθορισμός: ο οργανισμός οφείλει να καθορίζει τι ακριβώς απαιτείται για τη λειτουργία του
- Προσδιορισμός: ο οργανισμός οφείλει να προσδιορίζει το προσδοκώμενο τελικό αποτέλεσμα
- Τεκμηρίωση: ο οργανισμός οφείλει να τηρεί αρχείο για το σύνολο των δραστηριοτήτων του

Η ανάπτυξη πολιτικής για την διασφάλιση της ποιότητας ξεκινά από το Διοικητικό Συμβούλιο ενός οργανισμού που φέρει την ευθύνη διοίκησης. Η ανώτατη διοίκηση οφείλει να γνωστοποιήσει ώστε να κατανοήσουν όλοι οι εμπλεκόμενοι τη σπουδαιότητα της ικανοποίησης των πελατών και τη συμμόρφωση τους με τις κανονιστικές διατάξεις, να αναπτύξει και υιοθετήσει πολιτική για την ποιότητα, να καθιερώσει αντικειμενικούς και μετρήσιμους σκοπούς και στόχους για την ποιότητα. Τέλος οφείλει να αναπτύξει ανασκοπήσεις από τη διοίκηση του οργανισμού και να εξασφαλίσει τους απαιτούμενους πόρους.

Επίσης η ανώτατη διοίκηση καθορίζει τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες των στελεχών και των τμημάτων στη μονάδα υγείας μέσω οργανογραμμάτων, εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας και περιγραφών θέσεων εργασίας.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί για την αξιολόγηση λειτουργίας του συστήματος υγείας ότι παρότι οι δαπάνες υγείας των ανεπτυγμένων χωρών έχουν σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία τριάντα χρόνια δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη στάθμη υγείας του πληθυσμού γιατί οι χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες δεν παρουσιάζουν απαραίτητα και τους υψηλότερους δείκτες.

Οι τρεις κύριες διαστάσεις της ποιότητας που θεωρούνται θεμελιώδεις για την αξιολόγηση της ποιότητας είναι η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η ανταποκρισιμότητα. Η αποτελεσματικότητα αποτελεί τον βαθμό επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλεια αφορά τον βαθμό πρόληψης ή ελαχιστοποίησης των ανεπιθύμητων ενεργειών από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τέλος, η ανταποκρισιμότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών.

Όμως και οι έννοιες της προσβασιμότητας, της ισοτιμίας και της αποδοτικότητας είναι σημαντικές διαστάσεις.

Η προσβασιμότητα αφορά τη δυνατότητα των χρηστών να λάβουν φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους.

Η ισοτιμία αναφέρεται στην ίση και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση πολιτών από το σύστημα υγείας.

Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα του συστήματος υγείας να χρησιμοποιεί με βέλτιστο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ή οφέλη (Κωσταγιόλας κ.α., 2008).

Το **Euro Health Consumer Index (EHCI)** είναι ένας δείκτης που αξιολογεί και συγκρίνει τα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών με βάση τη φιλικότητα προς τον καταναλωτή/ασθενή. Δημοσιευόταν από την Health Consumer Powerhouse (έως το 2018), αναλύοντας δείκτες όπως οι χρόνοι αναμονής, τα αποτελέσματα των θεραπειών και η προσβασιμότητα.

Στο Euro Health Consumer Index το 2006 η Γαλλία αναδείχθηκε πρωταθλήτρια ως προς το πιο φιλικό προς τον καταναλωτή σύστημα υγείας, με 768/1000 πόντους, ενώ γενικά τα ευρωπαϊκά συστήματα βελτιώθηκαν παρά τις ανισότητες. Ο EHCI σύμφωνα με την έκθεση που δημοσιεύθηκε για το 2006, αξιολογεί τα συστήματα υγείας ως προς πέντε διαστάσεις:

1. Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση
2. Χρόνος αναμονής για λήψη υγειονομικής φροντίδας
3. Αποτελέσματα
4. Επίπεδο παροχών
5. Φαρμακευτικά προϊόντα.

Το έτος 2006 το Ελληνικό Σύστημα κατατάχθηκε στη δέκατη έβδομη θέση από σύνολο 26 χωρών. Το 2016 η Ολλανδία κατατάχθηκε στην 1^η θέση με 916/1000 πόντους ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο κατέλαβε την 14^η θέση από σύνολο 35 χωρών. Το 2015 η Τσεχική Δημοκρατία είχε το ίδιο επίπεδο επίδοσης με την Γαλλία το 2006, αλλά κατατάχθηκε 13^η μεταξύ των 35 χωρών. Η κορυφαία επίδοση πριν από 10 χρόνια έχει

σήμερα γίνει ο ευρωπαϊκός μέσος όρος», σχολίασε το 2016 ο Johan Hjertqvist ιδρυτής και πρόεδρος της Health Consumer Powerhouse (Watson, 2016)

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αξιολογείται από κριτήρια που τίθενται εκ των προτέρων από τους φορείς και ανάλογα με τους στόχους της αξιολόγησης μπορεί να είναι τα εξής:

- Κριτήρια δομικά με τα οποία αξιολογείται η επάρκεια και η ποιότητα του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού και των ανθρωπίνων πόρων
- Κριτήρια διαδικασιών τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας και αφορούν όλες εκείνες τις διαδικασίες που γίνονται από την είσοδο του ασθενούς στο υγειονομικό σύστημα μέχρι την έξοδο του
- Κριτήρια αποτελεσμάτων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στον ασθενή

Όλα αυτά τα κριτήρια προσδιορίζουν ένα επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών υγείας το οποίο μπορεί να είναι:

- Το ελάχιστο επίπεδο όπου δεν επιτρέπεται να πέσει πιο κάτω η παρεχόμενη υπηρεσία
- Το μέσο επίπεδο όπου μπορούν να βρεθούν μέτρα βελτίωσης των υπηρεσιών
- Το ιδανικό επίπεδο όπου ουσιαστικά είναι το επιθυμητό σημείο που θέλουμε να φτάσουν οι εν λόγω υπηρεσίες.

Για τη σωστή αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαν να δοθούν πληροφορίες από τους ιατρικούς φακέλους ασθενών, από τους φακέλους που τηρούν οι ασφαλιστικές εταιρίες ή από ερωτηματολόγια ασθενών (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Τα οφέλη της ποιότητας υπηρεσιών υγείας αφορούν τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και το ίδιο το κράτος (Γείτονα κ.α., 2000).

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά τα ανωτέρω οφέλη ως εξής:

Οφέλη για τον ασθενή

Πρώτα απ' όλα υπάρχουν υγειονομικά οφέλη για τον ασθενή που εστιάζονται στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του προβλήματος υγείας του. Επίσης υπάρχουν ψυχολογικά οφέλη για τον ασθενή γιατί όταν το περιβάλλον του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (Φ.Π.Υ.Υ.) και οι συνθήκες είναι ευνοϊκές συμβάλλουν στην καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Τέλος υπάρχουν και οικονομικά οφέλη καθώς όσο πιο σύντομη είναι η παραμονή του στους Φ.Π.Υ.Υ και η θεραπεία του τόσο πιο γρήγορα επιστρέφει στην εργασία του (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Από την άλλη πλευρά για τους επαγγελματίες υγείας τα οφέλη συνίστανται στην αποτελεσματικότητα του έργου τους, στην νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, στην εργασιακή ικανοποίηση τους και στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη που λαμβάνουν από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους (Γείτονα κ.α., 2000).

Οφέλη για τους Φ.Π.Υ.Υ.

Για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας τα οφέλη είναι κυρίως οικονομικά λόγω μείωσης του λειτουργικού κόστους, αναγνώριση, φήμη και λειτουργικά οφέλη λόγω περιορισμού χρησιμοποίησης όλων των τμημάτων ή υπηρεσιών του φορέα (Γείτονα κ.α., 2000).

Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Οικονομικά οφέλη από τη μείωση των δαπανών, υγειονομικά οφέλη από την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και κοινωνικά οφέλη από την ικανοποίηση των ασθενών (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

Το κράτος έχει οικονομικά οφέλη που προέρχονται από τον περιορισμό των αδικαιολόγητων δαπανών, υγειονομικά οφέλη από την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Τέλος, ενισχύεται η κοινωνική συνοχή, το αίσθημα ασφάλειας και βελτιώνεται η εικόνα του κράτους (Γείτονα κ.α., 2000).

Από την άλλη πλευρά όταν το επίπεδο ποιότητας είναι χαμηλό ή κακό τότε παρατηρούνται αρνητικά φαινόμενα όπως παράταση του χρόνου νοσηλείας του ασθενή λόγω πχ επιπλοκών, δέσμευση των διαθέσιμων κλινών και περιορισμός θεραπειών άλλων ασθενών και αύξηση των νοσοκομειακών δαπανών (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

2.18. Ελληνική πραγματικότητα δημόσιου νοσοκομειακού τομέα

Σε αντίθεση με τα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (ΚΑΥ), στα συστήματα τύπου ΕΣΥ ο κεντρικός σχεδιασμός επιτρέπει τον έλεγχο του προϋπολογισμού και διευκολύνει τη συγκράτηση του κόστους. Ο «σφιχτός προγραμματισμός» όμως έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή προσφορά και τις λίστες αναμονής. Επιπλέον, τα εθνικά συστήματα υγείας έχουν επικριθεί για τον γραφειοκρατικό χαρακτήρα τους και την περιορισμένη ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες διαφορετικών ομάδων εξυπηρετούμενων. Ωστόσο, από τη σκοπιά της θεσμικής συγκρότησής τους που διέπεται από κεντρική διαχείριση, θεωρείται ότι τα συστήματα τύπου ΕΣΥ είναι πιο εύκολο να εισάγουν μεταρρυθμίσεις, σε αντίθεση με τα συστήματα ΚΑΥ στον οποίων τη διαχείριση ισχυρή θέση κατέχουν οι ομάδες κοινωνικο-επαγγελματικών συμφερόντων (Van der Zee & Kroneman, 2007; Wendt, 2009; Schmid et al., 2010).

Γενικότερα, οι δημόσιες επιχειρήσεις δεν σχεδιάζουν με βάση την ικανοποίηση των πελάτων τους και δεν κατανέμουν τους πόρους αποδοτικά και ισότιμα. Απεναντίας υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής και καθυστερούν τον οποιοδήποτε εκσυγχρονισμό ή αλλαγή λόγω φόβου της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας (Γείτονα κ.α., 2000).

Τα πιο σημαντικά εμπλεκόμενα μέρη ενός δημόσιου νοσοκομείου είναι οι ιατροί και οι διοικήσεις. Οι μεν ιατροί προσπαθούν να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες

υγείας στον ασθενή χωρίς να ασχολούνται με οικονομικο-διοικητικά θέματα που τα θεωρούν πρόσθετο βάρος στο ήδη επιβαρυνμένο πρόγραμμα τους. Οι δε διοικήσεις έχουν την ευθύνη δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών παροχής ποιοτικής φροντίδας υγείας παράλληλα με περιορισμούς σε πιστώσεις και προϋπολογισμούς (Κοντοδημόπουλος, 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

3.1. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού

Η Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού (ΔΑΔ) είναι η διοικητική λειτουργία που μελετά, εφαρμόζει και εποπτεύει εργασίες σχετικές με τη διαχείριση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού σε κάθε οργανισμό. Είναι απαραίτητο κάθε εργαζόμενος να αξιοποιηθεί ως το πιο σημαντικό πλεονέκτημα στον ανταγωνισμό όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα και στην αποτελεσματικότητα όσον αφορά τον δημόσιο τομέα. Οι αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον όπως η παγκοσμιοποίηση, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και της γνώσης επηρεάζουν τη ΔΑΔ. Ο κάθε οργανισμός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τον ιδιοκτήτη/μέτοχους στον ιδιωτικό τομέα, ή αρμοδιότητες του προϊσταμένου, των στελεχών και της υπηρεσίας ανθρώπινου δυναμικού.

Προσέλκυση προσωπικού

Η προσέλκυση προσωπικού δηλαδή είναι η διαδικασία εντοπισμού και πρόσκλησης κατάλληλων ανθρώπων για την κάλυψη κενών θέσεων. Ο τρόπος αυτός μπορεί να ακολουθήσει δύο κατευθύνσεις:

1. τις εσωτερικές πηγές προσέλκυσης
2. τις εξωτερικές πηγές προσέλκυσης.

Στις ιδιωτικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούνται οι διαφημίσεις στον τύπο, οι βάσεις δεδομένων, οι εταιρείες συμβούλων, τα πανεπιστήμια και οι σχολές, οι δημόσιες εξωτερικές σχέσεις και η εσωτερική διαφήμιση.

Στους δημόσιους οργανισμούς χρησιμοποιούνται κυρίως οι εσωτερικές μετακινήσεις ή οι εξωτερικές ανακοινώσεις μέσω του τύπου, για λόγους διαφάνειας και αμεροληψία. Η διαδικασία επιλογής για πρόσληψη είναι η πιο σημαντική δραστηριότητα γιατί η καλή ή κακή εξέλιξη της θα επηρεάσει τον οργανισμό για αρκετό καιρό.

Εκπαίδευση και ανάπτυξη

Η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν σημαντικά εργαλεία στην προσπάθεια των οργανισμών να ανταποκριθούν στο μεταλλασσόμενο περιβάλλον. Αυτό επιτυγχάνεται βελτιώνοντας τις προσδοκώμενες δεξιότητες των υπαλλήλων. Τα στάδια εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού αφορούν τον εντοπισμό των εκπαιδευτικών αναγκών, τον σχεδιασμό προγράμματος εκπαίδευσης, την επιλογή των μεθόδων εκπαίδευσης και την εφαρμογή και αξιολόγηση της εκπαίδευσης (Πολύζος, 2014). Σύμφωνα με τον Baker (1980) χρειάζονται περισσότερα χρόνια για να εκπαιδευτεί ένας γιατρός, απ' ό,τι να κτιστεί ένα νοσοκομείο.

Είναι γνωστό ότι σε κάθε επιχείρηση, είτε του δημόσιου είτε του ιδιωτικού τομέα, η πολιτική των διοικήσεων επικεντρώνεται στη βελτίωση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας με στόχο, τη δημιουργία κέρδους στην

περίπτωση των ιδιωτικών επιχειρήσεων και στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού στην περίπτωση των δημόσιων οργανισμών.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω του κατάλληλου συνδυασμού των παραγωγικών συντελεστών για οποιαδήποτε επιχείρηση, ενώ στην περίπτωση του Νοσοκομείου ο στόχος επιτυγχάνεται κυρίως μέσω του τρόπου αξιοποίησης των ανθρώπινων πόρων. Ο σύγχρονος τρόπος διοίκησης στις νοσοκομειακές μονάδες βασίζεται στην πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία περιλαμβάνει ένα σύνολο δραστηριοτήτων όπως:

- Το σύστημα προσλήψεων
- Το σύστημα κινήτρων-αντικινήτρων
- Ο μηχανισμός επιστημονικής αναβάθμισης και βαθμολογικής εξέλιξης (Γούλα, 2007).

Το ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα

Παρότι η τεχνολογία αναπτύσσεται ραγδαία και εισχωρεί στον υγειονομικό τομέα, εντούτοις ο παραγωγικός συντελεστής της εργασίας υπερέχει σε σχέση με τους υπόλοιπους στο χώρο της υγείας. Η επίδραση της τεχνολογίας είναι αυξητική γιατί απαιτεί νέες κατηγορίες τεχνικού και επιστημονικού και επομένως δεν υποκαθιστά τους εργαζόμενους και να προκαλεί απώλεια θέσεων εργασίας (Λιαρόπουλος, 2007). Η επιχειρηματική παραγωγικότητα και αποδοτικότητα συνδέεται με τις επενδύσεις ενός οργανισμού στο ανθρώπινο δυναμικό του. Οι ικανότητες, οι δεξιότητες, οι προσπάθειες που καταβάλλουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι οδηγούν στην επιτυχία, μέσω εύστοχης υλοποίησης μιας στρατηγικής. Είναι κοινά αποδεκτό ότι το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το κλειδί του συγκριτικού, ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος του οργανισμού (Σουλιώτης, 2007).

Το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας αποτελείται από:

- ❖ Επαγγελματίες υγείας όπως ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, οδοντίατροι
- ❖ Άλλους επαγγελματίες υγείας όπως τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, ραδιολόγοι-τεχνολόγοι
- ❖ Επαγγελματίες της δημόσιας υγείας
- ❖ Διοικητικό προσωπικό
- ❖ Τεχνικό προσωπικό
- ❖ Επαγγελματίες πληροφορικής.

Υπάρχουν όμως και επαγγελματίες που εργάζονται έμμεσα για τον τομέα της υγείας όπως εκείνοι που απασχολούνται στη Φαρμακευτική Βιομηχανία, στις ιατρικές συσκευές, ασφάλιση υγείας, ηλεκτρονική υγεία, έρευνα στον τομέα της υγείας (Καστανιώτη, 2018).

Τα συστήματα υγείας βασίζονται στους ανθρώπινους πόρους και γι' αυτό συγκαταλέγονται στα συστήματα εντάσεως εργασίας (Γείτονα κ.α., 2000).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), «το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο πιο σημαντικός συντελεστής ενός συστήματος υγείας».

Σήμερα τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνουν:

1. Μισθοδοσία
2. Πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης προσωπικού
3. Διαχείριση κάθε είδους απουσίας(κανονικής, ρεπό, αναρρωτικής)
4. Διαχείριση πρόσληψης/παραίτησης/συνταξιοδότησης
5. Προγραμματισμός υπερωριακής απασχόλησης
6. Αξιολόγηση εργαζομένων
7. Καταχώρηση βαρδιών, εφημεριών (Καστανιώτη, 2018).

Ο συντελεστής εργασίας (ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό) αποτελεί την μεγαλύτερη εισροή καθώς απορροφά τους περισσότερους οικονομικούς πόρους, πιο συγκεκριμένα απορροφά περίπου το 60% του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, απασχολείται περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το 60% των δαπανών της υγείας και είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού αφορούν στο σχεδιασμό, στην παραγωγή και τη διαχείριση (Santerre & Neun, 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει τρεις παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, τη φύση της εργασίας, το υποστηρικτικό περιβάλλον και το εργασιακό κλίμα. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη μεθοδολογιών για τον προγραμματισμό και την πρόβλεψη του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας λαμβάνοντας υπόψη κριτήρια όπως το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, τις δεξιότητες, τις πρακτικές εργασίας (Καστανιώτη, 2018).

3.2. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού βάσει ικανοτήτων

Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στην Ευρώπη έχει μετατοπίσει το βάρος από τα τυπικά προσόντα και την εμπειρία στις δεξιότητες του προσωπικού, την τεχνογνωσία και τις νοοτροπίες. Εκτός από τις τεχνικές γνώσεις και γνώσεις, οι «ήπιες δεξιότητες» όπως ο προσανατολισμός στο αποτέλεσμα, η αυτενέργεια, η επικοινωνία, η ικανότητα συνεργασίας θεωρούνται ολοένα και πιο σημαντικές. Όλες οι χώρες έχουν ξεκινήσει να διαχειρίζονται το προσωπικό τους με μια προσέγγιση που βασίζεται στις ικανότητες. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι η διαχείριση ικανοτήτων συμβάλλει στην ενίσχυση της οργανωτικής απόδοσης συνδέοντας τις ικανότητες των ανθρώπων με την αποστολή και το όραμα του οργανισμού (Florian, 2017).

Ακολουθεί η ανάλυση των προϋποθέσεων για την αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Οικονομάκη η δημιουργία ενός καλού εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα στις νοσοκομειακές μονάδες γιατί όταν επικρατεί καλό εργασιακό κλίμα παράγονται πιο ποιοτικές και ποσοτικές ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες. Άρα οι επιπτώσεις του αφορούν τόσο τους απασχολούμενους όσο και τους ασθενείς.

Επίσης η επαγγελματική ικανοποίηση είναι άμεσα συνυφασμένη με τη βελτίωση του ρυθμού της αύξησης της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του εργαζομένου. Γι' αυτό το λόγο οι διοικήσεις των οργανισμών θα πρέπει να δημιουργούν ένα σύστημα κινήτρων για την ικανοποίηση αναγκών και των δύο πλευρών. Τα κίνητρα θα πρέπει να αφορούν τη συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης της αποδοτικότητας και επίτευξης των στόχων του οργανισμού και τη δημιουργία κινήτρων στους εργαζόμενους για την επίτευξη των ατομικών τους στόχων.

Οι εσωτερικές ανταμοιβές είναι το αποτέλεσμα που δέχεται ο εργαζόμενος από την καλή του απόδοση πχ. συναισθήματα επιτυχίας και ικανοποίησης

Οι εξωτερικές ανταμοιβές παρέχονται από τη διοίκηση του οργανισμού και έχουν τη μορφή αμοιβών, προαγωγών και ασφάλειας στην εργασία.

Σύμφωνα με τον Μανολόπουλο οι εργαζόμενοι στους δημόσιους φορείς παρακινούνται κυρίως από τις εσωτερικές αμοιβές. Οι ερευνητές Γκορέζη και Πετρίδου εξετάζουν την επίδραση των ανταμοιβών στην ψυχολογική ενδυνάμωση των νοσηλευτών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πληροφόρηση, η εργασιακή ασφάλεια και η αναγνώριση επηρεάζουν σημαντικά και θετικά την ψυχολογική τους διάθεση. Το ίδιο επηρεάζει η χρονική διάρκεια απασχόλησης τους στον οργανισμό αλλά και η συνολική εργασιακή τους εμπειρία (Πολύζος, 2014).

Δείκτες σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού

Οι δείκτες που βοηθούν στην πρόβλεψη του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας είναι η πυκνότητα και η κατανομή των εργαζομένων στον εν λόγω τομέα, η ετήσια παραγωγή πτυχιούχων σε σχέση με τον πληθυσμό και οι δείκτες φόρτου εργασίας για την ανάγκη στελέχωσης.

Τα μοντέλα πρόβλεψης ανθρώπινου δυναμικού αντλούν στοιχεία από τις εισροές και τις εκροές. Εισροές αποτελούν νέους απόφοιτους, πτυχιούχους που εισέρχονται στην αγορά εκπαίδευσης, εκπαιδευμένο προσωπικό που επιστρέφει στην εργασία. Οι εκροές περιλαμβάνουν θανάτους, απολύσεις, παραιτήσεις, συνταξιοδοτήσεις.

Αναλογία ιατρών και νοσηλευτών

Χώρες όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ιταλία σημειώνουν ιδιαίτερα υψηλή αναλογία γιατρών ανά 1000 κατοίκους, σχεδόν διπλάσια από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού του έτους 2025, ενώ το Μεξικό σε αντίθεση με το έτος 2006, σήμερα βρίσκεται στο χαμηλότερο άκρο ως προς την αναλογία. Η Ελλάδα παραμένει στις πρώτες θέσεις παγκοσμίως σε αριθμό γιατρών ανά κατοίκους. Η αυξημένη τάση προς το ιατρικό επάγγελμα προκαλείται από υψηλό κοινωνικό status, από τις αυξημένες οικονομικές απολαβές και από την έλλειψη προγραμματισμού στην παραγωγή και στην αξιοποίηση των γιατρών. Επομένως ο ιατρικός πληθωρισμός δημιουργεί σοβαρά προβλήματα όπως προκλητή ζήτηση για φαρμακευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες και κόστος εκπαίδευσης και εξειδίκευσης του ιατρικού προσωπικού που είναι αρκετά υψηλό. Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι στις εν λόγω χώρες η αναλογία νοσηλευτή/γιατρό διαμορφώνεται σε λιγότερους από 1,5 νοσηλευτές ανά γιατρό. Γενικότερα, το νοσηλευτικό επάγγελμα δεν βρίσκεται

σε υψηλή θέση στις προτιμήσεις των νέων, λόγω των αντίξων συνθηκών εργασίας, των σχετικά χαμηλών απολαβών και της μικρής εν γένει επαγγελματικής εκτίμησης (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τα στοιχεία από τη στατιστική βάση δεδομένων του ΠΟΥ, στην Ελλάδα το 2005 αντιστοιχούσαν 50 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους. Επομένως είναι πρώτη στην αναλογία αυτή μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο που αντιστοιχεί σε 31 γιατρούς ανά πληθυσμό 10.000 κατοίκων. Αντιθέτως, η αναλογία των νοσηλευτών και των μαιών ανά 10.000 κατοίκους είναι 36 και η Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ χαμηλή θέση. Ως αποτέλεσμα, η αναλογία των νοσηλευτών και των μαιών προς τους γιατρούς είναι πάρα πολύ χαμηλή.

Ο αριθμός των ιατρών βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων εμφανίζεται ως ο υψηλότερος μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2009 φτάνοντας τους 5,56 ανά 1000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στις υπόλοιπες χώρες του οργανισμού υπολογίζεται στους 3,16 ιατρούς/1000 κατοίκους και υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού (Santerre & Neun, 2013), ενώ ο αριθμός των νοσηλευτών υπολείπεται σημαντικά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών (3,9 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους).

Όμως, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει την μεγαλύτερη αναλογία ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην ΕΕ όπου η συντριπτική πλειοψηφία είναι ειδικοί ιατροί και διαθέτει δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ειδικών ιατρών σε σχέση με τον αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού (Καστανιώτη, 2018).

Ως επακόλουθο προκαλούνται σοβαρές συνέπειες στη δημόσια υγεία από τον πληθωρισμό των ιατρών γιατί δεν επαρκούν τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στον μεγάλο αριθμό ιατρών που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά οπότε δημιουργούνται εκπαιδευτικά κενά (Γείτονα κ.α., 2000).

Σε διεθνές επίπεδο όμως, καταγράφονται ελλείψεις σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες αναμένεται να γίνουν πιο έντονες λόγω αύξησης ζήτησης υπηρεσιών υγείας εξαιτίας γήρανσης του πληθυσμού, της τεχνολογικής εξέλιξης και της αύξησης εισοδήματος και μειωμένης προσφοράς εξαιτίας περιορισμού εισακτέων στις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές, μείωσης των ωρών απασχόλησης και πρόωρης συνταξιοδότησης.

Σύμφωνα με τον OECD (2017) η Ελλάδα αντιμετωπίζει τρομερές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και μάλιστα η αναλογία του εν λόγω προσωπικού προς το σύνολο του πληθυσμού είναι η μικρότερη στην ΕΕ. Το 2010 που προέκυψε η οικονομική κρίση προκάλεσε πάγωμα προσλήψεων στο δημόσιο τομέα και μείωση κατά 15% του προσωπικού απασχόλησης στα δημόσια νοσοκομεία (Καστανιώτη, 2018).

Πάντως σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η πυκνότητα τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού, αναφέρεται στο μέσο όρο στο σύνολο της επικράτειας και όχι κατά γεωγραφική περιφέρεια, με συνέπεια να μην

μπορεί να αποδοθεί με ακρίβεια η έλλειψη σε ιατρούς ή νοσηλευτές όπως αυτή σημειώνεται σε δυσπρόσιτες ορεινές και νησιώτικες περιοχές.

Το πρόβλημα του ιατρικού πληθωρισμού είναι αποτέλεσμα του συστήματος της εκπαίδευσης και λιγότερο του συστήματος της υγείας, ενώ η χωρική ανισοκατανομή του ιατρικού, και όχι μόνο, δυναμικού είναι επακόλουθο της στρεβλής ανάπτυξης του συστήματος υγείας και της απουσίας πολιτικής θετικών κινήτρων για τη στελέχωση των δομών της περιφέρειας (Σουλιώτης, 2007).

3.3. Στελέχωση των νοσοκομείων

Μια κριτική που απαντάται στην βιβλιογραφία για το ιατρικό προσωπικό των Δημόσιων Νοσοκομείων είναι ότι η μονιμότητα των ιατρών ΕΣΥ οδήγησε τους περισσότερους να αποκτήσουν δημοσιouπαλληλικές ιδιότητες και να χάσουν τα επιστημονικά και επαγγελματικά τους ενδιαφέροντα (Γείτονα κ.α., 2000).

Σύμφωνα με το άρθρο 9 του ΠΔ 87/1986 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων» όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, ο αριθμός των θέσεων προσωπικού ορίζεται κατά υπηρεσία εκάστου Νοσοκομείου σε ποσοστό:

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

Επί της συνολικής δαπάνης κλινών του Νοσοκομείου πολλαπλασιαζομένης με το συντελεστή

Α) για τα Γενικά Νοσοκομεία από 2-3

Β) για τα Ειδικά Νοσοκομεία, πλην Ψυχιατρικών 1,8-2,8 και

Γ) για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από 0,5-2.

Δυστυχώς έχει παρουσιασθεί σημαντική μείωση στον αριθμό των **αποφοίτων νοσηλευτικών σχολών** τα τελευταία δέκα χρόνια στην Ελλάδα, εντείνοντας την ήδη υπάρχουσα έλλειψη που «μαστιρίζει» τον κλάδο της υγείας. Παρότι οι απόφοιτοι **σχολών Μαιευτικής** παρουσίασαν μια οριακή αύξηση, οι συνολικές αναλογίες παραμένουν χαμηλές και σε αυτόν τον τομέα.

Σύμφωνα με την έκθεση "**Health in the European Union – Facts and Figures**" της **EUROSTAT**, το 2012 αποφοίτησαν **1.595 νοσηλευτές** και **139 μαιές** στη χώρα μας, ενώ το 2021 (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) οι αριθμοί αυτοί διαμορφώθηκαν σε 1.276 και **216** αντίστοιχα. Σε αναλογία αποφοίτων ανά 100.000 κατοίκους, το 2012 στην Ελλάδα ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους **14,4 νοσηλευτές** και **1,3 μαιές** και το 2021 **12,1 νοσηλευτές** και **2 μαιές**.

Το 2022, οι 26 χώρες της ΕΕ κατέγραψαν περισσότερους από 110.000 αποφοίτους νοσηλευτικής, με τη Φινλανδία να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αναλογία (67,0 νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους), ακολουθούμενη από την Ολλανδία (62,1). Η Σλοβενία είχε τη χαμηλότερη αναλογία με 2,8 αποφοίτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ η Ελλάδα βρίσκεται επίσης σε ανησυχητικά χαμηλά επίπεδα.

Μεταξύ 2012-2022, κάποιες χώρες της ΕΕ κατέγραψαν αύξηση αποφοίτων νοσηλευτικής (π.χ. Κροατία και Βουλγαρία), ενώ άλλες σημείωσαν μείωση (Κύπρος, Ρουμανία) (Τσιβίκα, 2025).

Σύμφωνα με τη ισχύουσα νομοθεσία (Υ.Α. Αριθμ. Φ.253.1/74260/Α5) ορίστηκαν πανελλαδικώς 1568 θέσεις εισακτέων στα Τμήματα Νοσηλευτικής των Πανεπιστημίων της χώρας.

Αυτή η σημαντική μείωση υποδηλώνει την αποστροφή των νέων από το επάγγελμα της Νοσηλευτικής. Καθώς τα στοιχεία μέχρι στιγμής είναι ιδιαιτέρως ανησυχητικά, αν αναλογιστούμε ότι ήδη υπάρχει μια σημαντική απώλεια της τάξεως των 383/525 θέσεων εισακτέων σε τρία μόνο Τμήματα Νοσηλευτικής, αλλά κι επί του συνόλου των 1568 θέσεων πανελλαδικά για το ακαδημαϊκό έτος 2024 - 2025, η κατάσταση κρίνεται άκρως επικίνδυνη για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά και για τη Δημόσια Υγεία γενικότερα.

Οι ανάγκες για Νοσηλευτές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ήδη τεράστιες και οι αρνητικές συνέπειες της υποστελέχωσης επιβαρύνουν καθημερινά τους εναπομείναντες Νοσηλευτές. Δεν υπάρχουν πλέον περιθώρια για αναμονή κι ούτε οι διάφορες συμβάσεις εργασίας είναι σε θέση να στηρίξουν τις Υπηρεσίες Υγείας (Σκουτέλης & Πολυκανδριώτης, 2024).

3.4. Νέος τρόπος Αξιολόγησης Δημοσίων Υπαλλήλων βάσει στοχοθεσίας και ανάπτυξης δεξιοτήτων

Σύμφωνα με τον ν.4940/2022 έχουν επέλθει οι κάτωθι αλλαγές όσον αφορά το σύστημα στοχοθεσίας & αξιολόγησης των δημοσίων υπαλλήλων:

- Καθορίζεται υποχρεωτική η στοχοθεσία σε κάθε οργανική μονάδα και σε όλα τα επίπεδα διοίκησης με περιεχόμενο την υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων και ενεργειών εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου, στο πλαίσιο της άσκησης των αρμοδιοτήτων των οργανικών μονάδων.
- Ο αξιολογητής προϊστάμενος θέτει στόχους στον αξιολογούμενο προϊστάμενο
- Πλέον, η στοχοθεσία είναι ενσωματωμένη και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της διαδικασίας της αξιολόγησης των προϊσταμένων
- Υπάρχει μόνο ένας (1) αξιολογητής
- Η ετήσια βάση αφορά στο τρέχον αξιολογικό έτος
- Διαφοροποίηση διαδικασίας, εντύπων, κριτηρίων και συνολικής αξιολόγησης για υπάλληλο και προϊστάμενο
- Αξιολόγηση προϊσταμένων από υφισταμένους -Σφυγμός Ομάδας: επώνυμη και υποχρεωτική
- Έντυπα επίτευξης στόχων & αποτύπωσης δεξιοτήτων -σφυγμός ομάδας - εκθέσεις αξιολόγησης -σχέδια ανάπτυξης
- Επιτροπές εποπτείας αξιολόγησης.

Ο προϊστάμενος κάθε βαθμίδας καθίσταται υπεύθυνος για την υλοποίηση των στόχων που ανατίθενται στην οργανική του μονάδα-η οποία λειτουργεί ως ομάδα-αλλά ταυτόχρονα και για την κινητοποίηση των υπαλλήλων που την απαρτίζουν. Είναι ο μόνος που αξιολογείται με βαθμό τόσο για την επίτευξη των στόχων όσο και για τις δεξιότητες του και, ως εκ τούτου, λογοδοτεί και ελέγχεται για τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας του. Η τελική βαθμολογία του αξιολογούμενου προϊσταμένου προκύπτει 50% από την επίτευξη στόχων, 40% από την αποτύπωση δεξιοτήτων και 10% από τη μέτρηση σφυγμού ομάδας.

Με το νέο σύστημα αξιολόγησης και στοχοθεσίας του ν.4940/2022 γίνεται μεταστροφή στις δεξιότητες του ανθρώπινου κεφαλαίου της δημόσιας διοίκησης με το σχέδιο ανάπτυξης δεξιοτήτων και καθορίζεται ένα ενιαίο πλαίσιο δεξιοτήτων για το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού της δημόσιας διοίκησης. Επιπλέον καθιερώνονται υποχρεωτικές και προαιρετικές συναντήσεις για την πρόοδο της στοχοθεσίας, καταργείται η βαθμολογία για τους υπαλλήλους και θεσπίζεται ο θεσμός του Συμβούλου Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού.

Μπόνους παραγωγικότητας

Δημιουργήθηκε ένα νέο σύστημα επιβράβευσης των δημοσίων υπαλλήλων για την ουσιαστική συμβολή τους στην επίτευξη προσδιορισμένων και μετρήσιμων στόχων, απόλυτα συνδεδεμένο με το υφιστάμενο σύστημα στοχοθεσίας – αξιολόγησης και με τα Ετήσια Σχέδια Δράσης των Υπουργείων σύμφωνα με τα άρθρα 30-39 του ν.5149/2024 (ΦΕΚ169/τ.Α'/25.10.2024). Στόχος του νέου συστήματος είναι η ενίσχυση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των δημοσίων υπαλλήλων ώστε να επιτυγχάνεται η ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή μεταρρυθμίσεων ώστε να εξυπηρετούνται καλύτερα οι πολίτες. Αυτό το νέο σύστημα δημιουργήθηκε για την επιβράβευση των δημοσίων υπαλλήλων που με την ουσιαστική συμβολή τους επιτυγχάνονται προσδιορισμένοι και μετρήσιμοι στόχοι. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι το ανωτέρω είναι απόλυτα συνδεδεμένο με το υφιστάμενο σύστημα στοχοθεσίας – αξιολόγησης και με τα Ετήσια Σχέδια Δράσης των Υπουργείων.

Αφορά χρηματικές και μη χρηματικές ανταμοιβές για δημοσίους που λόγω αρμοδιότητας υλοποιούν συγκεκριμένους στόχους του κυβερνητικού προγράμματος και ανήκουν σε φορείς που υπάγονται στη στοχοθεσία - αξιολόγηση (όπως υπουργεία, δήμοι, περιφέρειες, νοσοκομεία), καθώς και στρατιωτικοί των Ενόπλων Δυνάμεων και ένστολο προσωπικό των Σωμάτων Ασφαλείας.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η επιβράβυσή θα είναι αποτέλεσμα της επίτευξης συγκεκριμένων και μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Οι προς ανταμοιβή στόχοι των δημοσίων φορέων καθορίζονται στην αρχή του έτους μετά από επεξεργασία από την Επιτροπή Κινήτρων και Ανταμοιβής, που αποτελείται από υπηρεσιακά στελέχη και τους αρμόδιους γενικούς γραμματείς, με βάση τις προτεραιότητες ανά υπουργείο.

Ο βαθμός επίτευξης των στόχων προς επιβράβευση υπολογίζεται με συγκεκριμένους δείκτες μέτρησης της απόδοσης. Οι δείκτες αυτοί, καθώς και το τεκμηριωτικό υλικό

που αποδεικνύει την πρόοδο της επίτευξης των επιλεγμένων στόχων, καταγράφονται στο Πληροφοριακό Σύστημα Ανταμοιβής. Πρόκειται για διαδικτυακή βάση δεδομένων που τηρείται στο υπουργείο Εσωτερικών, μέσω της οποίας διασφαλίζεται η δίκαιη εφαρμογή του μπόνους.

Στην αρχή κάθε έτους θα καθορίζονται οι προς ανταμοιβή στόχοι των φορέων του Δημοσίου, κατόπιν επεξεργασίας από την Επιτροπή Κινήτρων και Ανταμοιβής που αποτελείται από υπηρεσιακά στελέχη και τους αρμόδιους Γενικούς Γραμματείς, με βάση τις προτεραιότητες ανά υπουργείο. Εφόσον οι στόχοι αυτοί επιτευχθούν, οι υπάλληλοι που έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην επίτευξή τους, θα λαμβάνουν το μπόνους παραγωγικότητας.

Το ποσό που θα λάβει ο κάθε φορέας για να κατανεμηθεί στους υπαλλήλους που το δικαιούνται υπολογίζεται με συγκεκριμένους μαθηματικούς τύπους που αναγράφονται στον σχετικό ν.5149/24 του υπουργείου Εσωτερικών και μπορεί να φτάσει έως το 15% του ετήσιου βασικού τους μισθού. Συγκεκριμένα το 40% του ποσού μοιράζεται ισομερώς, ενώ το 60% κατανέμεται ανάλογα με την ατομική συμβολή του κάθε υπαλλήλου.

Η επιλογή των υπαλλήλων και το ύψος της ανταμοιβής ανά δικαιούχο πραγματοποιείται από τους υπηρεσιακούς τους προϊσταμένους με κριτήριο τη συμβολή τους στην επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων ενώ η Εθνική Αρχή Διαφάνειας ελέγχει τη δίκαιη κατανομή.

Τα οφέλη για τους δημόσιους υπαλλήλους

- Τα οφέλη του συγκεκριμένου νομοθετήματος είναι τα ακόλουθα:
 - Επιβράβευση άξιων και **αποτελεσματικών δημοσίων υπαλλήλων** – Εισαγωγή υγιών κινήτρων στο Δημόσιο
 - **Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας** του Δημόσιου Τομέα – ενίσχυση της συνεργατικότητας μεταξύ υπηρεσιών που εξυπηρετούν κοινούς στόχους
 - Καλύτερες δημόσιες υπηρεσίες – **καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη**
 - **Ταχύτερη εφαρμογή μεταρρυθμίσεων** και προτεραιοτήτων Υπουργείων
 - Ενίσχυση της **εικόνας** και της **ελκυστικότητας** του Δημόσιου Τομέα ως εργοδότη.

Δεν δικαιούνται της ανταμοιβής όσοι τελούν σε αργία ή σε αναστολή άσκησης καθηκόντων, όσοι έχουν καταδικαστεί τελεσίδικα για συγκεκριμένα αδικήματα ή τους έχει επιβληθεί τελεσίδικα οποιαδήποτε πειθαρχική ποινή. Η καταβολή της ανταμοιβής αναστέλλεται από την άσκηση ποινικής ή πειθαρχικής δίωξης και σε περίπτωση τελεσίδικης αθώωσης, το ποσό καταβάλλεται αναδρομικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Γενικά

Οι δαπάνες υγείας αποτελούν τον «καθρέπτη» της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στην οικονομία. Στις αναπτυγμένες χώρες, η υγεία αντιπροσωπεύει περίπου το 10% της συνολικής οικονομικής δραστηριότητας σε δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Γι' αυτό το λόγο εξετάζονται επιμελώς και έχει διαπιστωθεί η αυξητική πορεία των δαπανών υγείας κατά την τελευταία τριακονταετία από 1997 μέχρι 2007 (Λιαρόπουλος, 2007). Όμως μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αύξηση των δαπανών υγείας δεν συνεπάγεται και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας και μόλις 10% της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης επηρεάζεται από ενδεχόμενη αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011).

Οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούν σε αύξηση της υγειονομικής δαπάνης είναι οι κάτωθι:

- Αύξηση του όγκου των καταναλισκόμενων υπηρεσιών υγείας κατά κεφαλή (ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, φάρμακα),
- Αύξηση των τιμών των υγειονομικών υπηρεσιών η οποία ήταν μεγαλύτερη απ'ότι στη γενική οικονομία λόγω της αύξησης των εισοδημάτων και της επέκτασης της ασφάλισης υγείας,
- Δημογραφικές αλλαγές οι οποίες περιλαμβάνουν μείωση των γεννήσεων και αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού, οι οποίοι έχουν αυξημένες υγειονομικές ανάγκες,
- Ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας υγείας,
- Αύξηση του ποσοστού απασχόλησης του δυναμικού στο χώρο της υγείας,
- Ιατρικός πληθωρισμός (Λιαρόπουλος, 2007).

Ειδικότερα στην Ελλάδα εκτός των προηγούμενων αιτιών υπάρχουν και ειδικές αιτίες όπως:

- Οργανωτική δομή διότι η δομή του συστήματος υγείας χαρακτηρίζεται από οικονομική αναποτελεσματικότητα και ως εκ τούτου προκαλείται αύξηση δαπανών υγείας
- Παραοικονομία όπου η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων δημόσιων υπηρεσιών υγείας και η διόγκωση της παραοικονομίας οδηγούν σε αύξηση των δαπανών υγείας
- Φαρμακευτική δαπάνη καθώς η Ελλάδα θεωρείται από τις χώρες με την υψηλότερη κατανάλωση φαρμάκων αναλογικά με τον πληθυσμό της
- Προμήθειες γιατί η αναποτελεσματική λειτουργία του εν λόγω συστήματος συμβάλει σε αύξηση δαπανών (Χλέτσος, 2016).

Αναλυτικότερα η παραοικονομία, ενώ θα έπρεπε να περιλαμβάνεται στο επίσημο εθνικό προϊόν αφού δημιουργεί προστιθέμενη αξία, δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί και να καταγραφεί επίσημα, και αποκαλύπτεται όταν οι καταναλωτικές δαπάνες εμφανίζονται αρκετά υψηλότερες από τα καταγεγραμμένα συνολικά εισοδήματα.

Βασικές αιτίες της παραοικονομίας είναι η χαμηλή ανάπτυξη της ΠΦΥ και η έλλειψη οικογενειακού ιατρού, η υπερπροσφορά ιατρών, η προκλητή ζήτηση, οι λίστες αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία, η απουσία σύγχρονων διοικητικών μεθόδων στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη (Κοντοδημόπουλος, 2020).

Σε αυτό το σημείο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναλυθούν οι Δαπάνες Υγείας, αφού αποτελούν μετά τις δαπάνες για σύνταξη, τη δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών κοινωνικής προστασίας.

Οι δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν όλες τις δραστηριότητες που σκοπό έχουν να προάγουν, να αποκαταστήσουν ή να βελτιώσουν την υγεία δηλαδή περιλαμβάνουν τις ιατρικές, τις νοσοκομειακές και τις δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων. Στις συνολικές δαπάνες υγείας συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες για σχολική ιατρική, τις δαπάνες για υγειονομικές υπηρεσίες του στρατού, τις δαπάνες για ιατρική της εργασίας, τις δαπάνες για κατάρτιση, τις δαπάνες για πρόληψη, τις δαπάνες για έρευνα και τις λειτουργικές δαπάνες (Χλέτσος, 2016).

Οι Συνολικές δαπάνες υγείας ή αλλιώς Συνολική Εθνική Δαπάνη αποτελείται από την Ιδιωτική Κατανάλωση, τη Δημόσια Κατανάλωση, τις Δημόσιες Επενδύσεις και τις Ιδιωτικές Επενδύσεις. Οι δαπάνες υγείας διακρίνονται σε δημόσιες δαπάνες υγείας και σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Με τον όρο δημόσιες δαπάνες υγείας εννοούμε το άθροισμα της δημόσιας κατανάλωσης και των δημόσιων επενδύσεων για υγεία. Οι δημόσιες δαπάνες για υγεία αφορούν τις δαπάνες των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, τις δαπάνες του κράτους για επιχορηγήσεις στα νοσοκομεία, τις δαπάνες του κράτους για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή φροντίδα των πολιτών και τις δαπάνες για δημόσιες επενδύσεις. Με τον όρο ιδιωτικές δαπάνες υγείας εννοούμε τις δαπάνες για ιδιωτική κατανάλωση και τις ιδιωτικές επενδύσεις στον τομέα της υγείας.

Η Ιδιωτική Κατανάλωση περιλαμβάνει συνήθως τα ίδια έξοδα των καταναλωτών για άμεσους γιατρούς, για νοσήλια, για αγορά φαρμάκων και οικονομική συμμετοχή τους για συγκεκριμένη ιατρική πράξη όταν υπάρχει διαφορά στην τιμή που καλύπτει το ταμείο και που επικρατεί στην αγορά (Χλέτσος, 2016).

Οι κυριότεροι τρόποι έκφρασης των δαπανών υγείας είναι:

Ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου προϊόντος ή ως κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε εθνικό νόμισμα ή ισοδύναμης αγοραστικής αξίας.

Η Εθνική Κατανάλωση Υγείας περιλαμβάνει την Ιδιωτική και Δημόσια Κατανάλωση χωρίς τις δημόσιες και Ιδιωτικές Επενδύσεις.

Οι Δημόσιες Επενδύσεις είναι συνήθως οι δαπάνες που πραγματοποιεί το κράτος από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων ή από τον προϋπολογισμό των Υπουργείων ή από τον προϋπολογισμό των Δημόσιων Φορέων π.χ. νοσοκομεία ενώ

οι Ιδιωτικές Επενδύσεις πραγματοποιούνται από ιδιώτες και έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Οι συνολικές δαπάνες υγείας διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Νοσοκομειακή
- Εξωνοσοκομειακή
- Φαρμακευτική

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας μπορούν να χρηματοδοτηθούν με τους ακόλουθους τρόπους:

- ❖ Μέσω φόρων
- ❖ Μέσω δανεισμού
- ❖ Μέσω έκδοσης νέου χρήματος (Χλέτσος, 2016).

Ο νοσοκομειακός τομέας είναι το μεγαλύτερο υποσύστημα σε όλα τα συστήματα υγείας και απορροφά το 47% των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Οι δαπάνες των νοσοκομείων περιορίζονται ενώ οι διεθνείς τάσεις κατά την τελευταία δεκαετία δείχνουν πτώση στη σχέση κλινών/1000 κατοίκους, στη μέση διάρκεια νοσηλείας και σταθεροποίηση στο ποσοστό πληρότητας των νοσοκομείων. Η φύση της νοσηλείας αλλάζει κατεύθυνση προς την εντατική νοσηλεία, η οποία είναι πιο δαπανηρή. Παράλληλα αναζητούνται πιο εναλλακτικές μορφές νοσηλείας πιο οικονομικές όπως η κατ'οίκον νοσηλεία.

Οι νοσοκομειακές δαπάνες διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

A. αγορές φαρμάκων, υγειονομικών υλικών, ορθοπεδικών υλικών, αντιδραστηρίων, αερίων, καύσιμων

B. τακτική μισθοδοσία, αμοιβές επικουρικού προσωπικού, ειδικά μισθολόγια, πρόσθετες αμοιβές

Γ. γενικές δαπάνες όπως ΔΕΚΩ, ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση, υπόλοιπα.

Τα Σημεία μελλοντικής στρατηγικής ανάπτυξης εστιάζουν στην ανάπτυξη οικονομικής βιωσιμότητας, στην κατάλληλη εξειδίκευση και ενεργή συμμετοχή όλων και ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού που θα αναλάβει ολοκληρωμένα προγράμματα περίθαλψης. Επίσης δίνουν ιδιαίτερη σημασία στις ανάγκες του πληθυσμού, στην ομαδοποίηση των υπηρεσιών υγείας και στην ανάπτυξη και εξειδίκευση τεχνολογίας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, ως μέτρο για το νοσοκομειακό προϊόν χρησιμοποιείται εναλλακτικά η ημέρα νοσηλείας ή η περίπτωση νοσηλείας.

Δείκτες χρησιμοποίησης/αξιολόγησης νοσοκομείων

Πληρότητα του νοσοκομείου(Π)

$$\Pi = A * 100 / K$$

Ο αριθμός των περιπτώσεων (Α) προσδιορίζει σε συνδυασμό με τον αριθμό των κρεβατιών (Κ) την πληρότητα που δείχνει το ποσοστό των κατειλημμένων κρεβατιών στο σύνολο των διαθέσιμων κρεβατιών του νοσοκομείου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή.

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)

$$ΜΔΝ = H / A$$

Από το άθροισμα των ημερών νοσηλείας (H) και το συνολικό αριθμό νοσηλευθέντων ασθενών (A) αποτυπώνεται η μέση διάρκεια νοσηλείας που μετράει το χρόνο που απαιτείται για τη νοσηλεία μιας περίπτωσης.

Καθεστώς ιδιοκτησίας και βαθμός αυτονομίας

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία ο κύριος δείκτης μέτρησης και αξιολόγησης της αποδοτικότητας της οργάνωσης είναι το κέρδος ενώ στα δημόσια νοσοκομεία δίνεται έμφαση στα μετρήσιμα κάθε φορά αποτελέσματα και στην αξιολόγηση της τυπικής και άτυπης δομής. Κάθε δημόσιος οργανισμός λαμβάνει υπόψη του περιορισμούς όπως κοινωνικούς ή πολιτικούς.

Η πιο αποδοτική μέτρηση και χρήση των νοσοκομειακών πόρων είναι η βελτίωση της ικανότητας ενός νοσοκομειακού συστήματος να δίνει εξιτήριο στον ασθενή που έχει ωφεληθεί τα μέγιστα από τη νοσηλεία, τη στιγμή που η επιμήκυνση της διάρκειας παραμονής του δεν θα τον ωφελήσει περαιτέρω ούτε και τη κοινωνία συνολικά.

Προϋπόθεση της αποτελεσματικής ανταπόκρισης των δημόσιων νοσοκομείων στην βασική τους αποστολή που είναι η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια παροχή φροντίδα υγείας είναι η αποδέσμευση τους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Θα πρέπει να προσδιορισθεί η γεωγραφική κατανομή και το μέγεθος των νοσοκομειακών μονάδων σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Επίσης, το νέο νομικό καθεστώς θα συμβάλλει στην υιοθέτηση περισσότερο ευέλικτων, αξιόπιστων και αποδοτικών προτύπων διαχείρισης, στον επιχειρησιακό σχεδιασμό, στον έλεγχο και την επιβράβευση της αποδοτικότητας. Με ενιαίο σύστημα κριτηρίων χρηματοδότησης ενισχύεται η αντικειμενική αξιολόγηση των διοικήσεων των νοσοκομείων που θα είναι τακτική και η συνέχιση των καθηκόντων τους θα εξαρτάται από την ανταπόκριση στους όρους των συμβάσεων. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων θα καθορίζεται με βάση τα KEN-DRGs και από τον εγκεκριμένο προϋπολογισμό του. Επιπρόσθετα τα νοσοκομεία θα έχουν δύο βασικούς τομείς, τον ιατρο-νοσηλευτικό και το διοικητικό-οικονομικό-τεχνικό προκειμένου να εξαλειφθεί η ασάφεια ή η υπερκάλυψη αρμοδιοτήτων. Ανάλογο καθεστώς συμβάσεων πρέπει να προβλέπεται για τους Διευθυντές και Προϊσταμένους Τμημάτων που θα περιλαμβάνουν σύστημα κινήτρων αντικινήτρων για τη βελτίωση της απόδοσης τους και την αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών πόρων (Καστανιώτη, 2018).

4.2. Ανάλυση Δαπανών Υγείας

Κατά την περίοδο 2000-2010, ο αριθμός των θέσεων εργασίας στον τομέα της υγείας αυξήθηκε κατά 21%, δηλαδή δημιουργήθηκαν 4 εκατομμύρια νέες θέσεις εργασίας. Παρότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ο αριθμός των εργαζομένων στο χώρο της υγείας μειώθηκε σε ορισμένες χώρες, όπως στην Ελλάδα, εντούτοις το συνολικό ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας αυξήθηκε σε σχέση με το συνολικό ανθρώπινο δυναμικό στην Ευρώπη κατά την περίοδο 2008-2010 κατά

770.000 νέες θέσεις εργασίας (Καστανιώτη, 2018). Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό ΑΕΠ παρουσιάζουν συνεχή αύξηση σε μακροχρόνια διάρκεια με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις ΗΠΑ όπου το ποσοστό δαπανών υγείας από 5% του ΑΕΠ το 1960 έφτασε στο 15% το 2005. Αυτή η αύξηση των δαπανών υγείας για να περιορισθεί προτάθηκε το 2000 η μετατροπή της αναλογίας δημόσιων/ιδιωτικών δαπανών που μεταφέρει το βάρος των επιπλέον δαπανών υγείας στους πολίτες, και ο εξορθολογισμός των δημοσίων δαπανών.

Η δαπάνη υγείας ανά κάτοικο είναι τόσο υψηλότερη όσο αυξημένο είναι το ποσοστό των ηλικιών 65+ στον συνολικό πληθυσμό και όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά της δαπάνης ανά άτομο μεταξύ των γηραιότερων (65+) και των νεότερων (<65).

Το ΑΕΠ ανά κάτοικο, για δεδομένη παραγωγικότητα, είναι τόσο υψηλότερο όσο αυξημένο είναι το ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας στο εργατικό δυναμικό, όσο χαμηλότερο είναι το ποσοστό ανεργίας και όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό των εργάσιμων ηλικιών στον συνολικό πληθυσμό.

Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται στον γηραιότερο πληθυσμό με την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης, διότι η υγεία μεγαλύτερων ατόμων επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και ως εκ τούτου χρήζουν περισσότερης ιατρικής φροντίδας. Όμως το μέσο κόστος ανά άτομο στις μεγαλύτερες ηλικίες θα τείνει να μειωθεί καθώς θα επιμηκύνεται ο χρόνος ζωής διότι αναμένεται βελτίωση της υγείας των γηραιότερων. Σύμφωνα με τους Singer & Manton οι δαπάνες υγείας των ηλικιωμένων εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία, διότι οι δαπάνες υγείας για τα ηλικιωμένα άτομα με αναπηρία είναι επτά φορές υψηλότερες από τις αντίστοιχες των νεότερων υγιών ατόμων. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνονται με την αύξηση του ποσοστού των ηλικιών άνω των 65 και αντίστοιχα με την μείωση του αριθμού εργατικού δυναμικού, με την ταχύτερη αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας. Επίσης αυξάνονται όταν ο καταναλωμένος όγκος των υπηρεσιών υγείας από άτομα κάτω των 65 ετών είναι μεγαλύτερος από την παραγωγικότητα της εργασίας.

Οι τιμές των προϊόντων του τομέα των υπηρεσιών αυξάνονται ταχύτερα από τις τιμές των βιομηχανικών προϊόντων επειδή οι αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας στις υπηρεσίες είναι συστηματικά μικρότερες από τις αντίστοιχες της μεταποιητικής βιομηχανίας και οι αναλογίες των μισθών μεταξύ διαφόρων κλάδων παραγωγής τείνουν να παραμένουν σταθερές για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σύμφωνα με τον Myrdal οι άρρωστοι ασθενούν επειδή είναι φτωχοί. Στη συνέχεια γίνονται φτωχότεροι επειδή έχουν κακή υγεία και η δεινή οικονομική τους κατάσταση οδηγεί σε νέα επιδείνωση της υγείας τους (Ιωακείμογλου, 2010).

4.3. Ανισότητες στην Υγεία

Σε μεγάλο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας αποτελούσαν αγαθό προς ικανοποίηση των αναγκών των εύπορων κοινωνικών στρωμάτων, όσο οι φτωχότεροι, εξαρτώμενοι από το εισόδημα τους λάμβαναν αναποτελεσματική ή κακής ποιότητας περίθαλψη. Την ανισότητα στην υγεία ανέδειξε η κοινή διεθνής διάσκεψη ΠΟΥ/UNICEF που πραγματοποιήθηκε στην Άλμα-Άτα (Καζακστάν) το 1978 και έθεσε ως στόχο την παροχή υγειονομικής περίθαλψης για όλους και παντού (World Health Organization, 2000).

Η ανάλυση των **Economou et al (2017)** επιβεβαιώνει ότι, παρά τη θεωρητική κάλυψη, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αποτελεί πρόκληση, με την οικονομική κρίση να έχει επιδεινώσει σημαντικά τις ανισότητες. Ένα επιπλέον πρόβλημα που ενισχύει την ανισότητα στην πρόσβαση των πολιτών στην υγεία, αποτελεί η φοροδιαφυγή και η φορολογική απάτη, που αναγνωρίζονται ως βασικά προβλήματα στην Ελλάδα.

Αν και ο βασικός στόχος του ΕΣΥ ήταν η δυνατότητα ίσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τον τρόπο διαμονής του ατόμου σύμφωνα με το Eurostat 2011 η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα με διαφορά που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού που δεν κατάφερε να εξεταστεί λόγω γεωγραφικής απόστασης από τον φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η καθολικότητα δηλαδή η εφαρμογή στο σύνολο του πληθυσμού είναι ένα μέτρο καταπολέμησης των ανισοτήτων που ωφελεί ολόκληρη την κοινωνία καθώς οι πόροι είναι δεδομένοι. Όμως σύμφωνα με μελέτη του OECD 2009 οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα δεν έχουν άλλη επιλογή από το να χρησιμοποιήσουν δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες ενώ οι ασθενείς με υψηλότερο εισόδημα μπορούν να χρησιμοποιήσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ή ιδιωτική ασφάλιση. επίσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι υψηλό και συνήθως συνοδεύεται με υψηλή ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Δυστυχώς ένας μικρός αριθμός εργαζομένων καλείται να καλύψει αυτές τις αυξημένες ανάγκες.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι ακόμη και στις περιπτώσεις που οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες και ο πληθυσμός καλύπτεται, η πρόσβαση δεν είναι πάντοτε δίκαια κατανομημένη. Τα άτομα με χρόνια ή ψυχικά προβλήματα υγείας, τα άτομα με αναπηρία, οι μετανάστες έχουν μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Παρόλο που ο νόμος του 2016 παρείχε πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία δεν μειώθηκαν. Αυτό συνέβη γιατί οι μεταρρυθμίσεις εστίασαν στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και δεν αντιμετώπισαν τα βαθύτερα αίτια των ανισοτήτων στην πρόσβαση της υγείας (Myloneros & Sakellariou, 2021).

Λόγω της ύπαρξης των ανισοτήτων που περιγράψαμε προηγουμένως έχουν δημιουργηθεί οι άτυπες πληρωμές με σκοπό οι ασθενείς να αποκτήσουν καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας και υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας. Δυστυχώς

εξαιτίας του περιορισμού των δημόσιων πόρων είναι πιθανόν όσοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στις άτυπες πληρωμές να λάβουν εντέλει ανεπαρκή κάλυψη. Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα το 36% των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία έχει πραγματοποιήσει τουλάχιστον μια άτυπη πληρωμή αποδεικνύοντας τις αμφιβολίες που έχουν οι πολίτες για το σύστημα, την ανάγκη για κάλυψη κενών και την έλλειψη μηχανισμών ελέγχου.

Παρακάτω αναλύεται η επίδραση του συστήματος υγείας στην ανισότητα και τη φτώχεια στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών το 2008 που διερευνήθηκε η κατανομή των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία χωρίζοντας τον πληθυσμό σε τεταρτημόρια με βάση το ύψος της συνολικής δαπάνης των ατόμων διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η μέση κατανάλωση υπηρεσιών και προϊόντων υγείας αυξάνεται ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος των ατόμων. Είναι ιδιαίτερα εμφανές στις δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, που καλύπτονται μόνο μερικώς από το ΕΣΥ και εμφανίζονται αρκετά χαμηλές στο 30% του φτωχότερου πληθυσμού. Αυτό σημαίνει είτε ότι δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους είτε ότι καλύπτουν μόνο τις βασικές.
- Όμως υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις π.χ. στον τομέα των φαρμάκων όπου τα άτομα που βρίσκονται στο φτωχότερο δεκατημόριο δαπανούν κατά μέσο όρο για φάρμακα περισσότερο απ' ότι τα άτομα που βρίσκονται στο 2^ο-7^ο δεκατημόριο. Αυτό συμβαίνει πιθανόν γιατί στο 1^ο δεκατημόριο περιλαμβάνονται περισσότερο ηλικιωμένοι που έχουν επιβαρυσμένη υγεία. Επομένως τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα στερούνται να καλύψουν άλλες καταναλωτικές ανάγκες.

Δυστυχώς το ΕΣΥ υστερεί στην εφαρμογή του τρίπτυχου «προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας» κυρίως στο πεδίο προαγωγής και πρόληψης (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011).

Κατά την περίοδο 2000-2012 παρατηρείται αύξηση κατά 21% του αριθμού των εξιτηρίων στα ελληνικά νοσοκομεία. Αυτή η αύξηση προέρχεται από τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση των αναγκών για νοσοκομειακή περίθαλψη και στη μεγαλύτερη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες λόγω αδυναμίας προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Κατά την περίοδο 2009-2018 παρατηρείται αύξηση 30% του αριθμού των εξιτηρίων στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτή η αύξηση πάλι μπορεί να αποδοθεί στους ανωτέρω τρεις λόγους που διατυπώθηκαν για τα έτη 2000-2012.

Σε λιγότερο από πέντε (5) χρόνια και για πρώτη φορά στην ιστορία, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα υπερτερεί αριθμητικά των παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε ετών. Η μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, σε όλες τις ηλικίες, συνέβαλαν στην αύξηση του μέσου χρόνου ζωής των Ελλήνων.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης ο φτωχότερος πληθυσμός και τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου γιατί οι

συνθήκες φτώχειας μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία και οι ψυχικά ασθενείς να οδηγηθούν σε φτώχεια λόγω του προβλήματός τους (Μητροπούλου κ.α., 2022).

4.4. Προβλήματα στη μέτρηση δαπανών υγείας και τρόποι μείωσης τους

Σε αυτή την θεματική υποενότητα θα γίνει αναφορά στα προβλήματα της μέτρησης των δαπανών υγείας. Καταρχάς οι μετρήσεις διαφέρουν από κράτος σε κράτος και συχνά περιλαμβάνουν διαφορετικές συνιστώσες. Τα δεδομένα δεν λαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο και δεν είναι συγκρίσιμα. Ακόμα, δεν μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας γιατί δεν μπορούν να μετρηθούν τα τελικά αποτελέσματα των συστημάτων υγείας. Τέλος οι μετρήσεις είναι δυσχερείς λόγω των κοινωνικών, ιατρικών, οικονομικών, δημογραφικών και πολιτιστικών διαφορών στις χώρες και η μεταφορά συμπερασμάτων από κράτος σε κράτος είναι δύσκολη (Κυριόπουλος, 1993).

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται συνεχώς για πολλούς λόγους. Καταρχάς η γήρανση του πληθυσμού στις χώρες της ΕΕ είναι γεγονός και λαμβάνει χώρα εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων, της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, της προόδου της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας. Ως εκ τούτου αυξάνεται ο μέσος όρος ζωής και μειώνεται ο αριθμός των νέων ατόμων. Είναι αυτονόητο ότι η γήρανση του πληθυσμού επιδρά αρνητικά στο σύστημα της κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης γιατί με την αύξηση των συνταξιούχων αυξάνονται οι δαπάνες για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ενώ με την μείωση του εργατικού δυναμικού μειώνονται οι εργατικές εισφορές που καταβάλλονται από αυτό. όμως, η μείωση των ασφαλισμένων μπορεί να προέλθει επίσης και από την αύξηση της ανεργίας, της αύξησης του αριθμού των ανασφάλιστων και της αύξησης των θέσεων μερικής απασχόλησης.

Είναι αποδεκτό ότι μια επιχείρηση έχει κύριο στόχο να περιορίσει τις δαπάνες και να αυξήσει τα έσοδα. Στην περίπτωση ενός νοσοκομείου όμως δεν μπορεί αυτό να εφαρμοστεί. Μια κατηγορία δαπανών του νοσοκομείου είναι οι δαπάνες του προσωπικού, είτε αυτό είναι ιατρικό και νοσηλευτικό είτε διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Στο πλαίσιο του δημόσιου οι αμοιβές του προσωπικού είναι προκαθορισμένες ενώ σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο εξαρτώνται από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Είναι γνωστό ότι η διοίκηση ενός ιδιωτικού νοσοκομείου καταβάλλει μεγαλύτερες μηνιαίες απολαβές σε ιατρικό προσωπικό. Η οποιαδήποτε προσπάθεια μείωσης των δαπανών του προσωπικού αφορά συγκεκριμένες ομάδες και όχι τους ιατρούς που αποφέρουν στο νοσοκομείο υψηλά έσοδα (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να αναζητηθεί τρόπος μείωσης του κόστους χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας εστιάζοντας σε πέντε πεδία:

1. η ανασυγκρότηση του τομέα υγείας
2. η διαρκής προσπάθεια για αποτελεσματική, αποδοτική και δίκαιη φροντίδα

3. ηλεκτρονική διακυβέρνηση και ψηφιοποίηση του συστήματος υγείας
4. ανθεκτικό σύστημα υγείας σε νέες προκλήσεις
5. επικέντρωση στη διαχείριση της υγείας του πληθυσμού και στη φροντίδα με βάση την αξία (Μητροπούλου κ.α., 2022).

Οι παραγωγοί δευτεροβάθμιας περίθαλψης (κυρίως νοσοκομειακής), στους οποίους οφείλεται και το μεγαλύτερο μέρος δαπανών υγείας, συμπεριφέρονται ως επιχειρήσεις με άμεση εξάρτηση από την ιδιαίτερη δομή τους και το θεσμικό τους περιβάλλον. Ποιος λοιπόν ελέγχει τη λειτουργία παραγωγής και ποιος παίρνει τις αποφάσεις στρατηγικού χαρακτήρα;

Κάποιες θεωρίες υποστηρίζουν ότι το νοσοκομείο είναι δύο επιχειρήσεις, οι οποίες ενεργούν από κοινού. Σε αυτή την περίπτωση το ιατρικό προσωπικό έχει αυξημένες αρμοδιότητες και ελέγχει άμεσα τη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών υγείας, ενώ μακροπρόθεσμα οι αποφάσεις σχετικά με τις εισροές κεφαλαίου και προσωπικού λαμβάνονται από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Άλλες θεωρίες υποστηρίζουν ότι το ιατρικό προσωπικό το οποίο υπόκειται σε σχέση μισθωτής εργασίας θεωρείται ως ένας απλός συντελεστής παραγωγής του νοσοκομείου. Σε άλλες περιπτώσεις το νοσοκομείο περιλαμβάνει τρεις επιχειρήσεις και όχι δύο, δεδομένου ότι η κεντρική ή οι τοπικές αρχές παρεμβαίνουν κατά τρόπο καθοριστικό στη διαχείριση, στον προϋπολογισμό και στο επίπεδο των επενδύσεων (Γαλλία, Ολλανδία, Σουηδία). Στις χώρες με συγκεντρωτικό σύστημα υγείας είναι αμφίβολο κατά πόσο τα νοσοκομεία μπορούν να θεωρηθούν ανεξάρτητες επιχειρήσεις δεδομένου ότι ο κεντρικός έλεγχος παίζει καθοριστικό ρόλο (Σούλης, 1999).

Το νοσοκομείο ως μια παραγωγική μονάδα χρειάζεται εισροές, η ζήτηση για τις οποίες εξάγεται από τη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει. Επομένως, η ζήτηση για τις εισροές είναι έμμεση και μπορεί να είναι για πρώτες ύλες, κεφαλαιουχικό εξοπλισμό και εργασία. Οι καμπύλες ζήτησης αυτού του είδους ορισμένες φορές καλούνται καμπύλες ζήτησης παραγωγικών συντελεστών. Από τη δεκαετία του 1980 μέχρι πρόσφατα παρατηρούνταν έντονη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Άρα υπήρχε μεγαλύτερη ζήτηση από την πλευρά των νοσοκομείων παρά προσφορά εργασίας. Τα νοσοκομεία κατέχουν μονοψωνιακή δύναμη (που προκύπτει από το γεγονός ότι είναι ο μοναδικός αγοραστής της εργασίας αυτού του είδους) που παρέχεται από το κράτος σε αναγνώριση των ιδιόμορφων υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία.

Οι παράγοντες που δρουν μέσα στο σύστημα υγείας είναι οι καταναλωτές, το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το σύστημα δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, δημόσιοι ή ιδιωτικοί και η κυβέρνηση (Σούλης, 1999).

Η ταχεία εξέλιξη των συστημάτων υγείας και ο έντονος ρυθμός αύξησης του κόστους και των συνολικών δαπανών ιατρο-φαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης παρακίνησε τους οικονομολόγους της υγείας να διερευνήσουν τους τρόπους εξεύρεσης πόρων για τη λειτουργία των συστημάτων αυτών. Η προσέγγιση αυτή,

τόνισε τη σημασία των χρηματοδοτικών μηχανισμών ως βασικό εργαλείο για την οικονομική διαχείριση των συστημάτων υγείας.

4.5. Σύστημα διαγνωσμένων κατηγοριών ασθενειών (DRGs)

Η εισαγωγή και εφαρμογή ενός συστήματος **Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (Diagnostic Related Groups - DRGs)**, γνωστό στην Ελλάδα και ως **Συ.Κ.Ν.Υ. (Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών)**, αποτελεί μια θεμελιώδη μεταρρύθμιση για τον εξορθολογισμό των δαπανών, τη διαφάνεια και την αποτελεσματικότερη διαχείριση πόρων στα ελληνικά νοσοκομεία.

Τα Διαγνωστικά Ομοιογενή Συγκροτήματα (DRG - Diagnosis Related Groups) ξεκίνησαν να εισάγονται στην Ελλάδα σε πρωτόλεια μορφή το **2011** (ως "Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια" - KEN), στο πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας, αντικαθιστώντας τον παλιό τρόπο τιμολόγησης νοσηλείων και καθιερώνοντας ένα σύστημα κοστολόγησης με βάση συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες για τον ΕΟΠΥΥ, με στόχο την ενοποίηση και τον έλεγχο των δαπανών. Μέχρι τότε τα ασφαλιστικά ταμεία πλήρωναν για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων τους με βάση τα τιμολόγια των υλικών και τις ημέρες νοσηλείας (Υπουργείο Υγείας, 2011). Ωστόσο, το κόστος KEN για κάθε νοσολογική κατηγορία δεν περιλάμβανε το σύνολο κόστους, συμπεριλαμβανομένων των αμοιβών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρά μόνο τα λειτουργικά έξοδα και τα έξοδα αναλωσίμων των υπηρεσιών που λαμβάνει ο ασθενής (Τούντας, 2020).

Λόγω αδυναμιών των KEN, το 2018 ξεκίνησε η πιλοτική εφαρμογή του νέου, σύγχρονου συστήματος DRG σε 18 νοσοκομεία της χώρας. Η σταδιακή πλήρης εφαρμογή του συστήματος DRG (Gr-DRG) σε όλα τα νοσοκομεία ξεκίνησε από το 2024 (μεταρρύθμιση που ενισχύθηκε το 2025), αντικαθιστώντας τα παλαιότερα KEN για την αποζημίωση των νοσοκομείων βάσει πραγματικού κόστους. Το ελληνικό κράτος έχει μεταβεί σε ένα πλήρες σύστημα DRG, επί τη βάση ενός διεθνώς αναγνωρισμένου συστήματος (German DRG). Συνεπώς, η αποζημίωση των νοσηλείων δεν υπολογίζεται πλέον με βάση τις ημέρες νοσηλείας αλλά μέσω των DRG – Diagnosis Related Groups. Αρμόδιο για την ανάπτυξη, εισαγωγή, διαχείριση και αναθεώρηση του εν λόγω συστήματος έχει οριστεί το Ελληνικό Ινστιτούτο DRG (Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών – ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ.ΑΕ) (Βαρβατσουλάκης, 2025).

Το σύστημα ταξινόμησης των ασθενειών αναπτύχθηκε από τον καθηγητή Robert B.Fetter και τους συνεργάτες του στο Yale University το οποίο ονομάζεται σύστημα διαγνωσμένων κατηγοριών ασθενειών-DRGs. Εμφανίζει πλεονεκτήματα όπως προσαρμοστικότητα στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και αντικειμενικό καθορισμό των ομάδων ασθενειών επάνω σε εμπειρική/στατιστική βάση (Καριώτης, 1992).

Κοστολόγηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών

Τιμή βάσης των DRGs

Οι νοσοκομειακές τιμές βάσης καθορίζονται ως συνάρτηση του μέσου κόστους παραμονής ανά νοσοκομείο σε μια ομάδα νοσοκομείων. Προσεγγιστικά η νοσοκομειακή τιμή βάσης προσδιορίζει την αποζημίωση που θα ελάμβανε ένα νοσοκομείο για τη θεραπεία του μέσου ασθενούς. Κάθε DRG μπορεί να λάβει ένα δείκτη βαρύτητας. Για να υπολογίσει την αποζημίωση που θα λάβει ένα νοσοκομείο για ένα συγκεκριμένο DRG, η τιμή βάσης του νοσοκομείου πολλαπλασιάζεται με το δείκτη βαρύτητας DRG.

Το Ελληνικό Κράτος, υιοθετώντας τη μεγαλύτερη διεθνώς διοικητική καινοτομία στην αξιολόγηση της νοσοκομειακής δραστηριότητας και στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, υλοποιεί μια από τις πλέον ορθές πρακτικές στη διοίκηση των συστημάτων υγείας στην ΕΕ, ιδρύοντας το **Ελληνικό Ινστιτούτο DRG**, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως τον Σεπτέμβριο του 2014 με τον ν.4286/2014 (όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 66 του ν.4486/2017) ως Ανώνυμη Εταιρία, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, του Ελληνικού Δημόσιου όπου το Υπουργείο Υγείας κατέχει το 100% των μετοχών της Εταιρίας (άρθρο 48 του ν.4461/2017).

Με αυτόν τον νόμο εισάγεται το **Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ.) -Ελληνικό Σύστημα DRG**, το οποίο από τη θέση του σε πλήρη εφαρμογή, αντικαθιστά κάθε άλλο σύστημα αποτίμησης αξίας νοσοκομειακών υπηρεσιών ή κατανομής αμοιβών νοσοκομείων, που προέρχονται από τους πόρους των ασφαλιστικών οργανισμών και από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Σκοπός του Ελληνικού Συστήματος DRG αποτελεί η μέτρηση της νοσοκομειακής δραστηριότητας και η δίκαιη, ορθολογική και τεκμηριωμένη κατανομή των διαθέσιμων πόρων.

Επίσης εξασφαλίζεται η άδεια χρήσης ενός διεθνώς αναγνωρισμένου συστήματος (G-DRG) και προωθείται η τεκμηριωμένη διοίκηση -evidenced based management στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, μέσω της ανάπτυξης και λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος για την επιστημονική κοστολόγηση των περιστατικών νοσηλείας με βάση τη διεθνή μεθοδολογία DRG.

Σκοπός του εν λόγω Ινστιτούτου είναι η ανάπτυξη ενός αντικειμενικού, δίκαιου και διαφανούς συστήματος κοστολόγησης και αποζημίωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση τη δραστηριότητα (Activity Based Payment), **δηλαδή τη σύνδεση εσόδων με το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών.**

Αναλυτικότερα ο σκοπός αφορά την εισαγωγή, τη μελέτη, την ανάπτυξη και κοστολόγηση επί τη βάσει ενός διεθνώς αναγνωρισμένου συστήματος Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (DRG), καθώς και τη λειτουργία, την εκμετάλλευση, τη διοίκηση, τη διαχείριση και τη συντήρηση ενός Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών για την ορθολογική κατανομή όλων των πόρων των νοσοκομειακών δομών από το ελληνικό κράτος.

Επομένως, το σύστημα DRG (Σύστημα Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων) είναι ένα σύστημα κατηγοριοποίησης ασθενών που βασίζεται στη συστηματική συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων δεδομένων κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο με σκοπό την ταξινόμηση τους σε διαχειρίσιμο αριθμό κατηγοριών περιστατικών, οι οποίες είναι ιατρικά ουσιώδεις και ομοιογενείς και προσομοιάζουν σε επίπεδο χρήσης πόρων.

Το **σύστημα DRG** αποτελείται από τρία μέρη:

- Το ιατρικό, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως την ανάπτυξη των ταξινομήσεων διαγνώσεων νόσων και ιατρικών πράξεων και τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης.
- Το οικονομικό, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως τη μεθοδολογία υπολογισμού των συντελεστών βαρύτητας κόστους (cost weights), τις οδηγίες υπολογισμού του κόστους και τους κανόνες τιμολόγησης
- Το πληροφοριακό, το οποίο περιλαμβάνει την ανάπτυξη του λογισμικού Groupes, των λογισμικών κοστολόγησης και κωδικοποίησης, το σύστημα διαχείρισης δεδομένων, κλπ.

Το τελικό αποτέλεσμα είναι ο συνδυασμός των παραπάνω μερών με στόχο την ανάπτυξη των ελληνικών καταλόγων DRG και του ετήσιου εγχειριδίου ορισμού κατηγοριών.

Ο ελληνικός κατάλογος DRG (1^η έκδοση) περιλαμβάνει 1138 DRG. Στο εν λόγω σύστημα τα νοσοκομειακά περιστατικά κατατάσσονται σε συγκεκριμένες ομάδες με τη χρήση ενός ειδικού λογισμικού (Groupes) το οποίο βασίζεται σε ένα σύνολο δεδομένων όπως η Διεθνής Κωδικοποίηση Διάγνωσης Ασθενειών (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων (procedures codes), το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, η μέση διάρκεια νοσηλείας κ.α.

Το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ-Ελληνικό Ινστιτούτο DRG) που έχει ιδρυθεί είναι, μεταξύ άλλων, υπεύθυνος φορέας για την ανάπτυξη, λειτουργία, εκμετάλλευση, διαχείριση και κοστολόγηση των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (Diagnosis Related Groups-DRG). Στο πλαίσιο εφαρμογής του ανωτέρω Συστήματος /Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ.), η κλινική κωδικοποίηση, δηλαδή η κωδικοποίηση διαγνώσεων νόσων και ιατρικών πράξεων, αποτελεί απαραίτητο και αναπόσπαστο στοιχείο για τη λειτουργία του συστήματος.

Με την υπ'αριθμ.Γ2δ/67340(Β'7261/21.12.2023) Κοινή Υπουργική Απόφαση, με θέμα: «Τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ2δ/21693/09.04.2021 Κοινής Υπουργικής Απόφασης «Ορισμός νοσοκομείου όπου τίθεται σε πλήρη εφαρμογή το Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ.)», όπως ισχύει, έχει τεθεί σε πλήρη εφαρμογή του Ελληνικό Σύστημα DRG.

Επίσης σε εφαρμογή της υπ.αριθμ.Γ2δ/7414/26.04.2023(Β'2838/27.04.2023) Υπουργικής Απόφασης με θέμα: «Τροποποίηση της υπό στοιχεία

A3(γ)/77213/19.10.2017 Υπουργικής Απόφασης 'Διαδικασία και τρόπος αποστολής στοιχείων διοικητικού και ιατρικού φακέλου ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές στην Ανώνυμη Εταιρεία Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και της υπ/αριθμΓ2δ/9021/12.02.2024 (Β'1068/15.02.2024) Υπουργικής Απόφασης με θέμα : Αποστολή αρχείων κόστους νοσηλείας ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία στο Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ) πραγματοποιούνται οι κάτωθι διαδικασίες:

Το πληροφοριακό σύστημα του ΚΕΤΕΚΝΥ λαμβάνει τα δεδομένα που ορίζονται στις ανωτέρω υπουργικές αποφάσεις και αφορούν στο ιατρικό, λειτουργικό και οικονομικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου. Τα δεδομένα προέρχονται από την κωδικοποίηση και την κοστολόγηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Από τα δεδομένα αυτά, προκύπτουν στοιχεία για τα λειτουργικά και τα οικονομικά μεγέθη. Επίσης προκύπτουν, επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν στη θνητότητα, στη θνησιμότητα και το προφίλ υγείας του πληθυσμού αναφοράς. Στη συνέχεια συντάσσονται εκθέσεις που αποστέλλονται στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας, την παραγωγή του κανονιστικού έργου, όπου απαιτείται, και την εκπόνηση κατευθυντηρίων οδηγιών (www.instdrg.gr)

Κάθε μήνα αποστέλλεται από το ΚΕΤΕΚΝΥ στα νοσοκομεία έκθεση που παρουσιάζει βασικά δεδομένα σχετικά με την ταξινόμηση νοσηλείων σε DRG, τόσο σε επίπεδο Νοσοκομείου, όσο και σε επίπεδο κλινικών/τμημάτων.

Η έκθεση περιλαμβάνει κατανομή νοσηλείων κατά την εισαγωγή και εξιτήριο, κατανομή νοσηλείων κατά κύρια διαγνωστική κατηγορία, κατανομή νοσηλείων κατά τομέα, τα δέκα (10) συχνότερα DRG. Επίσης περιλαμβάνει κωδικοποίηση διαγνώσεων, νόσων και ιατρικών πράξεων, επίπεδο συνολικής κλινικής βαρύτητας ασθενών (PCCL), Case Mix and Case Mix Index και Στατιστικά ανά κλινική.

Οι Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες (Major Diagnostic Categories-MDC) αποτελούν μια ομάδα κατηγοριών, κάθε μία από τις οποίες βασίζεται κυρίως σε ένα σύστημα οργάνων ή βιολογικό σύστημα του οργανισμού ή σε μια νοσολογική αιτιολογία (ως Κύρια Διάγνωση) που σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα. Η 1^η έκδοση του Ελληνικού Συστήματος DRG διαθέτει 23 κατηγορίες MDC. Οι περισσότερες διαγνώσεις υπάγονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες MDC, οι οποίες κατά κύριο λόγο καθοδηγούν την ταξινόμηση των εγγράφων (Μηνιαία Έκθεση ΚΕΤΕΚΝΥ, 2025).

Αναλυτικότερα οι διαγνώσεις μπαίνουν σε σειρά προτεραιότητας. Η κύρια διάγνωση είναι η διάγνωση που οδηγεί στην παραμονή στο νοσοκομείο. Ορισμένες διαγνώσεις σχετίζονται με υψηλότερη κατανάλωση οικονομικών πόρων και καταχωρούνται ως επιπλοκές. Οι διαγνώσεις κωδικοποιούνται σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών (ICD), ενώ οι διαδικασίες κωδικοποιούνται σύμφωνα με τις ανά χώρα ταξινομήσεις. Οι πληροφορίες αυτές καταχωρούνται στη συνέχεια σε ένα αλγόριθμο ομαδοποίησης, ο οποίος συνδέει κάθε τυποποιημένη περίληψη της νοσηλείας που

περιλαμβάνεται στο εξιτήριο, με το αντίστοιχο DRG. Ένα και μόνο ένα DRG αποδίδεται σε κάθε νοσηλεία, ενώ κάθε DRG έχει μια τιμή (Venot et al, 2019).

Όπως γίνεται αντιληπτό, στην περίπτωση κατά την οποία η κωδικοποίηση διαγνώσεων, νόσων και ιατρικών πράξεων δε συνάδει με την πραγματική κατάσταση του ασθενούς και τις παραχθείσες υπηρεσίες, τότε το πραγματικό κόστος αυτών των περιστατικών συνήθως δεν αντιστοιχεί με τον συντελεστή βαρύτητας κόστους του καταλόγου DRG. Για παράδειγμα, εάν δεν καταχωριστούν οι κωδικοί για ιατρική περίθαλψη σε μονάδα εντατικής θεραπείας, δεν θα είναι δυνατή η ταξινόμηση στο ανάλογο DRG, και συνεπώς το υψηλό κόστος αυτών των περιστατικών δε θα μπορεί να αποτυπωθεί και να αποζημιωθεί.

Η παρουσία Συννοσηρότητας ή/και Επιπλοκών (Σ/Ε) μπορεί να καταστήσει τη θεραπεία νόσων και διαταραχών της υγείας δυσχερέστερη και πλέον δαπανηρή. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για την ταξινόμηση σε DRG να αναγνωρίζεται και να λαμβάνεται υπόψη η διαβάθμιση του επιπέδου βαρύτητας μιας νόσου.

Σε κάθε διάγνωση αντιστοιχίζεται ένα Επίπεδο Βαρύτητας Συννοσηρότητας ή Επιπλοκών. Έπειτα, σε κάθε νοσηλεία αντιστοιχίζει ένα Επίπεδο Συνολικής Κλινικής Βαρύτητας Ασθενούς, δηλαδή μια μέτρηση της σωρευτικής επίδρασης της Συννοσηρότητας ή/και των Επιπλοκών ενός περιστατικού νοσηλείας.

Ο προσδιορισμός γίνεται με σύνθετη διαδικασία, προκειμένου να αποφευχθεί η επανάληψη αξιολόγησης παρόμοιων περιστάσεων. Οι τιμές PCCL έχουν την ακόλουθη σημασία:

0.0= καμία Σ/Ε

1.1= χαμηλής βαρύτητας Σ/Ε

2.2=μέτριας βαρύτητας Σ/Ε

3.3= υψηλής βαρύτητας Σ/Ε

4.4= εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε

Επομένως οι προϋπολογισμοί για το έτος 2025 των νοσοκομείων θα στηριχθούν στις υποβαλλόμενες νοσηλείες με βάση τα DRGs του έτους 2024 (Μηνιαία Έκθεση ΚΕΤΕΚΝΥ, 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

5.1. Ορισμός Διοικητικής Επιστήμης και Διοίκησης

Η σχέση διοίκησης (Management) και ικανοτήτων (Competencies) είναι **άμεση, οργανική και αμφίδρομη**. Η αποτελεσματική διοίκηση δεν είναι απλώς ένας τίτλος, αλλά η ικανότητα εφαρμογής συγκεκριμένων γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών για την επίτευξη οργανωτικών στόχων. Οι διοικητικές ικανότητες (managerial competencies) λειτουργούν ως ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της στρατηγικής και της λειτουργικής απόδοσης. Γι' αυτό το λόγο αναλύεται η διοικητική επιστήμη, η διοίκηση, το management και οι ικανότητες και δεξιότητες.

Η διοίκηση ως επιστήμη αφορά τη μελέτη και πρόβλεψη της οργανωσιακής συμπεριφοράς και ανθρώπινης συμπεριφοράς με τελικό στόχο την πραγματοποίηση των σκοπών του οργανισμού. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, τις μεθόδους οργάνωσης, τη διεύθυνση και την ηγεσία, τον έλεγχο, την αποτελεσματική επικοινωνία, την αλλαγή στη διοικητική συμπεριφορά, την παρακίνηση και τη λήψη αποφάσεων.

Σύμφωνα με τον Fayol, η εκπαίδευση της ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης είναι πολύ σημαντική για την αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού και οι 14 αρχές της διοίκησης είναι οι εξής: η εξουσία, η πειθαρχία, η σαφήνεια της εντολής και της καθοδήγησης, η υποταγή του ατομικού συμφέροντος στο γενικό συμφέρον, η αμοιβή του προσωπικού, ο συγκεντρωτισμός, η κλιμάκωση της εξουσίας, η τάξη, η ισοτιμία, η σταθερότητα της μονιμότητας του προσωπικού, η πρωτοβουλία και το ηθικό (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Η διοίκηση είναι η διαδικασία υλοποίησης του έργου του οργανισμού. Σήμερα το προσωπικό επειδή είναι αυτόνομο χρειάζεται περισσότερο καθοδήγηση παρά κατεύθυνση. Οι διοικητές εκπαιδεύουν και συμβουλεύουν για την επίτευξη των σκοπών του οργανισμού (Sullivan, 2016).

5.2. Λειτουργίες Διοίκησης

Το 1916 ο Γάλλος βιομήχανος, Henri Fayol, ήταν ο πρώτος που ανέλυσε τις λειτουργίες της διοίκησης, όπως ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η διοίκηση και ο έλεγχος. Η διάκριση μεταξύ **δημόσιου** και **ιδιωτικού τομέα** βασίζεται κυρίως στο **σκοπό**, τη **νομική μορφή**, την **ιδιοκτησία** και τον **τρόπο λειτουργίας**. Ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει τους φορείς που ανήκουν ή ελέγχονται από το κράτος και έχουν ως κύριο σκοπό την εξυπηρέτηση του **δημόσιου συμφέροντος** ενώ ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει επιχειρήσεις και οργανισμούς που ανήκουν σε **ιδιώτες** και λειτουργούν με γνώμονα το **κέρδος**.

Αναλυτικότερα ο Δημόσιος Τομέας περιλαμβάνει τις Δημόσιες Υπηρεσίες, π.χ. Εφορίες, Ταμεία, τους Δημόσιους Οργανισμούς. Όλοι οι παραπάνω Δημόσιοι οικονομικοί οργανισμοί επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργία των ιδιωτικών επιχειρήσεων, είτε επειδή προσφέρουν αγαθά ή υπηρεσίες απαραίτητες για τη λειτουργία τους, είτε επειδή καταναλώνουν προϊόντα ή υπηρεσίες που προσφέρονται από αυτές ή επειδή λειτουργούν ως ανταγωνιστές μεταξύ τους (Κρατικά Νοσοκομεία-Ιδιωτικές Κλινικές) ή επειδή επεμβαίνουν στη Χρηματοοικονομική τους κατάσταση. Σημαντικά χαρακτηριστικά των σύγχρονων οργανισμών του 21^{ου} αιώνα είναι η ενσωμάτωση ανανεωμένης γνώσης και τεχνολογίας στις λειτουργίες τους και η μετεξέλιξη τους σε οργανισμούς μάθησης και ευφυείς οργανισμούς. Επίσης η πορεία τους προς την αριστεία εφαρμόζοντας πολιτικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η έννοια ελαστικών/ευέλικτων επιχειρήσεων που κερδίζουν συνεχώς έδαφος και η τόνωση της επιχειρηματικότητας με την καινοτομία.

Οι οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν ένα δυναμικό τομέα, ο οποίος χαρακτηρίζεται από συνεχή αγώνα για την παροχή της πιο αποτελεσματικής, ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας. Η επιτυχία τέτοιων οργανισμών προϋποθέτει μία ισχυρή ηγεσία, τόσο των διοικητικών όσο και των κλινικών ομάδων, ενώ παράλληλα απαιτείται και η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Μια συστηματική προσέγγιση που στοχεύει στην ευθυγράμμιση των προσωπικών στόχων των εργαζομένων με τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της συνολικής απόδοσης είναι η Διοίκηση με στόχους (Management By Objectives ή MBO).

Η Διοίκηση βάσει αντικειμενικών στόχων θεωρείται η διαδικασία κατά την οποία τα στελέχη αναγνωρίζουν από κοινού με τους υφισταμένους τους, τους κοινούς στόχους και καθορίζουν τις βασικές περιοχές ευθύνης κάθε εργαζόμενου, σε σχέση με τα αναμενόμενα από τον καθένα αποτελέσματα τα οποία χρησιμεύουν ως οδηγοί και πρότυπα απόδοσης για τη συνεισφορά του καθενός στα επιτεύγματα της οργάνωσης. Διαδικασία-Στάδια

- 1.Εισαγωγή του προγράμματος MBO
- 2.Καθορισμός προκαταρκτικών αντικειμενικών στόχων
3. Αποσαφήνιση των ρόλων μέσα στην οργάνωση
4. Συνεργασία και διαπραγμάτευση για τον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων των υφισταμένων
- 5.Περιοδική ανασκόπηση
6. Τελική αξιολόγηση της απόδοσης.

Σημαντικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι η υπερβολική ενασχόληση με τους ποσοτικούς στόχους, που κατά κάποιο τρόπο μετατρέπουν την ανθρώπινη εργασία σε ρομποτική (Πετρίδου, 2020).

5.3. Management

Management είναι μια τέχνη με επιστημονική βάση. Κάποιος μπορεί να σπουδάσει την επιστήμη του management ώστε να εκπαιδευτεί να λαμβάνει τις ορθές αποφάσεις, πως να θέτει στόχους, πως να οργανώνει μια παραγωγική μονάδα, να επιλέγει και να υποκινεί το προσωπικό. Αλλά το management είναι επίσης μια τέχνη, και σαν τέτοια διδάσκεται στην πράξη.

Οι βασικές λειτουργίες του management είναι ο σχεδιασμός με τον οποίο καθορίζονται οι αντικειμενικοί στόχοι της συλλογικής δραστηριότητας και των μέσων επίτευξής τους, η οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού για την εκτέλεση της εργασίας, η διεύθυνση με την οποία δημιουργείται ευνοϊκό κλίμα στο οποίο οι εργαζόμενοι ικανοποιούν τους στόχους τους και τελικά τους προκαθορισμένους στόχους του οργανισμού, ο συντονισμός των δραστηριοτήτων και των συμμετεχόντων ώστε να λειτουργήσουν αρμονικά προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού και ο έλεγχος που θα συγκρίνει τα πραγματικά αποτελέσματα με τους στόχους ώστε να προκύπτει το μέτρο της επιτυχίας ή της αποτυχίας (Καριώτης, 1992).

Από τη στιγμή που μελετώνται στην παρούσα διατριβή οι σύγχρονες δεξιότητες σε χώρους της υγείας κρίνεται απαραίτητο να γίνει αναφορά στο νοσοκομειακό management.

Επομένως, το μοντέλο του νοσοκομειακού management είναι δομημένο από το σύστημα νοσοκομειακού management, το σύστημα οργάνωσης, τη μεθοδολογία διοίκησης και το ανθρώπινο δυναμικό.

Η κατώτερη βαθμίδα που εκπροσωπεί το επιχειρησιακό management αφορά την καθημερινή πρακτική, τη χρήση των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται ισχύουν για βραχύ χρονικό διάστημα και τα διατιθέμενα μέσα θεωρούνται δεδομένα. Ο καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων πρέπει να είναι η υπάρχουσα ροή των ασθενών. Ενώ η λειτουργία του σχεδιασμού έχει μακροπρόθεσμο χαρακτήρα και οι διατιθέμενοι πόροι μεταβλητοί. Τα χρονοδιαγράμματα έχουν συνήθως ετήσια διάρκεια. Τέλος στο ανώτατο επίπεδο management λαμβάνονται αποφάσεις μακροχρόνιας ισχύος, έχουν γενική ισχύ αλλά πρέπει να ελέγχονται και να επαναπροσδιορίζονται τακτικά.

Όσον αφορά το σύστημα οργάνωσης του νοσοκομειακού management η διαδικασία διαμόρφωσης ευσταθών τυπικών οργανωτικών δομών ξεκινά από τις κάτωθι νοσοκομειακές δομές:

- Επιχειρησιακές δομές που περιλαμβάνουν τις σχετικά μεγάλες και αυτόνομες οργανωτικές δομές του νοσοκομείου
- Κεντρικές υπηρεσίες οι οποίες εξυπηρετούν πολλά ή και όλα τα νοσοκομειακά υποσυστήματα
- Διεύθυνση του νοσοκομείου είναι το όργανο εκείνο, το οποίο ιεραρχικά βρίσκεται στην κορυφή της όλης νοσοκομειακής δομής και ασκεί τη γενική διοίκηση.

Τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου είναι αφενός πνευματικοί εργάτες που επιλύουν διανοητικά τα διάφορα προβλήματα προκειμένου να λάβουν κάποιες αποφάσεις και αφετέρου καθοδηγούν και ελέγχουν τους εργαζομένους. Επιλέγουν μεθόδους επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων και καθοδήγησης και ελέγχου των εργαζομένων (Καριώτης, 1992).

Για ποιο λόγο τότε αρκετά συχνά συναντάται αποτυχία του προγραμματισμού και του μάνατζμεντ στο χώρο της υγείας; Υπάρχει αδυναμία προγραμματισμού της διαθεσιμότητας των κρεβατιών σε κάθε νοσοκομείο που εφημερεύει επειδή οι εισαγωγές στα νοσοκομεία είναι πολλές και ανεξέλεγκτες. Τα μέσα διακομιδής των ασθενών στα νοσοκομεία είναι το ΕΚΑΒ, ιδιωτικό ασθενοφόρο και ιδιωτικό μέσο και μάλιστα αυτό που έχει επικρατήσει με ποσοστό 60% είναι το ιδιωτικό μέσο. Οι τελικές εισαγωγές του νοσοκομείου προέρχονται κυρίως από έκτακτα περιστατικά καταλαμβάνοντας το 90% των εισαγωγών. Καταλήγουμε το σύστημα επείγουσας περίθαλψης να αποτελεί την εύκολη πρόσβαση του ασθενή για την εισαγωγή του στο νοσοκομείο (Γείτονα κ.α., 2000).

Γι' αυτό το λόγο εκδόθηκε η Αριθμ.Γ2γ/Γ.Π.8716/21.02.2025 Απόφαση Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας (ΦΕΚ 785/τ.Β'/24.02.2025) με θέμα «Εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων λεκανοπεδίου Αττικής και άλλες ρυθμίσεις» προκειμένου να ελαφρύνει την κύρια εφημερία των νοσοκομείων δίνοντας το δικαίωμα σε βαριά περιστατικά να προσέρχονται στις ενδιάμεσες εφημερίες.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ανωτέρω απόφαση, τα Νοσοκομεία του Πειραιά και της ευρύτερης περιοχής: Τζάνειο και Μεταξά, τα οποία εντάσσονται λειτουργικά στην Α' Ομάδα Νοσοκομείων Λεκανοπεδίου Αττικής, το «Αττικόν» και το Ασκληπιείο Βούλας που εντάσσονται λειτουργικά στην Β' Ομάδα Νοσοκομείων Λεκανοπεδίου Αττικής, το νοσοκομείο Νίκαιας και το Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγ. Βαρβάρα», που εντάσσονται στην Γ' Ομάδα Νοσοκομείων Λεκανοπεδίου Αττικής και το Θριάσιο, που εντάσσεται στην Δ' Ομάδα Νοσοκομείων Λεκανοπεδίου Αττικής, εφημερεύουν κάθε 4^η ημέρα.

Τα παραπάνω αποτελούν τα Νοσοκομεία «Κύριας Εφημερίας» και λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως πρωινής, απογευματινής και νυκτερινής εφημερίας.

Κατά την «Κύρια Εφημερία», τα νοσοκομεία λειτουργούν από τις 8 το πρωί μέχρι τις 8 το πρωί της επόμενης ημέρας και δέχονται μόνο έκτακτα περιστατικά.

Το Τζάνειο, το Ασκληπιείο Βούλας και το Θριάσιο δέχονται έκτακτα περιστατικά από το ΕΚΑΒ κάθε δεύτερη ημέρα, μετά την κύρια εφημερία τους από τις 8 το πρωί ως τις 2.30 το μεσημέρι.

Την επομένη της «Κύριας Εφημερίας» δεν εισάγονται έκτακτα περιστατικά στο Νοσοκομείο. Για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος, τα Νοσοκομεία που εφημερεύουν συνεπικουρούνται από τα Νοσοκομεία της ίδιας Ομάδας Εφημέρευσης, όταν αυτό απαιτείται, υπό τον συντονισμό του Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας του ΕΚΑΒ. Οι κενές κλίνες των Τμημάτων του κάθε Τομέα χρησιμοποιούνται για την εξυπηρέτηση ασθενών και άλλων Τμημάτων άλλου Τομέα, μετά από εισηγήσεις του

Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και την τελική απόφαση του Διοικητή σύμφωνα με τους εγκεκριμένους οργανισμούς των νοσοκομείων.

5.4. Ορισμοί και Διάκριση Γνώσης, Ικανοτήτων και Δεξιοτήτων και Εμπειριών

Γνώση είναι η κατάσταση του γνωρίζειν -εξοικείωση, επίγνωση, κατανόηση, η οποία αποκτάται μέσω παρατήρησης, εμπειρίας ή/και μελέτης (Barratt & Georges, 2000).

Την ώρα της γέννησης προσφέρονται υπέροχα «δώρα γενεθλίων» όπως ταλέντα, δυνατότητες, προνόμια, νοημοσύνη, ευκαιρίες που χωρίς τη δική μας προσπάθεια θα παραμείνουν κλεισμένα στο κουτί τους. Όσο περισσότερο αξιοποιούμε και μεγεθύνουμε τα σημερινά μας ταλέντα, τόσο περισσότερα μας προσφέρονται και τόσο περισσότερο αυξάνονται οι δυνατότητες μας (Barratt & Georges, 2000).

Ικανότητες και Δεξιότητες

Οι ικανότητες και οι δεξιότητες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ατομική συμπεριφορά και απόδοση. Η έννοια της ικανότητας θεωρείται ευρύτερη από εκείνη της δεξιότητας γιατί επιτρέπει στο άτομο να μπορεί να μεταφέρει δεξιότητες και γνώσεις σε νέες συνθήκες (Elkin, 1990). Σύμφωνα με το CEDEFOP (2004) ικανότητα είναι η αποδεδειγμένη δυνατότητα του ατόμου να αξιοποιεί την τεχνογνωσία, τις δεξιότητες, τα προσόντα και τις γνώσεις του, ώστε να διαχειρίζεται με επιτυχία τόσο τις ήδη υπάρχουσες όσο και νέες επαγγελματικές καταστάσεις.

Δεξιότητα είναι το ταλέντο που αποκτάται από ένα άτομο όταν μαθαίνει να εκτελεί μια εργασία. Οι δεξιότητες αλλάζουν ως αποτέλεσμα εκπαίδευσης ή εμπειρίας του ατόμου, γι' αυτό καθώς εκπαιδεύεται ένα άτομο μπορεί να αποκτήσει νέες δεξιότητες.

Η διάκριση δεξιοτήτων γίνεται βάσει του βαθμού γενικότητας δηλαδή διαφοροποιούνται ανάλογα με το βαθμό γενικότητας. Οι γενικές δεξιότητες έχουν εφαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα πεδίων γνώσης, ενώ οι ειδικές δεξιότητες είναι χρήσιμες μόνο σε ορισμένα πεδία. Η στοχοθεσία και η παρακολούθηση της εξέλιξης της προόδου σε σχέση με το στόχο είναι γενικές δεξιότητες διότι συμβάλλουν στην απόκτηση γνωστικών, κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Κάθε τύπος μάθησης δεξιοτήτων έχει μοναδικά στοιχεία και είναι σημαντικό να προσδιοριστεί σε κάθε μορφή μάθησης πόσο απαραίτητες είναι οι γενικές και ειδικές δεξιότητες, ποιες είναι αυτές οι δεξιότητες και ποια πορεία ακολουθεί η απόκτησή τους. Οι γενικές γνώσεις περιλαμβάνουν τις στρατηγικές για την επίλυση προβλημάτων, την εφευρετική σκέψη, τη λήψη αποφάσεων, τη μάθηση και την καλή νοητική διαχείριση είτε αυτή ονομάζεται αυτοέλεγχος, αυτορρύθμιση ή μεταγνώση. Οι έμπειροι λύτες προβλημάτων χρησιμοποιούν γενικές στρατηγικές όταν αντιμετωπίζουν άγνωστα προβλήματα.

Σύμφωνα με τον Ohlsson το μοντέλο απόκτησης δεξιοτήτων μέσω εξάσκησης περιλαμβάνει τρεις υπολειτουργίες: παραγωγή σχετικών με το έργο συμπεριφορών,

προσδιορισμός σφαλμάτων και διόρθωση σφαλμάτων. Αυτό το μοντέλο περιλαμβάνει γενικές και ειδικές διαδικασίες που έχουν σχέση με το εκάστοτε έργο. Στην αρχή η στρατηγική είναι γενική ,αλλά όσο προχωρά η μάθηση προσαρμόζεται στις ανάγκες του έργου. Επομένως ,με τη μάθηση και την εξάσκηση οι γενικές μέθοδοι γίνονται πιο εξειδικευμένες.

Η μετάβαση από το επίπεδο του αρχαρίου στο επίπεδο του ειδήμονα βασίζεται σε συγκεκριμένη μεθοδολογία δηλαδή η βασική ιδέα του μοντέλου αυτού για να γίνουμε ικανότεροι σε έναν τομέα, είναι η ενδεδειγμένη μελέτη ενός ατόμου που εκτελεί καλά μια δεξιότητα, ώστε να μάθουμε τι γνώσεις διαθέτει, ποιες διαδικασίες και στρατηγικές είναι χρήσιμες, πως να αντιμετωπίζουμε δύσκολες καταστάσεις και πως να διορθώνουμε τα λάθη. Αυτή την πορεία ακολουθούν οι μαθητείες, η κατάρτιση στο χώρο εργασίας και οι σχέσεις με μέντορες. Βέβαια το μοντέλο αυτό έχει κάποια μειονεκτήματα διότι εστιάζει στην περιγραφή και όχι στην αιτιολογία, δηλαδή περιγράφει τι κάνουν τα άτομα που μαθαίνουν, χωρίς όμως να εξηγεί γιατί. Επιπρόσθετα, οι Sternberg και Horvath υποστήριξαν ότι δεν υπάρχει ένα και μοναδικό πρότυπο με καθορισμένο σύνολο δεξιοτήτων ειδημοσύνης για έναν ορισμένο τομέα (Schunk, 2008).

Δεξιότητες

Γενικά, ο όρος δεξιότητες αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να κάνει κάτι αποτελεσματικά. Μια βασική κατηγοριοποίηση των δεξιοτήτων περιλαμβάνει τις τεχνικές, διαπροσωπικές/κοινωνικές, γνωστικές/νοητικές και διοικητικές ικανότητες.

Οι τεχνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν τη γνώση σχετικά με μεθόδους, διαδικασίες και τεχνικές, καθώς και την ικανότητα χρήσης εργαλείων και εξοπλισμού για την εκτέλεση μιας εξειδικευμένης εργασίας και επομένως αφορούν κυρίως υλικά αγαθά.

Οι διαπροσωπικές/κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν τη γνώση σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις διαπροσωπικές σχέσεις, ικανότητα κατανόησης συναισθημάτων, συμπεριφορών και αφορούν κυρίως τους ανθρώπους.

Οι γνωστικές/νοητικές δεξιότητες περιλαμβάνουν τη γενική αναλυτική ικανότητα, λογικό συλλογισμό, δημιουργικότητα στην επίλυση προβλημάτων και παραγωγής ιδεών και αφορούν ιδέες και έννοιες.

Τέλος, οι διοικητικές ικανότητες περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό τεχνικών, γνωστικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων και αφορούν την εκτέλεση ενός συγκεκριμένου τύπου διοικητικής λειτουργίας και συμπεριφοράς (Yukl, 2006).

Εμπειρία είναι μια ικανότητα προερχόμενη από προηγούμενες πρακτικές εφαρμογές, η οποία βοηθά να κάνεις κάτι σωστά σε συνεχή βάση ενώ τίτλοι , επαγγελματικές πιστοποιήσεις ή τυπικά προσόντα επιτρέπουν σε ένα άτομο να παρέχει επίσημη, νομική ή ακαδημαϊκή μαρτυρία δεξιότητας ή και άδειας άσκησης μιας δουλειάς (Barratt & Georges, 2000).

Σύμφωνα με τον Gibb (1997) για να μάθεις καλύτερα από την εμπειρία πρέπει να συνδυάσεις τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις αξίες και τις στάσεις ώστε να

αλληλεπιδράσουν στη μαθησιακή διαδικασία. Επομένως, αυτό που χρειάζεται στην ουσία είναι μια προσέγγιση για μάθηση μέσα από τη δράση.

Η νοητική ικανότητα αναφέρεται στο επίπεδο νοημοσύνης κάποιου και μπορεί να διαιρεθεί σε υποκατηγορίες που περιλαμβάνουν την ευχέρεια λόγου και κατανόηση, την επαγωγική και απαγωγική σκέψη, τη συσχετιστική μνήμη και τον χωρικό προσανατολισμό. Ένας από τους καλύτερους προγνωστικούς παράγοντες για την επιλογή ατόμου για μια συγκεκριμένη θέση, όσον αφορά την ικανότητα εκπαίδευσης και την εργασιακή επιτυχία, είναι η νοητική ικανότητα (Konopaske et al, 2023).

Υπάρχουν τέσσερις μορφές νοημοσύνης/ικανότητες: τις φυσικές/οικονομικές, τις συναισθηματικές/κοινωνικές, τις ψυχολογικές και τις πνευματικές. Οι τέσσερις μορφές νοημοσύνης αντιστοιχούν στις τέσσερις διαστάσεις της ανθρώπινης φύσης, συμβολίζονται δηλαδή από το σώμα, την καρδιά, το νου και το πνεύμα (Barratt & Georges, 2000).

Εξετάζοντας την επίδραση των ανωτέρω στο εργασιακό περιβάλλον γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι προσωπικές ικανότητες και δεξιότητες των εργαζομένων επηρεάζουν την απόδοσή τους στην εργασία, αφορούν τις φυσικές και ψυχικές ικανότητες τους, οι οποίες ανάλογα το βαθμό που έχουν καλλιεργηθεί και εξασκηθεί, χαρακτηρίζονται ως δεξιότητες. Στο έργο του Γκάιτε «Εκλεκτικές Συγγένειες» (1809) τονίζεται ότι σκοπός της εκπαίδευσης είναι να μετατρέψει τις ικανότητες σε δεξιότητες.

Σημαντικές δεξιότητες για την αποτελεσματικότητα των μάνατζερ αποτελούν οι δεξιότητες λήψης αποφάσεων, κριτικής ανάλυσης γεγονότων, δεξιότητες επικοινωνίας και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων. Στοιχεία της προσωπικότητας των εργαζομένων όπως το σύνολο των έμφυτων και επίκτητων γνωρισμάτων, κλίσεων, επιθυμιών, ενστίκτων, συνδέονται άμεσα την συμπεριφορά τους και με τα αποτελέσματα που θα επιφέρουν στον οργανισμό. Η Οργανωσιακή Συμπεριφορά μελετά και υποστηρίζει το έργο των στελεχών σε αυτούς τους τομείς.

Το διανοητικό κεφάλαιο αντιπροσωπεύει τη γνώση και τις πληροφορίες που έχουν συσσωρευθεί κατά το πέρασμα των χρόνων, τις ικανότητες, δεξιότητες, τις εμπειρίες, τις αξίες των εργαζομένων απέναντι στα ζητήματα της δια βίου μάθησης. Σημαντικό στοιχείο είναι ο βαθμός διακίνησης της γνώσης μεταξύ των συναδέλφων, δηλαδή κατά πόσο υπάρχουν μηχανισμοί διάχυσης της γνώσης και προθυμία μεταξύ των εργαζομένων για διαμοιρασμό γνώσεων και υποστήριξη από πολιτικές και πρακτικές διοίκησης για να αναπτύξει η επιχείρηση χαρακτηριστικά «οργανισμού γνώσης» (Πετρίδου, 2020).

Τα στελέχη ενός οργανισμού που ασκούν διοίκηση θα πρέπει να αξιοποιήσουν τις γνώσεις τους προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με ασθενείς, με συναδέλφους, με τον ίδιο τον οργανισμό καθώς με άτομα του συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος. Η κριτική σκέψη περιλαμβάνει την εξέταση των βασικών υποθέσεων που αφορούν στις σχετικές ενδείξεις, την αξιολόγηση επιχειρημάτων, την εύρεση εναλλακτικών λύσεων για την επίτευξη ενός και

συναρπαστικού συμπεράσματος. Συγκεκριμένα για το χώρο της υγείας μελέτες έδειξαν ότι νοσηλευτές που εποπτεύονται από στελέχη με υψηλότερες δεξιότητες κριτικής σκέψης, αντιλαμβάνονται το περιβάλλον εργασίας τους να είναι πιο θετικό απ' ό,τι εκείνοι που εποπτεύονται από στελέχη με περιορισμένες δεξιότητες κριτικής σκέψης.

Οι νοσηλευτές μπορούν να επενδύσουν στις γνώσεις που απέκτησαν στη σχολή, για να κάνουν τη διαδικασία της κριτικής σκέψης μια συνειδητή διαδικασία στις καθημερινές δραστηριότητές τους. Η δημιουργικότητα είναι μέρος της διαδικασίας κριτικής σκέψης με την οποία αναπτύσσονται και εφαρμόζονται νέες και καλύτερες λύσεις. Η διατήρηση ενός ορισμένου επιπέδου δημιουργικότητας κρατάει έναν οργανισμό ζωντανό.

Η δημιουργικότητα έχει τέσσερα στάδια: την προετοιμασία, την επώαση, τη διορατικότητα και την επαλήθευση. Ακόμα και άνθρωποι που θεωρούν ότι δεν είναι εκ φύσεως δημιουργικοί μπορούν να μάθουν αυτή τη διαδικασία. Έχει διαπιστωθεί ότι οι τρεις (3) παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη γέννηση δημιουργικών ιδεών είναι ένα πιεστικό επιχειρηματικό πρόβλημα ή πρόκληση, ένα ευρύ φάσμα σημαντικών επιρροών, που δίνουν τη δυνατότητα να εξεταστεί το πρόβλημα από διαφορετική οπτική γωνία και ένα περιβάλλον στο οποίο το άτομο μπορεί, υποσυνείδητα ή συνειδητά, να συλλογιστεί σφαιρικά το πρόβλημα και να κάνει τους σωστούς χειρισμούς (Syrett & Lammiman, 2004).

Η επίλυση ενός προβλήματος περιλαμβάνει τον εντοπισμό της αιτίας ενός προβλήματος και τη λύση του, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει τη λήψη απόφασης για τη σωστή λύση είτε όχι. Οι μέθοδοι επίλυσης προβλημάτων περιλαμβάνουν τη δοκιμή και το λάθος, τη διαίσθηση, τον πειραματισμό, την εμπειρία του παρελθόντος, την παράδοση και τα προβλήματα που αυτό-επιλύονται.

Η λήψη αποφάσεων μπορεί να αφορά ένα πρόβλημα μπορεί και όχι, αλλά πάντα προϋποθέτει την επιλογή μιας από τις πολλές εναλλακτικές λύσεις. Επομένως, η λήψη αποφάσεων είναι ένα υποσύνολο της επίλυσης προβλημάτων. Και οι δύο διαδικασίες χρησιμοποιούν τις δεξιότητες κριτικής σκέψης.

Η ομάδα επίλυσης προβλημάτων μπορεί να λειτουργήσει θετικά παρέχοντας περισσότερες γνώσεις και πληροφορίες απ' ό,τι ένα άτομο μεμονωμένα αλλά μπορεί να λειτουργήσει και αρνητικά αν δημιουργεί αναστάτωση, συγκρούσεις ή προβληματική ομαδική σκέψη (Sullivan, 2016).

Σε αυτό το σημείο θα αναλυθούν οι δεξιότητες στελεχών Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων. Οι ικανότητες οργανώνονται σύμφωνα με τους τέσσερις ρόλους δηλαδή ο στρατηγικός εταίρος συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων βάσει δεδομένων, ο παράγοντας αλλαγής δραστηριοποιείται στις διαπραγματεύσεις, στην επικοινωνία και στην αντιμετώπιση της αντίστασης στις αλλαγές. Ο συνήγορος του υπαλλήλου παρέχει συμβουλές και αναπτύσσει ομάδες ενώ ο διοικητικός εμπειρογνώμονας ασχολείται με τη νομική συμμόρφωση, τη διαχείριση συμβάσεων,

Αναμένεται ότι το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης νέων θέσεων απασχόλησης κατά επαγγελματικές ειδικότητες θα παρατηρηθεί σε δασκάλους, βιβλιοθηκάρχους και συμβούλους, επαγγέλματα σχετικά με υπολογιστές, μαθηματικά και έρευνα, και επαγγέλματα σχετικά με την εκτίμηση της υγείας και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο μεγαλύτερος αριθμός προσφερόμενων θέσεων εργασίας θα είναι σε επαγγέλματα για τα οποία απαιτείται πτυχίο και κατάρτιση. Ο τομέας των υπηρεσιών είναι η επόμενη ταχύτερα αναπτυσσόμενη ομάδα θέσεων εργασίας. Επομένως για να μεγιστοποιηθεί η ικανοποίηση του πελάτη, οι εταιρίες θα πρέπει να διασφαλίζουν θετικές εμπειρίες για εκείνον και την εφαρμογή προοδευτικών πολιτικών Διαχείρισης Ανθρώπινου Παραδείγματος (ΔΑΠ) (Sullivan, 2016).

Ενδεικτικά, οι πολιτικές ΔΑΠ περιλαμβάνουν την εμπειρία του εργαζόμενου που είναι η νέα εμπειρία του πελάτη, επένδυση στην εκπαίδευση, ενδυνάμωση και αναγνώριση και ευέλικτο περιβάλλον εργασίας. Έρευνες δείχνουν ότι οι ευτυχισμένοι και ικανοποιημένοι εργαζόμενοι (Employee Experience - EX) προσφέρουν σημαντικά καλύτερη εξυπηρέτηση, οδηγώντας σε 12% υψηλότερα σκορ ικανοποίησης πελατών (Psico-smart Editorial Team, 2025). Επίσης η συνεχής κατάρτιση είναι απαραίτητη για να ανταποκρίνονται οι εργαζόμενοι στις μεταβαλλόμενες προσδοκίες των πελατών (Shen and Tang, 2018) και η επιβράβευση της πελατοκεντρικής συμπεριφοράς και η παροχή αυτονομίας στους εργαζόμενους για την επίλυση προβλημάτων ενισχύει τη δέσμευσή τους (engagement). Τέλος πολιτικές που προάγουν την ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, μειώνοντας το στρες που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών.

Η ζήτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων αντικαθίσταται από την ανάγκη για γνωστικές δεξιότητες (ικανότητα μαθητικής σκέψης και έκφρασης λόγου), διαπροσωπικές δεξιότητες που σχετίζονται με την ικανότητα εργασίας σε ομάδες ή σε βάση αλληλεπίδρασης με πελάτες. Επίσης πολλές θέσεις απασχόλησης ιδιαίτερα στον τομέα ηλεκτρονικού επιχειρείν απαιτούν δεξιότητες σχετικές με την τεχνολογία. Οι γνωστικές και διαπροσωπικές δεξιότητες στον τομέα των υπηρεσιών είναι σημαντικές επειδή οι υπάλληλοι αναλαμβάνουν την ευθύνη για το τελικό προϊόν ή υπηρεσία. Η προσαρμογή της παραγωγής στις ανάγκες των πελατών απαιτεί οι εργαζόμενοι να είναι δημιουργικοί και ικανοί για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν.

Οι βασικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την **επικοινωνία**, την **επίλυση προβλημάτων**, την **προσαρμοστικότητα**, την **ομαδική εργασία**, τη **διαχείριση χρόνου**, την **κριτική σκέψη** και τις **ψηφιακές δεξιότητες** (π.χ. χρήση υπολογιστή, email), καθώς και την **συναισθηματική νοημοσύνη** και τις **ηγετικές ικανότητες**, είναι απαραίτητες για την προσωπική ολοκλήρωση, την απασχολησιμότητα και την κοινωνική ένταξη. Αυτές οι ικανότητες είναι κρίσιμες τόσο στην εργασία όσο και στην καθημερινή ζωή.

Αναλυτικότερα παρουσιάζονται η γνωστική ικανότητα, η ικανότητα ανάγνωσης και η ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων.

Η γνωστική ικανότητα περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: την κατανόηση λόγου, την ποσοτική ικανότητα και τη συλλογιστική ικανότητα. Η κατανόηση λόγου αφορά την δυνατότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί τη γραπτή και ομιλούμενη γλώσσα. Η ποσοτική ικανότητα αναφέρεται στην ταχύτητα και την ακρίβεια με την οποία ένα άτομο μπορεί να επιλύσει αριθμητικά προβλήματα. Η συλλογιστική ικανότητα αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να επινοήσει λύσεις σε προβλήματα. Γενικώς η γνωστική ικανότητα επηρεάζει τη μάθηση και την εργασιακή απόδοση και η σημασία της για την επιτυχία στην εργασία αυξάνεται με την πολυπλοκότητα της απασχόλησης.

Ένας γιατρός στα επείγοντα περιστατικά χρειάζεται υψηλότερο επίπεδο κατανόησης του λόγου, καθώς και ποσοτικής και συλλογιστικής ικανότητας από τον ταμία. Ο γιατρός επίσης χρειάζεται ποσοτική ικανότητα, αλλά σε υψηλότερο επίπεδο. Για παράδειγμα όταν φροντίζει ένα νεογέννητο που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, ο γιατρός πρέπει να υπολογίσει με ακρίβεια τη δόσολογία του απαιτούμενου φαρμάκου, να διαγνώσει έγκαιρα την κατάσταση και να δρομολογήσει τις απαραίτητες ενέργειες.

Η ικανότητα ανάγνωσης αναφέρεται στο επίπεδο δυσκολίας κατανόησης του γραπτού υλικού και η μη ύπαρξη κατάλληλου επιπέδου ανάγνωσης μπορεί να εμποδίσει την απόδοση και τη μάθηση σε προγράμματα κατάρτισης (Noe et al, 2009). Η ανάπτυξη του προσωπικού είναι ένας οικονομικά αποδοτικός και πρόσφορος τρόπος για την ανάδειξη επικεφαλής στον οργανισμό γιατί η διοίκηση γνωρίζει τις δεξιότητες και τις δυνατότητες των υποψηφίων, με αποτέλεσμα να μειώνεται το κόστος για τη διατήρηση της υψηλής επίδοσης τους και μπορεί να σχεδιασθεί ένα πρόγραμμα που να καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού. Ως συνέπεια αναπτύσσεται μια δεξαμενή υποψηφίων διαθέσιμων ανά πάσα στιγμή για προώθηση σε θέσεις υψηλότερου επιπέδου (Sullivan, 2016).

5.5. Δεξιότητες Manager

Οι μάνατζερ για να διαχειριστούν επιτυχώς το πολύμορφο εργατικό δυναμικό θα πρέπει να διαθέτουν μια σειρά από νέες δεξιότητες όπως αποτελεσματική επικοινωνία με τους υπαλλήλους, καθοδήγηση και εξέλιξη τους ανεξαρτήτως ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου, καταγωγής και φυλής. Επίσης θα πρέπει να τους προσφέρουν το κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον χωρίς στερεότυπα και προκαταλήψεις ώστε να είναι δημιουργικοί και καινοτόμοι. Επιπρόσθετα θα πρέπει να δημιουργήσουν ως κίνητρα συστήματα αμοιβής, αντιπαροχές για τη συνεισφορά των υπαλλήλων και να τους χορηγήσουν πρόσθετες παροχές ως ανταλλάγματα για τη συνεισφορά τους στην παραγωγικότητα, ποιότητα και εξυπηρέτηση πελατών.

Οι υπάλληλοι για να έχουν κίνητρα μάθησης από προγράμματα κατάρτισης θα πρέπει να γνωρίζουν τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους και τη σχέση του προγράμματος κατάρτισης και της βελτίωσης των αδύνατων σημείων τους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη

διενέργεια συζητήσεων σχετικά με την ανέλιξη τους, την αυτοαξιολόγησή τους και την ανταλλαγή πληροφοριών αξιολόγησης της απόδοσής τους (Noe et al, 2009).

Το μοντέλο των πέντε μεγάλων παραγόντων της προσωπικότητας

Το Μοντέλο των Πέντε Μεγάλων Παραγόντων της Προσωπικότητας (γνωστό και ως Big Five) περιγράφει την ανθρώπινη προσωπικότητα μέσα από πέντε βασικές, ανεξάρτητες διαστάσεις: Δεκτικότητα σε Εμπειρίες (Openness), Εξωστρέφεια (Extraversion), Συνεργατικότητα/Προσήνεια (Agreeableness), Ευσυνειδησία (Conscientiousness) και Νευρωτισμός (Neuroticism). Αυτό το μοντέλο αποτελεί ένα από τα πιο αποδεκτά εργαλεία στην ψυχολογία για την κατανόηση, αξιολόγηση και πρόβλεψη συμπεριφορών σε διάφορους τομείς.

Έχει πρακτική εφαρμογή στην κατανόηση των δυναμικών των ομάδων και την πρόβλεψη απόδοσης.

Οι δεξιότητες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα των managers είναι οι τεχνικές, οι αντιληπτικές και οι διαπροσωπικές.

Οι τεχνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν τη γνώση για τις μεθόδους, τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό για την εκτέλεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Επίσης περιλαμβάνουν την γνώση της επιχείρησης και τη γνώση γύρω από τα προϊόντα και τις υπηρεσίες αντίστοιχα. Οι γνώσεις αυτές κατακτούνται με τον συνδυασμό εκπαίδευσης, εξάσκησης και εμπειρίας.

Οι αντιληπτικές ικανότητες αφορούν στην ορθή κρίση, στην ικανότητα πρόβλεψης στη διαισθητικότητα, στη δημιουργικότητα και κάποιες μπορούν να μετρηθούν με τεστ ικανοτήτων όπως η αναλυτική σκέψη, η λογική σκέψη κτλ.

Οι διαπροσωπικές ικανότητες περιλαμβάνουν τη γνώση σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις διαδικασίες της ομάδας, την ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και την ικανότητα επικοινωνίας με αποτελεσματικό τρόπο.

Άλλες ηγετικές ικανότητες είναι η συναισθηματική νοημοσύνη όπου είναι ο βαθμός με τον οποίο ένα άτομο ισορροπεί τα δικά του συναισθήματα με των άλλων.

Η κοινωνική νοημοσύνη ορίζεται ως η ικανότητα αναγνώρισης των απαιτήσεων της ηγεσίας σε κάποια συγκεκριμένη περίσταση και η επιλογή της κατάλληλης αντίδρασης. Βασικά συστατικά είναι η κοινωνική αντίληψη και η ευελιξία στη συμπεριφορά (Yukl, 2006).

Οι τρεις δεξιότητες αν και πρέπει να συνυπάρχουν σε κάθε περίπτωση δεν χρησιμοποιούνται στον ίδιο βαθμό. Παραθέτοντας ένα παράδειγμα η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας βασίζεται κυρίως στις διανοητικές της δεξιότητες καθώς το κύριο αντικείμενο της είναι η γενική ευθύνη για την προσαρμογή των νοσηλευτικών υπηρεσιών στην εκάστοτε λειτουργική κατάσταση του νοσοκομείου. Όσον αφορά τις τεχνικές εργασίες η Διευθύντρια βασίζεται σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό (Καριώτης, 1992).

5.6. Δεξιότητες διοικητικών στελεχών

5.6.1. Τύποι διευθυντικών στελεχών

Τα διευθυντικά στελέχη μιας επιχείρησης διακρίνονται ως προς τα επίπεδα διοικητικής ιεραρχίας που απασχολούνται και ως προς τις ευθύνες που αυτά έχουν. Ανάλογα με τα επίπεδα διοικητικής ιεραρχίας διακρίνονται τρεις τύποι διευθυντικών στελεχών: τα ανώτατα διευθυντικά στελέχη, τα ενδιάμεσα και τα στελέχη πρώτης γραμμής. Τα ανώτατα στελέχη είναι τα άτομα που ασχολούνται κυρίως με τη διαμόρφωση και εν μέρει με την υλοποίηση της στρατηγικής. Ανιχνεύουν το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον ώστε να προσδιορίσουν την αποστολή της επιχείρησης, να διαμορφώσουν και να υλοποιήσουν αντικειμενικούς σκοπούς, στρατηγικές και πολιτικές. Τα ενδιάμεσα στελέχη μετατρέπουν τις εντολές των ανωτάτων στελεχών σε λειτουργίες, υλοποιούν τα σχέδια που τίθενται από τα ανώτατα στελέχη και επιβλέπουν τα στελέχη πρώτης γραμμής.

Τα στελέχη πρώτης γραμμής επιβλέπουν και κατευθύνουν τους εργαζόμενους και αξιολογούν τους καθημερινούς δείκτες επίδοσης. Ανάλογα με τις ευθύνες μπορούμε να διακρίνουμε τα διευθυντικά στελέχη γραμμής και τα επιτελικά στελέχη. Οι ευθύνες και οι δραστηριότητες ενός στελέχους γραμμής επηρεάζουν άμεσα τα προϊόντα και τις υπηρεσίες μιας επιχείρησης (Maxwell, 2008). Σύμφωνα με τον Robert Katz (1955) διακρίνονται οι δεξιότητες των διοικητικών στελεχών σε τεχνικές, κριτικές και ανθρώπινες δεξιότητες.

Οι τεχνικές δεξιότητες αναφέρονται σε συγκεκριμένες θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις και τα κατώτερα διοικητικά στελέχη έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για εξειδικευμένες τεχνικές γνώσεις. Οι εννοιολογικές-κριτικές δεξιότητες αναφέρονται στις ικανότητες που έχουν τα διοικητικά στελέχη να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που ανακύπτουν, τις αιτίες αυτών και τις επιπτώσεις τους.

Το είδος των δεξιοτήτων που πρέπει τα διοικητικά στελέχη να έχουν αναπτύξει σε υψηλό βαθμό είναι οι ανθρώπινες δεξιότητες, οι ικανότητες δηλαδή κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, οι ικανότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων. Τα τρία επίπεδα των διοικητικών στελεχών χρειάζονται απαραίτητα και των τριών ειδών τις δεξιότητες, για να ασκήσουν αποτελεσματικά τις λειτουργίες του μάνατζμεντ.

Για τα ανώτερα διοικητικά στελέχη οι κριτικές δεξιότητες είναι οι περισσότερο σημαντικές, διότι γι' αυτούς είναι απαραίτητο να αντιλαμβάνονται συνολικά και συστημικά τα προβλήματα του οργανισμού σε σχέση με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον τους. Οι τεχνικές δεξιότητες είναι επίσης σημαντικές, όταν η παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών απαιτεί υψηλή τεχνολογία.

Τα κατώτερα στελέχη χρειάζονται περισσότερο τις τεχνικές δεξιότητες για να εποπτεύουν και να καθοδηγούν τους υφισταμένους, εργάτες, τεχνίτες.

Τα μεσαία στελέχη θα πρέπει να διαθέτουν στο ίδιο ικανοποιητικό επίπεδο και τα τρία είδη δεξιοτήτων. Ωστόσο, για τα στελέχη όλων των επιπέδων είναι ιδιαίτερα

σημαντικό να διαθέτουν ανθρώπινες δεξιότητες, διότι θα πετύχουν οποιοδήποτε στόχο μόνο μέσω άλλων ανθρώπων.

Τα στελέχη που δραστηριοποιούνται σε διεθνές περιβάλλον διαθέτουν διαπολιτισμικές δεξιότητες όπως ευελιξία, προσαρμοστικότητα, συναισθηματική νοημοσύνη, δεκτικότητα σε διαφορετικές κουλτούρες, ήθη και έθιμα. Σύμφωνα με τον Goleman (1995) η «*Συναισθηματική νοημοσύνη είναι η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα δικά του συναισθήματα και των άλλων και να μπορεί να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τα συναισθήματα του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις*». Η Συναισθηματική Νοημοσύνη (Emotional Intelligence) αναλύεται σε εσωτερικές/προσωπικές ικανότητες και σε εξωτερικές/κοινωνικές ικανότητες. Οι Εσωτερικές/Προσωπικές Ικανότητες (Personal Competencies) σχετίζονται με τη διαχείριση του εαυτού μας και περιλαμβάνουν την αυτοεπίγνωση (αυτογνωσία), τον αυτοέλεγχο και τα εσωτερικά κίνητρα. Ενώ οι Εξωτερικές/Κοινωνικές Ικανότητες (Social Competencies) σχετίζονται με τη διαχείριση των σχέσεων με τους άλλους και περιλαμβάνουν την κοινωνική επίγνωση (ενσυναίσθηση) και τις κοινωνικές δεξιότητες (ικανότητα επηρεασμού, διαχείριση συγκρούσεων) (Πετρίδου, 2020).

Απαιτούμενες επιδεξιότητες των διευθυντικών στελεχών

Οι απαιτούμενες επιδεξιότητες των διευθυντικών στελεχών διακρίνονται σε τεχνικές, ανθρωπιστικές, θεωρητικές και διαγνωστικές.

Η Τεχνική επιδεξιότητα σχετίζεται με το τι γίνεται και αναφέρεται σε άψυχα αντικείμενα. Είναι η ικανότητα χρήσης εργαλείων, διαδικασιών και προσεγγίσεων για την επίτευξη κάποιου προκαθορισμένου στόχου. Τα διευθυντικά στελέχη αποκτούν εμπειρία με την απασχόληση τους στη συγκεκριμένη εργασία και δεύτερον τα στελέχη χρησιμοποιούν τις ικανότητες τους για την εκτέλεση των διαφόρων εργασιών.

Η Ανθρωπιστική επιδεξιότητα σχετίζεται με το πως η εργασία πραγματοποιείται και αναφέρεται στους εργαζόμενους. Είναι η ικανότητα να επιλέγεις, να παρακινείς, να συνεργάζεσαι, να ακούς, να επιλύεις παρεξηγήσεις και να ηγείσαι εργαζομένων, μεμονωμένων ή σε ομάδες.

Η Θεωρητική επιδεξιότητα σχετίζεται με το γιατί πραγματοποιείται μια ενέργεια καθώς επίσης και με τη συνολική θεώρηση της επιχείρησης. Είναι η ικανότητα της ένωσης και συνεργασίας διαφόρων επιχειρησιακών δραστηριοτήτων, ώστε το στέλεχος να μπορεί να προβλέψει τη συνολική εικόνα της επιχείρησης, δηλαδή πως λειτουργούν, συνεργάζονται και αλληλοεπιδρούν τα διάφορα τμήματα του οργανισμού και πως μια αλλαγή σε ένα τμήμα μπορεί να επηρεάσει άλλο τμήμα και κατ' επέκταση όλη την επιχείρηση.

Η Διαγνωστική επιδεξιότητα είναι η ικανότητα της άμεσης πρόσβασης στην πραγματική αιτία μιας κατάστασης μέσω της χρησιμοποίησης δεδομένων, παρατηρήσεων και γεγονότων. Είναι η ικανότητα της να παραμερίζει τα ασήμαντα

γεγονότα και γρήγορα να φτάνεις στην πραγματική αιτία, στην καρδιά των προβλημάτων.

Οι τέσσερις δεξιότητες διαβαθμίζονται ανάλογα με το επίπεδο της διοικητικής ιεραρχίας. Στα χαμηλότερα επίπεδα η κύρια ανάγκη είναι για τεχνικές και ανθρωπιστικές επιδεξιότητες. Στα υψηλότερα επίπεδα η αποτελεσματικότητα των στελεχών εξαρτάται κυρίως από τις ανθρωπιστικές και θεωρητικές επιδεξιότητες, ενώ στην κορυφή βρίσκονται οι θεωρητικές και διαγνωστικές επιδεξιότητες. Και στα τρία επίπεδα ιεραρχίας οι ανθρωπιστικές δεξιότητες κατέχουν σημαντική θέση.

Η απόκτηση των ανωτέρω διευθυντικών δεξιοτήτων γίνεται μέσω της εκπαίδευσης, εμπειρίας και σχέσης συμβούλου, οι οποίοι τρόποι αναλύονται παρακάτω. Τα διευθυντικά στελέχη μπορούν να αποκτήσουν τις απαιτούμενες δεξιότητες μέσω της εκπαίδευσης δηλαδή παρακολούθηση προπτυχιακών, αλλά κυρίως μεταπτυχιακών σπουδών.

Η Εμπειρία έχει τρία χαρακτηριστικά, την έκθεση σε ποικίλες καταστάσεις, την πάροδο του χρόνου και την ωριμότητα. Τα διευθυντικά στελέχη όταν βομβαρδίζονται από γεγονότα και καταστάσεις, αποκτούν με την πάροδο του χρόνου ωριμότητα και μετά την αφομοιώνουν. Οπότε μπορούν να ανταποκριθούν σε δύσκολες καταστάσεις γιατί η σωστή κρίση γεννάται από την εμπειρία, αλλά η εμπειρία γεννάται μέσα από λανθασμένη κρίση.

Όσον αφορά τη Σχέση Συμβούλου περιγράφεται ως η κατάσταση στην οποία το νέο διευθυντικό στέλεχος «αποκτά» τις διευθυντικές ικανότητες παρατηρώντας και δουλεύοντας μαζί με ένα έμπειρο στέλεχος. Στο εξωτερικό είναι μια αρκετά διαδεδομένη τεχνική, ενώ στην Ελλάδα συναντάται σε κυρίως οικογενειακές επιχειρήσεις.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Mintzberg υπάρχουν δέκα (10) επιχειρηματικοί ρόλοι που διακρίνονται σε τρεις γενικές κατηγορίες οι οποίες περιγράφουν τις δραστηριότητες ενός μάνατζερ:

1. Διαπροσωπικοί Ρόλοι (Interpersonal Roles)

Αφορούν τις σχέσεις του διευθυντή με άλλους ανθρώπους.

- Εκπρόσωπος / Τυπικός Επικεφαλής (Figurehead): Επιτέλεση συμβολικών καθηκόντων κοινωνικής ή νομικής φύσεως.
- Ηγέτης (Leader): Καθοδήγηση, παρακίνηση και εκπαίδευση των υφισταμένων.
- Σύνδεσμος (Liaison): Διατήρηση ενός δικτύου επαφών εκτός της μονάδας για την άντληση πληροφοριών.

2. Πληροφοριακοί Ρόλοι (Informational Roles)

Αφορούν τη διαχείριση και την επεξεργασία της πληροφορίας.

- Παραλήπτης / Παρακολουθητής (Monitor): Αναζήτηση και συγκέντρωση πληροφοριών για την κατανόηση του οργανισμού και του περιβάλλοντος.

- Διαχύτης / Διανομέας (Disseminator): Μεταφορά σημαντικών πληροφοριών από εξωτερικές ή εσωτερικές πηγές στα μέλη του οργανισμού.
- Εκπρόσωπος Τύπου / Ομιλητής (Spokesperson): Μεταφορά πληροφοριών για τον οργανισμό σε άτομα εκτός αυτού (π.χ. μετόχους, κοινό).

3. Ρόλοι Απόφασης (Decisional Roles)

Αφορούν τη χρήση των πληροφοριών για τη λήψη στρατηγικών επιλογών.

- Επιχειρηματίας / Καινοτόμος (Entrepreneur): Σχεδιασμός και έναρξη αλλαγών και νέων έργων μέσα στον οργανισμό.
- Χειριστής Διαταραχών / Προβλημάτων (Disturbance Handler): Ανάληψη δράσης για την επίλυση απρόοπτων προβλημάτων ή κρίσεων.
- Διαθέτης / Διανομέας Πόρων (Resource Allocator): Λήψη αποφάσεων για το πού θα διανεμηθούν ο χρόνος, τα χρήματα και το προσωπικό.
- Διαπραγματευτής (Negotiator): Εκπροσώπηση του οργανισμού σε κρίσιμες διαπραγματεύσεις με τρίτους (Maxwell, 2008).

Σύμφωνα με τον Mintzberg, ένας αποτελεσματικός μάνατζερ "εναλλάσσει" αυτούς τους ρόλους ανάλογα με τις ανάγκες της στιγμής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΨΗΦΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

6.1. Ψηφιακή Υγεία

Ψηφιακή υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ορίζεται ως η χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας και των τομέων σχετικών με την υγεία. Περιλαμβάνει τομείς όπως η ηλεκτρονική και κινητή υγεία, μεγάλα δεδομένα, τεχνητή νοημοσύνη και γονιδιωματική (Κουμπούρος, 2020). Η ψηφιακή υγεία, με επίκεντρο τον άνθρωπο, μεταμορφώνει τον τρόπο παροχής υπηρεσιών και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Διασυνδέει ιατρικό εξοπλισμό, ψηφιακές εφαρμογές, «φορητές» συσκευές, βάσεις δεδομένων και πληροφοριακά συστήματα, προσφέροντας αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες, με κύρια χαρακτηριστικά την εξατομίκευση, την άνεση και την αμεσότητα

6.1.1. Ψηφιακή Υγεία σε διάφορες χώρες

Γερμανία

Στην Γερμανία, το 2019, ψηφίστηκε σχετικό νομοσχέδιο από το κοινοβούλιο της χώρας, όπου επιτρέπει στους γιατρούς να συνταγογραφούν ψηφιακές εφαρμογές υγείας, ενώ το κόστος τους καλύπτεται στα πλαίσια της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Από τον Ιανουάριο 2020 το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μετασχηματίζεται πλήρως ψηφιακά, η τηλεϊατρική γίνεται το νέο φυσιολογικό μέσο παροχής υπηρεσιών και οι ιατροί συνταγογραφούν ψηφιακές εφαρμογές ως θεραπεία. Το γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους πολίτες, είναι το μεγαλύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη και με τον Νόμο Ψηφιακής Υγείας έδωσε τη δυνατότητα σε ασφαλιστικούς φορείς να επενδύουν σε επιχειρηματικά κεφάλαια. Επίσης ξεκίνησε η αποζημίωση εφαρμογών ψηφιακής υγείας (DiGA) μέσω του μοντέλου Fast Track. Οι ψηφιακές εφαρμογές υγείας (DiGA) θα πρέπει να περιλαμβάνουν απόρρητο, ασφάλεια και ποιότητα δεδομένων. Για να αποζημιωθεί μία εφαρμογή υγείας θα πρέπει να αποδείξει ότι βελτιώνει την παροχή υγείας. Όμως πολλοί ασθενείς παραπονιούνται ότι ο νόμος δεν τους προσφέρει την επιλογή της μη κοινοποίησης των δεδομένων τους για ερευνητικούς σκοπούς. (Κουμπούρος, 2020). Το 2026, το γερμανικό σύστημα DiGA εισέρχεται σε μια φάση ωριμότητας, εστιάζοντας περισσότερο στην πραγματική απόδοση (performance-based pricing) και στη συλλογή δεδομένων "πραγματικού κόσμου" (real-world data) για να διασφαλιστεί ότι οι εφαρμογές προσφέρουν πραγματικό κλινικό όφελος, διατηρώντας ωστόσο τη διαδικασία "Fast Track" ως κεντρικό πυλώνα καινοτομίας (www.eprivacy.eu,2026)

Ηνωμένο Βασίλειο

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας Health Tech Connect στηρίζει τις εταιρίες τεχνολογίας που απασχολούνται με την ψηφιακή υγεία. Η εν λόγω πλατφόρμα αποτελεί μια ασφαλής, διαδικτυακή βάση δεδομένων για συσκευές, διαγνωστικά και ψηφιακές τεχνολογίες υγείας που προορίζονται για χρήση στο ευρύτερο σύστημα υγείας και φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου. Με το ψήφισμα της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας για την Ψηφιακή Υγεία που εγκρίθηκε ομόφωνα τον Μάιο 2018 αναγνωρίζεται η αξία των ψηφιακών τεχνολογιών που συμβάλλουν στην καθολική κάλυψη της υγείας. Οι παθογένειες του παραδοσιακού συστήματος υγείας όπως η γεωγραφική προσβασιμότητα, η χαμηλή ζήτηση για υπηρεσίες, η καθυστερημένη παροχή φροντίδας, η χαμηλή τήρηση κλινικών πρωτοκόλλων και το υψηλό κόστος για τους πολίτες/ασθενείς θα εξαιρεθούν μέσω της ψηφιακής υγείας. Για να υιοθετηθούν επιτυχώς οι ψηφιακές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας εξαρτώνται από τον τομέα της υγείας που εφαρμόζονται και στο σχετικό περιεχόμενο, τις παρεχόμενες λειτουργίες και τα κανάλια επικοινωνίας και το λογισμικό για την παροχή της ψηφιακής παρέμβασης. Το 2012 ο ΠΟΥ σε συνεργασία με την Διεθνή Ένωση Τηλεπικοινωνιών δημιούργησαν ένα εγχειρίδιο εθνικής στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία, το οποίο μπορεί να εφαρμοσθεί από όλες τις κυβερνήσεις, αποτελεί ένα πρακτικό και ολοκληρωμένο οδηγό, συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός εθνικού οράματος για την ηλεκτρονική υγεία και αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη επίδραση της ηλεκτρονικής υγείας στην παροχή φροντίδας υγείας.

6.1.2. Ενιαίες Ψηφιακές Υποδομές

Η Ευρωπαϊκή Ένωση οραματίζεται μια ενιαία ψηφιακή αγορά που θα ενισχύει την οικονομία και θα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των πολιτών της μέσω της εκμετάλλευσης των ψηφιακών καινοτομιών.

Οι δράσεις της εστιάζουν σε τρεις τομείς:

- στην ασφαλή διασυννοριακή πρόσβαση των πολιτών στα δεδομένα υγείας τους
- εξατομικευμένη ιατρική μέσω κοινής ευρωπαϊκής υποδομής δεδομένων
- ενδυνάμωση πολιτών με ψηφιακά εργαλεία για ανατροφοδότηση χρηστών και φροντίδα

Οι Ενιαίες Ψηφιακές Υποδομές αφορούν ευρωπαϊκά διασυννοριακά έργα με διαλειτουργικές υπηρεσίες όπως: η ηλεκτρονική υγεία, η κυβερνοασφάλεια, η ηλεκτρονική δικαιοσύνη, οι ηλεκτρονικές προμήθειες.

Δύο βασικά παραδείγματα εφαρμογής διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης είναι τα κάτωθι:

- Σύνοψη ασθενούς που παρέχει πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας σε επαληθευμένα βασικά δεδομένα υγείας ενός ασθενούς

κατά τη διάρκεια μιας μη προγραμματισμένης συνάντησης φροντίδας ενώ βρίσκεται στο εξωτερικό

- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση που επιτρέπει στους ασθενείς να λαμβάνουν ισοδύναμη φαρμακευτική αγωγή με αυτή που θα λάμβαναν στην χώρα καταγωγής τους ενώ βρίσκονται στο εξωτερικό.

Στην Ελλάδα σχετικά πρόσφατα ξεκίνησε το έργο σχεδιασμού και υλοποίησης του εθνικού πλαισίου διαλειτουργικότητας για την Ηλεκτρονική Υγεία με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων. Επομένως, έχει ξεκινήσει η εναρμόνιση της διαδικασίας ανταλλαγής και χρήσης των δεδομένων υγείας με τις καλές ευρωπαϊκές και διεθνείς πρακτικές βάσει διεθνών προτύπων, η υποστήριξη της παραγωγικής λειτουργίας του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας και κωδικοποίηση κλινικών εγγράφων για τη διευκόλυνση της παροχής υπηρεσιών υγείας για τους επαγγελματίες υγείας και τους πολίτες. Η ψηφιακή υγεία όμως εμφανίζει πολυπλοκότητα δεδομένων, αποφάσεων, διαδικασιών, προμηθευτών αλλά και πολιτισμική, ρυθμιστική πολυπλοκότητα. Η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 επέφερε πολλές αλλαγές σε πολλούς κλάδους και το σύστημα υγείας ήταν εκείνο που καταπονήθηκε περισσότερο μαζί με την οικονομία των χωρών (Κουμπούρος, 2020).

6.1.2.1. Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Ο Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Ε.Η.Φ.Υ.) που υλοποιεί η ΗΔΙΚΑ τέθηκε σε πλήρη παραγωγική λειτουργία για το σύνολο της ιατρικής κοινότητας την 26.05.2025. Ο Ε.Η.Φ.Υ. αποτελεί τη νέα, αναβαθμισμένη και ολοκληρωμένη έκδοση που αποτελεί μετεξέλιξη του Α.Η.Φ.Υ., προσφέροντας ένα σύγχρονο παραγωγικό περιβάλλον για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των ασθενών. Ο Ε.Η.Φ.Υ. σχεδιάστηκε για να προσφέρει ολοκληρωμένο ιατρικό ιστορικό δηλαδή άμεση πρόσβαση στο πλήρες ιατρικό ιστορικό των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων αλλεργιών, εντάξεων σε Μητρώα Ασθενειών, διαγνώσεων, φαρμακευτικών αγωγών κτλ. Επίσης παρέχει δυναμική ενημέρωση ιστορικού δηλαδή δυνατότητα πρόσβασης και επικαιροποίησης του ατομικού, οικογενειακού, κοινωνικού ιστορικού και του ιστορικού επισκέψεων των ασθενών. Επιπρόσθετα δίνει τη δυνατότητα της διαχείρισης των ασθενών και συγκεκριμένα την εύκολη πρόσβαση στη λίστα ασθενών για οργανωμένη παρακολούθηση και της αναλυτικής καταγραφής επισκέψεων. Ακόμη, προσφέρει δυνατότητα καταχώρισης προσωπικών ιατρικών σημειώσεων και συστηματικής παρακολούθησης της εξέλιξης της αποθεραπείας των ασθενών. Τέλος, συνδέεται άμεσα με πληροφοριακά συστήματα όπως η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, οι αναρρωτικές άδειες, οι ιατρικές βεβαιώσεις άθλησης, οι εισηγητικοί φάκελοι ΚΕΠΑ καθώς και το σύνολο των Μητρώων Ασθενών (www.moh.gov.gr).

6.1.2.2. Δωρεάν τετραψήφια τηλεφωνική γραμμή 1566

Από 01.10.2025 τέθηκε πλήρως σε λειτουργία η δωρεάν τετραψήφια τηλεφωνική γραμμή «1566», μέσω της οποίας οι πολίτες αποκτούν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες συντονισμού, πληροφόρησης και εξυπηρέτησης για τα θέματα που άπτονται της αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και των Φορέων που εποπτεύει.

Μέσω της τηλεφωνικής γραμμής παρέχεται η δυνατότητα προγραμματισμού ραντεβού σε όλες τις δομές της Πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όλους τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς, τους προσωπικούς ιατρούς, καθώς και τις δημόσιες δομές Ψυχικής Υγείας. Επιπλέον, το «1566» προσφέρει ενημέρωση για προγράμματα πρόληψης και δημόσιας υγείας, όπως εμβολιασμούς και προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις. Στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχει πληροφορίες για εφημερίες νοσοκομείων, φαρμακείων, μεταφορές ασθενών κτλ. Σχετικά με τα φαρμακεία προσφέρεται πληροφόρηση για παράδοση/παραλαβή φαρμάκων υψηλού κόστους, δυνατότητα άυλης συνταγογράφησης φαρμάκων και ραντεβού σε φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ (www.moh.gov.gr).

6.1.3. ΕΟΠΥΥ και Τεχνητή Νοημοσύνη (Artificial Intelligence)

Ο ΕΟΠΥΥ ως ο κεντρικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, έχοντας πάντα ως στόχο την ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας από τον Αύγουστο 2023 σχεδιάζει, υλοποιεί και αναμένεται να ολοκληρώσει τον Ιανουάριο 2026 την εφαρμογή της Τεχνητής Νοημοσύνης στα πληροφοριακά του συστήματα. Μέσω της ανάπτυξης ενός πλήρους ψηφιακού περιβάλλοντος λειτουργίας, δημιουργείται για πρώτη φορά μια ολοκληρωμένη εικόνα κυρίως για τον ασθενή αλλά και για τον πάροχο που συναλλάσσεται με τον ΕΟΠΥΥ. Μέσα από την εφαρμογή αλγορίθμων μηχανικής μάθησης και ανάλυσης δεδομένων, ο Οργανισμός μπορεί να παρακολουθεί τις δαπάνες σε πραγματικό χρόνο, εντοπίζει τάσεις και λαμβάνει τεκμηριωμένες αποφάσεις πολιτικής και μπορεί να ανιχνεύει και τυχόν παραβατικές συμπεριφορές και να στηρίζεται στην αξία και τα αποτελέσματα και όχι μόνο στον όγκο υπηρεσιών (Καρποδίνη, 2025).

6.1.4. Πλεονεκτήματα ψηφιακής υγείας

Η ψηφιακή υγεία προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στον ιατρικό τομέα όπως Υπηρεσίες τηλεϊατρικής, ψηφιακά εργαλεία και εφαρμογές, δεδομένα υγείας και έξυπνα νοσοκομεία.

Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής μπορούν να επιφέρουν σειρά ωφελειών για ασθενείς και συστήματα υγείας όπως: 23% αποτελεσματικότερη θεραπεία στα επείγοντα περιστατικά, 70% χαμηλότερο κόστος παροχής υπηρεσιών, 17,7% λιγότερες ημέρες

νοσηλείας ανά ασθενή, και 4,8% λιγότερες νοσηλείες ανά 1.000 ασθενείς. Επίσης, διευκολύνουν την πρόσβαση των πολιτών στο Σύστημα Υγείας με δυσκολία φυσικής παρουσίας, βελτιώνουν την ιατρική περίθαλψη και αναβαθμίζουν την ποιότητα ζωής. Ήδη, 9 στους 10 πολίτες διεθνώς, δηλώνουν ικανοποιημένοι από υπηρεσίες τηλε-ραντεβού με γιατρούς.

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής έχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης μέσα από την επέκτασή τους και σε νέες περιοχές πέρα από κάποια νησιά της 2ης ΥΠΕ (νησιά Αιγαίου πλην Κρήτης και Σποράδων). Η επέκταση των υπηρεσιών πρέπει να συνοδεύεται από την κατοχύρωση θεσμικού πλαισίου, και για τους ιδιώτες παρόχους (νομική κατοχύρωση ιατρικής πράξης από απόσταση, αναγνώριση από τον ΕΟΠΥΥ των σχετικών δαπανών, κ.λπ.), ώστε να καλυφθούν τα θεσμικά κενά και να διευκρινιστούν οι ασάφειες της αγοράς.

Η χρήση εργαλείων όπως τα health apps και τα digital therapeutics προσφέρει 40% μεγαλύτερη ακρίβεια στη μέτρηση ζαχάρου και εξοικονόμηση €50 δισ. το χρόνο στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας μέσω πρώιμης διάγνωσης, επιτρέποντας σε ασθενείς και τους φροντιστές τους να τα χειρίζονται οι ίδιοι, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών τους, μειώνοντας τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και συντομεύοντας τη διάρκεια νοσηλείας.

Ωστόσο, καθώς η χρήση τους στην Ελλάδα είναι περιορισμένη, προτείνεται η ανάπτυξη νέου κανονιστικού πλαισίου, το οποίο, μεταξύ άλλων, να καθιερώνει μηχανισμό αξιολόγησης και αποζημίωσης των εργαλείων αυτών, ώστε η αγορά να διευρυνθεί ταχύτερα. Τα δεδομένα υγείας στην Ελλάδα συλλέγονται μέσω ενός εκτενούς οικοσυστήματος, το οποίο περιλαμβάνει αρκετά ηλεκτρονικά συστήματα και αποθετήρια οργανισμών και φορέων του δημόσιου κυρίως τομέα. Ωστόσο, ακόμα δεν έχει προχωρήσει η δευτερογενής αξιοποίηση. Επομένως, προτείνεται η ανάπτυξη στρατηγικής και αντίστοιχου ρυθμιστικού πλαισίου, καθώς και η δημιουργία ενός αποθετηρίου δεδομένων υγείας, με σαφείς προδιαγραφές και προϋποθέσεις λειτουργίας.

Η αξιοποίηση των δεδομένων υγείας μειώνει κατά 33% τους θανάτους από καρδιακές παθήσεις, κατά 50% τους θανάτους από HIV, κατά 50% τους θανάτους από σηψαιμία και κατά 67% τα περιστατικά έλκους κατάκλισης, προσφέροντας στους πολίτες εξατομικευμένη και ακριβέστερη διάγνωση και θεραπεία. Επιπλέον, ενισχύει την έρευνα & καινοτομία στις επιστήμες υγείας, ενώ κάθε €1 εκ. επένδυσης σε ένα κέντρο αριστείας δεδομένων υγείας, συνεισφέρει άμεσα €956 χιλ. στο ΑΕΠ της χώρας.

Τέλος, τα έξυπνα νοσοκομεία θα βελτιώνουν την εμπειρία ασθενούς έως και 95%, παρέχοντας άμεσες, γρήγορες και ποιοτικές υπηρεσίες, εφαρμόζοντας την πλέον ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και παρέχοντας περίθαλψη στις κατοικίες των ασθενών, μειώνοντας παράλληλα τις μη επείγουσες εισαγωγές.

Στην Ελλάδα η παρουσία έξυπνων νοσοκομείων, είναι ακόμα περιορισμένη (π.χ. βήματα σε αυτή την κατεύθυνση στο ΓΝ «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης), όμως

υπάρχει σχεδιασμός για τη μετατροπή κάποιων μονάδων σε έξυπνες. Στην κατεύθυνση αυτή, προτείνεται η διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για τη μετατροπή νοσοκομείων του ΕΣΥ σε έξυπνα, βασισμένης σε 4 Πυλώνες: ανάπτυξη υπηρεσιών εξυπηρέτησης του πολίτη, ψηφιοποίηση εσωτερικών διαδικασιών, ανάπτυξη διαλειτουργικότητας με συστήματα άλλων φορέων και αξιοποίηση δεδομένων (ΣΕΒ, 2023).

6.1.5. Προβλήματα ψηφιακής υγείας

Η ψηφιακή υγεία αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και προκλήσεις όπως αναλύονται παρακάτω. Καταρχάς τα περισσότερα συστήματα ψηφιακής υγείας λειτουργούν σε μεμονωμένα περιβάλλοντα και διευθύνονται από οργανισμούς που δεν συντονίζονται μεταξύ τους. Επίσης, πολλά πιλοτικά έργα λαμβάνουν χώρα που σπάνια είναι βιώσιμα ή επεκτείνονται σε ευρεία κλίμακα.

Επιπρόσθετα, τα συστήματα ψηφιακής υγείας που αναπτύσσονται είναι σχεδόν πάντα αυτόνομες εφαρμογές που δεν επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω μιας εθνικής ψηφιακής υποδομής υγείας.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι συνδεδεμένη με θέματα εμπιστευτικότητας, ιδιωτικότητας και δεοντολογίας και τα περισσότερα προγράμματα ψηφιακής υγείας δεν έχουν κάποιο μακροπρόθεσμο σχέδιο ή αντίστοιχη χρηματοδοτική προοπτική. Τέλος, το ανθρώπινο δυναμικό θα πρέπει να κατέχει τις απαιτούμενες ψηφιακές δεξιότητες και οι τεχνολογίες και οι υπηρεσίες ψηφιακής υγείας θα πρέπει να προσαρμόζονται για να λαμβάνουν υπόψη πιθανούς περιορισμούς υποδομών ή συνδεσιμότητας.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως ψηφιακός αλφαριθμητισμός ορίζεται η δυνατότητα της αναζήτησης, κατανόησης και αξιολόγησης πληροφοριών υγείας που είναι διαθέσιμες από ηλεκτρονικές πηγές και η εφαρμογή των γνώσεων που αποκτήθηκαν με στόχο την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την επίλυση ενός προβλήματος υγείας.

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι το Ψηφιακό Χάσμα (Digital Divide) δηλαδή η δυσκολία πρόσβασης σε ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης τεχνολογίας, δεξιοτήτων ή/και συνδεσιμότητας και η Κατανόηση Πληροφοριών: Δυσκολία για τον μέσο πολίτη να κατανοήσει σύνθετες ιατρικές πληροφορίες που παρουσιάζονται ψηφιακά είναι πρόκληση για την ψηφιακή υγεία καθώς δεν έχουν όλοι οι πολίτες το ίδιο επίπεδο ψηφιακού αλφαριθμητισμού.

Οι χαμηλές δεξιότητες υγείας σχετίζονται με αυξημένη νοσηλεία, μεγαλύτερη χρήση επείγουσας περίθαλψης και χαμηλότερη υιοθέτηση προληπτικών μέτρων.

Είναι γεγονός ότι κατά την αναζήτηση πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο, άνω του 80% των ευρωπαίων πολιτών κοιτάζουν πρώτα στις πιο κοινές μηχανές αναζήτησης, το 50% ελέγχουν συγκεκριμένους ιστοτόπους και μόνο το 40% χρησιμοποιεί επίσημους ιστοτόπους φορέων υγείας. Επίσης η διαδικτυακή αναζήτηση

πληροφοριών υγείας αυξάνεται σε πλέον ευαίσθητες ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι με υψηλό κίνδυνο χρόνιας νόσου και πιθανόν με ανεπαρκείς ψηφιακές δεξιότητες.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εστιάζει στην ασφαλή πρόσβαση των πολιτών και διασυννοριακή ανταλλαγή δεδομένων υγείας, καλύτερα δεδομένα για την πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εξατομικευμένη υγεία, και ψηφιακά εργαλεία για την ενδυνάμωση των πολιτών. Ο τελικός σκοπός είναι να βοηθούν τους ανθρώπους να διατηρούν καλά επίπεδα υγείας αποφεύγοντας να μετατραπούν σε ασθενείς.

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο ηλεκτρονικής υγείας (Global Observatory for ehealth-GOe) και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η «κινητή υγεία» ή «κ-υγεία» ορίζεται ως η ιατρική και δημόσια πρακτική υγείας που υποστηρίζεται από κινητές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης ασθενών, προσωπικούς ψηφιακούς βοηθούς και άλλες ασύρματες συσκευές. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προωθεί την υιοθέτηση φορητών λύσεων προκειμένου να αυξηθεί η πρόληψη και η βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσω υγιών προτύπων, να ενισχυθούν αποτελεσματικότερες και πιο βιώσιμες πρακτικές και να ενδυναμωθεί το αίσθημα ευθύνης των ασθενών για την υγεία τους.

Δυστυχώς σε πολλά μέρη, είναι πιο πιθανό οι άνθρωποι να έχουν πρόσβαση σε κινητό τηλέφωνο παρά σε καθαρό νερό. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι η δυνατότητα που παρέχει για πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας οποιαδήποτε στιγμή, από οπουδήποτε.

Οι κύριοι φορείς που εκδίδουν/παράγουν εφαρμογές κ-υγείας είναι:

- 32% φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όπως νοσοκομεία, ασφαλιστικές εταιρίες και εταιρίες φαρμάκων
- 28% εταιρίες που αναπτύσσουν τεχνολογικές εφαρμογές
- 23% εταιρίες μη υγειονομικής περίθαλψης
- 10% πανεπιστήμια, ΜΚΟ
- 1% είναι εταιρίες τηλεπικοινωνιών.

Σύμφωνα με έρευνα, οι χώρες με τις καλύτερες συνθήκες αγοράς για ψηφιακές λύσεις είναι οι ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία. Ακολουθούν το Ισραήλ, ο Καναδάς, οι Κάτω Χώρες και η Δανία. Η ελκυστικότητα των αγορών των ΗΠΑ και του Ηνωμένου Βασιλείου έγκειται στο μέγεθος της αγοράς τους, την πρόσβαση στους επενδυτές και την αποδοχή των εφαρμογών από τους ιατρούς.

Σύμφωνα με τη μελέτη MHealth Economic 2017, ο διαβήτης, η παχυσαρκία και η κατάθλιψη είναι οι τρεις πρώτοι τομείς με τις καλύτερες δυνατότητες για λύσεις ψηφιακής υγείας.

Οι πιο συνήθεις λειτουργίες των εφαρμογών κ-υγείας περιλαμβάνουν:

- Έλεγχο συμπτωμάτων
- Εύρεση επαγγελματιών υγείας
- Διαχείριση κλινικών και οικονομικών αρχείων
- Διαχείριση ασθενειών και εκπαίδευση
- Αυτοπαρακολούθηση

- Απομακρυσμένη παρακολούθηση ασθενών
- Προγράμματα αποκατάστασης
- Συνταγογράφηση και συμμόρφωση με φαρμακευτικές αγωγές.

Η κύρια πηγή εσόδων εφαρμογών κ-υγείας είναι η άδεια χρήσης της προσφερόμενης τεχνολογικής λύσης. Σύμφωνα με μελέτες του 2017 οι νεοεμφανιζόμενες εφαρμογές κ-υγείας εστιάζουν στα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Σύνδεση με τον γιατρό
- Καρδιά και κυκλοφοριακό
- Διατήρηση υγείας και φυσική κατάσταση
- Διαβήτης
- Ψυχική υγεία.

Τα κοινωνικά μέσα, η συνεργασία με φορείς υγείας και η παρουσίαση σε συνέδρια είναι τα πιο δημοφιλή κανάλια μάρκετινγκ για εκδότες εφαρμογών.

Σύμφωνα με μελέτη της Grand View Research (2017) οι εφαρμογές κ-υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε οκτώ μεγάλες κατηγορίες:

- Γυμναστήριο
- Διατροφή
- Υγεία των γυναικών
- Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης
- Διαχείριση τρόπου ζωής
- Διαχείριση ασθενειών
- Συμμόρφωση με φάρμακα
- Άλλο.

Σήμερα το 67,11% του παγκόσμιου πληθυσμού διαθέτει συσκευή κινητής τηλεφωνίας ενώ το 2017 ο αριθμός των ατόμων με κινητές συσκευές ήταν μόνο 53%. Σύμφωνα με την GSMA υπάρχουν 2,22 δισεκατομμύρια περισσότερες κινητές συσκευές απ' ότι οι άνθρωποι σε όλον τον κόσμο. Σύμφωνα με την WARC το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης της χρήσης smartphone θα προέλθει από την Κίνα, την Ινδία, την Ινδονησία, τη Νιγηρία και το Πακιστάν αλλά θα εξακολουθούν να υπάρχουν 2,4 δισεκατομμύρια άτομα που δεν θα διαθέτουν κινητό τηλέφωνο έως το 2025.

Όμως ο χρόνος τη σημερινή εποχή διαμοιράζεται μεταξύ ψηφιακού και πραγματικού κόσμου. Η χρήση των κινητών ξεπερνάει τον χρόνο της τηλεόρασης. Σήμερα οι νεότεροι καταναλωτές δεν είναι ικανοποιημένοι με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, ενώ όλες οι γενεές καταναλωτών είναι πιο πρόθυμες από ποτέ να δοκιμάσουν μη παραδοσιακές υπηρεσίες όπως γιόγκα, βελονισμό, κ.α. Η γενιά των Millenials, κατέχει τη μεγαλύτερη δύναμη να επηρεάσει τα μελλοντικά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης γιατί είναι η μεγαλύτερη γενιά σε πληθυσμό.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των νεότερων γενιών είναι ότι προτιμούν ολοένα και περισσότερο την εικονική ή ψηφιακή αλληλεπίδραση με τους ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας έναντι της δια ζώσης επίσκεψης. Οι πάροχοι των υπηρεσιών

υγείας θα πρέπει να είναι ένα βήμα μπροστά από τις αλλαγές των προτιμήσεων των καταναλωτών. Το internet, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και οι εφαρμογές για κινητά που εστιάζουν στην υγεία, προσφέρουν μια μοναδική ευκαιρία για την ενίσχυση του προφίλ των επαγγελματιών υγείας με διαφορετικούς τρόπους.

Εντούτοις, εκτός από οφέλη αυτά τα σύγχρονα εργαλεία εγκυμονούν και κάποιους κινδύνους π.χ. σε θέματα απορρήτου και προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, θέματα διαχείρισης των μέσων, στην ποιότητα πληροφοριών, ανησυχίες για κακόφημα σχόλια και όριο ασθενούς-επαγγελματία υγείας.

Θα πρέπει να επανεξετάσουμε τον τρόπο ζωής και τις καταναλωτικές μας συνήθειες προκειμένου να συνεισφέρουμε στην επιβίωση των συνανθρώπων μας και του ίδιου του πλανήτη μας.

Σήμερα, η Ευρώπη αντιμετωπίζει τέσσερις κύριες προκλήσεις στο χώρο της υγείας:

1. αύξηση του κόστους υγείας και φροντίδας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού
2. επίδραση εξωτερικών περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία
3. εμφάνιση μολυσματικών ασθενειών και πανδημίας
4. άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης.

Για να αντιμετωπιστούν οι ανωτέρω προκλήσεις γίνεται εντατική προσπάθεια για εξατομικευμένες προσεγγίσεις σε υπηρεσίες και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για καλύτερη πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση, αντιμετώπιση των αναγκών των πιο ευάλωτων ομάδων και χρόνιων ασθενειών και μείωση της επίδρασης του περιβάλλοντος στην υγεία.

Η τεχνολογία των ιατρικών οργάνων και συστημάτων πληροφορικής στον τομέα της υγείας αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς και η συνδεσιμότητα τους αυξάνει την πιθανότητα για κινδύνους στον κυβερνοχώρο.

Επομένως είναι σημαντικό να αξιολογηθούν οι κίνδυνοι και τα τρωτά σημεία των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας σε κυβερνοεπιθέσεις, να τοποθετηθούν συστήματα αναγνώρισης και ελέγχου της ταυτότητας εντός νοσοκομείων, να εφαρμοσθούν πρότυπα ασφάλειας -σχεδιασμού που καλύπτουν ολόκληρο τον κύκλο ζωής των εφαρμογών υγείας, να πραγματοποιηθεί ασφαλή ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης κτλ.

Οι ερευνητικές δραστηριότητες που θα πραγματοποιηθούν θα πρέπει να συμβάλουν στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης των πολιτών στις προτεινόμενες παρεμβάσεις υγείας από τις υγειονομικές αρχές, στην προστασία τους από κινδύνους για την υγεία λόγω πχ παραπληροφόρησης, απάτης κτλ, στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής τους. Επιπλέον είναι σημαντικό να βοηθήσουν στη μείωση της μητρικής και παιδικής θνησιμότητας και οι εν λόγω δράσεις να βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών.

Συμπερασματικά η εξέλιξη της τεχνολογίας θα φέρει σημαντικές αλλαγές αλλά οι πολίτες θα πρέπει να συναποφασίζουν ενεργά στις παρεμβάσεις υγείας (Κουμπούρος, 2020).

6.1.6. Διεθνείς εξελίξεις στον τομέα της ψηφιακής υγείας

Οι διεθνείς τάσεις στον τομέα της ψηφιακής υγείας αφορούν τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής, φορητές συσκευές, εφαρμογές υγείας στα κινητά τηλέφωνα, βιομετρικούς αισθητήρες κτλ. Παράλληλα, βελτιώνεται η δυνατότητα συλλογής και αξιοποίησης των δεδομένων υγείας, με τα νοσοκομεία να εξελίσσονται σε «έξυπνες» μονάδες, οι οποίες μέσω των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας θα λαμβάνουν και θα διοχετεύουν δεδομένα στα εθνικά συστήματα.

Την επόμενη δεκαετία, τα συστήματα και οι δομές υγείας θα εστιάσουν στην υιοθέτηση τεχνολογιών αιχμής όπως το Διαδίκτυο των Ιατρικών Συσκευών (Internet of Medical Things-IoMT: διασύνδεση ιατρικών συσκευών-ασθενών-γιατρών) και η Τεχνητή Νοημοσύνη. Στο πλαίσιο αυτό, η χρήση αλγορίθμων μηχανικής μάθησης επεκτείνεται, παρέχοντας λύσεις για πρώιμη διάγνωση, εξατομικευμένη θεραπεία, λήψη ιατρικών αποφάσεων, προβλέψεις βάσει ανάλυσης δεδομένων πληθυσμών, εξαγωγή συμπερασμάτων από δεδομένα ασθενών, οργάνωση υπηρεσιών και διαχείριση ασθενών.

Στη χώρα μας υπάρχει ένα ευρύ πεδίο δυνατοτήτων αξιοποίησης ψηφιακών λύσεων τηλεϊατρικής, εφαρμογών και «φορητών» συσκευών (wearables), «ψηφιακής θεραπευτικής» (digital therapeutics), έξυπνων νοσοκομείων και ιατρικών δεδομένων. Είναι λύσεις που μπορούν να εξυπηρετήσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες υγείας πληθυσμών που χαρακτηρίζονται από γήρανση, χρόνιες παθήσεις, δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι συνθήκες αυτές εντοπίζονται και στην Ελλάδα, όπου η συμμετοχή της ηλικιακής ομάδας 65+ αναμένεται να ξεπεράσει το 25% του πληθυσμού το 2030 (ΕΛΣΤΑΤ) και η γήρανση να επιβαρύνει το κόστος υγείας κατά 5% ετησίως – όπως και στην υπόλοιπη ΕΕ. Παράλληλα, η γεωγραφία της Ελλάδας συνιστά επιπλέον παράγοντα για τη διευρυμένη παροχή και χρήση λύσεων ψηφιακής υγείας, που θα καλύπτει τις ανάγκες των νησιωτικών και απομακρυσμένων κοινοτήτων της ηπειρωτικής χώρας (ΣΕΒ, 2023)

6.2. Προστασία Προσωπικών Δεδομένων στο χώρο της υγείας

6.2.1. Η τεχνολογία

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας (ηλεκτρονικοί φάκελοι, τηλεϊατρική, τεχνητή νοημοσύνη) προσφέρει σημαντικά οφέλη, αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί κρίσιμες προκλήσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Παρόλο που η ψηφιοποίηση των πληροφοριών φροντίδας υγείας διευκολύνει τον συντονισμό ιατρού-ασθενούς, βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και αυτοματοποιεί πολλά διοικητικά καθήκοντα, μπορεί, επίσης, να αποτελέσει και ευθύνη ασφαλείας.

Η ασφάλεια στον κυβερνοχώρο είναι ένα από τα κορυφαία τρέχοντα ζητήματα στη διοίκηση της φροντίδας υγείας. Τα ψηφιακά αρχεία υγείας μπορούν να αποτελέσουν ελκυστικό στόχο για τους εγκληματίες του κυβερνοχώρου και οι συνδεδεμένες ιατρικές συσκευές και εξοπλισμός μπορούν να παρέχουν σημεία εισόδου στα συστήματα τεχνολογίας πληροφοριών (IT) των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Τα στελέχη αναπτύσσουν πολιτικές και διαδικασίες για την προστασία των οργανώσεών τους, και διασφαλίζουν, επίσης, ότι οι οργανισμοί τους έχουν σχέδια έκτακτης ανάγκης σε περίπτωση παραβίασης της ασφάλειας. Τα σχέδια αυτά απαιτούν τακτικές αναθεωρήσεις και δοκιμές, για να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητά τους (<https://privacyadvocate.gr>).

6.2.2. Κυβερνοασφάλεια

Προκειμένου να εξασφαλιστεί θεμιτή και ασφαλή αξιοποίηση των δυνατοτήτων της τεχνολογίας τεχνητής νοημοσύνης από φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και η ενίσχυση της ανθεκτικότητας της δημόσιας διοίκησης απέναντι σε απειλές στον κυβερνοχώρο θεσπίστηκε ο ν.4961/2022 (ΦΕΚ 146/τ.Α'/27.07.2022).

Με το **άρθρο 19 του ν.4961/2022** θεσπίστηκε ο ρόλος του Υπεύθυνου Ασφάλειας Συστημάτων Πληροφορικής & Επικοινωνιών (ΥΑΣΠΕ) με αρμοδιότητες τον σχεδιασμό και εφαρμογή πολιτικών και στρατηγικών Κυβερνοασφάλειας, παρακολούθηση, αξιολόγηση και διαχείριση περιστατικών ασφάλειας των πληροφοριακών συστημάτων, συμμόρφωση με πρότυπα και κανονισμούς ασφάλειας, διασφάλιση της προστασίας δεδομένων και δικτύων του οργανισμού, συνεργασία με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για θέματα Κυβερνοασφάλειας και ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση προσωπικού σε θέματα ασφάλειας πληροφοριών. Ο ανωτέρω λογοδοτεί απευθείας στο Ανώτατο Επίπεδο Διοίκησης του φορέα και το τμήμα της κυβερνοασφάλειας στο οποίο προϋσταται και έχει ως αποστολή τη διασφάλιση της ακεραιότητας, διαθεσιμότητας και εμπιστευτικότητας των πληροφοριακών συστημάτων του Νοσοκομείου, την εφαρμογή πολιτικής Κυβερνοασφάλειας, τη διαχείριση περιστατικών ασφάλειας και τη συμμόρφωση με το πλαίσιο NIS2 και τον GDPR (<https://privacyadvocate.gr>).

Επίσης ο ΥΑΣΠΕ μεριμνά για την καταγραφή των Πληροφοριακών Συστημάτων του κάθε φορέα υγείας, με σκοπό τη δημιουργία σχετικού μητρώου, τον ορισμό κρίσιμων Ψηφιακών Υποδομών, ανάλυση Κινδύνου και σχεδίου διορθωτικών ενεργειών και εκπόνηση Ενιαίας Πολιτικής Ασφάλειας. Η καταγραφή περιλαμβάνει κατάλογο με τις υποδομές Πληροφορικής και Επικοινωνιών, κατάλογο με τα Λογισμικά που χρησιμοποιούνται από το Φορέα Υγείας και κατάλογο με τα Πληροφοριακά Αγαθά του φορέα ανά κτιριακή υποδομή. Ο ορισμός κρίσιμων Ψηφιακών Υποδομών περιλαμβάνει την προτεραιοποίηση των Πληροφοριακών Υποδομών του φορέα,

όσον αφορά την επιχειρησιακή του δυνατότητα και τη διαχείριση προσωπικών δεδομένων.

Η ανάλυση Κινδύνου και σχεδίου διορθωτικών ενεργειών περικλείει την ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης των Πληροφοριακών Συστημάτων και Δικτυακών Υποδομών, των υφισταμένων πολιτικών, διαδικασιών και πρακτικών, οι οποίες σχετίζονται με την ασφάλεια των πληροφοριών, την επιχειρησιακή συνέχεια και την προστασία των επιχειρησιακών δεδομένων του φορέα.

Η εκπόνηση Ενιαίας Πολιτικής Ασφάλειας Συστημάτων Πληροφορικής και Επικοινωνιών περιέχει τους στόχους ασφάλειας του φορέα και την προσέγγιση της διαχείρισης του, τον τρόπο διαχείρισης των απαιτήσεων που δημιουργούνται από την επιχειρησιακή στρατηγική του φορέα, τις νομοθετικές, κανονιστικές και συμβατικές αποχρεώσεις και το διεθνές περιβάλλον Κυβερνοαπειλών. Επίσης περιλαμβάνει την ανάθεση γενικών και ειδικών ρόλων και αντίστοιχων ευθυνών για τη διαχείριση της ασφάλειας των Πληροφοριακών Συστημάτων, τις διαδικασίες για τον χειρισμό αποκλίσεων και εξαιρέσεων και την παραπομπή σε επιμέρους θεματικές ενότητες.

Δυνάμει των διατάξεων του νόμου 5160/2014 (Α' 195) εναρμονίζεται το εθνικό δίκαιο με την οδηγία (ΕΕ) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 14^{ης} Δεκεμβρίου 2022, σχετικά με μέτρα για υψηλό κοινό επίπεδο κυβερνοασφάλειας σε ολόκληρη την Ένωση, την τροποποίηση του Κανονισμού (ΕΕ) 910/2014 και της Οδηγίας (ΕΕ) 2018/1972, και για την κατάργηση της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/1148 στο εξής «Οδηγία NIS2» ή «Οδηγία», L333) ενσωματώνοντας την Οδηγία αυτή στην ελληνική έννομη τάξη. Η επικαιροποίηση της νομοθεσίας που αφορά την κυβερνοασφάλεια σε μια εποχή που οι απειλές και οι επιθέσεις αυξάνονται και γίνονται πολύπλοκες, έχει στόχο μεταξύ άλλων και την προστασία των πληροφοριακών συστημάτων.

6.2.3. Διάκριση των δεδομένων υγείας

Σύμφωνα με τους Μήτρου και Νούσκαλη (2018) το πλέγμα προστασίας των ιατρικών δεδομένων αναλύεται υπό το πρίσμα του **Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR)**.

Τα δεδομένα υγείας προσεγγίζονται με βάση τον ορισμό του **Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR)**, ο οποίος τα κατατάσσει στις **ειδικές κατηγορίες δεδομένων** (ευαίσθητα δεδομένα).

Σύμφωνα με την ανάλυση των συγγραφέων και το άρθρο 4 παρ. 15 του Κανονισμού, τα δεδομένα υγείας αναφέρονται σε:

- **Σωματική και Ψυχική Κατάσταση:** Πληροφορίες που αποκαλύπτουν την παρελθούσα, παρούσα ή μελλοντική κατάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας ενός ατόμου.

- **Παροχή Υπηρεσιών Υγείας:** Δεδομένα που προκύπτουν από την εγγραφή σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας ή την παροχή αυτών (π.χ. ιατρικοί φάκελοι, διαγνώσεις, εξετάσεις).
- **Πληροφορίες Ταυτοποίησης:** Κάθε αριθμός, σύμβολο ή χαρακτηριστικό που αποδίδεται σε ένα άτομο για σκοπούς υγείας.
- **Δεδομένα Γενετικά και Βιομετρικά:** Πληροφορίες που αφορούν κληρονομικά ή επίκτητα χαρακτηριστικά και επιτρέπουν τη μοναδική ταυτοποίηση του προσώπου.
- **Διοικητικές Πληροφορίες:** Ακόμη και δεδομένα που σχετίζονται με τη διαχείριση της υγείας, όπως η ημερομηνία εισαγωγής σε νοσοκομείο ή οι ημέρες νοσηλείας, θεωρούνται δεδομένα υγείας λόγω της σύνδεσής τους με την ιατρική κατάσταση του ατόμου.

Οι συγγραφείς τονίζουν ότι λόγω της φύσης τους, τα δεδομένα αυτά τυγχάνουν **αυξημένης προστασίας**, καθώς η επεξεργασία τους απαγορεύεται κατ' αρχήν, εκτός αν πληρούνται οι αυστηρές προϋποθέσεις του Άρθρου 9 του GDPR

6.2.4. Κίνδυνοι παραβίασης ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων

Σύμφωνα με την ανάλυση του Ι. Ιγγλεζάκη (2003) και το νομικό πλαίσιο που εξετάζει, οι **κίνδυνοι από την επεξεργασία ειδικών κατηγοριών («ευαίσθητων») προσωπικών δεδομένων** περιλαμβάνουν:

- **Παραβίαση Θεμελιωδών Δικαιωμάτων:** Η επεξεργασία δεδομένων που αφορούν φυλετική ή εθνοτική καταγωγή, πολιτικά φρονήματα, θρησκευτικές πεποιθήσεις, συνδικαλιστική οργάνωση, υγεία, γενετικά/βιομετρικά δεδομένα κ.λπ., ενέχει άμεσο κίνδυνο για την προσωπικότητα, την ιδιωτική ζωή και την αυτονομία του ατόμου.
- **Κίνδυνος Διακρίσεων και Στιγματισμού:** Η συλλογή και χρήση τέτοιων δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις, αποκλεισμό ή κοινωνικό στιγματισμό των υποκειμένων (π.χ. στον εργασιακό χώρο βάσει δεδομένων υγείας).
- **Αυτοματοποιημένη Επεξεργασία & Προφίλ (Profiling):** Οι κίνδυνοι εντείνονται στην εποχή της κοινωνίας της πληροφορίας, όπου αυτοματοποιημένες διαδικασίες μπορούν να αναλύσουν ειδικά δεδομένα για να κατασκευάσουν «προφίλ» ατόμων, λαμβάνοντας αποφάσεις που τα επηρεάζουν σημαντικά.
- **Κίνδυνοι στο Διαδίκτυο (Internet):** Η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων στο διαδίκτυο διευκολύνει τη μαζική διάχυση πληροφοριών, καθιστώντας δύσκολο τον έλεγχο της χρήσης τους από το υποκείμενο.
- **Παραβίαση της Ψηφιακής Λήθης:** Ο κίνδυνος να παραμένουν διαθέσιμες πληροφορίες για μεγάλο χρονικό διάστημα, πλήττοντας τη φήμη του ατόμου

6.2.5. Θέματα ασφαλείας και προστασίας προσωπικών δεδομένων

Τα **δεδομένα υγείας** αφορούν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία σχετίζονται με την παρελθούσα, τρέχουσα ή μελλοντική σωματική και ψυχική υγεία ενός προσώπου. Η επεξεργασία τους πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, καθώς ανήκουν στα **δεδομένα ειδικών κατηγοριών** (European Union, 2024).

Η προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι θεμελιώδες δικαίωμα σύμφωνα με το άρθρο 8 της παρ.1 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το άρθρο 16 παρ.1 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στις 24.10.1995 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο έθεσαν σε εφαρμογή την οδηγία 95/46/ΕΚ για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων. Στις 12.07.2002 έθεσαν σε εφαρμογή την οδηγία 2002/58/ΕΚ σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την προστασία της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών.

Στις 27/04/2016 θέσπισαν τον Κανονισμό 2016/679 σχετικά με την προστασία φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών. Τον Ιανουάριο του 2017 η Επιτροπή πρότεινε την εναρμόνιση των κανόνων για τις ηλεκτρονικές επικοινωνίες με τα νέα παγκόσμιας εμβέλειας πρότυπα. Στις 25.03.2018 άρχισαν να ισχύουν οι νέοι ευρωπαϊκοί κανόνες που αφορούσαν νέα δικαιώματα για τους πολίτες, ενίσχυση της προστασίας προσωπικών δεδομένων και επιβολή αυστηρών διοικητικών κυρώσεων.

Το δικαίωμα στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δεν είναι απόλυτο δικαίωμα αλλά θα πρέπει να εκτιμάται σε σχέση με τη λειτουργία του στην κοινωνία. Οι αρχές της προστασίας δεδομένων θα πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε πληροφορία η οποία αφορά ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο. Οι αρχές της προστασίας δεδομένων δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται σε ανώνυμες πληροφορίες ή σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που είναι ανώνυμα. Θα πρέπει να παρέχεται συγκατάθεση της συμφωνίας του υποκειμένου των δεδομένων υπέρ της επεξεργασίας των δεδομένων που το αφορούν. Όταν η επεξεργασία έχει πολλούς σκοπούς, θα πρέπει να δίνεται συγκατάθεση για όλους αυτούς τους σκοπούς.

Το υποκείμενο των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα δικαιώματα:

- το δικαίωμα της διόρθωσης των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν
- το δικαίωμα στη λήθη
- το δικαίωμα της διαγραφής και της παύσης της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν

Καταλήγοντας σε αυτό το σημείο είναι σίγουρα πρόκληση να μπορεί κανείς να διακρίνει τις έγκυρες πληροφορίες και ο μόνος ασφαλής δρόμος είναι η λήψη

πληροφοριών από αναγνωρισμένες πηγές του χώρου υγείας. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι τα τρία τέταρτα των ανθρώπων με χρόνιες παθήσεις που αναζητούν πληροφορίες στο διαδίκτυο δεν προσέχουν ούτε την πηγή των πληροφοριών ούτε την ημερομηνία δημοσίευσης (Κουμπούρος, 2020).

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (European Health Data Space – EHDS), τον Ιανουάριο του 2025, θέσπισε νέο νομοθέτημα που διευκολύνει **την ανταλλαγή δεδομένων υγείας και την πρόσβαση σε αυτά σε επίπεδο ΕΕ**, ανοίγοντας έτσι τον δρόμο για τη θέση του σε ισχύ. Ο **κανονισμός για τον ευρωπαϊκό χώρο δεδομένων υγείας (EHDS)** αποσκοπεί να βελτιώσει την πρόσβαση των ατόμων στα προσωπικά τους ηλεκτρονικά δεδομένα υγείας και τον έλεγχο που έχουν επί των δεδομένων αυτών, επιτρέποντας παράλληλα την επαναχρησιμοποίηση ορισμένων δεδομένων για σκοπούς έρευνας και καινοτομίας προς όφελος των ευρωπαϊκών ασθενών. Προβλέπει ένα **περιβάλλον δεδομένων ειδικά για την υγεία**, το οποίο θα διασφαλίζει τη διασυννοριακή πρόσβαση σε ψηφιακές υπηρεσίες και προϊόντα υγείας εντός της ΕΕ.

Με την εφαρμογή του Κανονισμού, εξασφαλίζεται ευκολότερη πρόσβαση των ατόμων σε δεδομένα υγείας, αύξηση των δυνατοτήτων έρευνας παρέχοντας στους ερευνητές και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής πρόσβαση σε συγκεκριμένα είδη **ανωνυμοποιημένων και ασφαλών δεδομένων υγείας** και διασφάλιση της διαλειτουργικότητας καθώς ο νέος κανονισμός απαιτεί τη συμμόρφωση όλων των συστημάτων ηλεκτρονικών μητρώων υγείας (EHR) με τις προδιαγραφές του **ευρωπαϊκού μορφότυπου ανταλλαγής ηλεκτρονικών μητρώων υγείας**, διασφαλίζοντας τη διαλειτουργικότητα σε επίπεδο ΕΕ (European Union, 2024)

6.2.5.1. Προστασία Προσωπικών Δεδομένων κατά την τηλεργασία στο Δημόσιο Τομέα

Με το ΠΔ 13/2025 (Α' 19) με θέμα «Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την τηλεργασία στον δημόσιο τομέα» θεσπίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την τηλεργασία στον δημόσιο τομέα σε εφαρμογή των διατάξεων του ν.4807/2021 (Α' 96), εξειδικεύονται τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα ασφάλειας για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα των τηλεργαζομένων και τρίτων φυσικών προσώπων, καθορίζονται οι υποχρεώσεις των φορέων ως υπευθύνων επεξεργασίας και ρυθμίζεται και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την εκτέλεση της τηλεργασίας, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων και τον ν.4624/2019 (Α' 137).

Ειδικότερα, όσον αφορά στις υποχρεώσεις των τηλεργαζομένων σε συνάρτηση με τις ισχύουσες διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα (ν.3528/2007) για τις υποχρεώσεις των υπαλλήλων, επισημαίνεται ότι σύμφωνα με την παρ.3 του άρθρου 9 του ανωτέρω ΠΔ ορίζεται ότι: «3.Κατά την παροχή τηλεργασίας εφαρμόζονται οι διατάξεις του δημοσιοϋπαλληλικού κώδικα όσον αφορά την υποχρέωση εχεμύθειας για γεγονότα ή πληροφορίες, των οποίων ο τηλεργαζόμενος λαμβάνει γνώση κατά την εκτέλεση

των καθηκόντων του ή επ' αυκαιρία αυτής, καθώς και όσον αφορά τη χρήση του Σταθμού Τηλεργασίας. Ειδικότερα, κατά την παροχή της τηλεργασίας ο τηλεργαζόμενος δεσμεύεται από την υποχρέωση τήρησης εχεμύθειας κατ' εφαρμογή του άρθρου 26 του ν.3528/2007 και κάθε άλλης οικείας διάταξης νόμου και υποχρεούται να διασφαλίσει ότι τρίτα προς τη σχέση απασχόλησης πρόσωπα, όπως ενδεικτικά τα μέλη της οικογένειας του, δεν αποκτούν πρόσβαση στα αρχεία του Φορέα. Η εκτύπωση εγγράφων του Φορέα στην οικία του τηλεργαζομένου ή σε οποιονδήποτε χώρο πέραν του χώρου εργασίας πραγματοποιείται με ευθύνη του τηλεργαζομένου, κατά τρόπο που να διασφαλίζεται ότι δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα δεν μπορούν να γνωστοποιηθούν σε τρίτα μη δικαιούμενα πρόσωπα. Στην περίπτωση της μη προσήκουσας χρήσης των Σταθμών Τηλεργασίας εφαρμόζονται οι διατάξεις του των άρθρων 107 επ. του 3528/2007».

6.2.6. Ο Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων Υγείας ως οικοσύστημα υγείας

Ο Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων Υγείας, ως μέρος της ευρύτερης στρατηγικής της Ε.Ε. αντιπροσωπεύει ένα **οικοσύστημα υγείας**. Ο κανονισμός περιέχει κανονισμούς, κοινές πρακτικές, πρότυπα κι επιτρέπει την κυκλοφορία ηλεκτρονικών πληροφοριών υγείας εντός της ΕΕ. **Ο Κανονισμός για τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων για την Υγεία στοχεύει:**

- Στην ενδυνάμωση των πολιτών, καθώς οι ασθενείς αποκτούν ηλεκτρονική πρόσβαση στα δεδομένα υγείας τους, **όπου κι αν βρίσκονται εντός της Ε.Ε.**
- Στη βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας της Υγειονομικής Περίθαλψης δημιουργώντας ένα ενιαίο σύστημα με ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας και αξιοποίηση συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης. Οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να έχουν πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους ενός ασθενούς, ακόμη κι όταν ο ασθενής βρίσκεται σε **διαφορετικό κράτος μέλος** χρησιμοποιώντας την εφαρμογή MyHealth@EU.
- Στην ενίσχυση της Ιατρικής Έρευνας, καθώς θα δημιουργηθεί ένα μεγάλο σύνολο δεδομένων, επιτρέποντας την πραγματοποίηση μελετών μεγάλης κλίμακας που μπορούν να οδηγήσουν σε καινοτόμες θεραπείες και βελτιωμένες πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης.

Στο οικοσύστημα υγείας EHDS θα αναρτώνται δεδομένα που προέρχονται από **συστήματα υγείας**, όπως ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, μητρώα ασθενών, ιατρικές γνωματεύσεις κ.α. Ακόμη, για **σκοπούς έρευνας** και ανάπτυξης κατάλληλων πολιτικών στον τομέα της υγείας είναι δυνατό να συλλέγονται και ανωνυμοποιημένα ή ψευδονυμοποιημένα δεδομένα που προέρχονται από ιατρικές συσκευές, εφαρμογές ευεξίας, κλινικές δοκιμές, μητρώα δημόσιας υγείας (δευτερογενής χρήση). Ωστόσο, δεν επιτρέπεται η δευτερογενής χρήση των δεδομένων για εμπορικούς σκοπούς, όπως είναι η διαφήμιση και το μάρκετινγκ. Τα δεδομένα υγείας που συλλέγονται **απαγορεύεται** να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη αποφάσεων εις

βάρος ενός ατόμου, όπως αποφάσεων σχετικά με τις προσφορές εργασίας και την αξιολόγηση αιτημάτων ασφάλισης και όρων δανεισμού. Ο Κανονισμός για τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας, επίσης, απαγορεύει να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα για την ανάπτυξη προϊόντων όπως παράνομα ναρκωτικά, αλκοολούχα ποτά, προϊόντα καπνού και νικοτίνης, όπλα ή προϊόντα και υπηρεσίες που αποτελούν απειλή για τη δημόσια υγεία.

Ο Κανονισμός για τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας (EHDS) δημοσιεύτηκε στην Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ στις 5 Μαρτίου 2025 και τέθηκε σε ισχύ στις 26 Μαρτίου 2025, ξεκινώντας τη μεταβατική φάση. Η πλήρης εφαρμογή του αναμένεται σταδιακά, με τις περισσότερες διατάξεις να τίθενται σε εφαρμογή έως το 2027.

Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί **ανησυχίες** για την εκτεταμένη ανταλλαγή ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, καθώς χωρίς την πρέπουσα προσοχή θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την **ιδιωτικότητα** των προσώπων. Το βασικό ζήτημα που έχει τεθεί σχετίζεται με τη δυνατότητα ανάκλησης της συγκατάθεσης του ασθενούς για την επεξεργασία των δεδομένων τους από τρίτους. Παρά την αρχική νομοθετική πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η δυνατότητα αυτή θα προσφέρεται στον ασθενή (επιλογή opt-out/opt-in), αλλά μπορεί να κάμπτεται για λόγους δημοσίου συμφέροντος. Ο Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων Υγείας αποτελεί **καινοτομία** και υπόσχεται μία νέα πραγματικότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης αξιοποιώντας τις νέες τεχνολογίες. Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται **σημαντική επένδυση** στην τεχνολογία και την υποδομή για να καταστεί δυνατή η διαλειτουργικότητα των συστημάτων υγείας σε όλη την Ευρώπη (<https://privacyadvocate.gr>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΗΓΕΣΙΑ

7.1. Ορισμός Ηγεσίας, Ηγέτη και τα χαρακτηριστικά του

Ορισμοί Ηγεσίας

Σύμφωνα με τον Σταματάκη κ.α.(2012) η σημασία της έννοιας της ηγεσίας έχει τις ρίζες της στο αρχαίο ελληνικό ρήμα «ηγέομαι» που σημαίνει προπορεύομαι, προηγούμαι, οδηγώ, διευθύνω. Σύμφωνα με τον Μπουραντά η ηγεσία ορίζεται ως «τη διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μιας μικρής ή μεγάλης τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη), με τέτοιο τρόπο ώστε εθελοντικά και πρόθυμα και με την κατάλληλη συνεργασία να δίνουν τον καλύτερο εαυτό τους για να υλοποιούν αποτελεσματικούς στόχους που απορρέουν από την αποστολή της ομάδας και τη φιλοδοξία της για πρόοδο ή ένα καλύτερο μέλλον».

Ο Taylor (1911) υποστηρίζει ότι η ηγεσία δεν μπορεί να διδαχθεί, αλλά να βελτιωθεί μέσα από τη μάθηση, αρκεί ο ηγέτης να διακρίνεται για την αυτογνωσία του, την αυτοπεποίθηση του και να βρίσκεται τη σωστή ώρα στο σωστό μέρος. Επίσης επισημαίνει ότι κάποιοι άνθρωποι καθοδηγούν τους υπόλοιπους, διότι έχουν το χάρισμα και την ευφυΐα.

Επομένως ο ηγέτης καθοδηγεί και επηρεάζει τους υφιστάμενους του και με την πειθώ του κερδίζει την εμπιστοσύνη τους παρακινώντας τους στην εκτέλεση των καθηκόντων τους με ζήλο και εμπνέοντας τους το όραμά του (Τριαντάρη, 2020).

Ηγεσία είναι λοιπόν η διαδικασία επηρεασμού των άλλων για την επίτευξη οργανωσιακών στόχων. Τρεις σημαντικές μεταβλητές που υπάρχουν σε όλες τις καταστάσεις ηγεσίας είναι οι άνθρωποι, το έργο και το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Warren Bennis (1989) οι ηγέτες αποτελεσματικών ομάδων έχουν τέσσερα (4) κοινά χαρακτηριστικά:

- Παρέχουν κατεύθυνση στους ανθρώπους που συνεργάζονται και εξηγούν τι είναι σημαντικό και γιατί αυτό που τους έχει ανατεθεί να διεκπεραιώσουν κάνει την ειδοποιός διαφορά
- Δημιουργούν εμπιστοσύνη
- Είναι θετικοί στη δράση και ανάληψη κινδύνου
- Είναι φορείς ελπίδας.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται δύο διαφορετικά στυλ ηγεσίας που επικεντρώνονται στο έργο και στον εργαζόμενο.

Ο ηγέτης με επίκεντρο το έργο, εστιάζει στην ολοκλήρωση του έργου από τους εργαζόμενους ασκώντας στενή εποπτεία ώστε οι υφιστάμενοι του να εκτελούν τα έργα τους. Ο ηγέτης με επίκεντρο τον εργαζόμενο εστιάζει στους ανθρώπους ώστε να ολοκληρώσουν το έργο και στηρίζει την ανάθεση λήψης αποφάσεων και την παροχή βοήθειας στους εργαζόμενους για την ικανοποίηση των αναγκών τους, προσφέροντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας.

Επίσης ο Edwin Fleishman και οι συνεργάτες του στο Πολιτειακό Πανεπιστήμιο του Οχάιο υποστήριξαν μια θεωρία ηγεσίας δύο παραγόντων: ο προσανατολισμός προς την έναρξη δομής με την οποία ο ηγέτης καθορίζει τις σχέσεις στην ομάδα, καθιερώνει κανάλια επικοινωνίας και προτείνει τρόπους επίτευξης του έργου και ο προσανατολισμός προς το ενδιαφέρον που υποδηλώνει αμοιβαία εμπιστοσύνη, σεβασμό, ζεστασιά και σύνδεση μεταξύ του ηγέτη και των ακολούθων (Konopraske et al, 2023).

Επί του πρακτέου ο τομέας της υγείας είναι πολύ γνωστός για τους αυστηρούς κανονισμούς και διαδικασίες, τις ταχέως εξελισσόμενες τεχνολογικές και κλινικές εξελίξεις, το αύξον κόστος και τις αυξανόμενες ηθικές ανησυχίες, οπότε οι ηγέτες, ειδικά στον τομέα αυτό, πρέπει συνεχώς να προσαρμόζονται και να φέρνουν καινοτόμες λύσεις. Επιπρόσθετα, ο διττός ρόλος τον οποίο αναλαμβάνουν οι ιατροί σε πολλά συστήματα υγείας, όπως είναι ο ιατρικός και ταυτόχρονα και ο διοικητικός, δημιουργεί μεγαλύτερη επιβάρυνση και δυσκολίες.

Παρόλο που έχουν γίνει πολλές συζητήσεις στο κατά πόσο μπορούν να συνυπάρξουν η διοίκηση και η ιατρική, εντούτοις υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες εισηγούνται ότι η ανάμειξη των κλινικών ιατρών στη διοίκηση των νοσοκομείων, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη απόδοση τους. Σε πρόσφατη ανασκόπηση 2176 μελετών, Σουηδοί ερευνητές (Savage et al., 2020) έχουν αποδείξει ότι σε αντίθεση με τη συμβατική άποψη των αντικρουόμενων υποθέσεων, η ιατρική ηγεσία θα επωφεληθεί από ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο διαχείρισης και ιατρικής. Συνεπώς, η καλλιέργεια της ιατρικής δέσμευσης, απαιτεί συμμετοχική ηγεσία που ενεργοποιείται μέσω μακροπρόθεσμων επενδύσεων σε ατομικό, οργανωτικό και συστημικό επίπεδο.

Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε 18 μελέτες (Sfantou et al., 2017), βρέθηκε ότι η αποτελεσματική ηγεσία των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την ενίσχυση της ποιότητας και της ολοκλήρωσης της φροντίδας. Η μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει, εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαφορετικών στυλ ηγεσίας και μέτρων ποιότητας, όπου τα στυλ ηγεσίας βρέθηκαν να συσχετίζονται στενά με την ποιοτική φροντίδα και τα σχετικά μέτρα.

7.2. Διάκριση εννοιών Ηγέτη και Διοικητή

Ηγέτης ή επικεφαλής είναι το άτομο που χρησιμοποιεί τις διαπροσωπικές σχέσεις του για να επηρεάσει άλλα άτομα να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους. Προωθεί τη δημιουργία δεσμών μεταξύ των υπαλλήλων του οργανισμού προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη απόδοση και ποιοτικότερο αποτέλεσμα στη φροντίδα των ασθενών. Επιπρόσθετα διατηρεί κατάλληλο περιβάλλον για την επίτευξη των στόχων και παρέχει πληροφορίες, διευκρινίσεις για διαμόρφωση κατάλληλων κατευθύνσεων.

Από την άλλη πλευρά ο διοικητής είναι ένα άτομο που προσανατολίζεται στην αποτελεσματική επίτευξη των στόχων του οργανισμού, εστιάζοντας στον συντονισμό

των διαδικασιών και αρμοδιοτήτων των υπαλλήλων, στην αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και στην ανατροφοδότηση (Sullivan, 2016).

Το μυστικό της επιτυχίας σε κάθε προσπάθεια είναι η ικανότητα επιτυχημένης καθοδήγησης των άλλων και είναι αδύνατο η παραγωγή σε σταθερή βάση, σε επίπεδο υψηλότερο από της ηγεσίας που παρέχεται. Δηλαδή οι ηγετικές ικανότητες ενός ατόμου καθορίζουν αποφασιστικά το επίπεδο της επιτυχίας του, καθώς και εκείνων που δουλεύουν γύρω του.

Εννοείται πως η ηγετική ικανότητα αναπτύσσεται και εξελίσσεται, δεν ανακαλύπτεται και ως εκ τούτου μπορεί να διδαχθεί. Εκείνος που γεννιέται ηγέτης θα ξεχωρίσει ούτως ή αλλιώς αλλά θα πρέπει να εξελίξει τα φυσικά γνωρίσματα της ηγεσίας.

Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες ηγετών, ο κορυφαίος, ο καλλιεργημένος, ο δυνάμει ηγέτης και ο περιορισμένος ηγέτης.

Ο κορυφαίος ηγέτης διαθέτει έμφυτες ηγετικές ικανότητες, αυτοκυριαρχία για να εξελιχθεί σε μεγάλο ηγέτη, εφαρμόζει στη ζωή του τις αρχές της ηγεσίας και αποκτά επιπλέον εκπαίδευση στον εν λόγω τομέα.

Ο καλλιεργημένος ηγέτης διαθέτει όλες τις παραπάνω ιδιότητες πλην μιας (της έμφυτης ηγετικής ικανότητας). Όλες οι ικανότητες του είναι επίκτητες.

Ο δυνάμει ηγέτης έχει μόνο πολύ πρόσφατα εφαρμόσει τις αρχές ηγεσίας, βρίσκεται στο στάδιο της εκπαίδευσης για να εξελιχθεί σε ηγέτη, και διαθέτει την αυτοκυριαρχία για να γίνει μεγάλος ηγέτης.

Ο περιορισμένος ηγέτης έχει από καθόλου έως ελάχιστη επαφή με ηγέτες και με οποιαδήποτε εκπαίδευση στην ηγεσία. Επίσης επιθυμεί να εξελιχθεί σε ηγέτη (Maxwell, 2008).

7.3. Χαρακτηριστικά Ηγέτη

Οι βασικές ικανότητες που παρατηρούνται στον ηγέτη ενός Οργανισμού/Επιχείρησης είναι οι εξής: Επικοινωνία-Πειθώ, Συναισθηματική Νοημοσύνη-Ενσυναίσθηση, Λήψη αποφάσεων και διαχείριση προβλημάτων, Συστημική-Συνειρμική Σκέψη και αυτοεπίγνωση-αυτοδιαχείριση.

Αναλυτικότερα η ικανότητα του ηγέτη να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τους υφισταμένους του και τους όμοιούς του ιεραρχικά με τη σωστή χρήση της γλώσσας, της φωνής, της έντασης και του ρυθμού της φωνής, τη σωστή στάση του σώματος, της γλώσσας του σώματος σε συνδυασμό με την εξωτερική του συναισθήματος. Η συναισθηματική νοημοσύνη ή αλλιώς ενσυναίσθηση στον ηγέτη είναι η βασική ικανότητα με την οποία δημιουργεί γόνιμο εργασιακό κλίμα, αυξάνει την απόδοση των εργαζομένων και αποτελεί βασικό παράγοντα παρακίνησης στην εργασιακή απόδοση. Συνδέεται άμεσα με τα στυλ ηγεσίας και τις διαφορετικές επιδράσεις στην απόδοση και στη δράση των εργαζομένων στον Οργανισμό και αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα στη λήψη αποφάσεων (Τριαντάρη, 2020).

Η συναισθηματική ηγεσία έχει ύψιστη σημασία στη βελτίωση της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας γιατί ο ηγέτης όταν είναι «συναισθηματικά έξυπνος» ενεργεί ως καθοδηγητής που χτίζει εμπιστοσύνη και ψυχολογική ασφάλεια, στοιχεία απαραίτητα για την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία (Salas et al, 2015). Αυτό το χαρακτηριστικό του ηγέτη και κατά πόσο επιφέρει θετικές επιδράσεις στην ομαδική εργασία και επικοινωνία θα εξετασθεί και στο ερωτηματολόγιο της έρευνας που θα ακολουθήσει.

Ο ηγέτης λαμβάνει έγκαιρα και σε δύσκολες καταστάσεις αποφάσεις και διαχειρίζεται τα προβλήματα με φρόνηση εμπνεόμενος εναλλακτικές ιδέες με γνώμονα την καλύτερη λύση στον κατάλληλο χρόνο. Η ευελιξία του ηγέτη γίνεται εμφανή στις συγκρούσεις που πρέπει να διαχειριστεί μεταξύ των εργαζομένων ή ακόμη και στις διαφωνίες που σχηματίζονται στη λήψη μιας απόφασης, που μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές επιπτώσεις για τον Οργανισμό/Επιχείρηση. Ο ρόλος αυτός έχει μεγάλη βαρύτητα γιατί πρέπει να λειτουργήσει και ως διαμεσολαβητής αντιλαμβάνομενος τις αλληλεπιδράσεις που μπορούν να έχουν οι αποφάσεις στα υπόλοιπα τμήματα του Οργανισμού.

Με αυτόν τον τρόπο συνδέεται η ικανότητα διαχείρισης προβλημάτων με την ικανότητα για συνειρμική σκέψη. Συνειρμικές μορφές συλλογισμού, που στοχεύουν στην αναγωγή συμπερασμάτων, στη λήψη αποφάσεων, στη διαμόρφωση στρατηγικών παρέχουν στον ηγέτη την ικανότητα να έχει μια συστημική αντίληψη για τα πράγματα, που συγκροτούνται από επιμέρους αλληλεπιδρώντα μέρη, των οποίων πρέπει να έχει τον έλεγχο αναπτύσσοντας την ικανότητα της οργάνωσης, της δομής και της μάθησης. Η Αυτεπίγνωση-Αυτοδιαχείριση είναι η ικανότητα του ηγέτη να γνωρίζει τον εαυτό του, τις αξίες του και τις ανάγκες του. Είναι η γνώση και κατανόηση των συναισθημάτων του, των δυνατών και αδύνατων σημείων του. Η αυτοδιαχείριση είναι η ικανότητα του να χειρίζεται καλά και αποτελεσματικά την εσωτερική του κατάσταση, τις συγκινήσεις, τις παρορμήσεις και τις διαθέσεις του.

Εν γένει ο Ηγέτης είναι το άτομο με διανοητικές και ηθικές χάρες, με γνώση και εμπειρία που διακρίνονται στην επιχειρηματολογία του. Ο πιο αποτελεσματικός μάνατζερ είναι ο πιο καλός επικοινωνητής και πειστικός ηγέτης. Στους σύγχρονους οργανισμούς η αποτελεσματική ηγεσία απαιτεί η έννοια του ηγέτη να συμπεριλαμβάνει την έννοια του μάνατζερ.

Οι τέσσερις διοικητικές τους ικανότητες είναι οι κάτωθι:

- A) το παραδοσιακό μάνατζμεντ που αφορά τη λήψη αποφάσεων
- B) την επικοινωνία που αφορά ανταλλαγή πληροφοριών και μηνυμάτων
- Γ) τη διαχείριση ανθρώπινων πόρων που αφορά εκπαίδευση, στελέχωση, διαχείριση συγκρούσεων
- Δ) τη δικτύωση που αφορά την κοινωνικοποίηση, την αλληλεπίδραση του εσωτερικού με εξωτερικού περιβάλλοντος.

Από την άλλη πλευρά ο μάνατζερ είναι το άτομο που με τις επικοινωνιακές δεξιότητες και την ικανότητα της πειθούς επηρεάζει και διαχειρίζεται τους εργαζόμενους με

απώτερο στόχο την αποτελεσματική τους απόδοση στο χώρο εργασίας, την αποτελεσματική και αποδοτική αξιοποίηση των πόρων.

Λόγω των συνεχών αλλαγών, κρίσεων, αναταράξεων, οικονομικών κρίσεων, πολέμων επιδημιών είναι αναγκαίο περισσότερο από ποτέ η ύπαρξη όχι απλά ενός ηγέτη αλλά ενός ηγέτη-μάνατζερ (Τριαντάρη, 2020).

7.4. Δεξιότητες Ηγέτη

Οι δεξιότητες αφορούν στο τι μπορούν να επιτύχουν οι ηγέτες ενώ τα χαρακτηριστικά αφορούν στο ποιοι είναι. Οι δεξιότητες της ηγεσίας ορίζονται ως η ικανότητα ενός ατόμου να χρησιμοποιεί τις γνώσεις και τα προσόντα του για να πετύχει ένα σύνολο στόχων (Northouse, 2019). Οι ηγετικές δεξιότητες διακρίνονται σε τεχνικές, συμπεριφορικές και εννοιολογικές /αναλυτικές δεξιότητες.

Ως τεχνικές δεξιότητες ορίζονται η γνώση, η ευχέρεια και η επιδεξιότητα σε ένα συγκεκριμένο είδος εργασίας. Αποτελούν την αναλυτική ικανότητα εφαρμογής κατάλληλων τεχνικών και εργαλείων πχ η γνώση ενός λογισμικού προγράμματος ή μιας ηλεκτρονικής εφαρμογής ή η επάρκεια εφαρμογής χρηματοοικονομικών και λογιστικών τεχνικών. Οι τεχνικές δεξιότητες είναι πιο σημαντικές έναντι άλλων δεξιοτήτων στα κατώτερα και μεσαία ιεραρχικά επίπεδα ενώ στα ανώτερα διοικητικά στελέχη είναι λιγότερα σημαντικά. Τα ανώτερα στελέχη βασίζονται στους επιδέξιους υφισταμένους που έχουν τις εν λόγω δεξιότητες (Μιχαλόπουλος, 2016).

Ως συμπεριφορικές που συχνά αναφέρονται ως ανθρώπινες δεξιότητες ορίζονται οι γνώσεις και οι ικανότητες που επιτρέπουν σε ένα άτομο να συνεργάζεται με ανθρώπους. Βοηθούν τον ηγέτη να συνεργαστεί αποτελεσματικότερα με τους υφισταμένους, συναδέλφους και ανωτέρους για να επιτευχθούν οι αναμενόμενοι στόχοι και να προσαρμόσει τις ιδέες στους άλλους. Επίσης δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των εργαζομένων γιατί ο ηγέτης δείχνει ευαισθησία στις ανάγκες και τα κίνητρα του άλλου καθώς επίσης ότι λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του κατά τη λήψη αποφάσεων.

Εννοιολογική/αναλυτική είναι η ικανότητα κανείς να δουλεύει με ιδέες και νοήματα. Οι νοητικές δεξιότητες έχουν κεντρικό ρόλο στη δημιουργία οράματος και στρατηγικού πλάνου για έναν οργανισμό. Είναι σημαντικότερες στο ανώτερο επίπεδο του μάνατζμεντ.

Τέλος χρειάζεται να τονισθεί η σημασία του γεγονότος οι ηγέτες να τις κατέχουν όλες. Σύμφωνα με τους T.Mumford-M.Campion και F.Morgeson οι ηγετικές δεξιότητες διακρίνονται σε:

1. Γνωστικές δεξιότητες που αφορούν την ικανότητα συλλογής, επεξεργασίας και διάδοσης πληροφοριών και μάθησης με σημαντικό ρόλο να διαδραματίζουν οι επικοινωνιακές δεξιότητες και η «ενεργητική ακοή»

2. Διαπροσωπικές δεξιότητες όπου συμπεριλαμβάνονται οι συμπεριφορικές δεξιότητες, οι ικανότητες διαπραγμάτευσης, συντονισμού και πειθούς όπως και κοινωνικής αντίληψης
3. Επιχειρησιακές δεξιότητες που αφορούν στη διοίκηση και οργάνωση των διαφόρων διαθέσιμων πόρων
4. Στρατηγικές δεξιότητες, οι οποίες αναφέρονται στις αναλυτικές δεξιότητες για διαμόρφωση ενός οράματος, για συστημική αντίληψη του οργανωτικού σχεδιασμού και των συναφών ζητημάτων, απόκτηση ικανότητας δόμησης ενός προβλήματος ή χαρτογράφηση του περιβάλλοντος λειτουργίας του οργανισμού και αξιολόγησης των εκάστοτε προτεινόμενων λύσεων (Μιχαλόπουλος, 2016).

Τη δεκαετία του 90, το μοντέλο των δεξιοτήτων του Mumford εξελίχθηκε για να εξηγήσει τις ικανότητες που καθιστούν έναν ηγέτη αποτελεσματικό. Το μοντέλο καθόρισε πέντε συστατικά στοιχεία: ικανότητες, ατομικά γνωρίσματα, αποτελέσματα ηγεσίας, επαγγελματική εμπειρία και επιρροές του περιβάλλοντος. Οι ηγετικές ικανότητες είναι οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, οι δεξιότητες κοινωνικής οξύνοιας και η γνώση. Οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων αποτελούν μέρος της δημιουργικής ικανότητας του ηγέτη, η οποία αφορά στην επίλυση νέων, ασυνήθιστων και ελλιπώς προσδιοριζόμενων προβλημάτων του οργανισμού.

Οι δεξιότητες κοινωνικής οξύνοιας έχουν να κάνουν με την ικανότητα κατανόησης ανθρώπων και κοινωνικών δομών. Δίνουν τη δυνατότητα στους ηγέτες να συνεργάζονται με τους άλλους για να επιλύσουν προβλήματα και να κερδίσουν υποστήριξη, ώστε να εφαρμοστούν οι αλλαγές στο εσωτερικό του οργανισμού. Είναι εκείνες που απαιτούνται για την επίλυση των ιδιαίτερων προβλημάτων του κάθε οργανισμού. Γνωστική ενσυναίσθηση είναι η κατανόηση της στάσης που τηρούν οι άλλοι σε σχέση με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή μια λύση. Η κοινωνική διορατικότητα είναι η αντίληψη και η συναισθήση του τρόπου λειτουργίας των άλλων μέσα στον οργανισμό. Γνώση είναι η συγκέντρωση πληροφοριών και οι νοητικές δομές που χρησιμοποιούνται για την οργάνωση τους.

Αυτές οι ικανότητες επηρεάζονται άμεσα από τα ατομικά γνωρίσματα του ηγέτη και ειδικότερα τη γενικευμένη γνωστική ικανότητα, την αποκρυσταλλωμένη γνωστική ικανότητα, το κίνητρο και την προσωπικότητα (Northouse, 2019).

Ένα πρότυπο ικανής ηγεσίας θεωρεί ότι η ηγετική ικανότητα χωρίς να είναι δεδομένη, οριοθετείται από τη σχέση της γνώσης, των δεξιοτήτων και των αποτελεσμάτων λειτουργίας της ηγεσίας και πολλοί μπορούν να εξελιχθούν και να διαμορφωθούν μέσω των κατάλληλων εκπαιδευτικών διαδικασιών.

Οι δεξιότητες μπορούν επίσης να διακριθούν σε:

A) δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που είτε είναι ασυνήθιστα είτε ατελώς προσδιορισμένα και η λήψη αποτελεσματικών αποφάσεων συμβάλει στην πιστή ακολουθία ενεργειών με χρονοδιαγράμματα, αξιολόγησης περιβαλλοντικών επιρροών και εξέλιξη του προσωπικού.

Β) σε δεξιότητες κοινωνικής κρίσης που αποτελούν τις ανθρώπινες δεξιότητες και συνδέονται με τη διαθέσιμη κοινωνική νοημοσύνη που αφορά την κατανόηση της λειτουργίας των άλλων ατόμων μέσα στην ίδια την οργάνωση και με την συμπεριφορική ευελιξία δηλαδή την ικανότητα προσαρμογής σε μια αλλαγή ή υιοθέτησης μιας αλλαγής

Γ) κοινωνικές επιδόσεις όπως η ικανότητα πειθούς και επικοινωνίας της αξίας των αλλαγών

Δ) γνώση που σχετίζεται με την εφαρμογή δεξιοτήτων επίλυσης κάποιου προβλήματος

Οι ατομικές στάσεις διακρίνονται σε:

Α) γενική γνωστική ικανότητα, η οποία αναφέρεται στην ατομική νοημοσύνη που σχετίζεται με την διατύπωση ορθολογικών επιχειρημάτων, δημιουργική σκέψη και ικανότητα μνήμης.

Β) αποκρυσταλλωμένη γνωστική ικανότητα η οποία αφορά τη διεύρυνση γνώσης από την αποκτώμενη εμπειρία.

Γ) Υποκίνηση (Μιχαλόπουλος, 2016).

7.5. Ομοιότητες και Διαφορές Manager και Ηγέτη

Διαφορές Μάνατζερ -Ηγέτη στο παρελθόν

Κατά βάση, η λέξη ηγούμεν σημαίνει «προχωρώ, ταξιδεύω, οδηγώ». Η ηγεσία έχει μια κιναισθητική ιδιότητα, μια αίσθηση κίνησης. Οι ηγέτες αναζητούν μια νέα τάξη. Αντίθετα η ρίζα της λέξης διαχειρίζομαι είναι η λέξη «χέρι». Κατά βάση, το μάνατζμεντ αφορά το χειρισμό πραγμάτων, τη διατήρηση της τάξης, την οργάνωση και τον έλεγχο (Kouzes J and Posner B, 1995).

Οι μάνατζερ ενδιαφέρονται για το πως θα γίνει η δουλειά, ενώ οι ηγέτες ενδιαφέρονται για το τι σημαίνει καθετί για τους άλλους (Zaleznik, 1977).

Ο Ηγέτης καινοτομεί, πρωτοτυπεί, αναπτύσσει, εστιάζει σε ανθρώπους, εμπνέει εμπιστοσύνη, έχει προοπτική δυνατοτήτων, προσανατολίζεται στο τι & στο γιατί, βλέπει στο μέλλον, είναι αυτόφωτος, αντιμετωπίζει καταστάσεις, είναι αυθεντικός με αυτογνωσία και πράττει το σωστό.

Ενώ ο μάνατζερ διαχειρίζεται, αντιγράφει, συντηρεί, εστιάζει σε δομές και συστήματα, ελέγχει, έχει μικρή εμβέλεια δυνατοτήτων, προσανατολίζεται στο πως και πότε, βλέπει στο παρόν, μιμείται, αποδέχεται την κατάσταση, υπηρετεί ως στρατιώτης και πράττει τα πράγματα σωστά (Τριαντάρη, 2020).

Ομοιότητες Ηγεσίας και Μάνατζμεντ

Στην εποχή που διανύουμε διακρίνεται ταυτόχρονα ηγέτης-μάνατζερ.

Ο πολυσχιδής ηγέτης είναι πολυδιάστατος και έχει να επιτελέσει πολλούς ρόλους, θα πρέπει να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του και να επηρεάζει τα συναισθήματα των άλλων, να έχει πειθώ και συναισθηματική νοημοσύνη ώστε να μπορεί να αναλάβει διαπραγματευτικό και διαμεσολαβητικό ρόλο, να αντιμετωπίσει τις σύγχρονες προκλήσεις, κινδύνους και να φέρει αρμονία και ισορροπία στον Οργανισμό (Τριαντάρη, 2020).

Σύμφωνα με τον Drucker (1998) ο διαχωρισμός του μάνατζμεντ από την ηγεσία είναι ανόητος όσο ανόητος είναι και ο διαχωρισμός του μάνατζμεντ από την επιχειρηματικότητα. Πρόκειται για αναπόσπαστα τμήματα της ίδιας δουλειάς. Διαφέρουν βέβαια αλλά μόνο όσο διαφέρει το δεξί από το αριστερό χέρι ή τη μύτη από το στόμα, Ανήκουν στο ίδιο σώμα (Drucker, 1998).

Η ηγεσία μοιάζει με το μάνατζμεντ διότι προϋποθέτει επιρροή και συνεργασία με τους ανθρώπους και αποτελεσματική επίτευξη των στόχων. Διαφέρουν όμως και σε αρκετά σημεία όπως π.χ. προτεραιότητα του μάνατζμεντ είναι η εξασφάλιση της ευταξίας και της συνοχής του οργανισμού ενώ της ηγεσίας η αλλαγή και η εξέλιξη. Το μάνατζμεντ αποσκοπεί στη τάξη και σταθερότητα ενώ η ηγεσία επιδιώκει την προσαρμοστικότητα και την εποικοδομητική αλλαγή. Γενικότερα, το μάνατζμεντ εστιάζει στις δραστηριότητες του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της στελέχωσης και του ελέγχου, ενώ η ηγεσία δίνει έμφαση στη συνολική διαδικασία της επιρροής. Όμως και το μάνατζμεντ και η ηγεσία είναι απαραίτητα για την ευημερία του οργανισμού.

Από την πληθώρα των μελετών που έχουν διεξαχθεί όλα αυτά τα χρόνια γίνεται φανερό ότι πολλά προσωπικά χαρακτηριστικά συνεισφέρουν στην ηγεσία. Κάποια από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά είναι η ευφυΐα, η αυτοπεποίθηση, η αποφασιστικότητα, η ακεραιότητα και η κοινωνικότητα. Επίσης υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και των χαρακτηριστικών που περιγράφονται ως μοντέλο προσωπικότητας των πέντε βασικών παραγόντων, το οποίο περιεγράφηκε σε προηγούμενη ενότητα. Η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία, η δεκτικότητα στην εμπειρία, ο μειωμένος νευρωτισμός και η προσήνεια. Επίσης μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι ηγέτες που είναι ευαίσθητοι στα δικά τους συναισθήματα και στην επίδραση που έχουν στους άλλους ενδέχεται να είναι ηγετικά αποτελεσματικότεροι (Schunk, 2008).

Παρατηρώντας τα οργανογράμματα μιας επιχείρησης διαπιστώνουμε ότι η ηγεσία που βασίζεται στην κατοχή μιας θέσης σε έναν οργανισμό είναι ανατιθέμενη ηγεσία. Οι προϊστάμενοι τμημάτων, και γενικότερα τα ανώτατα στελέχη διοίκησης αποτελούν παραδείγματα ανατιθέμενων ηγετών. Ενώ όταν τα υπόλοιπα μέλη αντιλαμβάνονται κάποιον ως το άτομο με τη μεγαλύτερη επιρροή σε μια ομάδα ή έναν οργανισμό, ανεξάρτητα από τη θέση που κατέχει, το συγκεκριμένο άτομο αποτελεί παράδειγμα αναδυόμενου ηγέτη. Ορισμένα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν ώστε ένα άτομο να

εξελιχθεί σε αναδυόμενο ηγέτη είναι η καλή λεκτική επικοινωνία, η παρουσίαση νέων ιδεών, η προσωπικότητα του ατόμου, η εμπειριστατωμένη πληροφόρηση (Schunk, 2008).

7.6. Επίπεδα και στυλ Ηγεσίας

Η ηγεσία αποτελείται από πέντε (5) επίπεδα τα οποία αναλύονται παρακάτω:

Επίπεδο 1 λόγω θέσης

Ασκείται επιρροή λόγω της συγκεκριμένης κατοχής θέσης εργασίας. Από τη συγκεκριμένη θέση μπορεί να ασκείται εξουσία αλλά η πραγματική ηγεσία είναι κάτι πολύ περισσότερο. Σημαίνει να έχει κανείς την τεχνική κατάρτιση και να ακολουθεί την κατάλληλη διαδικασία ώστε να γίνεται το πρόσωπο που οι άλλοι θα ακολουθήσουν με προθυμία και εμπιστοσύνη.

Τα χαρακτηριστικά του ηγέτη λόγω θέσης είναι ότι η ασφάλεια βασίζεται στον τίτλο, όχι στις ικανότητες και το επίπεδο αυτό συχνά επιτυγχάνεται με ανάθεση. Επιπρόσθετα οι άνθρωποι δεν ακολουθούν ένα «λόγω θέσης» ηγέτη πέρα από την εξουσία που υποδηλώνει το αξίωμα του και οι «λόγω θέσης» ηγέτες έχουν δυσκολίες στη συνεργασία τους με εθελοντές, καταρτισμένα στελέχη, και νεαρά άτομα.

Επίπεδο 2: Συναίνεση

Σύμφωνα με τον Fred Smith η ηγεσία σημαίνει να πείθεις τους άλλους να εργάζονται για σένα όταν δεν είναι υποχρεωμένοι να το κάνουν. Οι άνθρωποι δεν νοιάζονται να μάθουν τι ξέρετε μέχρι να μάθουν πόσο νοιάζεστε. Αυτό σημαίνει ότι η ηγεσία αρχίζει από την καρδιά και όχι από το κεφάλι.

Επίπεδο 3: Παραγωγή

Οι άνθρωποι είναι μαζί για να πραγματοποιήσουν κάποιο στόχο, προσανατολίζονται δηλαδή στο αποτέλεσμα.

Επίπεδο 4: Εξέλιξη ατόμων

Ο πραγματικός ηγέτης αναγνωρίζεται από την εξέλιξη των άλλων ανθρώπων του που παρουσιάζουν σταθερά ανώτερες επιδόσεις. Η κύρια ευθύνη του είναι να προωθήσει τους άλλους ώστε να ολοκληρώσουν την εργασία επιτυχώς.

Επίπεδο 5: Ηγετική φυσιογνωμία

Απαιτείται μια ολόκληρη ζωή άσκησης αποδεδειγμένων ηγετικών ικανοτήτων για να μπορέσουμε να σταθούμε στο επίπεδο 5 και συλλέξουμε τα οφέλη που εκπληρώνουν όλες τις προσδοκίες μας.

Πολλές φορές μπορεί να τεθεί ερώτημα γιατί άραγε οι άνθρωποι αντιδρούν στην αλλαγή που επιθυμεί ένας ηγέτης. Πρώτον γιατί η ιδέα της αλλαγής δεν είναι δική τους και αντιδρούν ακόμη και αν ωφελούνται από εκείνη. Δεύτερον αλλάζουν οι συνήθειες μας, οι οποίες όταν είναι σταθερές μας επιτρέπουν να ενεργούμε χωρίς να σκεπτόμαστε. Επίσης, η αλλαγή γεννάει φόβο για το άγνωστο και φόβο για αποτυχία. Επιπρόσθετα, όταν ο σκοπός της αλλαγής δεν είναι σαφής οι άνθρωποι αντιτίθενται ή όταν η ανταμοιβή της αλλαγής δεν είναι ανάλογη με την προσπάθεια που αυτή

απαιτεί. Υπάρχει περίπτωση οι άνθρωποι να είναι υπερβολικά ευχαριστημένοι από την υπάρχουσα κατάσταση και να μην επιθυμούν την αλλαγή, η οποία όμως αναπόφευκτα θα πραγματοποιηθεί. Ακόμα οι οπαδοί όταν δεν σέβονται τον ηγέτη αντιδρούν στην αλλαγή ή όταν κάνουν αρνητικές σκέψεις. Τέλος, η αλλαγή μπορεί να συνεπάγεται προσωπικές απώλειες, να συνεπάγεται περισσότερες υποχρεώσεις ή η παράδοση να αντιστέκεται σε αυτήν.

Συνήθως όταν σε έναν οργανισμό γίνεται πρόταση μιας αλλαγής, οι άνθρωποι μπορούν να χωριστούν σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με την αντίδραση τους.

1. Οι καινοτόμοι είναι οι οραματιστές
2. Οι άμεσοι υποστηρικτές είναι άτομα που έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν αμέσως μια καλή ιδέα
3. Οι μέσοι υποστηρικτές αποτελούν την πλειοψηφία
4. Οι όψιμοι υποστηρικτές είναι εκείνοι που ενστερνίζονται την ιδέα τελευταίοι
5. Οι αργοπορημένοι αντιδρούν πάντοτε στις αλλαγές.

Οι τέσσερις λόγοι που εξηγούν γιατί οι άνθρωποι δεν αποδίδουν όπως θα έπρεπε είναι γιατί πολλές φορές είτε δεν γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν είτε δεν ξέρουν πως να το κάνουν. Αρκετά συχνά δεν ξέρουν γιατί θα έπρεπε να το κάνουν ή υπάρχουν εμπόδια που δεν εξαρτώνται από τους ίδιους.

Η στάση μας αποτελεί το πολύ εξαιρετικό προσόν της ηγεσίας γιατί χωρίς αυτή ποτέ δεν θα καταφέρουμε να αγγίξουμε το μέγιστο των δυνατοτήτων μας. Η διάθεση του ηγέτη είναι σημαντική αφού επηρεάζει τον τρόπο σκέψης και τη διάθεση των οπαδών του. Σύμφωνα με τον Paul Meier η στάση δεν είναι τίποτα περισσότερο από τις συνήθειες της σκέψης και οι συνήθειες είναι επίκτητες.

Όλοι οι αποτελεσματικοί ηγέτες έχουν όραμα αυτού που θέλουν να πραγματοποιήσουν. Το όραμα αποτελεί την καύσιμη ύλη πίσω από κάθε προσπάθεια και τη δύναμη που προωθεί να βρεθεί η βέλτιστη λύση.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να τονισθεί η αξία της ανθρώπινης ανέλιξης. Όλοι οι άνθρωποι θέλουν να αισθάνονται ότι αξίζουν, διψάνε για αναγνώριση, συντροφικότητα, κατανόηση, αγάπη κτλ. Επιπρόσθετα, όλοι χρειάζονται ενθάρρυνση και αντιδρούν θετικά σε αυτή γιατί είναι το οξυγόνο της ψυχής, αποδέχονται τον ηγέτη πριν αποδεχθούν την ηγεσία του. Όμως οι περισσότεροι άνθρωποι δεν ξέρουν πως να πετύχουν. Η επιτυχία είναι μια εξελικτική διαδικασία, μια επέκταση και ανάπτυξη, μαθαίνεις από τις αποτυχίες και ξεκινάς πάλι πιο έξυπνα. Τέλος οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν φυσικά κίνητρα.

Το τίμημα όμως του μεγαλείου είναι η ευθύνη σύμφωνα με τον Γουίνστον Τσώρτσιλ και η επιτυχία δεν εξαρτάται μόνο από το πόσο καλά κάνουμε αυτά που μας αρέσουν, αλλά από πόσο συνειδητά ολοκληρώνουμε όλα εκείνα που δεν μας αρέσουν. Τα άτομα που βρίσκονται πλησιέστερα στον ηγέτη καθορίζουν το βαθμό της επιτυχίας του. Ένας μεγάλος ηγέτης αναπτύσσει μια ομάδα ανθρώπων, οι οποίοι αυξάνουν την

παραγωγικότητα, με αποτέλεσμα η επιρροή και η αποτελεσματικότητα του ηγέτη αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται αντί να προστίθενται (Maxwell, 2008).

Σε αυτό το σημείο θα γίνει αναφορά στα διαφορετικά στυλ ηγεσίας που χρησιμοποιούνται. Τα στυλ ηγεσίας αναφέρονται στις μεθόδους και συμπεριφορές που χρησιμοποιεί ένας ηγέτης για να κατευθύνει, να κινητοποιεί και να διαχειρίζεται την ομάδα του. Καταρχάς η θεωρία του Likert ταξινομεί 4 στυλ ηγεσίας:

- Εκμεταλλευτικό αυταρχικό (επικοινωνία από πάνω προς τα κάτω, λήψη αποφάσεων από την κορυφή),
- Καλοπροαίρετο αυταρχικό (κάποιες αποφάσεις λαμβάνονται από χαμηλότερα ιεραρχικά επίπεδα),
- Συμβουλευτικό (οι υφιστάμενοι συμβουλεύουν τα ανώτερα στελέχη και οι αποφάσεις λαμβάνονται από εκείνα),
- Συμμετοχικό (ενεργή συμμετοχή όλων στις αποφάσεις).

Η θεωρία της διοικητικής σχάρας Blake-Mouton υποστηρίζει ότι αποτελεσματικός ηγέτης είναι εκείνος που δείχνει το ίδιο ενδιαφέρον τόσο για τα αποτελέσματα της εργασίας όσο και για τη διατήρηση καλών ανθρώπινων σχέσεων στην ομάδα.

Η ενδεχομενική θεώρηση της ηγεσίας από τον Fiedler πρεσβεύει ότι η αποτελεσματική ηγεσία εξαρτάται από τις σχέσεις ηγέτη και υφισταμένου, τη φύση της εργασίας και τη δύναμη της θέσης ενώ οι Vroom-Yetton προτείνουν πέντε (5) στυλ ηγεσίας ανάλογα με το βαθμό συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων.

Το μοντέλο Vroom-Yetton (ή Vroom-Yetton-Jago) είναι ένα πλαίσιο λήψης αποφάσεων για ηγέτες, που βοηθά να επιλέξουν το καταλληλότερο επίπεδο συμμετοχής των υφισταμένων στην απόφαση, ανάλογα με την κατάσταση. Χρησιμοποιεί μια σειρά ερωτήσεων ("Ναι/Όχι") για να καθορίσει αν η απόφαση πρέπει να είναι αυτοκρατορική (A1, A2), συμβουλευτική (C1, C2) ή συνεργατική (G1, G2), εξασφαλίζοντας την ποιότητα της απόφασης και την αποδοχή της από την ομάδα.

Τα πέντε στυλ λήψης αποφάσεων είναι τα κάτωθι:

A1 (Αυτοκρατορικό): Ο ηγέτης αποφασίζει μόνος του, χρησιμοποιώντας μόνο τις τρέχουσες πληροφορίες.

A2 (Αυτοκρατορικό): Ο ηγέτης ζητά πληροφορίες από την ομάδα, αλλά αποφασίζει μόνος του.

C1 (Συμβουλευτικό): Ο ηγέτης συζητά το πρόβλημα με την ομάδα, αλλά παίρνει την τελική απόφαση μόνος.

C2 (Συμβουλευτικό): Ο ηγέτης συζητά με την ομάδα, ακούει τις ιδέες τους, αλλά η τελική απόφαση παραμένει δική του.

G2 (Συνεργατικό): Ο ηγέτης παρουσιάζει το πρόβλημα στην ομάδα ως σύνολο και η ομάδα λαμβάνει την απόφαση από κοινού.

Τα οφέλη είναι ότι παρέχει μια σαφή διαδικασία για την επιλογή του στυλ λήψης αποφάσεων, επιτρέπει στους ηγέτες να προσαρμόζονται σε διαφορετικές συνθήκες και εμπλέκοντας τα μέλη, αυξάνεται η δέσμευσή τους στην απόφαση.

Στη συνέχεια η θεωρία McGregor X,Y προτείνει δύο στυλ ηγεσίας: το αυταρχικό και το δημοκρατικό στυλ, ανάλογα με τη φύση των ατόμων που καλούνται να διοικήσουν. Τέλος η θεωρία ωριμότητας των Argyris, Hersey και Blanchard (γνωστή και ως «Θεωρία Κύκλου Ζωής Ηγεσίας» των Hersey & Blanchard) συνδέει το επίπεδο ωριμότητας (ετοιμότητας) των υφισταμένων με το κατάλληλο στυλ ηγεσίας, υποστηρίζοντας ότι καθώς οι εργαζόμενοι ωριμάζουν (γίνονται πιο ικανοί και πρόθυμοι), ο ηγέτης πρέπει να μετακινείται από έντονα καθοδηγητικές σε πιο υποστηρικτικές και λιγότερο παρεμβατικές συμπεριφορές, προσαρμόζοντας την καθοδήγηση, την υποστήριξη, την εξουσιοδότηση και την εκπαίδευση, ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και της ομάδας.

Στη θεωρία αυτή προβάλλεται δηλαδή ο εκπαιδευτικός ρόλος του ηγέτη βοηθώντας τους ανώριμους υφιστάμενους του να ωριμάσουν (Πετρίδου, 2020).

Σε μια περίοδο αρκετών δεκαετιών οι ερευνητές εξέτασαν τις πτυχές της προσωπικότητας των επιτυχημένων managers και διοικητικών στελεχών μεγάλων επιχειρήσεων. Τα γνωρίσματα που αποδείχθηκαν ότι σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας είναι τα υψηλά ποσοστά ενέργειας και αντοχής στο στρες (βοηθούν τους managers να αντιμετωπίσουν τις υψηλές απαιτήσεις, τους γρήγορους ρυθμούς και το επιβαρυνόμενο πρόγραμμα τους), η αυτοπεποίθηση που σχετίζεται με τον αυτοσεβασμό και την αυτοαποτελεσματικότητα, η εσωτερική έδρα ελέγχου δηλαδή η πίστη των ανθρώπων ότι όσα συμβαίνουν στη ζωή τους καθορίζονται κυρίως από τις δικές τους ενέργειες παρά από τυχαίες ή ανεξέλεγκτες δυνάμεις. Επιπλέον η συναισθηματική σταθερότητα και ωριμότητα που συμβάλουν στην εύκολη προσαρμογή και στην αποτροπή ψυχολογικών διαταραχών, η προσωπική ακεραιότητα δηλαδή ειλικρίνεια, ηθική και εμπιστοσύνη, το κοινωνικό κίνητρο ισχύος δηλαδή η έντονη ανάγκη για εξουσία και επιρροή ανθρώπων και γεγονότων και ο μερικώς προσανατολισμός προς την διαρκή επίτευξη στόχων και το μειωμένο αίσθημα «του ανήκειν» (Yukl, 2006).

7.7. Σύγχρονα Μοντέλα Ηγεσίας

Η ηγεσία όπως αναφέρθηκε προηγουμένως θα πρέπει να προσαρμόζεται πάντα ανάλογα με τις εποχές, τις συνθήκες και τις αλλαγές που συνεχώς προκύπτουν και επικρατούν. Τα σύγχρονα μοντέλα ηγεσίας εστιάζουν στην προσαρμοστικότητα, τη συναισθηματική νοημοσύνη, την ενδυνάμωση των εργαζομένων και την ηθική, ξεφεύγοντας από τα παραδοσιακά, αυστηρά ιεραρχικά πρότυπα.

Αναλύονται παρακάτω τα κάτωθι μοντέλα ηγεσίας:

- **Μοντέλο Συναλλαγής Ηγέτη-Υφισταμένων (LMX-Leader-member exchange theory)** όπου πρόκειται για ένα μοντέλο συναλλαγής ανάμεσα στον ηγέτη και την έσω-ομάδα των υφισταμένων του καθώς έχει αναπτυχθεί μια ιδιαίτερη σχέση μαζί τους, όπου τα θεωρεί έμπιστα και τους έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη. Τίθεται βέβαια το ζήτημα της δικαιοσύνης γιατί δημιουργείται μια μεμονωμένη επικοινωνία

ανάμεσα στον ηγέτη και τη συγκεκριμένη ομάδα γιατί ο ηγέτης επενδύει στα μέλη αυτής της ομάδας που είναι πιο αφοσιωμένοι και έχουν την καλύτερη απόδοση και δεν προβαίνει σε παρακίνηση των άλλων εργαζομένων. Αυτό που τον ενδιαφέρει περισσότερο είναι η ανταμοιβή των μελών της έσω-ομάδας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η θεωρία LMX διερευνάται αρκετά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, και τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν ιδιαίτερη αξία. Μια μελέτη που έγινε στη Σουηδία σε 240 υπαλλήλους νοσοκομείων δύο νοσοκομείων, δείχνει ότι υπάρχει σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της υψηλής ποιότητας της LMX και των καλών ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι (Hanse et al., 2016). Επίσης, ο Pau (2014) διεξήγαγε μια μελέτη σε ένα νοσοκομείο άμεσης φροντίδας στον Καναδά εξετάζοντας τις απαντήσεις 135 νοσηλευτών. Η μελέτη δείχνει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της ανταλλαγής μεταξύ ηγετών-μελών και της κουλτούρας ασφάλειας. Τέλος, οι Laschinger, Purdy και Almost (2007) καταδεικνύουν, ότι η ποιότητα LMX έχει θετική και άμεση επίδραση στη δομική ενδυνάμωση, η οποία με τη σειρά της έχει μια θετική και άμεση επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση των υπαλλήλων του τομέα υγείας.

- **Μοντέλο Χαρismaticού Ηγέτη** όπου πρόκειται για έναν ηγέτη, ο οποίος διακρίνεται για τις εξαιρετικές ικανότητες, τις υπεράνθρωπες δυνάμεις και τα έμφυτα χαρακτηριστικά του που τον καθιστούν харismaticό. Είναι μια προσωπικότητα εξωστρεφής με επικοινωνιακές ικανότητες όπου καταφέρνει να τους μεταφέρει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση, στοιχεία που τους ενδυναμώνουν την εργασιακή τους απόδοση. Μοιάζει ουτοπικό αυτό το μοντέλο γιατί εμφανίζει τον Харismaticό Ηγέτη ως ένας άνθρωπος που σκέφτεται και δρα μόνο για τον Οργανισμό/Επιχείρηση. Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση είναι πολύ εύκολο να χαθεί το μέτρο και να γίνει νάρκισσος δρώντας μόνο για το δικό του συμφέρον.

- **Μοντέλο Συναλλακτικής Ηγεσίας** όπου αφορά την καθοδήγηση των υφισταμένων σε συγκεκριμένους στόχους, εφόσον προηγουμένως έχει ολοκληρωθεί η κατανομή των ρόλων και των καθηκόντων τους. Ο ηγέτης χρησιμοποιεί την ανταμοιβή και την ικανοποίηση των υλικών αναγκών, για να θέσει στην υπηρεσία των στόχων του Οργανισμού/Επιχείρησης τους υφισταμένους και κινείται μέσα σε τέσσερις βάσεις:

Α) τη συναλλακτική αμοιβή όπου ο ηγέτης ικανοποιεί τις υλικές ανάγκες των υφισταμένων του και εκείνοι με τη σειρά τους εκτελούν τις εντολές του για την εκπλήρωση των στόχων του

Β) την ενεργητική διοίκηση όπου βρίσκεται συνεχώς σε ετοιμότητα ώστε να παρέμβει την κατάλληλη στιγμή

Γ) παθητική διοίκηση όπου παρεμβαίνει μόνο όταν υπάρχει αισθητό πρόβλημα

Δ) δυσλειτουργική διοίκηση όπου είναι έντονη η απουσία του ηγέτη με τάση αποποίησης των ευθυνών και αποφυγής λήψης αποφάσεων (Τριαντάρη, 2020).

Συνοψίζοντας η συναλλακτική ηγεσία αναφέρεται στις επικοινωνιακές ανταλλαγές που λαμβάνουν χώρα ανάμεσα στους ηγέτες και τους υφισταμένους τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα οι πολιτικοί που υπόσχονται για να κερδίσουν ψήφους, οι μάνατζερ που προσφέρουν προαγωγές σε εργαζόμενους που ξεπερνούν τους στόχους και οι εκπαιδευτές όταν βαθμολογούν εργασίες των μαθητών (Northouse, 2019).

Η συναλλακτική ηγεσία διαφέρει από τη μετασχηματιστική ηγεσία ως προς το ότι ο συναλλακτικός ηγέτης δεν εξατομικεύει τις ανάγκες των υφισταμένων του ή δεν εστιάζει στην προσωπική τους εξέλιξη. Οι συναλλακτικοί ηγέτες προσφέρουν σημαντικά ανταλλάγματα στους υφιστάμενους για να προωθήσουν τόσο τις προσωπικές βλέψεις όσο και εκείνες των υφισταμένων τους.

Ανταμοιβή υπό αίρεση είναι η πρώτη από τις δύο διαστάσεις της συναλλακτικής ηγεσίας όπου πρόκειται για μια διαδικασία συναλλαγής μεταξύ ηγετών και υφισταμένων, κατά την οποία η προσπάθεια των δεύτερων αποτυπώνεται σε προσδιορισμένες ανταμοιβές. Δηλαδή ο ηγέτης προσπαθεί να επιτύχει μια συμφωνία με τους υφισταμένους του, ως προς το τι πρέπει να γίνει και τι θα λάβουν ως ανταμοιβή εάν το πραγματοποιήσουν.

Διοίκηση κατ' εξαίρεση είναι ένα είδος ηγεσίας που περιλαμβάνει διορθωτική κριτική, αρνητική ανατροφοδότηση και αρνητική ενίσχυση επιθυμητών συμπεριφορών. Η διοίκηση κατ' εξαίρεση παίρνει δύο μορφές: ενεργητική και παθητική. Στην ενεργητική μορφή ο ηγέτης παρακολουθεί τους υφισταμένους για να εντοπίσει λάθη και αναλαμβάνει διορθωτική δράση. Ένας ηγέτης που χρησιμοποιεί την παθητική μορφή επεμβαίνει μόνο όταν οι προδιαγραφές δεν έχουν τηρηθεί ή εφόσον προκύπτουν προβλήματα (Northouse, 2019).

- **Μοντέλο Μετασχηματικής Ηγεσίας** όπου ο ηγέτης είναι ηθικό πρότυπο, είναι χαρισματικός, έχει ικανότητα πειθούς, επηρεάζει με τις αποφάσεις του και κερδίζει την εμπιστοσύνη των υφισταμένων του οπότε μετασχηματίζει τις ηθικές αξίες των υφισταμένων του. Με αυτή τη συμπεριφορά καταφέρνει την υψηλότερη απόδοση των εργαζομένων (Τριαντάρη, 2020).

Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο δεσμεύεται από κοινού με άλλους και δημιουργεί ένα σύνδεσμο με αυτούς, γεγονός που τονώνει το ηθικό τόσο του ηγέτη όσο και του υφισταμένου. Αυτός ο τύπος ηγέτη φροντίζει για την εκπλήρωση των αναγκών, ενδιαφέρεται για τα κίνητρα των υφισταμένων και προσπαθεί να τους βοηθήσει να εκμεταλλευτούν όσο γίνεται τις δυνατότητες τους. Ο Burns προβάλλει τον Μαχάτμα Γκάντι ως κλασικό παράδειγμα μετασχηματιστικής ηγεσίας.

Η μετασχηματιστική ηγεσία ασχολείται με τη βελτίωση της επίδοσης των υφισταμένων και την εξέλιξη τους στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Μπορεί να εκτιμηθεί μέσω της χρήσης του Ενδεικτικού Ερωτηματολογίου για τη Μετασχηματιστική Ηγεσία που μετρά τη συμπεριφορά του ηγέτη σε επτά διακριτές διαστάσεις: εξιδανικευμένη επιρροή ή χαρισματικότητα, εμπνευσμένη παρακίνηση,

διανοητική διέγερση, εξατομικευμένο ενδιαφέρον, ανταμοιβή υπό αίρεση, διοίκηση κατ' εξαίρεση και laissez-faire.

Οι τέσσερις κάτωθι διαστάσεις αφορούν τη μετασχηματιστική ηγεσία:

Εξιδανικευμένη επιρροή είναι το συναισθηματικό κομμάτι της ηγεσίας όπου οι ηγέτες λειτουργούν ως ισχυρό πρότυπο για τους υφισταμένους τους. Οι υφιστάμενοι ταυτίζονται με τους ηγέτες αυτούς και θέλουν να τους μιμηθούν.

Εμπνευσμένη παρακίνηση περιγράφει ηγέτες που εμπνέουν υψηλές προσδοκίες στους υφισταμένους τους, παρακινώντας τους να δεσμευτούν και να αποτελέσουν μέρος του κοινού οράματος του οργανισμού. Στην πράξη, οι ηγέτες χρησιμοποιούν σύμβολα κάνοντας επίκληση στο συναισθήμα, ώστε να βοηθήσουν τα μέλη της ομάδας να εστιάσουν τις προσπάθειες τους και να επιτύχουν περισσότερα από όσα θα κατάφερναν αν εργάζονταν μόνο για δικό τους όφελος.

Διανοητική διέγερση αφορά στην ηγεσία που διεγείρει το ενδιαφέρον των υφισταμένων, προκειμένου να είναι δημιουργικοί, καινοτόμοι, και ικανοί να ελέγχουν-αμφισβητούν τις πεποιθήσεις και τις αξίες των ίδιων, του ηγέτη και του οργανισμού τους. Αυτός ο τύπος ηγεσίας δρα υποστηρικτικά προς τους υφισταμένους, καθώς δοκιμάζουν νέες μεθόδους και αναπτύσσουν καινοτόμους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων στο πλαίσιο του οργανισμού.

Εξατομικευμένο ενδιαφέρον είναι αντιπροσωπευτικό των ηγετών που λειτουργούν υποστηρικτικά, δίνοντας προσοχή στις ατομικές ανάγκες των υφισταμένων τους. Οι ηγέτες ενεργούν ως εκπαιδευτές και σύμβουλοι καθώς προσπαθούν να βοηθήσουν τους υφισταμένους να ολοκληρωθούν, αναθέτοντάς τους ευθύνες ώστε αυτοί να εξελιχθούν μέσω ατομικών προκλήσεων (Northouse, 2019).

Η μετασχηματιστική ηγεσία παρουσιάζει τα εξής σημαντικά πλεονεκτήματα:

Έχει γίνει το αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας και έχει υπάρξει το επίκεντρο πολλών ερευνών για την ηγεσία. Επίσης απηχεί στην κοινή λογική και μεταχειρίζεται την ηγετική συμπεριφορά ως μια διαδικασία που λαμβάνει χώρα μεταξύ υφισταμένων και ηγετών. Επιπλέον, η μετασχηματιστική προσέγγιση παρέχει μια ευρύτερη οπτική της ηγεσίας που ενισχύει άλλα μοντέλα ηγεσίας και δίνει μεγάλη έμφαση στις ανάγκες, τις αξίες και την ηθική των υφισταμένων. Επομένως, η μετασχηματιστική ηγεσία αποτελεί μια αποτελεσματική μορφή ηγεσίας.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και μειονεκτήματα όπως το γεγονός ότι η προσέγγιση αυτή υστερεί σε εννοιολογική σαφήνεια. Επίσης η μετασχηματιστική ηγεσία αντιμετωπίζει την ηγεσία ως ένα γνώρισμα της προσωπικότητας και όχι ως μια συμπεριφορά που οι άνθρωποι μαθαίνουν. Επίσης δεν έχει αποδειχθεί ότι οι μετασχηματιστικοί ηγέτες είναι ικανοί να μεταμορφώσουν ανθρώπους και οργανισμούς. Τέλος, ενίοτε θεωρείται ελιτιστική και μη δημοκρατική, ότι πάσχει από το σύνδρομο της «ηρωικής ηγεσίας» και ότι μπορεί να γίνει καταχρηστική μεταβάλλοντας τις αξίες των ανθρώπων και να μην γίνει αποδεκτή από τη νεότερη γενιά των παιδιών της χιλιετίας (Northouse, 2019).

7.8. Συμμετοχική Ηγεσία

Η **συμμετοχική ηγεσία** είναι ένα στυλ διοίκησης όπου ο ηγέτης ενθαρρύνει τα μέλη της ομάδας να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων, παρόλο που η τελική ευθύνη παραμένει στον ίδιο. Θεωρείται μια «δημοκρατική» προσέγγιση που αξιοποιεί τη γνώση και τις δεξιότητες όλων των μελών για την επίτευξη των στόχων. Οι δημοκρατικές κοινωνίες εξασφαλίζουν το δικαίωμα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, που επιτρέπουν στους υπόλοιπους ανθρώπους να επηρεάσουν τις αποφάσεις του ηγέτη. Άλλοι όροι που είναι συνδεδεμένοι με τη συμμετοχική ηγεσία είναι οι συσκέψεις, η από κοινού λήψη αποφάσεων, ο καταμερισμός της εξουσίας, η αποκέντρωση, η ενδυνάμωση και το δημοκρατικό μάνατζμεντ. Τα σημαντικότερα πιθανά οφέλη αφορούν στην καλύτερη ποιότητα της απόφασης, στη μεγαλύτερη αποδοχή της απόφασης και ικανοποίηση αυτής από τους συμμετέχοντες και στην μεγαλύτερη ανάπτυξη των ικανοτήτων λήψης αποφάσεων.

Συγκεκριμένα η εμπλοκή άλλων ανθρώπων στη λήψη αποφάσεων όταν διαθέτουν πληροφόρηση και γνώσεις που δεν διαθέτει ο ηγέτης και είναι πρόθυμοι να συνεργαστούν για την εξεύρεση, αυξάνει την ποιότητα της απόφασης. Επιπρόσθετα όταν οι άνθρωποι ασκούν μεγάλη επιρροή στη λήψη μιας απόφασης, ταυτίζονται με αυτή και την αντιλαμβάνονται ως δική τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν δίνεται στους ανθρώπους ευκαιρία να εκφράσουν τη γνώμη και τις προτιμήσεις τους πριν ληφθεί κάποια απόφαση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά αποτελέσματα και η εμπειρία από τη συμμετοχή στη λήψη μιας πολύπλοκης απόφασης συμβάλλει στην ανάπτυξη των ικανοτήτων και της αυτοπεποίθησης των συμμετεχόντων (Yukl, 2006).

7.9. Διαχείριση Συγκρούσεων

Οι προϊστάμενοι συχνά πρέπει να αντιμετωπίσουν συγκρούσεις σε διάφορα επίπεδα και πρέπει να διαχειριστούν τους υφισταμένους ατομικά ή συλλογικά όταν το πρόβλημα εξελίσσεται. Η σύγκρουση μπορεί να λάβει χώρα μεταξύ των μερών ενός τμήματος, μεταξύ μερών από διαφορετικά τμήματα ή μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών μερών.

Η διαχείριση συγκρούσεων περιλαμβάνει στρατηγικές και δεξιότητες (επικοινωνία, ενσυναίσθηση, διαπραγμάτευση) για τον εντοπισμό και την επίλυση διαφορών μεταξύ ατόμων ή ομάδων, προάγοντας ένα υγιές και παραγωγικό περιβάλλον. Βασίζεται στην ψυχραιμία, τον ενεργό διάλογο, τη σύνθεση διαφορετικών απόψεων και την επίτευξη αμοιβαία αποδεκτών λύσεων.

Στρατηγικές Filley

Η Filley παρουσίασε τρεις βασικές στρατηγικές για τη διαχείριση συγκρούσεων: κερδίζω-χάνεις, χάνω-χάνεις και κερδίζω-κερδίζεις. Στη στρατηγική κερδίζω-χάνεις το ένα μέρος κυριαρχεί και το άλλο χάνει. Στη στρατηγική χάνω-χάνεις καμιά πλευρά

δεν κερδίζει ενώ στη στρατηγική κερδίζω-κερδίζεις στοχεύει στην κάλυψη αναγκών και των δύο μερών της σύγκρουσης (Sullivan, 2016).

7.10. Λαβύρινθος της ηγεσίας

Ο «λαβύρινθος της ηγεσίας» (ή συχνότερα «λαβύρινθος εξουσίας») είναι ένας όρος που περιγράφει τις σύνθετες, πολυεπίπεδες και συχνά αόρατες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην προσπάθειά τους να ανέλθουν σε ανώτατες ηγετικές θέσεις. **Η πορεία των γυναικών προς την κορυφή είναι πιο σύνθετη και η παρουσία τους στα κέντρα λήψης αποφάσεων δεν είναι μόνο δίκαιη, αλλά και στρατηγικά αναγκαία.** Είναι δυστυχώς γεγονός ότι για να καλύψουν την υποτιθέμενη ανεπάρκειά τους, οι γυναίκες συνήθως δουλεύουν υπερβολικά σκληρά και συχνά αντιμετωπίζουν ασυνείδητες (ή και συνειδητές) προκαταλήψεις σχετικά με την αφοσίωση και τις δυνατότητές τους για ανέλιξη. Στην Ελλάδα, παρά το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των Ελληνίδων και την αυξημένη παρουσία τους σαν μεσαία διοικητικά στελέχη, παραμένουν σημαντικά εμπόδια στην ανέλιξή τους σε ανώτερες και ηγετικές θέσεις. Υπάρχουν πλήθος ερευνητικών δεδομένων που δείχνουν Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας γυναικών σε ανώτατες διοικητικές θέσεις και σε Διοικητικά Συμβούλια με βελτιωμένους οικονομικούς δείκτες και είναι σημαντικό να δούμε και να αναδείξουμε τις γυναίκες που διαπρέπουν σε ηγετικούς ρόλους (Καρτσαγκούλη, 2025).

Αν και οι συνθήκες για τις γυναίκες ηγέτες έχουν βελτιωθεί αισθητά τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει ακόμη περιθώριο βελτίωσης. Οι γυναίκες κατέχουν το 57% των πτυχίων, το 60% των μεταπτυχιακών και περισσότερων από τα μισά διδακτορικά. Ωστόσο, εξακολουθούν να υποεκπροσωπούνται στα ανώτερα κλιμάκια των εταιριών και του πολιτικού συστήματος της Αμερικής. Συμμετέχουν στις ηγετικές βαθμίδες των αμερικανικών επιχειρήσεων, κατέχοντας πάνω από τις μισές διευθυντικές και υπαλληλικές θέσεις.

Ο αόρατος φραγμός που εμποδίζει τις γυναίκες να εξελιχθούν σε διακεκριμένες θέσεις ονομάστηκε αρχικά γυάλινη οροφή. Ακόμα και σε γυναικοκρατούμενα επαγγέλματα, οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με τη γυάλινη οροφή, ενώ για τους άνδρες δείχνει να υπάρχει ένας γυάλινος ανελκυστήρας που τους επιτρέπει να ανεβαίνουν ανεμπόδια έως την κορυφή της ιεραρχίας.

Η επικρατούσα εξήγηση για τον λαβύρινθο είναι ότι οι γυναίκες χαρακτηρίζονται από μικρότερη επένδυση ανθρώπινου κεφαλαίου στην εκπαίδευση, στην επιμόρφωση και στην εργασιακή εμπειρία, συγκριτικά με τους άντρες. Στην πραγματικότητα οι γυναίκες αποκτούν πτυχία σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες, ωστόσο υποεκπροσωπούνται σε μεγάλο βαθμό στις κορυφαίες ηγετικές θέσεις. Παρότι οι γυναίκες αποκτούν πτυχία, μεταπτυχιακά και διδακτορικά διπλώματα σε ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από τους άντρες, έχουν πράγματι ελαφρώς μικρότερη εργασιακή εμπειρία και συνεχόμενη απασχόληση σε σχέση με τους άνδρες, η οποία είναι

συνεπακόλουθο των δυσανάλογων ευθυνών που αναλαμβάνουν όσον αφορά στην ανατροφή των παιδιών και τα οικιακά καθήκοντα.

Παρόλο που οι γυναίκες καταλαμβάνουν πάνω από τις μισές συνολικά διευθυντικές και επαγγελματικές θέσεις, έχουν λιγότερες ευκαιρίες εξέλιξης στην εργασία σε σχέση με τους άνδρες, που μπορεί να οφείλονται στην μεροληψία εις βάρος των γυναικών. Εκτός του ότι τους ανατίθενται λιγότερες ευθύνες σε σχέση με τους άνδρες, αν και βρίσκονται στις ίδιες θέσεις, είναι λιγότερο πιθανό να δεχθούν ενθάρρυνση, καθοδήγηση για να συμπεριληφθούν σε σημαντικά δίκτυα ή να γίνουν αποδέκτες τυπικής επιμόρφωσης σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιθανότερο να ακολουθήσουν δημοκρατικά ή μετασχηματιστικά στιλ ηγεσίας σε σχέση με τους άνδρες.

Είναι σημαντικό να υπάρξουν αλλαγές στο χώρο των επιχειρήσεων για να καταστήσουν την εξέλιξη των γυναικών ευκολότερη σε ανώτατες θέσεις όπως αλλαγές στην οργανωσιακή κουλτούρα, μεγαλύτερη επαγγελματική ανέλιξη, περισσότερες αποτελεσματικές ευκαιρίες καθοδήγησης και κατάληψη περισσότερων στρατηγικών θέσεων από γυναίκες (Northouse, 2019).

7.11. Μελέτες για την Ηγεσία

Ηγεσία

Σε μελέτη που έγινε στην Ουγκάντα το 2018, αναφέρεται ότι οι εργαζόμενοι προτιμούσαν μεταμορφωτικούς ηγέτες (62%) σε σύγκριση με τους ηγέτες διεκπεραίωσης (42%) ή LaissezFaire (14%). Αυτό μπορεί να συνδέεται με την ενδυνάμωση των κινήτρων, τη διασφάλιση της εργασιακής ικανοποίησης και την εφαρμογή ομαδικής εργασίας μεταξύ των εργαζόμενων (Musinguzi et al., 2018).

Στα πλαίσια μίας διπλωματικής εργασίας εντοπίστηκαν τα πιο διαδεδομένα μοντέλα ηγεσίας, που εφαρμόζουν ιατροί και νοσηλεύτριες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας, στο Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων. Προσδιορίστηκαν οι διαφοροποιήσεις στα μοντέλα ηγεσίας ανάμεσα σε εργαζόμενους διαφορετικού επαγγέλματος (ιατροί/νοσηλεύτριες/τριες). Τα επικρατέστερα ηγετικά μοντέλα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ήταν η ηγεσία μεταμόρφωσης, με κυριότερη κατηγορία τη διανοητική διέγερση, ενώ ακολουθούσαν η εξειδικευμένη συμπεριφορά και η εξιδανικευμένη επιρροή. Το ηγετικό μοντέλο, που φαίνεται να προτιμούσαν λιγότερο οι εργαζόμενοι, είναι η ηγεσία τύπου Laissez-Faire. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό υιοθετεί, σε υψηλότερο βαθμό, το μοντέλο της ηγεσίας μεταμόρφωσης σε σύγκριση με το ιατρικό προσωπικό (Ευσταθίου, 2018).

Σε μία άλλη έρευνα, που διενεργήθηκε σε είκοσι έξι Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία της περιφέρειας Αθηνών, το 46,64% των στελεχών των νοσοκομείων, δήλωσε ότι η ηγεσία του νοσοκομείου ενδιαφέρεται, κυρίως, για την ομαλή ροή των γραφειοκρατικών διαδικασιών, το συντονισμό και τη βραχυπρόθεσμη οργάνωση αυτών. Το ποσοστό

αυτό αντανακλά σε απόψεις, κυρίως, στελεχών της ιατρικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας. Ενώ ένα ποσοστό (24,18%), κυρίως, από το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι η ηγεσία του νοσοκομείου καθοδηγεί, προστατεύει και διευκολύνει το έργο τους (Goula, 2020).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το στυλ ηγεσίας μπορεί να επηρεάσει τόσο την απόδοση του προσωπικού, όσο και τη συνολική απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Specchia et al., 2021).

Η ηγεσία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και διαδραματίζει βασικό ρόλο στη βελτίωση της εργασιακής απόδοσης των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας και του εργασιακού τους περιβάλλοντος (Mohamed & Saeed, 2022).

Φύλο και ηγεσία

Ένα θέμα μεγάλου ενδιαφέροντος είναι η πιθανή διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών στην ηγετική συμπεριφορά και αποτελεσματικότητα και η αιτία της διαρκούς μεροληψίας ως προς τις γυναίκες στο θέμα της επιλογής τους ως ηγέτες (Yukl, 2006).

Σε αντίθεση όμως με τη βιβλιογραφία η επίδραση του βιολογικού φύλου είναι μη στατιστικά σημαντική σε όλες τις μετρικές μεταβλητές της έρευνας που διεξήχθη σε δημόσιο νοσοκομείο του Πειραιά.

Στυλ Ηγεσίας και Οργανωσιακή Δέσμευση

Στα πλαίσια μίας έρευνας που έλαβε χώρα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, διερευνήθηκε η συσχέτιση του στυλ ηγεσίας με την οργανωσιακή δέσμευση σε 120 εργαζόμενους (n=120) της διοίκησης και της ιατρικής υπηρεσίας. Η οργανωσιακή δέσμευση, καθώς και όλες οι διαστάσεις της, βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με την ηγεσία μεταμόρφωσης, όπως και με τις κατηγορίες «εξιδανικευμένη επιρροή», «εξιδανικευμένη συμπεριφορά», «εμπυχωτική κινητοποίηση», «διανοητική διέγερση» και «ενδιαφέρον για το άτομο». Με την ηγεσία διεκπεραίωσης συσχετίστηκαν θετικά οι κατηγορίες «ενδεχόμενη ανταμοιβή» και «ενεργητική διοίκηση με αποκλεισμό/εξαίρεση» (Κατεβάτη, 2020). Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της κανονιστικής δέσμευσης και των κατηγοριών «παθητικής διοίκησης με αποκλεισμό/εξαίρεση» και ηγεσίας τύπου «Laissez-Faire» (Κατεβάτη, 2020), εύρημα που συμφωνεί με αυτό της δικής μας έρευνας, η οποία ανέδειξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ κανονιστικής δέσμευσης και παθητικής ηγεσίας. Έτσι, προέκυψε το συμπέρασμα ότι το στυλ ηγεσίας επηρεάζει την ανάπτυξη της οργανωσιακής δέσμευσης και ότι τα άτομα που κατέχουν ηγετικές θέσεις θα πρέπει να προσανατολίζονται προς το στυλ ηγεσίας μεταμόρφωσης, καθώς φαίνεται ότι παρουσιάζει υψηλότερη θετική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της οργανωσιακής δέσμευσης (Κατεβάτη, 2020).

7.12. Νέος τρόπος επιλογής Διοικητών στα νοσοκομεία με έμφαση στις αποκτηθείσες δεξιότητες

Με τον ν.5062/2023(ΦΕΚ183/τ.Α'/03.11.2023) εισήχθησαν οι κάτωθι πέντε (5) μεταρρυθμίσεις στον τρόπο επιλογής Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών στα Δημόσια Νοσοκομεία:

- η διαδικασία υπάγεται πλέον στο ΑΣΕΠ,
- οι φορείς κατηγοριοποιούνται σε τρεις ομάδες, ανάλογα με το εύρος και το είδος των αρμοδιοτήτων τους και προβλέπονται διαφορετικές διαδικασίες ανάλογα με την κατηγορία,
- αυξάνονται οι απαιτήσεις για τυπικά και ουσιαστικά προσόντα των υποψηφίων,
- οι υποψήφιοι λαμβάνουν μέρος σε γραπτή ηλεκτρονική εξέταση διακρίβωσης δεξιοτήτων, οι οποίες σχετίζονται με τον συλλογισμό, την αποτελεσματικότητα και την ικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις θέσεων ευθύνης [άρθρο 6 του ν. 5062/2023],
- εξορθολογίζονται οι διαδικασίες επιλογής, με συγκεκριμένες προθεσμίες για το σύνολο των φορέων.

Η γραπτή ηλεκτρονική εξέταση περιλαμβάνει τις παρακάτω τρεις (3) ενότητες δοκιμασιών (τεστ): Παραγωγικός Συλλογισμός, Επαγωγικός Συλλογισμός και Διαχείριση Εργασιακών Σεναρίων.

Η εξέταση για τις δύο πρώτες ενότητες, του Παραγωγικού Συλλογισμού και του Επαγωγικού Συλλογισμού, πραγματοποιείται μέσω προσαρμοστικών τεστ (Computerized Adaptive Testing – CAT) που θα περιλαμβάνουν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών και / ή άλλου είδους κλειστού τύπου ερωτήσεων.

Τα προσαρμοστικά τεστ (CAT) αποτελούν μια δοκιμασμένη μέθοδο δημιουργίας δοκιμασιών αξιολόγησης και αξιοποιούνται διεθνώς επί δεκαετίες σε φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για σκοπούς επιλογής υποψηφίων.

Η μέθοδος CAT υιοθετεί μία σύγχρονη μεθοδολογία ηλεκτρονικής εξέτασης για την αξιολόγηση δεξιοτήτων, η οποία βασίζεται σε μαθηματικά μοντέλα και προσαρμόζει, σε πραγματικό χρόνο, το επίπεδο δυσκολίας των ερωτήσεων στην επίδοση του υποψήφιου.

Οι ερωτήσεις των τεστ CAT δεν είναι βαθμολογικά ισοδύναμες. Η δοκιμασία ξεκινά με την εμφάνιση σε όλους τους υποψήφιους μιας μέτριου βαθμού δυσκολίας ερώτησης. Εάν ο υποψήφιος απαντήσει σωστά στην ερώτηση αυτή, τότε η επόμενη ερώτηση που θα κληθεί να απαντήσει θα είναι μια μεγαλύτερου βαθμού δυσκολίας ερώτηση, ενώ εάν απαντήσει λανθασμένα στην πρώτη ερώτηση, τότε η επόμενη ερώτηση που θα κληθεί να απαντήσει θα είναι μια μικρότερου βαθμού δυσκολίας ερώτηση. Αυτή η ροή/διαδικασία επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρωθεί το σύνολο των ερωτήσεων, που περιλαμβάνει η εκάστοτε δοκιμασία.

Η εξέταση για την τρίτη ενότητα της Διαχείρισης Εργασιακών Σεναρίων περιλαμβάνει ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών που θα αφορούν προσομοίωση εργασιακών καταστάσεων, οι οποίες θα είναι βαθμολογικά ισοδύναμες μεταξύ τους. (Ευθυμιάδου, 2024)

Πιο αναλυτικά η διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής:

- Κατάρτιση πίνακα των δεκαπέντε (15) πρώτων υποψηφίων σύμφωνα με τα αποτελέσματα των γραπτών εξετάσεων
- Κλήση σε συνέντευξη από την αρμόδια επιτροπή των επτά πρώτων σε βαθμολογία επιλέξιμων υποψηφίων
- Κατάρτιση πίνακα των τριών (3) επικρατέστερων υποψηφίων και αποστέλλεται στον Υπουργό Υγείας όπου γίνεται η τελική επιλογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

8.1. Ορισμός Επιχειρηματικότητας

Σύμφωνα με τους Stevenson και Jarillo (1990) η επιχειρηματικότητα είναι μια διαδικασία με την οποία τα άτομα κυνηγούν ευκαιρίες χωρίς να σκέφτονται τους πόρους που έχουν υπό τον έλεγχό τους. Ο ορισμός της επιχειρηματικότητας αναφέρεται στη δημιουργία μιας νέας οικονομικής οντότητας που επικεντρώνεται σε ένα νέο προϊόν ή υπηρεσία, ή στη χειρότερη περίπτωση, σε κάτι που διαφέρει σημαντικά από τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες που προσφέρονται.

Η επιχειρηματικότητα προϋποθέτει μια μαθησιακή διαδικασία και μια ικανότητα αντιμετώπισης και απόκτησης γνώσεων γύρω από τα προβλήματα που ανακύπτουν. Το ταλέντο και το ταπεραμέντο δεν διδάσκονται και αυτό ισχύει σε όλα τα επαγγέλματα. Αντίστοιχα η κατάρτιση και η εκπαίδευση στην επιχειρηματικότητα είναι εφικτή αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι οι επαγγελματίες θα είναι ταλαντούχοι.

Σύμφωνα με τον Kuratko η επιχειρηματικότητα ή ορισμένες πτυχές της μπορούν να διδαχθούν. Οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες στις επιχειρήσεις έχουν ξεπεράσει τον μύθο ότι επιχειρηματίας γεννιέσαι, δεν γίνεσαι (Deakins & Freel, 2017).

Ακόμη όμως και αν ορισμένοι άνθρωποι γεννηθούν με περισσότερη διαίσθηση ή ενέργεια από άλλους, θα πρέπει να έχουν και άλλα χαρακτηριστικά όπως γνώση, δεξιότητες, εμπειρίες χρόνων και τεχνογνωσία που θα συμπληρώσουν αυτές τις ικανότητες. επίσης, ο P. Drucker αναφέρει ότι η επιχειρηματικότητα είναι μια επιστήμη και όπως κάθε επιστήμη μαθαίνεται. Ο Fayolle διακρίνει τρεις μορφές εκμάθησης, ανάλογα με τη συναισθηματική κατάσταση, τις συμπεριφορές και τις καταστάσεις.

Η αυξανόμενη ζήτηση για εκπαίδευση και κατάρτιση στην επιχειρηματικότητα έχει πολλές πηγές. Οι πιο σημαντικές είναι η κυβερνητική, οι φοιτητές και οι μικρές, μεσαίες ή μεγάλες επιχειρήσεις.

Ο Octave Gelinier δηλώνει ότι οι χώρες, τα επαγγέλματα, οι επιχειρήσεις που εφαρμόζουν την επιχειρηματικότητα καινοτομούν και αναπτύσσονται.

Η επιχειρηματικότητα είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο και οι επιχειρηματίες και τα έργα τους διαφέρουν μεταξύ τους.

Ο επιχειρηματίας εντοπίζει μια ευκαιρία, συγκεντρώνει πόρους, εμπορεύεται προϊόντα και υπηρεσίες, παράγει το προϊόν, δημιουργεί μια επιχείρηση και ανταποκρίνεται στην κυβέρνηση και την κοινωνία (Fayolle, 2019).

8.2. Ορισμός Εταιρικής Επιχειρηματικότητας, Ενδοεπιχειρηματικότητας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας

Σύμφωνα με τους Sharma and Chrisman (1999) η εταιρική επιχειρηματικότητα είναι η διαδικασία με την οποία ένα άτομο ή ομάδα ατόμων, σε συνεργασία με έναν ήδη υπάρχοντα οργανισμό, δημιουργούν ένα νέο οργανισμό ή προκαλούν την ανανέωση ή την καινοτομία μέσα σε αυτόν τον οργανισμό. Με βάση αυτόν τον ορισμό μπορούμε να διακρίνουμε την ενδοεπιχειρηματικότητα στις κλασικές επιχειρηματικές δραστηριότητες μέσα στις υφιστάμενες επιχειρήσεις καθώς ορίζεται ως «μια διαδικασία κατά την οποία οι εργαζόμενοι αναγνωρίζουν και εκμεταλλεύονται ευκαιρίες όντας καινοτόμοι, προνοητικοί και αναλαμβάνοντας κινδύνους, προκειμένου ο οργανισμός να δημιουργήσει νέα προϊόντα, διαδικασίες και υπηρεσίες, να ξεκινήσει την αυτοανανέωση ή νέες επιχειρήσεις για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και της απόδοσης του οργανισμού (Marques et al, 2022).

Σύμφωνα με τον Pinchot η ενδο-επιχειρηματικότητα αναπτύσσει εκ νέου επιχειρηματικές συμπεριφορές και πρακτικές στο εσωτερικό μιας μεγάλης επιχείρησης και οι ενδοεπιχειρηματίες είναι οι ονειροπόλοι που το πραγματοποιούν (Fayolle, 2019).

Επίσης μπορούμε να διακρίνουμε και τη στρατηγική επιχειρηματικότητα που αφορά τον εντοπισμό και την εκμετάλλευση των ευκαιριών, δημιουργώντας ταυτόχρονα ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Γενικότερα μπορεί να περιλαμβάνει διαδικασίες όπως η στρατηγική ανανέωση, η οργανωσιακή αναζωογόνηση, η διατηρήσιμη αναγέννηση, η ανακατασκευή του επιχειρησιακού μοντέλου.

Υπάρχουν τρεις τύποι εταιρικής επιχειρηματικότητας:

1. Άτομο: η δημιουργία νέων επιχειρήσεων μέσα σε υφιστάμενες επιχειρήσεις που ονομάζεται « ενδοεπιχειρηματικότητα»
2. Ανανέωση: η ανανέωση των υφισταμένων οργανισμών
3. Θραύση πλαισίου: αλλαγή κανόνων του ανταγωνισμού για τον κλάδο στον οποίο ανήκει η επιχείρηση

Όλοι οι τύποι επιχειρηματικότητας βασίζονται σε καινοτομίες που απαιτούν αλλαγές στην κατανομή των πόρων και δημιουργία νέων δυνατοτήτων για δυναμική παρουσία στις αγορές (Deakins & Free, 2017).

Κοινωνικοί Επιχειρηματίες

Οι κοινωνικοί επιχειρηματίες είναι εκείνοι που εντοπίζουν τις κοινωνικές ευκαιρίες, με τις οποίες υπάρχει δυνατότητα προοπτικών κοινωνικής υπεραξίας (ή κοινωνικής ωφέλειας) και όχι οικονομικής κερδοφορίας.

Διάφορες μορφές Επιχειρηματικότητας

Κοινωνική Επιχειρηματικότητα

Υπάρχουν διάφορες μορφές κοινωνικής επιχειρηματικότητας που διακρίνονται με βάση διάφορα κριτήρια: τις κινητήριες δυνάμεις της διαδικασίας, τη σχέση τους με την αγορά, τη σχέση μεταξύ κοινωνικής αποστολής και δραστηριοτήτων που παράγουν εισόδημα, τις πρακτικές διαχείρισης, τη μορφή της αλληλεγγύης που τίθεται σε εφαρμογή. Η κοινωνική επιχειρηματικότητα είναι μια μορφή επιχειρηματικότητας που συνήθως συνδυάζει οικονομικούς στόχους για δημιουργία θετικών κοινωνικών αποτελεσμάτων (Lim et al, 2024).

Κεντρικό χαρακτηριστικό της είναι η επιδίωξη ενός κοινωνικού στόχου χρησιμοποιώντας μεθόδους επιχειρηματικές ή στηριζόμενες στην επιχείρηση και μπορεί να αφορά πολλούς τύπους δραστηριοτήτων, οργανισμών και ατόμων.

Έχει χρησιμοποιηθεί για τον ορισμό των δραστηριοτήτων των μη κερδοσκοπικών οργανισμών που προσπαθούν να ανεξαρτοποιηθούν από κρατικές επιχορηγήσεις, ατόμων που επιχειρούν να λύσουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα και των εμπορικών επιχειρήσεων που αναλαμβάνουν κοινωνικά υπεύθυνες πρωτοβουλίες (Deakins & Freel, 2017).

Αφορά έργα επιχειρήσεων και ατόμων με μοναδικό ή κατά προτεραιότητα κίνητρο την εκτέλεση μιας κοινωνικής αποστολής, την ανταπόκριση σε μια κοινωνική ή περιβαλλοντική ανάγκη: το γήρας, τις διακρίσεις, την καταπολέμηση της φτώχειας, την ποιότητα ζωής, την προστασία του περιβάλλοντος (Fayolle, 2019).

Επειδή η έννοια της κοινωνικής επιχειρηματικότητας κυμαίνεται από την οργάνωση μιας κοινωνικής ομάδας μέχρι την ενσωμάτωση της κοινωνικής ευθύνης στη λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων υπάρχουν τρεις κεντρικές έννοιες δηλαδή η κοινωνική οικονομία, η κοινωνική επιχείρηση και τα ατομικά κίνητρα και η ηγεσία που την πλαισιώνουν. Στην περίπτωση της κοινωνικής οικονομίας η κοινωνική επιχειρηματικότητα στηρίζεται σε συγκεκριμένες μορφές ενώ στην περίπτωση της κοινωνικής επιχείρησης σε συγκεκριμένους τύπους δραστηριότητας. Η τρίτη έννοια αφορά στην παρακίνηση και την ηγεσία που χαρακτηρίζει τη δέσμευση για επιδίωξη των κοινωνικών στόχων. Η κοινωνική επιχειρηματικότητα έχει τρεις διαστάσεις: την κοινωνικότητα ή τη σκόπιμη επιδίωξη κοινωνικών στόχων, την καινοτομία για αλλαγή της κοινωνίας και τον προσανατολισμό στην αγορά για αναζήτηση χρηματοοικονομικών όρων (Deakins & Freel, 2017). Ορίζουμε την επιχειρηματικότητα στον τομέα της υγείας ως μια μορφή κοινωνικής επιχειρηματικότητας με επίκεντρο την προώθηση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, προϊόντων ή υπηρεσιών που εγγενώς δημιουργεί κοινωνικό καλό (Lim et al, 2024).

8.3. Ορισμός Καινοτομίας και GEM

Καινοτομία

Ο Joseph Schumpeter αναφέρει ότι η διαδικασία της δημιουργικής καταστροφής χαρακτηρίζει την καινοτομία.

Σύμφωνα με τον ίδιο, καινοτομία είναι ο **νέος συνδυασμός** παραγωγικών μέσων που εκφράζεται με πέντε τρόπους: την εισαγωγή ενός **νέου αγαθού**, την εισαγωγή μιας **νέας μεθόδου παραγωγής**, το άνοιγμα μιας **νέας αγοράς**, την κατάκτηση μιας **νέας πηγής πρώτων υλών** και την εφαρμογή μιας **νέας οργανωτικής δομής**.

Ο Drucker (1985) προσεγγίζει την καινοτομία ως ένα **συγκεκριμένο εργαλείο της επιχειρηματικότητας**. Την ορίζει ως την προσπάθεια δημιουργίας σκόπιμης και εστιασμένης αλλαγής στο οικονομικό ή κοινωνικό δυναμικό μιας επιχείρησης, μετατρέποντας τους πόρους σε πλούτο.

Σύμφωνα με τον ορισμό ΟΟΣΑ (εγχειρίδιο του Όσλο 2018) που πρόκειται για τον πλέον αναγνωρισμένο ορισμό για στατιστικούς και πολιτικούς σκοπούς η καινοτομία ορίζεται ως ένα νέο ή βελτιωμένο προϊόν ή διαδικασία (ή συνδυασμός τους) που διαφέρει σημαντικά από τα προηγούμενα προϊόντα ή διαδικασίες της μονάδας και το οποίο έχει διατεθεί στην αγορά ή έχει τεθεί σε χρήση από τη μονάδα. Η καινοτομία πηγάζει από το απρόβλεπτο, τις δημογραφικές αλλαγές, τις αλλαγές αντιλήψεων, ψυχικών καταστάσεων, τις νέες γνώσεις και από την αντίφαση της πραγματικότητας με αυτό που θα έπρεπε να είναι.

GEM

Το 1997 ξεκίνησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα με τίτλο GEM (Global Entrepreneurship Monitor: Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Επιχειρηματικότητας) από δύο διεθνείς οργανισμούς εκπαίδευσης και έρευνας (London Business School & Babson College) με βασικό σκοπό την έρευνα και την ανάλυση του ρόλου της επιχειρηματικότητας στην οικονομική ανάπτυξη των χωρών. Από το 1999, δημιουργείται μια ετήσια βάση δεδομένων με στοιχεία 10 χωρών τη στιγμή της πρώτης έρευνας και από περισσότερες από 80 χώρες σήμερα, σε όλες τις περιοχές του κόσμου και των οποίων οι οικονομίες βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης. Το GEM αντιλαμβάνεται την επιχειρηματικότητα με την ευρεία έννοια, εντάσσοντας τη δημιουργία επιχειρήσεων, αλλά και δραστηριοτήτων, καθώς και την επιχειρηματική συμπεριφορά στους υφισταμένους.

8.4. Συλλογική Επιχειρηματικότητα

8.4.1. Μορφές συλλογικής επιχειρηματικής δραστηριότητας

Η συλλογική επιχειρηματική δραστηριότητα δίνει τις ευκαιρίες και τα κίνητρα σε μέλη και μη μέλη παραδοσιακών εταιριών να ανταλλάξουν τεχνικές και οικονομικές πληροφορίες για την ανακάλυψη και εκμετάλλευση νέων επιχειρησιακών δραστηριοτήτων, ευκαιριών. Η συλλογική επιχειρηματική δραστηριότητα μπορεί να ταξινομηθεί σε εσωτερική και εξωτερική και συμβατική και άτυπη. Η εσωτερική επιχειρηματική δραστηριότητα αναπτύσσεται σε παραδοσιακές εταιρίες με χαμηλά εσωτερικά όρια μεταξύ των μετόχων και της διαχείρισης και των διοικητικών στελεχών με τους εργαζόμενους ώστε οι μέτοχοι να μοιράζονται τις οικονομικές και τεχνικές πληροφορίες και να συνεργάζονται μαζί με τη διαχείριση και τους εργαζόμενους για την ανάπτυξη νέων επιχειρησιακών ευκαιριών π.χ. Δημιουργία ενδοδικτύων, κυκλικές μετακινήσεις προσωπικού, μεταθέσεις, ομαδική εργασία, πριμ παραγωγικότητας.

Η εξωτερική συλλογική επιχειρηματικότητα αναπτύσσεται πέρα από τα εξωτερικά όρια των παραδοσιακών εταιριών κατά δύο τρόπους: κάθετα και οριζόντια. Η κάθετη εξωτερική επιχειρηματικότητα αναπτύσσεται μεταξύ των παραγωγών, των μεταφορέων, των πελατών και των προμηθευτών και λαμβάνει χώρα ως μια αυθεντική συμμαχία μεταξύ ανεξάρτητων εταιριών ή της συνεργασίας των εταιριών που προκύπτουν από τη διαίρεση μιας μεγάλης εταιρίας.

Οριζόντια εξωτερική συλλογική επιχειρηματική δραστηριότητα αναπτύσσεται και πέρα από τις εταιρίες για την παραγωγή συμπληρωματικών προϊόντων και την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών. Η συλλογική επιχειρηματικότητα μπορεί να επιτευχθεί με αλληλο-συμμετοχές στο εταιρικό κεφάλαιο, με κοινές συμφωνίες για προϊόντα και εμπορία, με κοινές συμφωνίες για μεταφορά και διακίνηση και με συμφωνίες εκχώρησης δικαιώματος εκμετάλλευσης.

Τα συμβατικά επιχειρηματικά δίκτυα είναι δίκτυα μικρής διάρκειας, με προκαθορισμένο το σκοπό τους, τη διάρκεια τους, τη συνεισφορά των πόρων του κάθε μέλους και την κατανομή των αναμενόμενων κερδών. Είναι ανοικτά δίκτυα, που ,μπορούν να διευρυνθούν ή να συρρικνωθούν σύμφωνα με τις ευκαιρίες της αγοράς. Η άτυπη συλλογική επιχειρηματική δραστηριότητα αναφέρεται σε οικονομικές δράσεις που πραγματοποιούνται από ομάδες ατόμων (π.χ. κοινότητες, ομάδες παραγωγών, άτυπα σχήματα) χωρίς να έχουν λάβει μια επίσημη νομική μορφή (όπως Α.Ε., Ε.Π.Ε., ΚΟΙΝ.Σ.ΕΠ.) και συχνά λειτουργούν εκτός του επίσημου πλαισίου αδειοδότησης, ασφάλισης ή φορολογίας (Μουρδουκούτας, 2001).

8.4.2. Κλίμακες μέτρησης για τη συλλογική επιχειρηματικότητα στους Δημόσιους Φορείς

Η έλλειψη επιχειρηματικής δραστηριότητας στο δημόσιο τομέα οφείλεται στην φύση των δημόσιων οργανισμών για αποφυγή κινδύνου και στις γραφειοκρατικές δομές. Οι μηχανισμοί επιβράβευσης και η πολυπλοκότητα του εργασιακού περιβάλλοντος αποθαρρύνουν τους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα από το να είναι επιχειρηματικοί. Επίσης οι προϋπολογισμοί είναι σταθεροί, οι πόροι είναι ασφαλείς και οι οργανισμοί δεν ανταγωνίζονται μεταξύ τους (Demircioglu & Chowdhury, 2021). Μπροστά στην αμφισβητήσιμη βιωσιμότητα, υπάρχει μεγαλύτερος ρόλος για την εκπαίδευση μελλοντικών καινοτόμων και επιχειρηματιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Sithamparapillai et al, 2019).

Η άνοδος της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης εντοπίζεται τον 19ο αιώνα μετά την εμφάνιση καινοτόμων επιχειρηματιών στον τομέα της υγείας, όπως η Florence Nightingale που το 1860 ίδρυσε την πρώτη σχολή νοσηλευτικής στον κόσμο. Η εξέλιξη και ο πολλαπλασιασμός της υγειονομικής περίθαλψης, αναμφισβήτητα, δεν θα είχε φτάσει στην παρούσα κατάσταση χωρίς επιχειρηματικότητα, η οποία θεωρείται ευρέως ως καταλύτης καινοτομίας και ένας μεγεθυντικός φακός του αντίκτυπου.

Επιπλέον, καθώς η υγειονομική περίθαλψη συνεχίζει να εξελίσσεται ανταποκρινόμενη στις τεχνολογικές εξελίξεις και την αλλαγή των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών, υπάρχει επιτακτική ανάγκη οι επιχειρηματίες να συμβάλουν σε αυτόν τον μετασχηματισμό, διασφαλίζοντας ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παραμένει προσαρμοστικό και βιώσιμο.

Οπότε είναι σημαντικό η επιχειρηματικότητα στον τομέα της υγείας να εξεταστεί εσωτερικά και εξωτερικά. Η εσωτερική άποψη υπονοεί ότι οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες μπορούν να διοχετευθούν για να εξεταστεί το πώς η επιχειρηματικότητα στον τομέα της υγείας μπορεί να καλλιεργηθεί και να υποστηριχθεί, ενώ η εξωτερική άποψη υποδηλώνει ότι μπορούν να επενδυθούν μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες για τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να υποστηρίξει τη διάδοση και την επιτυχία της επιχειρηματικότητας.

Μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες μπορούν να κατευθυνθούν στην ανάπτυξη μιας ταξινόμησης ή εργαλειοθήκης στρατηγικών, τακτικών και εργαλείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση της ανταγωνιστικής, καινοτόμου και ανθεκτικής κουλτούρας στις επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης δυναμικές ικανότητες, πνευματικά κεφάλαια και περιβάλλοντα που θα απαιτηθούν (Lim et al, 2024).

Επομένως επιχειρηματικό νοσοκομείο θεωρείται «ένα ίδρυμα που επιδιώκει ρητά να συγκροτήσει πληθυσμούς ασθενών και υποδομές περίθαλψης ως διακριτικά περιουσιακά στοιχεία (ή πόρους) για την επιδίωξη επιχειρηματικών στόχων». Αυτός ο αρχικός ορισμός έδωσε έμφαση στους πόρους που διαθέτει το ερευνητικό

νοσοκομείο στις προσπάθειές του να υποστηρίξει την μεταφορά τεχνολογίας και την εμπορευματοποίηση (Miller & French, 2016).

Από τη μία πλευρά, οι συμμετέχοντες στη μελέτη μας βλέπουν τους ασθενείς και τους πληθυσμούς ασθενών ως μια πηγή για έρευνα, που συνδέει την αξία της με τη συνεισφορά που μπορεί να έχει σε βελτιωμένη, πιο οικονομικά αποδοτική φροντίδα. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι βλέπουν επίσης εμπορικές δυνατότητες σε αυτήν την πηγή. Το επιχειρηματικό νοσοκομείο φιλοδοξεί να αξιοποιήσει το «ζωντανό εργαστήριο του» και τα μέσα φροντίδας του για πολλαπλούς σκοπούς πέρα από τη φροντίδα (French & Miller, 2012).

8.5. Σύνδεση ηγετικής συμπεριφοράς και επιχειρηματικότητας

Τρεις ηγετικές συμπεριφορές προσανατολισμένες σε καθήκοντα, προσανατολισμένες στις σχέσεις και προσανατολισμένες στην αλλαγή ηγεσίας-επηρεάζουν την επιχειρηματική συμπεριφορά των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα. Και οι τρεις τύποι ηγετικής συμπεριφοράς συνδέονται θετικά με την επιχειρηματικότητα του δημόσιου τομέα, η επίδραση είναι μεγαλύτερη για την ηγεσία που προσανατολίζεται στις σχέσεις, ακολουθούμενη από την ηγεσία με προσανατολισμό στην αλλαγή.

Η βελτίωση στη μέτρηση της επιχειρηματικότητας του δημόσιου τομέα θα βοηθούσε να διαπιστωθεί ποια άτομα και φορείς είναι πιο επιχειρηματικοί από άλλους, καθώς και πώς να αυξηθεί η επιχειρηματικότητα στο δημόσιο τομέα. Μελλοντικές έρευνες μπορεί επίσης να συλλέξουν ποιοτικά δεδομένα (π.χ. συνεντεύξεις σε βάθος) για κατανόηση και αξιολόγηση των καθοριστικών παραγόντων και των αποτελεσμάτων της δημόσιας επιχειρηματικότητας· και μπορούν επίσης να συλλέξουν ποιοτικά δεδομένα ως προς γιατί η ηγεσία με γνώμονα τα καθήκοντα μειώνει τη δημόσια επιχειρηματικότητα. Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να δοκιμάσουν τα αποτελέσματα άλλων συμπεριφορών ηγεσίας – όπως της υπηρετικής ηγεσίας και ανταλλαγής ηγέτη-μέλους (LMX) θεωρία – για την επιχειρηματικότητα του δημόσιου τομέα (Dermicioglu & Chowdhury, 2020).

Επίσης καλό θα ήταν να λάβει χώρα μελλοντική έρευνα, η οποία θα συγκρίνει την επιχειρηματική ηγεσία με άλλα στυλ ηγεσίας και θα διερευνήσει το πιο αποτελεσματικό στυλ ηγεσίας για την προώθηση της καινοτομίας στην εργασιακή συμπεριφορά των νοσηλευτών. Ακόμη, στην εν λόγω έρευνα δεν εξετάστηκαν άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την ηγεσία, όπως τα προσωπικά χαρακτηριστικά των προϊσταμένων και τον αντίκτυπο της υποστήριξής τους στους εργαζομένους, παρά μόνο η επίδραση της επιχειρηματικής ηγεσίας στην συμπεριφορά των νοσηλευτών (Bagheri & Abkari, 2017).

Παρακάτω παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ των τύπων ηγεσίας και της επιχειρηματικής συμπεριφοράς των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι πολύ σχετική

όταν αφορά την προώθηση της συλλογικής επιχειρηματικότητας. Η δέσμευση και η διαπροσωπική επικοινωνία λειτουργούν ως μεσολαβητές μεταξύ της μετασχηματιστικής ηγεσίας και της δέσμευσης των νοσηλευτών σε σχέση με επιχειρηματικές δραστηριότητες.

Από την άλλη πλευρά, οι οργανώσεις υγείας υποφέρουν από οικονομικές περικοπές, ελλείψεις πόρων και αυξημένο ανταγωνισμό, με συνεχή πρόκληση να βελτιστοποιήσουν την αποτελεσματικότητά τους και να ενισχύσουν τη θέση τους στην αγορά.

Προκειμένου να εξισορροπηθεί αυτή η κατάσταση, οι οργανώσεις υγείας στρέφονται όλο και περισσότερο στη συνεργασία και τις επιχειρηματικές πρακτικές. Βρέθηκαν αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία διεγείρει τη δημιουργικότητα και την καινοτομία των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα των μελετών αποκαλύπτουν ότι η ηγεσία, πιο συγκεκριμένα η μετασχηματιστική ηγεσία, έχει κυρίαρχο ρόλο στο πλαίσιο των οργανισμών υγείας, ιδίως για να αυξήσει τις θετικές στάσεις των συνεργατών απέναντι στη συλλογική επιχειρηματικότητα. Γενικά, οι βελτιώσεις στην ηγεσία συνδέονται σταθερά με την πρόοδο στην οργανωτική απόδοση. Το συμπέρασμα είναι ότι η σημασία της μετασχηματιστικής ηγεσίας για τη συλλογική επιχειρηματικότητα φαίνεται να μην περιορίζεται σε εξειδικευμένους επαγγελματίες όπως νοσηλευτές. Ως εκ τούτου, οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να περιλαμβάνουν και άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί, επιστημονικό προσωπικό (βιολόγοι, βιοχημικοί, φαρμακοποιοί) και άλλους οργανισμούς στον τομέα της υγείας, για να καθιστούν δυνατή τη γενίκευση των ευρημάτων.

Παρά αυτούς τους περιορισμούς, αυτή η μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της σχέσης της ηγεσίας με τη συλλογική επιχειρηματικότητα, όπου εξακολουθεί να είναι εμφανής μια μεγάλη έλλειψη έρευνας. Για μελλοντικές έρευνες, καθίσταται απαραίτητο να εμπλέκονται όχι μόνο η συλλογική επιχειρηματικότητα και ηγεσία, αλλά και άλλες πτυχές όπως η επαγγελματική δέσμευση, η πρόθεση του προσωπικού να εγκαταλείψει τον οργανισμό, το μοντέλο της οργανωτικής διαχείρισης και τη θεσμική σύνδεση των συνεργατών με τον οργανισμό (Haase & Franco, 2020).

8.6. Ανταγωνισμός Μηδενικού Αθροίσματος στον κλάδο της Υγείας και Βασικές αρχές ανταγωνισμού βάσει αξίας

8.6.1. Ανταγωνισμός Μηδενικού Αθροίσματος στον κλάδο της Υγείας

Ο κλάδος της υγείας είναι σύνθετος, οι ασθενείς καταναλωτές δεν μπορούν να κατανοήσουν την ιατρική επιστήμη, οι υπηρεσίες υγείας είναι εξειδικευμένες και το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης καλύπτεται από το κράτος, τις ασφαλιστικές εταιρίες ή τους εργοδότες.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι στον κλάδο της υγείας υπάρχει έντονος ανταγωνισμός μεταξύ εξειδικευμένων νοσοκομείων και γενικών νοσοκομείων, μεταξύ ιατρών όπου επικρατεί υπερπροσφορά υπηρεσιών. Ο ανταγωνισμός στον κλάδο της υγείας δεν προσανατολίζεται στην παροχή αξίας προς τους ασθενείς αλλά σε ανταγωνισμό μηδενικού αθροίσματος στο χώρο της υγείας, που συνέβαλε σε υψηλό κόστος, μειωμένη ή μεταβλητή ποιότητα, ελλιπή ή υπερβάλλουσα περίθαλψη, περιορισμένη πρόσβαση κτλ.

Ο ανταγωνισμός μηδενικού αθροίσματος στον χώρο της υγείας εκδηλώνεται με τους εξής τρόπους:

- Ανταγωνισμός στη βάση μετατόπισης του κόστους
- Ανταγωνισμός για την αύξηση της διαπραγματευτικής ισχύος
- Ανταγωνισμός για την προσέλκυση ασθενών και τον περιορισμό της δυνατότητας επιλογής τους
- Ανταγωνισμός για τη μείωση του κόστους μέσω του περιορισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αναλυτικότερα **στον ανταγωνισμό στη βάση μετατόπισης του κόστους** όλοι όσοι συμμετέχουν στο σύστημα, επιδιώκουν να μειώσουν το δικό τους κόστος, μετατοπίζοντας το βάρος σε άλλες ομάδες του συστήματος και η μεταβίβαση του κόστους από τον έναν στον άλλο, τελικά δε δημιουργεί καμιά καθαρή αξία. Αντίθετα μάλιστα, τα κέρδη της μιας πλευράς πραγματοποιούνται εις βάρος των άλλων.

Ο ανταγωνισμός για την αύξηση της διαπραγματευτικής ισχύος αφορά την προσπάθεια να μετατοπιστεί το κόστος, την πρόκληση ισχυρών κινήτρων για συσσώρευση μεγαλύτερης διαπραγματευτικής ισχύος από τους συμμετέχοντες στο σύστημα, η οποία τους επιτρέπει να προσελκύσουν περισσότερη αξία για τους ίδιους, αντί να εστιάζουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων, στη βελτίωση της αποδοτικότητας ή στη βελτίωση της συνολικής υγείας των πολιτών.

Ο ανταγωνισμός για την προσέλκυση ασθενών και τον περιορισμό της δυνατότητας επιλογής

Ο ανταγωνισμός για την εξασφάλιση περισσότερων ασφαλισμένων, έγινε αισθητός στο μάρκετινγκ για την προσέλκυση υγιών (χαμηλότερου κόστους) πελατών, προσφέροντας πρόσβαση σε ιατρούς γενικής ιατρικής, κίνητρα για την εγγραφή σε

κέντρα υγείας και υπηρεσίες στους ασθενείς που αφορούν ευκολία, ανέσεις και την εξυπηρέτηση τους.

Ανταγωνισμός για μείωση του κόστους μέσω του περιορισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών

Ο ανταγωνισμός επιδίωξε να μειώσει το κόστος μέσω του περιορισμού της πρόσβασης σε υπηρεσίες, μεταφέροντας το κόστος στους ασθενείς ή περιορίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οι ασφαλιστικοί φορείς δεν καλύπτουν το κόστος κάποιων υπηρεσιών και αυξάνεται το κέρδος τους και περιορίζουν τις επιλογές των ιατρών σχετικά με το επίπεδο και το είδος της περίθαλψης. Όμως οι διαδικασίες των εγκρίσεων και αποφάσεων των ιατρών αυξάνουν το διοικητικό κόστος για όλους. Ο ανταγωνισμός μηδενικού αθροίσματος αντιμετώπισε την υγεία ως εμπόρευμα που φυσικά κάτι τέτοιο δεν ισχύει.

8.6.2. Βασικές αρχές ανταγωνισμού βάσει αξίας

Οι βασικές αρχές αποτελούν την έμφαση στην αξία για τους ασθενείς, στα κλινικά αποτελέσματα, στα ιατρικά δεδομένα καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου της περίθαλψης και όχι μόνο στη μείωση του κόστους. Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι φτηνότερες. Επιπλέον σημαντικό είναι ο ανταγωνισμός να είναι περιφερειακός και εθνικός, όχι απλώς τοπικός, να υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες για τα κλινικά αποτελέσματα, να επιβραβεύεται η καινοτομία και η αξία να καθορίζεται από την εμπειρία του νοσοκομείου ή ιατρού, από την κλίμακα των παρεχόμενων υπηρεσιών και από τις γνώσεις σε επίπεδο ιατρικού περιστατικού.

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, οι κλινικές, οι ιατρικοί όμιλοι και οι ιατροί αποτελούν τους πρωταγωνιστές του συστήματος υγείας ενώ τα ασφαλιστικά προγράμματα, οι εργοδότες, οι προμηθευτές, η κυβέρνηση ή οι ίδιοι οι ασθενείς μπορούν να προσθέσουν ή να αφαιρέσουν αξία. Υπάρχουν τεχνολογικές ελλείψεις, δομικές και διαχειριστικές αδυναμίες της περίθαλψης, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με την στροφή στον ανταγωνισμό θετικού αθροίσματος σε επίπεδο κλινικών αποτελεσμάτων.

Οι οκτώ στρατηγικές και οργανωτικές πρωτοβουλίες, απαραίτητες για τον ανταγωνισμό βάσει αξίας, που θα δημιουργήσουν μια παραγωγική δομή αποτελούνται από τα κάτωθι τρία σημαντικά στοιχεία:

Αρχικά είναι μια συστηματική προσέγγιση απέναντι στην ταυτοποίηση και ανάλυση των κλινικών διαδικασιών. Το δεύτερο στοιχείο είναι η πληροφορική τεχνολογία, όπου μπορεί να μετασχηματίσει τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας. Το τρίτο στοιχείο είναι η εφαρμογή συστηματικών διαδικασιών για την ανάπτυξη της διαδικασίας μάθησης.

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν τρία βασικά προβλήματα. Πρώτον, το πλήθος των υπηρεσιών είναι πολύ ευρύ ως προς τα τμήματα εξυπηρέτησης, ειδικά

στην περίπτωση των νοσοκομείων αλλά και ορισμένων ιατρικών ομάδων. Δεύτερον, σε κάθε τμήμα εξυπηρέτησης οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν είναι ενιαίες και τέλος οι περισσότεροι πάροχοι υγείας εστιάζουν τοπικά ως προς την αγορά και την οργάνωση της περίθαλψης.

Για να ανταγωνιστούν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας στη βάση της αξίας θα πρέπει να υιοθετήσουν μια σειρά από στρατηγικές και οργανωτικές προτεραιότητες όπως περιγράφονται παρακάτω.

Αρχικά θα πρέπει να τεθεί το ερώτημα «σε ποιον χώρο δραστηριοποιούμαστε;» για να προσδιορισθεί η αγορά όπου ανταγωνίζεται η επιχείρηση/οργανισμός. Επομένως, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας δραστηριοποιούνται στην αγορά βάση των ιατρικών περιστατικών.

Εδώ δημιουργείται το ερώτημα σε ποιες αγορές θέλει να δραστηριοποιηθεί ο οργανισμός γιατί οφείλει να επιλέξει το σύνολο των ιατρικών περιστατικών, για τα οποία είναι ικανός να προσφέρει άριστες υπηρεσίες και ικανοποιητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Οι επιλογές θα είναι διαφορετικές για κάθε πάροχο υγείας πχ τα πανεπιστημιακά κέντρα θα λάβουν διαφορετικές αποφάσεις από τα γενικά νοσοκομεία ή τα κέντρα υγείας.

Οι ενιαίες ιατρικές μονάδες οργανώνονται γύρω από τα ιατρικά περιστατικά και όχι τις υπηρεσίες, τις θεραπείες ή τις εξετάσεις, περιλαμβάνουν όλο το εύρος των ιατρικών γνώσεων, των τεχνικών δεξιοτήτων και εξοπλισμού για την αντιμετώπιση ενός ιατρικού εξοπλισμού. Ιδανικά το προσωπικό και ο εξοπλισμός που μετέχουν σε μία ιατρική μονάδα είναι αποκλειστικά δικά της.

Όταν οι πάροχοι υγείας ανταγωνίζονται μεταξύ τους για να βελτιωθούν και διαφοροποιηθούν, μέσω της εμπειρίας και της εξειδίκευσης τους σε επίπεδο κλινικών αποτελεσμάτων, τότε το επακόλουθο είναι θετικό. Γι' αυτό το λόγο οφείλουν να αναζητούν ξεχωριστούς στόχους που θα τους διαφοροποιήσουν από τους υπόλοιπους ανταγωνιστές, θα εστιάσουν στους τύπους υπηρεσιών που θα αναπτύξουν ιδιαίτερη εμπειρία και στις ομάδες ασθενών που θα είναι σε άριστη θέση να εξυπηρετήσει.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό η αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων και των παραγόντων που τα επηρεάζουν. Επιπρόσθετα, τα νοσοκομεία θα πρέπει να συγκεντρώσουν στοιχεία για τα κόστη ανά δραστηριότητα κατά μήκος του κύκλου περίθαλψης, εμπειρία, μέθοδοι και χαρακτηριστικά ασθενών, εκτός από τα κλινικά αποτελέσματα.

Επομένως οι πάροχοι υγείας θα κληθούν να εκδίδουν έναν ενιαίο λογαριασμό για κάθε ιατρικό συμβάν που αντιμετωπίζουν και τελικά για ολόκληρο τον κύκλο της περίθαλψης που παρέχουν σε κάθε ασθενή. Το περιστατικό, όχι η μεμονωμένη υπηρεσία είναι αυτό που αντιπροσωπεύει το κόστος, με βάση το οποίο θα πρέπει να εκτιμηθεί η παρεχόμενη αξία.

Γι' αυτό το λόγο οι πάροχοι υγείας θα πρέπει να προχωρήσουν σε νέες εγκαταστάσεις, στην αναδιάρθρωση και την ενοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού και

εξοπλισμού σε επίπεδο ιατρικής ειδικότητας, να ανακαταναείμουν τις κλίνες, τους πόρους για να αναπτυχθούν υπηρεσίες που θα παρέχονται σε εκείνες τις περιοχές που εξυπηρετούν περισσότερο τους ασθενείς (Porter & Teisberg, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

9.1. Εργασιακή Ικανοποίηση

Εργασιακή ικανοποίηση είναι μια στάση που έχουν οι εργαζόμενοι σε σχέση με την εργασία τους και το βαθμό συνύπαρξης με αρμονία τους με τον οργανισμό. (Konopaske et al, 2023). Η εργασιακή ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το πόσο αρέσει στους εργαζόμενους η δουλειά τους. Προσδιορίζεται από το συνολικό ποσό των θετικών και των αρνητικών αντιλήψεων των εργαζομένων όσον αφορά στο εργασιακό περιβάλλον τους. Είναι γενικά αναγνωρισμένη ως μία πολύπλευρη κατάσταση που περιλαμβάνει τα συναισθήματα των εργαζομένων σχετικά με το σύνολο των εγγενών και εξωγενών χαρακτηριστικών της δουλειάς. Τα εγγενή στοιχεία προέρχονται από εσωτερικές ανταμοιβές, όπως η ίδια η εργασία και οι ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση. Τα εξωγενή στοιχεία προέρχονται από εξωτερικές ανταμοιβές, όπως η ικανοποίηση από οικονομικές παροχές, η πολιτική της εταιρείας και η υποστήριξη, η επίβλεψη, οι συνάδελφοι, το αίσθημα ασφάλειας και οι ευκαιρίες για προαγωγή.

Όσον αφορά στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία σχετίζονται με μειωμένες μεταβολές του εργατικού δυναμικού καθώς και μειωμένες απουσίες των εργαζομένων. Έτσι, η ικανοποίηση από την εργασία συμβάλλει στην αύξηση της εμπιστοσύνης, της αφοσίωσης και τελικά στη βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων υπηρεσιών (Ζυγά, 2012).

Τα συναισθήματα ή οι διαθέσεις διαπερνούν κάθε πτυχή της οργανωσιακής ζωής. Η συναισθηματική εργασία είναι η προσπάθεια που απαιτείται για τη διαχείριση των συναισθημάτων στην εργασία ώστε το άτομο να τα κρατήσει υπό έλεγχο. Η διαχείριση συναισθημάτων μπορεί να είναι αγχώδης και να συμβάλει σε εξουθένωση (Konopaske et al, 2023).

Τις τελευταίες δεκαετίες η αμερικανική οικονομία έχει μετατοπίσει το βάρος της από τη βιομηχανία στις υπηρεσίες και τη διαχείριση γνώσης. Οι ταχείες εξελίξεις στην τεχνολογική ανάπτυξη έχουν προκαλέσει απώλεια 2,6 εκατομμυρίων βιομηχανικών θέσεων εργασίας σύμφωνα με την Αμερικανική Στατιστική Υπηρεσία Εργασίας μεταξύ του 2006 και του 2010. Αρκετοί τομείς θα χρειαστούν περισσότερους εργαζόμενους στις υπηρεσίες, ιδιαίτερα στους τομείς που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Το occupational Outlook Handbook, που δημοσιεύεται από τη Στατιστική Υπηρεσία Εργασίας και αναθεωρείται κάθε δύο χρόνια, προβλέπει μια αύξηση κατ'ελάχιστον 30% μεταξύ του 2014 και του 2024 στα παρακάτω επαγγέλματα:

Υγειονομική Περίθαλψη: Ακοολόγοι, οπτικοί, γενετικοί σύμβουλοι, βοηθοί ιατρών, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικοί ακουστικών βαρηκοΐας, βοηθοί υγείας στο σπίτι, καθώς και οδηγοί και συνοδοί ασθενοφόρων.

Η ικανότητα, η δεξιότητα, η εμπειρία και τα κίνητρα οδηγούν σε διάφορα επίπεδα ατομικής απόδοσης. Στη συνέχεια η διοίκηση αξιολογεί την απόδοση και μπορεί να διανείμει δύο τύπους αμοιβών: τις εσωτερικές και τις εξωτερικές. Οι εξωτερικές αμοιβές περιλαμβάνουν μισθούς και ημερομίσθια, πρόσθετες παροχές, προαγωγές και ορισμένους τύπους διαπροσωπικών αμοιβών. Οι εσωτερικές αμοιβές μπορεί να περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η αίσθηση ολοκλήρωσης, επίτευξης, αυτονομίας και προσωπικής ανάπτυξης.

Ένα αποτελεσματικό και δίκαιο σύστημα αμοιβών προτρέπει τους υπαλλήλους υψηλής απόδοσης να παραμείνουν στον οργανισμό ενώ αποθαρρύνει τους υπαλλήλους χαμηλής απόδοσης να αποχωρήσουν.

Επομένως τόσο οι εξωτερικές όσο και οι εσωτερικές αμοιβές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση της εργασιακής απόδοσης των υπαλλήλων υπό την προϋπόθεση να έχουν εκτιμηθεί από τους ίδιους.

Ορισμένοι οργανισμοί χρησιμοποιούν καινοτόμα προγράμματα αμοιβών όπως αμοιβές με βάση τις δεξιότητες, τις διευρυμένες μισθολογικές ομάδες, υπηρεσίες προσωπικής εξυπηρέτησης, ομαδικές αμοιβές, οφέλη μερικής απασχόλησης, συμμετοχή στα κέρδη και τα προγράμματα συμμετοχής των εργαζομένων στο μετοχικό κεφάλαιο του οργανισμού (Konopaske et al, 2023).

Μελέτες Εργασιακής Ικανοποίησης

Σε μία μελέτη που διεξήχθη το 2022 από τον Δημήτρη Καραφέρη και τους συνεργάτες του (Karaferis et al., 2022), διερευνήθηκε το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της πρώτης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής και αξιολογήθηκαν περαιτέρω οι κατηγορίες της εργασιακής ικανοποίησης. Σε αυτή τη μελέτη (Karaferis et al., 2022) ο μέσος όρος της γενικής ικανοποίησης ήταν 3,33 (R:1-6), (ιατροί 3,61, νοσηλευτές 3,23 και άλλοι επαγγελματίες υγείας 3.28), δηλαδή αναφέρθηκε συγκρίσιμο εύρημα με τον μέσο όρο της γενικής ικανοποίησης της δικής μας μελέτης που είναι 3.03 (R:1-6). Οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης όσον αφορά στις αμοιβές (2.12), τα ωφελήματα (2.45), τις ευκαιρίες προαγωγής (2.67), τις διαδικασίες/πρωτόκολλα (2.82) και τις ενδεχόμενες ανταμοιβές/αναγνώριση εργασίας (2.91), ενώ παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, όσον αφορά τον προϊστάμενο (4.66), το αντικείμενο εργασίας (4.34) και τους συναδέλφους (4.25).

9.2. Συναισθηματική Νοημοσύνη

Σύμφωνα με τον D. Coleman η συναισθηματική νοημοσύνη είναι η ικανότητα του ανθρώπου να κατανοεί, να αισθάνεται, να αξιολογεί και να χρησιμοποιεί τα συναισθήματα του ως πηγή ενέργειας, πληροφόρησης, εμπιστοσύνης, δημιουργικότητας και επιρροής. Αποτελεί τον πιο σύγχρονο όρο από αυτόν της ενσυναίσθησης και είναι και μετεξέλιξη του όρου κοινωνική δικαιοσύνη (Τριαντάρη,

2020). Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι Συναισθηματική Νοημοσύνη είναι η ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων των ίδιων ή των άλλων για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς κάποιου και την επίτευξη στόχων.

Μια πρόσφατη ερευνητική μελέτη σύνδεσε θετικά τη συναισθηματική νοημοσύνη των ηγετών με την ανάπτυξη ομαδικών σκοπών και στόχων, την παρακίνηση άλλων, τη δημιουργία συνεργασίας και εμπιστοσύνης, αλλά και την ενθάρρυνση ευελιξίας στη λήψη αποφάσεων. Η συγκεκριμένη ικανότητα επεκτείνεται σε οποιονδήποτε εργάζεται με άλλους ανθρώπους σε οργανισμούς, είτε είναι ιατροί, νοσηλεύτές, διοικητικοί υπάλληλοι, δικηγόροι ή επόπτες πρώτης γραμμής. Η επίγνωση και η κατάλληλη ρύθμιση των συναισθημάτων μας κάνει πιο αποτελεσματικούς στο χώρο εργασίας μας.

Η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελείται από τις παρακάτω τέσσερις διαστάσεις:

- Αυτογνωσία: τα άτομα με συναισθηματική νοημοσύνη έχουν μεγαλύτερη αυτογνωσία των συναισθημάτων και των αισθημάτων τους.
- Κοινωνική επίγνωση: τα άτομα με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης είναι πιο πιθανό να επιδείξουν ενσυναίσθηση ή να συσχετιστούν με άλλους ανθρώπους, να ικανοποιήσουν τις ανάγκες άλλων ατόμων και να κατανοήσουν τις ανάγκες του οργανισμού.
- Αυτοδιαχείριση: η διατήρηση του αυτοελέγχου ώστε να μην διαταράσσεται η παραγωγικότητα του ή οι σχέσεις με τον προϊστάμενο ή με συναδέλφους
- Διαχείριση σχέσεων: η διατήρηση θετικών και παραγωγικών σχέσεων με συναδέλφους, πολίτες στην εργασία προϋποθέτει να ακούμε τις ανάγκες, να επικοινωνούμε με θετικό τρόπο, να συνεργαζόμαστε μαζί τους και να στηρίζουμε τα έργα τους (Konopaske et al, 2023).

9.3. Δημιουργία ενός μαθησιακού περιβάλλοντος

Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να γνωρίζουν τους λόγους για τους οποίους η μάθηση είναι απαραίτητη γιατί μαθαίνουν καλύτερα όταν κατανοούν το στόχο του προγράμματος κατάρτισης. Ο στόχος αναφέρεται στο σκοπό και το αναμενόμενο αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων κατάρτισης.

Είναι σημαντικό ακόμα να τονισθεί ότι οι υπάλληλοι χρειάζονται μεστό περιεχόμενο κατάρτισης καθώς έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες μάθησης όταν η κατάρτιση συνδέεται με εμπειρίες και καθήκοντα της εργασίας τους.

Επίσης είναι αυτονόητο ότι οι υπάλληλοι χρειάζονται ευκαιρίες για πρακτική για να επιδείξουν την αποκτηθείσα γνώση. Οι εκπαιδευόμενοι πρέπει να συνεχίσουν την πρακτική τους ακόμα και όταν έχουν επιτύχει τον στόχο τους επανειλημμένως (επαναλαμβανόμενη μάθηση).

Επιπρόσθετα οι υπάλληλοι χρειάζονται ανάδραση. Ανάδραση είναι η πληροφόρηση σχετικά με το βαθμό εκπλήρωσης των στόχων της κατάρτισης από τους εκπαιδευόμενους και για να είναι αποτελεσματική πρέπει να εστιάζει σε

συγκεκριμένες συμπεριφορές και να παρέχεται το συντομότερο δυνατό μετά την εκδήλωση της συμπεριφοράς. Είναι γεγονός ότι οι εργαζόμενοι μαθαίνουν μέσω της παρατήρησης, της εμπειρίας και της αλληλεπίδρασης με άλλους και πρέπει να έχουν ένα κατάλληλα συντονισμένο και διευθετημένο πρόγραμμα κατάρτισης. Η διαχείριση της κατάρτισης περιλαμβάνει το συντονισμό των δραστηριοτήτων πριν, στη διάρκεια και μετά την περάτωση του προγράμματος. Οι υπάλληλοι επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητες, γνώσεις και δεξιότητες που απέκτησαν μέσω της κατάρτισης για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν ή να φέρουν εις πέρας τα καθήκοντα και τις εργασίες που τους ανατίθενται ή όταν ο μάνατζερ τους αναθέτει τέτοιου είδους εργασίες τότε έχουμε υψηλά επίπεδα δυνατότητας πρακτικής εφαρμογής. Στο πλαίσιο του προγράμματος κατάρτισης ο εκπαιδευόμενος προσδιορίζει συνθήκες υπό τις οποίες μπορεί η συγκεκριμένη χρήση δεξιοτήτων να μην είναι εφικτή, να καθορίζει τις θετικές και αρνητικές συνέπειες της χρήσης τους και να παρακολουθεί την εν λόγω χρήση.

Υπάρχει ένα σύνολο διακριτικών στοιχείων όπως η πρωτοβουλία, η ηγετική ικανότητα και η ανταγωνιστικότητα που θεωρούνται επιθυμητά για μια επιτυχημένη σταδιοδρομία και αξιολογούνται θετικά τα άτομα που διαθέτουν αυτά τα στοιχεία. Επιπλέον, η τυπική εκπαίδευση, η αξιολόγηση, οι εργασιακές εμπειρίες και οι διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλουν ουσιαστικά στην εξέλιξη του υπαλλήλου.

Τα προγράμματα της τυπικής εκπαίδευσης περιλαμβάνουν προγράμματα εκτός και εντός του χώρου εργασίας που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για τις ανάγκες των υπαλλήλων της εταιρίας, βραχυχρόνιους κύκλους μαθημάτων που παρέχονται από συμβούλους ή πανεπιστήμια, προγράμματα MBA για εκτελεστικά στελέχη.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών και την παροχή ανάδρασης στους υπαλλήλους σχετικά με τη συμπεριφορά, τον τρόπο επικοινωνίας ή τις δεξιότητες τους. Η συλλογή πληροφοριών παρέχεται από τους ίδιους υπαλλήλους, από τους άλλους συναδέλφους, τους διευθυντές και τους πελάτες. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται κυρίως για τον εντοπισμό υπαλλήλων με διευθυντικές ικανότητες ή υπαλλήλων που έχουν ήδη θέση ευθύνης προκειμένου να προαχθούν σε ανώτερη βαθμίδα, και για την εκτίμηση των δυνατών και αδύνατων σημείων μεμονωμένων μελών της ομάδας εργασίας προκειμένου να εντοπισθούν τα σημεία που εμποδίζουν την παραγωγικότητα της ομάδας.

Είναι γνωστό ότι το μεγαλύτερο μέρος της εξέλιξης των υπαλλήλων πραγματοποιείται μέσω εργασιακών εμπειριών, δηλαδή μέσω των σχέσεων, προβλημάτων, απαιτήσεων, καθηκόντων που αντιμετωπίζουν οι υπάλληλοι στο χώρο εργασίας τους. Η εξέλιξη του υπαλλήλου είναι πιθανότερο να συμβεί όταν υπάρχει ασυμμετρία μεταξύ των δεξιοτήτων και εμπειριών των υπαλλήλων και των απαιτούμενων για τη συγκεκριμένη εργασία δεξιοτήτων. Οι υπάλληλοι για να ανταποκρίνονται επιτυχώς στα καθήκοντα τους θα πρέπει να διευρύνουν τις δεξιότητες τους, να μάθουν νέες γνώσεις, νέες εμπειρίες.

Οι εργασιακές εμπειρίες που θεωρούνται θετικοί παράγοντες στρες ωθούν τους υπαλλήλους στη μάθηση ενώ οι προκλήσεις της εργασίας που θεωρούνται αρνητικοί παράγοντες στρες τους δημιουργούν υψηλά επίπεδα επιβλαβούς στρες.

Τα μέλη μιας ομάδας χρειάζονται να αναπτύξουν δεξιότητες που παλαιότερα τις είχαν μόνο οι μάνατζερ όπως πχ επίλυση συγκρούσεων μεταξύ των μελών μιας ομάδας. Η διεύρυνση της τρέχουσας εργασίας αφορά την ανάθεση νέων προκλήσεων ή αρμοδιοτήτων στην εν λόγω εργασία ενός υπαλλήλου. Αυτό περιλαμβάνει αναθέσεις ειδικών καθηκόντων και ανταλλαγή ρόλων στο εσωτερικό ομάδας εργασίας.

Η εναλλαγή θέσεων εργασίας, δηλαδή η μετακίνηση ενός υπαλλήλου από μια θέση εργασίας σε άλλη διαφορετικού λειτουργικού τομέα ή μέσα στο ίδιο λειτουργικό τμήμα στη διάρκεια του χρόνου είναι μια στρατηγική διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Αυτή η πρακτική στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, τη μείωση της μονοτονίας και την απόκτηση μιας ευρύτερης εικόνας των λειτουργιών της επιχείρησης (Noe et al, 2009).

9.4. Οργανωσιακή Δέσμευση

Είναι ο βαθμός στον οποίο ταυτίζονται οι εργαζόμενοι με τον οργανισμό και επιθυμούν να παραμείνουν (Ζυγά, 2012).

Η έρευνα για την οργανωσιακή δέσμευση (ΟΔ) έχει δείξει ότι είναι μία αυθόρμητη, οργανική διαδικασία, η οποία αναπτύσσεται μέσω της σύνδεσης ενός ατόμου με τον οργανισμό (Georges, 2020; Karrasch, 2017; Messner, 2013). Μπορεί να παρατηρούνται διάφορα στάδια ή επίπεδα δέσμευσης, με υπόβαθρο που βασίζεται στην αντίληψη του ατόμου για την αφοσίωση. Η δέσμευση των εργαζόμενων σε έναν οργανισμό είναι απαραίτητη, επειδή επηρεάζει τη διατήρησή τους στον οργανισμό (Ghazzawi, 2008; Rafiei et al., 2014; Tuna et al., 2011). Σύμφωνα με τον Goleman (2000) η συναισθηματική νοημοσύνη και η δέσμευση ενισχύουν το πνεύμα συνεργασίας και σύμφωνα με τον Tziner (1982) η συναισθηματική δέσμευση είναι απαραίτητη για την ομαδική εργασία. Αυτή η σχέση θα διερευνηθεί στο ερωτηματολόγιο της έρευνας που ακολουθεί.

Επιπρόσθετα, η ψυχολογική ενδυνάμωση οδηγεί σε υψηλότερη δημιουργικότητα μέσω της αυξημένης εσωτερικής παρακίνησης (Zhang and Bartol, 2010). Αυτή η σχέση της θετικής επίδρασης της ενδυνάμωσης στην Δημιουργική Συνεισφορά και Συμπεριφορά θα εξετασθεί στη συνέχεια στη δημοσκοπική έρευνα της παρούσης.

Η δέσμευση των εργαζομένων μπορεί μεν να σχετίζεται με τη διατήρηση των εργαζομένων και την εργασιακή τους ικανοποίηση, αλλά έχει διαπιστωθεί ότι οι εργαζόμενοι που είναι δεσμευμένοι με τον χώρο ανήκουν στη μειοψηφία. Επίσης σε μια έρευνα που διεξήχθη το 2000 ανάμεσα σε 4000 νοσηλευτές διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν άνισα επίπεδα δέσμευσης τους. Η δέσμευση ορίζεται ως η έμπνευση που απορρέει από τον οργανισμό, η προθυμία να επενδύσουν με τις προσπάθειες τους, η πιθανότητα να συστήσουν τον οργανισμό σε άλλους και η διάθεση τους να

παραμένουν σ' αυτόν. Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη δέσμευση δεν ήταν τα χρήματα και τα οφέλη όπως πολλοί θα αναμέναν αλλά ο έλεγχος που είχαν πάνω στην άσκηση των εργασιών τους, η επαγγελματική ανέλιξη, η ομαδική εργασία και η συνεργασία νοσηλευτών και ιατρών (Sullivan, 2016). Οι τύποι οργανωσιακής δέσμευσης είναι η δέσμευση λόγω συνέχειας (υψηλό κόστος αποχώρησης, κίνδυνος μη εξεύρεσης αντίστοιχης εργασίας), η συναισθηματική δέσμευση (ταύτιση με τους στόχους και τις αξίες του οργανισμού) και η κανονιστική δέσμευση (πίεση από τους άλλους).

Η συμπεριφορική οργανωσιακή δέσμευση βασίζεται στη θεωρία των "side-bets" (Becker, 1960), όπου ο εργαζόμενος δεσμεύεται επειδή έχει επενδύσει χρόνο, κόπο ή έχει κέρδη (μισθός, ασφάλεια, προϋπηρεσία, συνταξιοδοτικό καθεστώς, προνόμια) που δεν θέλει να χάσει. Δεν είναι απαραίτητα συναισθηματική, αλλά **πρακτική/στρατηγική**. Τα οφέλη για τον οργανισμό είναι η μειωμένη διάθεση αποχώρησης από τον οργανισμό και η διάθεση για προσφορά και ατομικές θυσίες. Οι τρόποι ανάπτυξης της οργανωσιακής δέσμευσης είναι η ενεργή εμπλοκή εργασίας (συμμετοχή στη διαδικασία λήψης απόφασης, ενίσχυση ευθυνών ελέγχου), η ευθυγράμμιση των στόχων και των συμφερόντων του οργανισμού και των εργαζομένων (απόδοση στους εργαζόμενους μεριδίου από τα κέρδη) και η επιλογή νέων εργαζομένων με αξίες που ταυτίζονται με αυτές του οργανισμού (Ζυγά, 2012).

Μελέτες Δέσμευσης των εργαζομένων

Η δέσμευση των εργαζομένων συσχετίζεται με την παραμονή τους στον οργανισμό, καθώς και την ικανοποίηση τους. Οι προϊστάμενοι και η διοίκηση ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του προσωπικού, τη συχνή επικοινωνία και εστίαση στα προβλήματα του και τις ευκαιρίες ανάπτυξης καθώς ενισχύεται η δέσμευση των εργαζομένων στον οργανισμό (Sullivan, 2016).

Η μελέτη της Katherine B. Santosa και των συνεργατών της, που έγινε το 2023 στις ΗΠΑ αναφέρει ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερη οργανωσιακή δέσμευση από τους άντρες (Santosa et al., 2023). Οι Setyowati και συνεργάτες το 2017 σε μία συστηματική ανασκόπηση, αναφέρουν ότι ο βαθμός οργανωσιακής δέσμευσης των ιατρών σε αρκετές μελέτες ανευρέθηκε χαμηλός (Setyowati et al., 2017) και αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι ιατροί μπορούν να εργαστούν σε περισσότερους από έναν οργανισμούς ή μπορούν να εργαστούν σε ιδιωτική κλινική ή ιατρείο εκτός των συμβατικών ωρών εργασίας τους.

9.5. Διαπροσωπικές σχέσεις

Οι υπάλληλοι μπορούν να αναπτύξουν δεξιότητες και να αυξήσουν τις γνώσεις τους όταν αλληλοεπιδρούν με πιο έμπειρους εργαζόμενους της επιχείρησης μέσω παροχής συμβουλών ή καθοδήγησης.

Ο μέντωρ είναι ένας έμπειρος, παραγωγικός και αρχαιότερος υπάλληλος που βοηθά έναν λιγότερο έμπειρο υπάλληλο στην ανέλιξη του. Ο καθοδηγητής είναι ομοβάθμιος ή μάνατζερ που εργάζεται μαζί με έναν υπάλληλο προκειμένου να τον δραστηριοποιήσει, να τον βοηθήσει να αναπτύξει δεξιότητες και να του παράσχει ενίσχυση και ανάδραση (Noe et al, 2009).

Η βιβλιογραφία αναφέρει επίδραση των φύλων, της ηλικίας, της οργανωσιακής κουλτούρας στην επικοινωνία και στην ανάπτυξη των ομάδων.

Οι άνδρες και οι γυναίκες επικοινωνούν με διαφορετικό τρόπο γιατί έχουν μεγαλώσει και επηρεαστεί από πρότυπα επικοινωνίας που αντανakλούν τους κοινωνικούς τους ρόλους. Οι άντρες έχουν την τάση να μιλάνε περισσότερο, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και γρήγορα, ενώ οι γυναίκες είναι πιο περιγραφικές, προσεκτικές και οξυδερκείς. Επίσης οι γυναίκες θέτουν περισσότερες ερωτήσεις και ζητούν περισσότερα στοιχεία από τους άντρες συναδέλφους τους. Η λύση είναι η χρήση μιας γλώσσας, ελεύθερης από τις επιδράσεις των φύλων.

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας κάνουν περισσότερες ερωτήσεις προκειμένου να καταλήξουν σε κάποια απόφαση ενώ οι νεότερες γενιές επιθυμούν να λαμβάνουν αποφάσεις χωρίς περιττές συζητήσεις και αναμένουν άμεση απάντηση στα μηνύματά τους.

Οι πολιτιστικές πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές επηρεάζουν επίσης την επικοινωνία (Sullivan, 2016).

9.5.1. Επικοινωνία

Η επικοινωνία είναι ένα βασικό συστατικό ηγεσίας του προϊστάμενου νοσηλευτή. Στις ΗΠΑ, η Μικτή Επιτροπή διαπίστωσε ότι η χαμηλή διεπαγγελματική επικοινωνία ήταν η αιτία για την πρόκληση σχεδόν του 70% των απροσδόκητων συμβάντων, που ήταν η αιτία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ασθενών.

Οι αποτελεσματικοί προϊστάμενοι μπορούν να διευκολύνουν την επικοινωνία στις ομάδες, διατηρώντας μια ατμόσφαιρα, στην οποία τα μέλη αισθάνονται ελεύθερα να συζητήσουν ότι τους απασχολεί, να κάνουν προτάσεις, να ασκήσουν κριτική στις ιδέες. Μια σημαντική λειτουργία που σχετίζεται με την επικοινωνία είναι η παροχή κατευθυντηρίων γραμμών, η διατήρηση ανοικτών καναλιών επικοινωνίας, η εστίαση της προσοχής σε κρίσιμα ζητήματα, ο εντοπισμός και επεξεργασία συγκρούσεων, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η παρότρυνση συμμετοχής για όλα τα μέλη της ομάδας και συζητήσεων των προβλημάτων της (Sullivan, 2016).

Τέλος, η εμπιστοσύνη των ιδρυτών στην ομάδα τους (trust in team) έχει ισχυρή θετική επίδραση σε συλλογικά αποτελέσματα, όπως η καινοτομία και η αποτελεσματικότητα της ομάδας (Kakatkhar et al, 2023) και η σχέση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και των σχέσεων εμπιστοσύνης στη συλλογική επιχειρηματικότητα θα εξεταστούν στην δημοσκοπική έρευνα της διατριβής.

9.5.2. Μελέτες για τη Συνεργασία

Η συνεργασία είναι πολύ σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών σύμφωνα με μια μελέτη από το VitalSmarts. Οι Propp κ.α. (2010) σε μελέτη τους σχετικά με τις πρακτικές επικοινωνίας νοσηλευτών-ομάδας, διαπίστωσαν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία των νοσηλευτών συμβάλλει σε δύο κρίσιμες διαδικασίες για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών: Η πρώτη διαδικασία είναι η **Διασφάλιση ποιοτικών αποφάσεων (Ensuring quality decisions)**: Οι νοσηλευτές, ως τα μέλη της ομάδας που βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή, παρέχουν κρίσιμες πληροφορίες που βοηθούν στη λήψη ορθών κλινικών αποφάσεων. Η δεύτερη διαδικασία είναι η **Προώθηση συνεργατικής συνέργειας (Synergistic Team)**: Η μελέτη προσδιόρισε 15 συγκεκριμένες επικοινωνιακές πρακτικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να ενισχύσουν τη συνοχή της ομάδας και να λειτουργήσει αυτή ως ένα ενιαίο, αποδοτικό σύνολο. Πιο αναλυτικά, η πρώτη διαδικασία αφορούσε την ανταλλαγή πληροφοριών και την κριτική ανάλυση προκειμένου να ληφθούν οι καλύτερες δυνατές αποφάσεις για τη φροντίδα του ασθενούς, ενώ η δεύτερη αφορούσε στην ανάπτυξη επικοινωνίας που επιβοηθά στην οικοδόμηση σχέσεων, την καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και την προώθηση της ομαδικής εργασίας (teamwork), ώστε τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας να λειτουργούν αποτελεσματικά ως σύνολο και όχι μεμονωμένα. Αυτές συνέβαλαν στη λήψη ποιοτικών αποφάσεων και προώθησης της ομαδικής συνεργασίας. Οι νοσηλευτές αναπτύσσουντας ένα συνεργατικό μοντέλο πρακτικής, μπορούν να οικοδομήσουν την αξιοπιστία τους με τους ιατρούς και να ενδυναμώσουν το περιβάλλον εργασίας. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η επικοινωνία και η κατανόηση του ρόλου είναι σημαντικά γνωρίσματα για μια συνεργατική σχέση (Sullivan, 2016).

9.5.3 Μελέτες για την Ανάπτυξη Ομάδων

Η ανάπτυξη ομάδων εστιάζεται σε πτυχές της εργασίας και των σχέσεων με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας. Οι δραστηριότητες ανάπτυξης ομάδας που είχαν αρχικά σχεδιασθεί για να βελτιώσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, έχουν διευρυνθεί και συμπεριλαμβάνουν την επίτευξη των στόχων και την εκπλήρωση των δραστηριοτήτων. Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι οι φοιτήτριες της ιατρικής και της νοσηλευτικής ήταν πιο θετικές στην προοπτική

συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες υγείας, σε σχέση με τους άνδρες φοιτητές (Sullivan, 2016).

ΜΕΡΟΣ Γ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Στην παρούσα διατριβή χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός μεθοδολογιών έρευνας, ώστε να κατανοηθεί και να αντιμετωπιστεί καλύτερα το αντικείμενο και οι στόχοι που της τέθηκαν. Η ερευνητική μεθοδολογία ορίζεται από τους Leedy and Ormord (2001) ως «η γενική προσέγγιση που ακολουθεί ο ερευνητής κατά τη διεξαγωγή έργου». Αρχικά πραγματοποιήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ποσοτική μεθοδολογία με τη χρήση και σχεδίαση ερωτηματολογίου έρευνας. Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω πραγματοποιήθηκε προκειμένου να εξαχθούν πιο ασφαλή συμπεράσματα (Στρουμπούλης, 2024).

10.1. Εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η συλλογική επιχειρηματικότητα στα δημόσια νοσοκομεία αναφέρεται στην ανάπτυξη επιχειρηματικής νοοτροπίας και δράσεων εντός του δημόσιου τομέα υγείας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα και την καινοτομία, διατηρώντας παράλληλα τον κοινωνικό χαρακτήρα της φροντίδας υγείας.

Η παρούσα διατριβή αναλύει σε ποιον βαθμό και με ποιον τρόπο οι παράγοντες της ηγετικής συμπεριφοράς, της οργανωσιακής δέσμευσης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συνεργασίας συμβάλλουν στη διαμόρφωση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας και ποιες είναι οι επιμέρους διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας που αναδεικνύονται εμπειρικά και ποιες οι δομικές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ τους.

Επίσης, η παρούσα διατριβή προσπαθεί να εξηγήσει ποιος είναι ο ιδανικός συνδυασμός που θα οδηγήσει τα δημόσια νοσοκομεία σε αύξηση της επίδοσης τους και στην ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών. Για την καλύτερη κατανόηση, εξέταση και αποσαφήνιση εννοιών πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση έτσι ώστε να μελετηθούν οι σχετικές έννοιες αλλά και οι θεωρίες που θα δημιουργήσουν το εννοιολογικό πλαίσιο. Γι' αυτό το λόγο έγινε ιστορική αναδρομή του αγαθού της υγείας και των συστημάτων φροντίδας υγείας, αναλυτική περιγραφή της συστημικής προσέγγισης καθώς τα νοσοκομεία αποτελούν τα ίδια σύστημα και μέρος συστήματος και ανάλυση του ανθρώπινου δυναμικού γιατί οι σύγχρονες δεξιότητες αποτελούν χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Επιπλέον έγινε ανάλυση των εργαλείων στρατηγικών σχεδιασμού, της ψηφιακής υγείας, των δαπανών υγείας, της διοικητικής επιστήμης και επιχειρηματικότητας, ώστε να διερευνηθούν πως οι σύγχρονες δεξιότητες των ανώτερων στελεχών και όλων των εργαζομένων επηρεάζουν την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

10.2. Ποσοτική Έρευνα

Οι ποσοτικές μέθοδοι εξετάζουν στοιχεία μέσω της συλλογής ποσοτικών δεδομένων ή δεδομένων που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και εφαρμόζουν μαθηματικά μοντέλα και στατιστικές τεχνικές για την ανάλυση των δεδομένων. (Cresswell and Roth, 2016). Στοχεύει στην παραγωγή γενικευμένων ευρημάτων με τη μορφή θεωριών και τύπων και γι' αυτό κάποιες φορές συνδέεται με επαγωγικές μελέτες (Bryman, 2016). Στις ποσοτικές μεθόδους περιλαμβάνονται τα πειράματα και οι έρευνες μέσω δομημένων ερωτηματολογίων με σκοπό τη μέτρηση, περιγραφή και εξήγηση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών και στη γενίκευση πληθυσμών ή φαινομένων που παρουσιάζουν ενδιαφέρον.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ποσοτικής μεθοδολογίας είναι τα κάτωθι:

- Ποσοτικοποίηση που βασίζεται στη συλλογή αριθμητικών δεδομένων, τα οποία μπορούν να αναλυθούν με τη χρήση στατιστικών τεχνικών και να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα
- Αντικειμενικότητα μέσω τυποποιημένων διαδικασιών και ελαχιστοποίησης προκαταλήψεων του εκάστοτε ερευνητή
- Γενίκευση μέσω της χρήσης αντιπροσωπευτικών δειγμάτων που οδηγεί στη γενίκευση των ευρημάτων από ένα υποσύνολο του πληθυσμού σε ένα ευρύτερο πληθυσμό
- έλεγχος υποθέσεων που περιλαμβάνει τη διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων που μπορούν να ελεγχθούν στατιστικά (Basias and Pollalis, 2018) & (Martin and Bridgmon, 2012).

Τα ερωτηματολόγια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποσοτική μεθοδολογία ως εργαλείο συλλογής δεδομένων (Caruti and Balnaves, 2001).

Το ερωτηματολόγιο είναι ένα ερευνητικό εργαλείο που αποτελείται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων ανοικτού ή κλειστού τύπου για τη συλλογή δεδομένων από τους ερωτώμενους (Gaskell, 2000). Με τη χρήση ερωτηματολογίων, οι ερευνητές μπορούν να συγκεντρώσουν αριθμητικά δεδομένα για διάφορες πτυχές της έρευνας όπως απόψεις, στάσεις, συμπεριφορές, δημογραφικά στοιχεία και προτιμήσεις (Phellas κ.α., 2011).

Τα ερωτηματολόγια αποτελούν πρωτογενές εργαλείο συλλογής δεδομένων και συμβάλλουν στην έρευνα με τους εξής τρόπους:

- Συλλογή δεδομένων: τα ερωτηματολόγια δίνουν τη δυνατότητα στους ερευνητές να συλλέξουν αριθμητικά δεδομένα για διάφορες μεταβλητές μέσω προκαθορισμένων ερωτήσεων σε πολλούς ερωτώμενους επιτρέποντας την τυποποιημένη συλλογή δεδομένων (Schensul κ.α, 1999).
- Ποσοτικοποίηση: Με τη χρήση των ερωτηματολογίων οι ερευνητές μπορούν να αποδώσουν αριθμητικές τιμές ή κατηγορίες απαντήσεων ώστε να ποσοτικοποιήσουν τα δεδομένα και στη συνέχεια να τα ομαδοποιήσουν

βγάζοντας ποσοστά, μέσο όρο και να συνοψίσουν τα εν λόγω δεδομένα (Hana, 2013).

- Μεγάλα μεγέθη δείγματος: Τα ερωτηματολόγια μπορούν να διανεμηθούν ηλεκτρονικά, έντυπα, τηλεφωνικά σε διαφορετικούς πληθυσμούς ή υποομάδες, αυξάνοντας το μέγεθος του δείγματος και ενισχύοντας την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (Schensul κ.α, 1999).
- Τυποποίηση: τα ερωτηματολόγια παρέχουν ένα τυποποιημένο σύνολο ερωτήσεων σε όλους τους ερωτώμενους διασφαλίζοντας τη συνέπεια στη συλλογή δεδομένων, τη σύγκριση των απαντήσεων και την ενίσχυση της αξιοπιστίας των συλλεχθέντων δεδομένων (Schensul κ.α, 1999).
- Στατιστική ανάλυση: Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου μπορούν να υποβληθούν σε διάφορες στατιστικές αναλύσεις που επιτρέπουν στους ερευνητές να προβούν σε αντικειμενικές ερμηνείες και να εξάγουν συμπεράσματα με βάση τα εμπειρικά στοιχεία (Hanif and Yunfei, 2013).
- Αποτελεσματικότητα: Τα ερωτηματολόγια προσφέρουν έναν αποτελεσματικό τρόπο συλλογής δεδομένων, καθώς δεν απαιτούν δια ζώσεις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ερευνητών και ερωτηθέντων καθώς η διανομή μπορεί να γίνει σε έντυπη μορφή, είτε τηλεφωνικά είτε διαδικτυακά. Ως εκ τούτου η συλλογή δεδομένων μπορεί να γίνει από ένα μεγάλο αριθμό ερωτώμενων και σε σύντομο χρονικό διάστημα εξοικονομώντας χρόνο και πόρους (Schamber, 2000).
- Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα: Τα ερωτηματολόγια μπορεί να είναι ανώνυμα ή επώνυμα. Όταν είναι ανώνυμα ενθαρρύνεται η ειλικρίνεια σε ευαίσθητα θέματα, καθώς οι απαντήσεις δεν μπορούν να συσχετιστούν με συγκεκριμένο άτομο (Joinson, 1999).

Είναι όμως σημαντικό σε αυτό το σημείο να τονισθεί ότι όταν τα ερωτηματολόγια σχεδιάζονται θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι πιθανοί περιορισμοί όπως η μεροληψία στην απάντηση ή οι περιορισμοί στην καταγραφή σύνθετων ή διαφοροποιημένων πληροφοριών.

Η ποσοτική έρευνα ακολουθεί μια συστηματική διαδικασία και περιλαμβάνει τα κάτωθι βήματα:

- Προσδιορισμός του ερευνητικού προβλήματος
- Διεξαγωγή βιβλιογραφικής ανασκόπησης
- Επιλογή ερευνητικού σχεδιασμού
- Ανάπτυξη ερευνητικών μέσων
- Επιλογή και προετοιμασία του δείγματος
- Συλλογή δεδομένων
- Ανάλυση δεδομένων
- Ερμηνεία και αναφορά ευρημάτων
- Επικύρωση και αξιολόγηση αποτελεσμάτων

- Εξαγωγή συμπερασμάτων και διατύπωση συστάσεων (Khalidi, 2017).

10.3. Μετρήσεις

Οι κλίμακες μέτρησης που επιλέχθηκαν αντλήθηκαν από την υφιστάμενη βιβλιογραφία έτσι ώστε να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή εγκυρότητα και αξιοπιστία τους. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν είχαν εφαρμοστεί στο πλαίσιο του Ελληνικού συστήματος υγείας, εφαρμόστηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (αντί επιβεβαιωτικής), όπου αυτό ήταν εφικτό, έτσι ώστε να διερευνηθεί αν η προτεινόμενη από τη θεωρία παραγοντική δομή είχε εφαρμογή και στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.

Περαιτέρω, δεδομένου ότι την ίδια στιγμή, οι συμμετέχοντες/ουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν ανεξάρτητες και εξαρτημένες μεταβλητές ταυτόχρονα, αξιολογήθηκε ο κίνδυνος ύπαρξης «μεροληψίας κοινής μεθόδου» (Common Method Bias), με την εφαρμογή του ελέγχου Harman's single factor (Podsakoff κ.α., 2003). Ο εν λόγω έλεγχος κατέδειξε ότι ο «κοινός παράγοντας» ευθυνόταν για το 33.40% της διακύμανσης των δεδομένων, το οποίο βρίσκεται εντός του αποδεκτού ορίου (<50%) σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Podsakoff κ.α., 2003). Ως εκ τούτου, ο κίνδυνος «μεροληψίας κοινής μεθόδου» αξιολογήθηκε ως χαμηλός.

10.3.1. Ηγετική Συμπεριφορά

Η κλίμακα μέτρησης της ηγετικής συμπεριφοράς αντλήθηκε από τον Northouse (2019). Ειδικότερα, η ηγετική συμπεριφορά δεν λειτουργεί ως τυπικός παράγοντας αλλά γίνεται μια εκ των προτέρων διάκριση στην Εργασιακή Ηγετική Συμπεριφορά (ΕΗΣ) και στη Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά (ΣΗΣ), οι οποίες υπολογίζονται ως αθροιστικά σκορ. Από το άθροισμα του σκορ των μονών ερωτήσεων προκύπτει το σκορ της ΕΗΣ και από άθροισμα του σκορ των ζυγών ερωτήσεων προκύπτει το σκορ της ΣΗΣ. Ως εκ τούτου, δε διενεργήθηκε ανάλυση παραγόντων για την Ηγετική Συμπεριφορά και οι δύο μεταβλητές (αθροιστικά σκορ) υπολογίστηκαν και συμπεριλήφθηκαν ως έχουν στην παρούσα εργασία.

10.3.2. Συλλογική Επιχειρηματικότητα

Η μέτρηση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας, η οποία αποτελεί την κεντρική έννοια της παρούσας διατριβής, αντλήθηκε από τους Haase και Franco (2020). Η εν λόγω κλίμακα μέτρησης περιλαμβάνει 12 στοιχεία τύπου Likert και μετράει τη συλλογική επιχειρηματικότητα σε έναν παράγοντα. Ωστόσο, ενώ διατηρήθηκαν όλα τα προτεινόμενα στοιχεία Likert, η διερευνητική ανάλυση παραγόντων που διενεργήθηκε κατέδειξε ότι στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η Συλλογική Επιχειρηματικότητα μετριέται με 3 παράγοντες.

Ειδικότερα, εφαρμόστηκε Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (EFA) στα 12 στοιχεία της κλίμακας μέτρησης της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας με στόχο τη διερεύνηση της υποκείμενης δομής της. Ο δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (ΚΜΟ) ανήλθε σε 0.883, καταδεικνύοντας ικανοποιητική επάρκεια δείγματος (Hutcheson και Sofroniou, 1999), ενώ όλοι οι επιμέρους δείκτες ΚΜΟ ήταν μεγαλύτεροι του 0.80, υπερβαίνοντας κατά πολύ το ελάχιστο αποδεκτό όριο του 0.50 (Field, 2013). Η εξαγωγή των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Principal Axis Factoring, ενώ εφαρμόστηκε περιστροφή Oblimin με κανονικοποίηση κατά Kaiser, δεδομένης της πιθανής εννοιολογικής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων. Η ανάλυση αποκάλυψε τρεις παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1, οι οποίοι συνδυαστικά εξηγούσαν το 58.83% της συνολικής διακύμανσης. Οι τιμές κοινής διακύμανσης (communalities) κυμάνθηκαν μεταξύ 0.328 και 0.730, επιβεβαιώνοντας την επάρκεια εκπροσώπησης των μεταβλητών από τη δομή των παραγόντων. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τις παραγοντικές φορτώσεις μετά την περιστροφή. Η εξέταση του περιεχομένου των στοιχείων ανά παράγοντα οδήγησε στη νοηματική ερμηνεία τους ως εξής: Παράγοντας 1 «Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη», Παράγοντας 2 «Δημιουργική Συμπεριφορά & Συνεισφορά» και Παράγοντας 3 «Ομαδική Εργασία». Όλοι οι παράγοντες παρουσίασαν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια, με τιμές Cronbach's α μεγαλύτερες του 0.70 (0.888, 0.720 και 0.771 αντίστοιχα), επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία των υποκλιμάκων.

Πίνακας 1: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Συλλογική Επιχειρηματικότητα»

	Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη	Δημιουργική Συμπεριφορά & Συνεισφορά	Ομαδική Εργασία
(ΣΕ1) Κατά τη γνώμη μου, έχω την κατάλληλη μεταχείριση από το νοσοκομείο	0.808		
(ΣΕ2) Πιστεύω ότι έχω στη διάθεσή μου όλους τους πόρους που χρειάζομαι στη δουλειά μου	0.851		
(ΣΕ3) Νομίζω ότι η δουλειά μου, μου προσφέρει σημαντικά πράγματα	0.496		
(ΣΕ4) Νιώθω ότι οι καινοτόμες και δημιουργικές προσπάθειές μου ανταμείβονται κατάλληλα	0.856		
(ΣΕ5) Πιστεύω ότι οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων που υιοθετούνται είναι κατάλληλες	0.822		
(ΣΕ6) Στην υπηρεσία μου είναι φυσιολογικό να δουλεύεις ως ομάδα			-0.647
(ΣΕ7) Μου αρέσει να δουλεύω δημιουργικά σε μια ομάδα			-0.772
(ΣΕ8) Νιώθω ικανοποιημένος/η όταν κάνω καινοτόμες εργασίες σε μια ομάδα			-0.562
(ΣΕ9) Θεωρώ ότι οι συνθήκες εργασίας όπως η ελευθερία ανάπτυξης νέων ιδεών κλπ. είναι κατάλληλες	0.446		
(ΣΕ10) Κάνω πρόσθετη εργασία όταν είναι απαραίτητο για την εκτέλεση των καθηκόντων μου		0.628	
(ΣΕ11) Έχω «δημιουργικές ιδέες» όταν το απαιτεί η δουλειά		0.653	
(ΣΕ12) Συνήθως «αφήνω» την εργασία μου για να βοηθήσω έναν άλλο συνάδελφο		0.605	
Cronbach's α	0.888	0.720	0.771

Σημειώσεις: (1) Extraction Method: Principal Axis Factoring, (2) Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization, (3) a. Rotation converged in 12 iterations, (4) n = 331

10.3.3. Οργανωσιακή Δέσμευση

Η μέτρηση της οργανωσιακής δέσμευσης αντλήθηκε από τους Haase και Franco (2020). Η εν λόγω κλίμακα μέτρησης περιλαμβάνει 13 στοιχεία τύπου Likert και μετράει την οργανωσιακή δέσμευση σε έναν παράγοντα. Ωστόσο, μετά την αφαίρεση 2 στοιχείων Likert, η διερευνητική ανάλυση παραγόντων που διενεργήθηκε κατέδειξε ότι στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η οργανωσιακή δέσμευση μετριέται με 2 παράγοντες.

Ειδικότερα, η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (EFA) εφαρμόστηκε στα 11 από τα αρχικά 13 στοιχεία της κλίμακας μέτρησης της Οργανωσιακής Δέσμευσης, με στόχο τη διερεύνηση της υποκείμενης δομής της. Ένα στοιχείο αφαιρέθηκε λόγω χαμηλής φόρτωσης (ΟΔ4) και ένα λόγω εμφάνισης υψηλής φόρτωσης και στους 2 παράγοντες (ΟΔ13). Ο δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ανήλθε σε 0.901, καταδεικνύοντας ικανοποιητική επάρκεια δείγματος (Hutcheson & Sofroniou, 1999), ενώ όλοι οι επιμέρους δείκτες KMO ήταν μεγαλύτεροι του 0.85, υπερβαίνοντας κατά πολύ το ελάχιστο αποδεκτό όριο του 0.50 (Field, 2013). Η εξαγωγή των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Principal Axis Factoring, ενώ εφαρμόστηκε περιστροφή Oblimin με κανονικοποίηση κατά Kaiser, δεδομένης της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων. Η ανάλυση αποκάλυψε δύο παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1, οι οποίοι συνδυαστικά εξηγούσαν το 56.13% της συνολικής διακύμανσης. Οι τιμές κοινής διακύμανσης (communalities) κυμάνθηκαν μεταξύ 0.401 και 0.798, επιβεβαιώνοντας την επάρκεια εκπροσώπησης των μεταβλητών από τη δομή των παραγόντων. Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τις παραγοντικές φορτώσεις μετά την περιστροφή. Η εξέταση του περιεχομένου των στοιχείων ανά παράγοντα οδήγησε στη νοηματική ερμηνεία τους ως εξής: Παράγοντας 1 «Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση» και Παράγοντας 2 «Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση». Και οι δύο παράγοντες παρουσίασαν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια, με τιμές Cronbach's α μεγαλύτερες του 0.70 (0.903 και 0.782 αντίστοιχα), επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία των υποκλιμάκων.

Πίνακας 2: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Οργανωσιακή Δέσμευση»

	Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση	Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση
(ΟΑ1) Θεωρώ ότι είμαι πολύ πρόθυμος/η να ανήκω στην ομάδα του/της τμήματος/Υποδιεύθυνσης/Διεύθυνσης	0.563	
(ΟΑ2) Είμαι πολύ πρόθυμος/η να κάνω μεγάλη προσπάθεια στο όνομα της ομάδας εργασίας μου	0.546	
(ΟΑ3) Είμαι χαρούμενος/η που αποδέχομαι τις αξίες και τους στόχους της ομάδας	0.734	
(ΟΑ5) Πιστεύω σε αυτό που κάνει η ομάδα εργασίας μου	0.846	
(ΟΑ6) Είμαι περήφανος/η για το τι σημαίνει αυτή η ομάδα εργασίας που ανήκω	0.943	
(ΟΑ7) Νιώθω ένα πνεύμα συντροφικότητας	0.843	
(ΟΑ8) Για να βοηθήσω την ομάδα μου, θεωρώ σκόπιμο να προχωρήσω πέρα από το καθήκον μου		0.488
(ΟΑ9) Θεωρώ ότι η ομάδα είναι σημαντική για τη διαμόρφωση της κοινωνικής μου ταυτότητας		0.614
(ΟΑ10) Κάνω μεγάλη προσπάθεια για να διαγνώσω προβλήματα στην ομάδα		0.685
(ΟΑ11) Αφιερώνω χρόνο για να βρω έναν καλύτερο τρόπο να κάνω τη δουλειά μου και να βοηθήσω την ομάδα		0.686
(ΟΑ12) Το να δουλεύω σε μια ομάδα μου δίνει μεγάλη ικανοποίηση	0.459	
Cronbach's α	0.903	0.782

Σημειώσεις: (1) Extraction Method: Principal Axis Factoring, (2) Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization, (3) α. Rotation converged in 6 iterations, (4) n = 331.

10.3.4. Διαπροσωπική Επικοινωνία

Η μέτρηση της διαπροσωπικής επικοινωνίας αντλήθηκε από τους Haase και Franco (2020). Η εν λόγω κλίμακα μέτρησης περιλαμβάνει 7 στοιχεία τύπου Likert και μετράει τη διαπροσωπική επικοινωνία σε έναν παράγοντα, γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα, η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (EFA) εφαρμόστηκε στα 7 στοιχεία της κλίμακας μέτρησης της Διαπροσωπικής Επικοινωνίας, με στόχο τη διερεύνηση της υποκείμενης δομής της. Ο δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ανήλθε σε 0.851, καταδεικνύοντας ικανοποιητική επάρκεια δείγματος (Hutcheson & Sofroniou, 1999), ενώ όλοι οι επιμέρους δείκτες KMO ήταν μεγαλύτεροι του 0.80, υπερβαίνοντας κατά πολύ το ελάχιστο αποδεκτό όριο του 0.50 (Field, 2013). Η εξαγωγή των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Principal Axis Factoring και η ανάλυση αποκάλυψε έναν παράγοντα με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1, ο οποίος εξηγούσε το 47.13% της συνολικής διακύμανσης. Οι τιμές κοινής διακύμανσης (communalities) κυμάνθηκαν μεταξύ 0.347 και 0.622, επιβεβαιώνοντας την επάρκεια εκπροσώπησης των μεταβλητών από τον παράγοντα. Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τις παραγοντικές φορτώσεις ενώ ο παράγοντας που εξήχθη παρουσίασε ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια, με τιμή Cronbach's α μεγαλύτερη του 0.70 (0.859), επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία της κλίμακας.

Πίνακας 3: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Διαπροσωπική Επικοινωνία»

	Διαπροσωπική Επικοινωνία
(ΔΕ1) Όταν οι λειτουργίες κατανέμονται, αυτό που επιδιώκεται με την εκτέλεση τους είναι σαφές	0.589
(ΔΕ2) Υπάρχει η δυνατότητα όποιος εκτελεί την εργασία να προτείνει αλλαγές ή τροποποιήσεις στα καθορισμένα καθήκοντα	0.596
(ΔΕ3) Όταν προτείνω κάποιες αλλαγές, νιώθω ότι με ακούνε.	0.688
(ΔΕ4) Σε περιόδους ανταλλαγής εμπειριών ή/και δεξιοτήτων με την υπόλοιπη ομάδα δεν υπάρχουν προβλήματα κανενός είδους	0.774
(ΔΕ5) Στην ομαδική εργασία υπάρχει συνεχής και αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία	0.789
(ΔΕ6) Η διαδικασία της διαπροσωπικής επικοινωνίας διευκολύνει την κατανόηση μεταξύ των μελών της ομάδας	0.694
(ΔΕ7) Η διαδικασία επικοινωνίας παράγει το ίδιο αποτέλεσμα σε όλα τα μέλη της ομάδας	0.649
Cronbach's α	0.859
Σημειώσεις: (1) Extraction Method: Principal Axis Factoring, (2) a. 1 factors extracted. 5 iterations required, (3) n = 331	

10.3.5. Συνεργασία

Η μέτρηση της συνεργασίας αντλήθηκε από τους Haase και Franco (2020). Η εν λόγω κλίμακα μέτρησης περιλαμβάνει 10 στοιχεία τύπου Likert και μετράει τη συνεργασία σε έναν παράγοντα. Ωστόσο, μετά την αφαίρεση 1 στοιχείου Likert, η διερευνητική ανάλυση παραγόντων που διενεργήθηκε κατέδειξε ότι στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η συνεργασία μετριέται με 2 παράγοντες.

Ειδικότερα, η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (EFA) εφαρμόστηκε στα 9 από τα αρχικά 10 στοιχεία της κλίμακας μέτρησης της Συνεργασίας, με στόχο τη διερεύνηση της υποκείμενης δομής της. Ένα στοιχείο αφαιρέθηκε λόγω χαμηλής φόρτωσης (ΣΥΝ3). Ο δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ανήλθε σε 0.913, καταδεικνύοντας ικανοποιητική επάρκεια δείγματος (Hutcheson & Sofroniou, 1999), ενώ όλοι οι επιμέρους δείκτες KMO ήταν μεγαλύτεροι του 0.84, υπερβαίνοντας κατά πολύ το ελάχιστο αποδεκτό όριο του 0.50 (Field, 2013). Η εξαγωγή των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Principal Axis Factoring, ενώ εφαρμόστηκε περιστροφή Oblimin με κανονικοποίηση κατά Kaiser, δεδομένης της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων. Η ανάλυση αποκάλυψε δύο παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1, οι οποίοι συνδυαστικά εξηγούσαν το 67.57% της συνολικής διακύμανσης. Οι τιμές κοινής διακύμανσης (communalities) κυμάνθηκαν μεταξύ 0.487 και 0.852, επιβεβαιώνοντας την επάρκεια εκπροσώπησης των μεταβλητών από τη δομή των παραγόντων. Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τις παραγοντικές φορτώσεις μετά την περιστροφή. Η εξέταση του περιεχομένου των στοιχείων ανά παράγοντα οδήγησε στη νοηματική ερμηνεία τους ως εξής: Παράγοντας 1 «Σχέσεις Εμπιστοσύνης» και Παράγοντας 2 «Συλλογική Νοημοσύνη». Όλοι οι παράγοντες παρουσίασαν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια, με τιμές Cronbach's α μεγαλύτερες του 0.70 (0.902 και 0.913 αντίστοιχα), επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία των υποκλιμάκων.

Πίνακας 4: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για τη «Συνεργασία»

	Σχέσεις Εμπιστοσύνης	Συλλογική Νοημοσύνη
(ΣΥΝ1) Στην ομάδα εργασίας μου, τα συναισθήματα του καθενός είναι σε αρμονία με τα συναισθήματα των άλλων μελών	0.763	
(ΣΥΝ2) Είναι δυνατό να συζητηθούν αποδεκτά αποτελέσματα σε περιπτώσεις σύγκρουσης συμφερόντων	0.643	
(ΣΥΝ4) Στην ομάδα εργασίας μου είναι δυνατό να μοιράζομαι αμοιβαίες επιθυμίες	0.648	
(ΣΥΝ5) Στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της ομάδας κυριαρχεί η αίσθηση της δικαιοσύνης	0.928	
(ΣΥΝ6) Υπάρχει πραγματική δέσμευση στους στόχους της ομάδας	0.796	
(ΣΥΝ7) Καθώς αναπτύσσεται η ομαδική εργασία, λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις όλων	0.764	
(ΣΥΝ8) Η συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας επιτρέπει μεγαλύτερη συλλογική ικανότητα για καινοτομία και επέκταση		-0.741
(ΣΥΝ9) Η συνεργασία οδηγεί στην ανάπτυξη αμοιβαίας σκέψης και κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας		-0.988
(ΣΥΝ10) Αυτή η αμοιβαία εκτίμηση και κατανόηση οδηγεί στην προσαρμογή της σχεσιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας		-0.827
Cronbach's α	0.902	0.913

Σημειώσεις: (1) Extraction Method: Principal Axis Factoring, (2) Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization, (3) a. Rotation converged in 5 iterations, (4) n = 331

10.3.6. Ψυχολογική Ενδυνάμωση

Η μέτρηση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης αντλήθηκε από την Spreitzer (1995). Η εν λόγω κλίμακα μέτρησης περιλαμβάνει 12 στοιχεία τύπου Likert και μετράει την ψυχολογική ενδυνάμωση σε τέσσερις παράγοντες. Ωστόσο, ενώ διατηρήθηκαν όλα τα στοιχεία Likert, η διερευνητική ανάλυση παραγόντων που διενεργήθηκε κατέδειξε ότι στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η ψυχολογική ενδυνάμωση μετριέται με 3 παράγοντες.

Ειδικότερα, η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (EFA) εφαρμόστηκε στα 12 στοιχεία της κλίμακας μέτρησης της Ψυχολογικής Ενδυνάμωσης, με στόχο τη διερεύνηση της υποκείμενης δομής της. Ο δείκτης Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ανήλθε σε 0.859, καταδεικνύοντας ικανοποιητική επάρκεια δείγματος (Hutcheson & Sofroniou, 1999), ενώ όλοι οι επιμέρους δείκτες KMO ήταν μεγαλύτεροι του 0.79, υπερβαίνοντας κατά πολύ το ελάχιστο αποδεκτό όριο του 0.50 (Field, 2013). Η εξαγωγή των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Principal Axis Factoring, ενώ εφαρμόστηκε περιστροφή Oblimin με κανονικοποίηση κατά Kaiser, δεδομένης της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων. Η ανάλυση αποκάλυψε τρεις παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1, οι οποίοι συνδυαστικά εξηγούσαν το 70.28% της συνολικής διακύμανσης. Οι τιμές κοινής διακύμανσης (communalities) κυμάνθηκαν μεταξύ 0.550 και 0.961, επιβεβαιώνοντας την επάρκεια εκπροσώπησης των μεταβλητών από τη δομή των παραγόντων. Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τις παραγοντικές φορτώσεις μετά την περιστροφή. Σε απόλυτη συμφωνία με την υφιστάμενη θεωρία οι δύο παράγοντες ονομάστηκαν νόημα και ικανότητα. Ο τρίτος παράγοντας, βάσει θεωρίας, προέκυψε από το συνδυασμό των παραγόντων της αυτονομίας και της επίδρασης. Όλοι οι παράγοντες παρουσίασαν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια, με τιμές Cronbach's α μεγαλύτερες του 0.70 (0.894, 0.935 και 0.873 αντίστοιχα), επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία των υποκλιμάκων.

Πίνακας 5: Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων για την «Ψυχολογική Ενδυνάμωση»

	Αυτονομία και Επίδραση	Νόημα	Ικανότητα
(ΨΕ1) Η δουλειά που κάνω είναι σημαντική για μένα		-0.847	
(ΨΕ2) Οι εργασιακές μου δραστηριότητες έχουν προσωπικά νόημα για μένα		-0.845	
(ΨΕ3) Η δουλειά που κάνω έχει νόημα για μένα		-0.961	
(ΨΕ4) Είμαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να κάνω τη δουλειά μου			-0.849
(ΨΕ5) Είμαι σίγουρος για τις ικανότητές μου να εκτελώ τις εργασιακές μου δραστηριότητες			-0.892
(ΨΕ6) Έχω κατακτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες για τη δουλειά μου			-0.540
(ΨΕ7) Έχω σημαντική αυτονομία στο να καθορίζω πώς θα κάνω τη δουλειά μου	0.596		
(ΨΕ8) Μπορώ να αποφασίσω μόνος μου πώς να κάνω τη δουλειά μου	0.712		
(ΨΕ9) Έχω σημαντικές ευκαιρίες για ανεξαρτησία και ελευθερία στο πώς κάνω τη δουλειά μου	0.747		
(ΨΕ10) Η επίδρασή μου σε ό,τι συμβαίνει στο τμήμα μου είναι μεγάλη	0.743		
(ΨΕ11) Έχω μεγάλο έλεγχο σε ό,τι συμβαίνει στο τμήμα μου	0.856		
(ΨΕ12) Έχω σημαντική επιρροή σε ό,τι συμβαίνει στο τμήμα μου	0.818		
Cronbach's α	0.894	0.935	0.873

Σημειώσεις: (1) Extraction Method: Principal Axis Factoring, (2) Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization, (3) a. Rotation converged in 7 iterations, (4) n = 331

10.4. Δειγματοληψία και Ερευνητικό Δείγμα

Για την διενέργεια της δημοσκοπικής έρευνας της παρούσης με τη διανομή ερωτηματολογίου σε στελέχη δημόσιου νοσοκομείου, ακολουθήθηκε νομίμως η διαδικασία έγκρισης, καθώς η έρευνα αφορούσε δημόσιους υπαλλήλους και υπηρετούντες σε δημόσιο νοσοκομείο καθώς και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Η βασική διαδικασία περιλάμβανε την υποβολή φακέλου στο **Επιστημονικό Συμβούλιο** του νοσοκομείου, το οποίο λαμβάνοντας υπόψη την αίτηση, το πρωτόκολλο της έρευνας, τη σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής Έρευνας, το γεγονός ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και ότι η μελέτη θα γίνει σύμφωνα με τις διακηρύξεις του Helsinki και θα υπόκειται στις διατάξεις που επιβάλλει η Ελληνική Νομοθεσία, γνωμοδότησε θετικά.

Δεδομένου ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο της Αττικής, με συνολικό πλήθος 1,230 εργαζόμενων, το ερευνητικό εργαλείο διανεμήθηκε στο σύνολό τους (απογραφή). Λαμβάνοντας υπόψη το προαναφερόμενο πλήθος, αναζητήθηκε η συγκέντρωση τουλάχιστον 306 έγκυρων συμμετοχών (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009) έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του νοσοκομείου. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του ανθρωπίνου δυναμικού όλων των νοσοκομείων της χώρας είναι επισφαλής, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών πλαισίου τους, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δύνανται να παρέχουν χρήσιμες κατευθύνσεις για την κατάσταση που επικρατεί στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας της Ελλάδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε τυχαία σε 964 απασχολούμενους του νοσοκομείου κατά το διάστημα Ιουνίου – Ιουλίου 2025 και το αρχικό δείγμα που συγκεντρώθηκε ανήλθε σε 333 ερωτηματολόγια (ποσοστό απόκρισης 34.5% περίπου). Από τα 333 ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν, τα 2

αφαιρέθηκαν λόγω ελλειπουσών τιμών και συνεπώς το τελικό δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 331 ερωτηματολόγια.

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το μεγαλύτερο μέρος αυτών αφορούσε σε διοικητικό (33.2%), ιατρικό (17.8%) και νοσηλευτικό προσωπικό (16.6%) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Επαγγελματική ιδιότητα μελών δείγματος

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ιατρός	59	17.8	17.8
Νοσηλεύτης/τρια	55	16.6	34.4
Διοικητικό προσωπικό	110	33.2	67.7
Τεχνικό προσωπικό	27	8.2	75.8
Προσωπικό τεχνολογιών πληροφορικής	3	0.9	76.7
Επιστημονικό προσωπικό	11	3.3	80.1
Παραϊατρικό προσωπικό	22	6.6	86.7
Προσωπικό καθαριότητας	5	1.5	88.2
Προσωπικό εστίασης	12	3.6	91.8
Διαιτολόγος / Διατροφολόγος	2	0.6	92.4
Βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό	12	3.6	96.1
Άλλο	13	3.9	100.0
Σύνολο	331	100.0	

Για τη διευκόλυνση των μετέπειτα ποσοτικών αναλύσεων, οι ειδικότητες του προσωπικού ομαδοποιήθηκαν σε δύο κατηγορίες, οι οποίες αφορούσαν στο εν γένει κλινικό προσωπικό (ιατρός, νοσηλεύτης/τρια, επιστημονικό προσωπικό, παραϊατρικό προσωπικό, διαιτολόγος/διατροφολόγος και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό) και στις υπόλοιπες ειδικότητες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Κλινικό προσωπικό

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Όχι	170	51.4	51.4
Ναι	161	48.6	100.0
Σύνολο	331.0	100	

Σχετικά με το βιολογικό φύλο των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία (66.5%) ήταν γυναίκες (Πίνακας 8), άνω των 45 ετών (74.3%) (Πίνακας 9) και έγγαμοι (56.5%) (Πίνακας 10). Τα εν λόγω χαρακτηριστικά συνάδουν με ορισμένα δημογραφικά του ανθρωπίνου δυναμικού του ευρύτερου δημόσιου τομέα αλλά και του δημόσιου συστήματος υγείας. Ενδεικτικά, η μέση ηλικία του ιατρικού προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας ανέρχεται σε 54.4 έτη (διάμεση 54) (Φιλιπούλου & Τσιόλας, 2021),

ενώ στον ευρύτερο δημόσιο τομέα το 81.5% περίπου των εργαζομένων είναι άνω των 40 ετών (Φιλιποπούλου & Γιούλος, 2020). Όσον αφορά στο βιολογικό φύλο, αν και στο ιατρικό προσωπικό παρατηρείται σχεδόν ίση παρουσία ανδρών και γυναικών (50.2% έναντι 49.8%), στο νοσηλευτικό και λοιπό επικουρικό προσωπικό του συστήματος δημόσιας υγείας οι γυναίκες αποτελούν το 85% επί του συνόλου (Φιλιποπούλου και Τσιόλας, 2021).

Πίνακας 8: Βιολογικό φύλο

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Άνδρας	111	33.5	33.5
Γυναίκα	220	66.5	100.0
Σύνολο	331	100.0	

Πίνακας 9: Ηλικιακή ομάδα

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
18-24	3	0.9	0.9
25-34	22	6.6	7.6
35-44	60	18.1	25.7
45-54	112	33.8	59.5
55+	134	40.5	100.0
Σύνολο	331	100.0	

Πίνακας 10: Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Άγαμος/η	71	21.5	21.5
Έγγαμος/η	187	56.5	77.9
Διαζευγμένος/η	51	15.4	93.4
Χήρος/α	11	3.3	96.7
Συμβίωση	8	2.4	99.1
Άλλο	3	0.9	100.0
Σύνολο	331	100.0	

Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων/ουσών απασχολούνταν ως μόνιμο προσωπικό (66.2%) (Πίνακας 11) και δεν είχε ασκήσει καθήκοντα σε θέση ευθύνης (65.3%) (Πίνακας 12) ή ιδιωτικό έργο (81.6%) (Πίνακας 13). Το εν λόγω χαρακτηριστικό περί της σχέσης εργασίας των συμμετεχόντων βρίσκεται σε σχετική συμφωνία με τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, στον οποίο το μεγαλύτερο ποσοστό των υπαλλήλων

(περίπου 85%) ανήκει στην κατηγορία του μόνιμου προσωπικού (Φιλιποπούλου & Γιούλος, 2020).

Πίνακας 11: Σχέση Εργασίας

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Μόνιμο προσωπικό	219	66.2	66.2
ΙΔΑΧ	10	3.0	69.2
ΙΔΟΧ	64	19.3	88.5
Άλλο	38	11.5	100.0
Σύνολο	331	100.0	

Πίνακας 12: Καθήκοντα ευθύνης

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Όχι	216	65.3	65
Ναι	115	34.7	100
Σύνολο	331	100	

Πίνακας 13: Άσκηση ιδιωτικού έργου

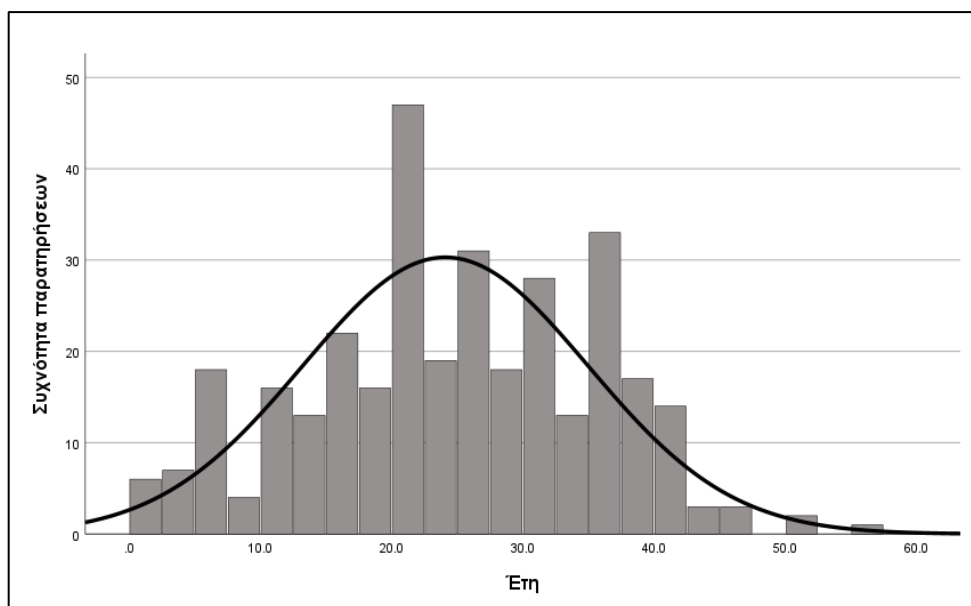
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Όχι	270	81.6	82
Ναι	27	8.2	90
Ναι, παλιότερα	34	10.3	100
Σύνολο	331	100	

Σχετικά με τα έτη εργασιακής τους εμπειρίας, οι συμμετέχοντες/ουσες δήλωσαν κατά μέσο όρο 24.1 έτη εργασιακής εμπειρίας (διάμεσος: 24), η οποία αφορούσε κυρίως σε εμπειρία στην Ελλάδα και όχι στο εξωτερικό (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Έτη εργασιακής εμπειρίας

	Έτη εργασιακής εμπειρίας στην Ελλάδα	Έτη εργασιακής εμπειρίας στο εξωτερικό	Συνολική εργασιακή εμπειρία
n	331	331	331
Μέσος όρος	23.51	0.59	24.10
ΤΣ μέσου όρου	0.60	0.15	0.60
Διάμεσος	24.00	0.00	24.00
Επικρατούσα τιμή	20.00	0.00	20.00
Τυπική απόκλιση	10.91	2.66	10.90
Διακύμανση	118.92	7.08	118.72
Λοξότητα	-0.03	6.83	-0.06
ΤΣ λοξότητας	0.13	0.13	0.13
Κυρτότητα	-0.60	52.45	-0.54
ΤΣ κυρτότητας	0.27	0.27	0.27
Εύρος	54	25	54
Ελάχιστο	1	0	1
Μέγιστο	55	25	55

Σημείωση: Δεδομένου του μεγέθους του δείγματος ($n > 300$), οι απόλυτες τιμές της λοξότητας και της κυρτότητας της μεταβλητής «Συνολική Εργασιακή Εμπειρία» είναι χαμηλότερες του 2 και του 7 αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι η κατανομή της προσεγγίζει την κανονική κατανομή (Kim, 2013)



Εικόνα 2: Κατανομή συχνοτήτων για τα έτη εργασιακής εμπειρίας

Συνολικά, τα χαρακτηριστικά του ερευνητικού δείγματος καταδεικνύουν ότι η παρούσα εργασία βασίζεται σε ένα επαρκές και αντιπροσωπευτικό σύνολο συμμετεχόντων, το οποίο επιτρέπει την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για το υπό μελέτη νοσοκομείο. Το τελικό δείγμα των 331 ερωτηματολογίων υπερβαίνει το ελάχιστο απαιτούμενο μέγεθος και εξασφαλίζει επαρκή στατιστική ισχύ για τη διενέργεια στατιστικών αναλύσεων. Παράλληλα, η σύνθεση του δείγματος σε ό,τι αφορά το φύλο, την ηλικία και τη σχέση εργασίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα δομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ευρύτερου δημόσιου συστήματος υγείας, στοιχείο που ενισχύει την εξωτερική εγκυρότητά του και την αξιοπιστία των ευρημάτων. Ωστόσο, αν και το δείγμα αποτυπώνει με ασφάλεια την πραγματικότητα του συγκεκριμένου οργανισμού, η γενίκευση των αποτελεσμάτων σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη, λόγω των διαφορών που ενδέχεται να υφίστανται μεταξύ οργανισμών ως προς το μέγεθος, τις υποδομές και τις λειτουργικές συνθήκες τους. Συνεπώς, τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα για το συγκεκριμένο νοσοκομείο και να αποτελέσουν χρήσιμες ενδείξεις για την κατάσταση που επικρατεί στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, λειτουργώντας ως αφετηρία για μελλοντικές μελέτες ευρύτερης εμβέλειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη διενέργεια των ποσοτικών αναλύσεων που παρουσιάζονται στην παρούσα ενότητα, οι μετρικές μεταβλητές της διατριβής που αντιστοιχούν στους παράγοντες που προέκυψαν από τις διερευνητικές αναλύσεις παραγόντων υπολογίστηκαν ως αθροιστικές κλίμακες μέτρησης. Ειδικότερα, εκτός των ΕΗΣ και ΣΗΣ, οι αθροιστικές τιμές των υπόλοιπων μεταβλητών-παραγόντων που προέκυψαν υπολογίστηκαν ως ο μέσος όρος των επιμέρους τιμών των στοιχείων Likert που περιλάμβαναν.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, για την πλήρωση του ερευνητικού σκοπού και των επιμέρους στόχων, διενεργήθηκαν περιγραφικές, διμεταβλητές και πολυμεταβλητές στατιστικές αναλύσεις, όπως αυτές παρουσιάζονται στις ακόλουθες ενότητες.

11.1. Περιγραφική ανάλυση

Όσον αφορά στα δύο είδη ηγετικής συμπεριφοράς (Πίνακας 15), οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αντιλαμβάνονται σχετικά υψηλά επίπεδα ΕΗΣ (Μ.Ο. = 36.89, Διάμεσος = 39), και ΣΗΣ (Μ.Ο. = 37.06, Διάμεσος = 38) στον οργανισμό. Σχετικά με τις διαστάσεις της συλλογικής επιχειρηματικότητας, οι αξιολογήσεις για την ΑΟΥ ανήλθαν σε μέτρια επίπεδα (Μ.Ο. = 3.27, Διάμεσος = 3.17) ενώ αυτές για την ΟΕ (Μ.Ο. = 4.24, Διάμεσος = 4.33) και ΔΣΣ (Μ.Ο. = 4.03, Διάμεσος = 4.00) ήταν υψηλότερες. Οι συμμετέχοντες επέδειξαν υψηλά επίπεδα ΣΥΝΟΔ (Μ.Ο. = 4.04, Διάμεσος = 4.00) και ΣΥΜΠΟΔ (Μ.Ο. = 3.85, Διάμεσος = 4.00), γεγονός το οποίο αντανακλά την ισχυρή σύνδεσή τους με τον οργανισμό. Οι ΔΕ (Μ.Ο. = 3.67, Διάμεσος = 3.71) και ΣΧΕΜΠ (Μ.Ο. = 3.37, Διάμεσος = 3.50) εμφάνισαν μέτριες προς υψηλές αξιολογήσεις, με συνέπεια να υποδηλώνονται πιθανές προκλήσεις στις άμεσες επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις και στην ύπαρξη μετρίου επιπέδου εμπιστοσύνης. Αντίθετα, λαμβάνοντας υπόψη τη σχετικά υψηλή τιμή της ΣΥΛΝΟ (Μ.Ο. = 3.90, Διάμεσος = 4.00), οι εργαζόμενοι διαφαίνεται να αναγνωρίζουν ότι η συνεργασία της ομάδας βασίζεται σε κοινή κατανόηση και αμοιβαία σκέψη. Τέλος, σχετικά με την αντιληπτή ψυχολογική ενδυνάμωση, τόσο το ΝΟΗΜΑ (Μ.Ο. = 4.30, Διάμεσος = 4.33) όσο και η ΙΚΑΝ (Μ.Ο. = 4.40, Διάμεσος = 4.67), εμφάνισαν αρκετά υψηλές αξιολογήσεις, καταδεικνύοντας ότι οι εργαζόμενοι βρίσκουν ουσιαστικό περιεχόμενο στο έργο τους και διέπονται από έντονη αίσθηση προσωπικής επάρκειας και αποτελεσματικότητας. Αντίθετα, η σχετικά χαμηλότερη αξιολόγηση της ΑΥΤΕΠΙΔ (Μ.Ο. = 3.74, Διάμεσος = 3.83), αν και τοποθετείται σε θετικό επίπεδο, ενδέχεται να δείχνει ότι αν και οι εργαζόμενοι αισθάνονται ικανοί, δεν νιώθουν εξίσου ελεύθεροι ή με επιρροή στη δουλειά τους. Συνολικά, το δείγμα εμφανίζει υψηλές τιμές σε δείκτες που σχετίζονται με το νόημα της εργασίας, την προσωπική ικανότητα, την ομαδική εργασία, τη δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά, καθώς και τη συναισθηματική οργανωσιακή δέσμευση. Αντίθετα, πιο μέτρια επίπεδα παρατηρούνται στην αντιληπτή οργανωτική υποστήριξη, στις σχέσεις εμπιστοσύνης και στην αυτονομία και επίδραση, στοιχεία

που πιθανώς να φανερώνουν την ύπαρξη οργανωσιακών ή διοικητικών περιορισμών. Η συνολική εικόνα είναι θετική, με τους εργαζόμενους να νιώθουν επαρκείς και αφοσιωμένοι, αλλά με περιθώρια βελτίωσης στο πεδίο της εμπιστοσύνης και της ενδυνάμωσης από τον οργανισμό.

Πίνακας 15: Περιγραφικά στατιστικά μετρικών μεταβλητών

	ΕΗΣ	ΣΗΣ	ΑΟΥ	ΟΕ	ΔΣΣ	ΣΥΝΟΔ	ΣΥΜΠΟΔ	ΔΕ	ΣΧΕΜΠ	ΣΥΛΝΟ	ΝΟΗΜ Α	ΙΚΑΝ	ΑΥΤΕΠΙΔ
N	331	331	331	331	331	331	331	331	331	331	331	331	331
Μέσος όρος	36.89	37.06	3.27	4.24	4.03	4.04	3.85	3.67	3.37	3.90	4.30	4.40	3.74
ΤΣ μέσου όρου	0.49	0.48	0.05	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.03	0.04
Διάμεσος	39.00	38.00	3.17	4.33	4.00	4.00	4.00	3.71	3.50	4.00	4.33	4.67	3.83
Επικρατούς α τιμή	40.00	40.00	3.17	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.83	4.00	5.00	5.00	4.00
Τυπική απόκλιση	8.969	8.763	0.855	0.726	0.721	0.685	0.739	0.662	0.807	0.785	0.723	0.604	0.775
Διακύμανση	80.43 7	76.78 7	0.731	0.527	0.519	0.469	0.546	0.438	0.651	0.617	0.523	0.364	0.600
Λοξότητα	- 0.650	- 0.697	0.022	-1.409	- 0.861	-0.690	-0.415	- 0.660	-0.381	-1.095	-1.219	- 1.289	-0.364
ΤΣ λοξότητας	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134	0.134
z-λοξότητας	- 4.848	- 5.204	0.161	10.51 4	- 6.422	-5.150	-3.097	- 4.927	-2.844	-8.173	-9.092	- 9.615	-2.719
Κυρτότητα	- 0.212	0.176	- 0.379	3.055	1.178	0.889	0.331	1.734	0.248	2.025	2.230	3.291	0.103
ΤΣ κυρτότητας	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267	0.267
z- κυρτότητας	- 0.792	0.660	- 1.418	11.43 0	4.408	3.325	1.240	6.489	0.928	7.576	8.344	12.31 2	0.385
Εύρος	39.00	40.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.67	3.83
Ελάχιστο	11.00	10.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.33	1.17
Μέγιστο	50.00	50.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Σημείωση: Δεδομένου του μεγέθους του δείγματος ($n > 300$), οι απόλυτες τιμές της λοξότητας και της κυρτότητας είναι χαμηλότερες του 2 και του 7 αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι οι κατανομή των μετρικών μεταβλητών προσεγγίζει την κανονική κατανομή (Kim, 2013)

11.2. Διμεταβλητή ανάλυση

11.2.1. Ανάλυση συσχέτισης

Οι επιμέρους παραμετρικές αναλύσεις συσχέτισης Pearson's r (Πίνακας 16) κατέδειξαν ότι όλες οι σχέσεις μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών (εξαιρουμένου του συνόλου της εργασιακής εμπειρίας) είναι θετικές και στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$), γεγονός που καταδεικνύει την ύπαρξη ισχυρής αλληλεξάρτησης μεταξύ των διαστάσεων της ηγετικής συμπεριφοράς, της συλλογικής επιχειρηματικότητας, της οργανωσιακής δέσμευσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας, της συνεργασίας και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης. Η Συνολική Εργασιακή Εμπειρία παρουσιάζει θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις ΑΥΤΕΠΙΔ ($r = 0.216$), ΣΥΝΟΔ ($r = 0.125$) και ΔΣΣ ($r = 0.109$). Συνεπώς, τα άτομα με υψηλότερη εργασιακή εμπειρία εμφάνισαν

στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αντιληπτής αυτονομίας και επίδρασης, συναισθηματικής οργανωσιακής δέσμευσης και δημιουργικής συμπεριφοράς και συνεισφοράς.

Πίνακας 16: Παραμετρικές αναλύσεις συσχέτισης Pearson's r

		Σύνολο Εργασιακής Εμπειρίας	ΕΗΣ	ΣΗΣ	ΑΟΥ	ΟΕ	ΔΣΣ	ΣΥΝΟΔ	ΣΥΜΠΟΔ	ΔΕ	ΣΧΕΜΠ	ΣΥΛΑΝΟ	ΝΟΗΜΑ	ΙΚΑΝ	ΑΥΤΕΠΙΔ
Σύνολο Εργασιακής Εμπειρίας	r	1													
	p-value														
ΕΗΣ	r	0.046	1												
	p-value	0.401													
ΣΗΣ	r	0.079	.879**	1											
	p-value	0.150	0.000												
ΑΟΥ	r	0.043	.549**	.613**	1										
	p-value	0.440	0.000	0.000											
ΟΕ	r	0.066	.380**	.425**	.528**	1									
	p-value	0.231	0.000	0.000	0.000										
ΔΣΣ	r	.109*	.218**	.278**	.376**	.526**	1								
	p-value	0.048	0.000	0.000	0.000	0.000									
ΣΥΝΟΔ	r	.125*	.470**	.506**	.583**	.543**	.401**	1							
	p-value	0.023	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000								
ΣΥΜΠΟΔ	r	0.028	.298**	.301**	.424**	.395**	.430**	.640**	1						
	p-value	0.608	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							
ΔΕ	r	0.070	.492**	.567**	.645**	.506**	.353**	.666**	.436**	1					
	p-value	0.201	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000						
ΣΧΕΜΠ	r	0.098	.476**	.542**	.632**	.460**	.344**	.659**	.395**	.765**	1				
	p-value	0.075	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					
ΣΥΛΑΝΟ	r	0.104	.345**	.400**	.435**	.535**	.371**	.541**	.395**	.594**	.669**	1			
	p-value	0.059	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				
ΝΟΗΜΑ	r	0.030	.262**	.274**	.382**	.359**	.397**	.495**	.466**	.373**	.351**	.427**	1		
	p-value	0.585	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			
ΙΚΑΝ	r	0.099	.194**	.228**	.186**	.295**	.350**	.364**	.273**	.265**	.242**	.319**	.549**	1	
	p-value	0.072	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
ΑΥΤΕΠΙΔ	r	.216**	.263**	.353**	.349**	.208**	.293**	.432**	.361**	.439**	.402**	.249**	.381**	.505**	1
	p-value	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Περαιτέρω, οι μη παραμετρικές συσχετίσεις Spearman's rho (Πίνακας 17) κατέδειξαν ότι η ηλικιακή ομάδα είχε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με όλες τις επιμέρους μετρικές μεταβλητές της διατριβής, εκτός της ΣΥΜΠΟΔ. Κατά συνέπεια, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφάνισαν υψηλότερες αξιολογήσεις στις επιμέρους μεταβλητές (και αντίστροφα).

Πίνακας 17: Μη παραμετρικές αναλύσεις συσχέτισης Spearman's rho

	ΕΗΣ	ΣΗΣ	ΑΟΥ	ΟΕ	ΔΣΣ	ΣΥΝΟΔ	ΣΥΜΠΟΔ	ΔΕ	ΣΧΕΜΠ	ΣΥΛΑΝΟ	ΝΟΗΜΑ	ΙΚΑΝ	ΑΥΤΕΠΙΔ	
Ηλικιακή ομάδα	Rho	.132*	.121*	.159**	.156**	.156**	.180**	.071	.201**	.178**	.139*	.117*	.174**	.214**
	p-value	.016	.028	.004	.004	.004	.001	.198	.000	.001	.012	.034	.002	.000
Επίπεδο σπουδών	Rho	-.195**	-.106	-.254**	-.041	-.058	-.126*	-.129*	-.123*	-.099	.007	-.081	-.065	-.042
	p-value	.000	.053	.000	.453	.296	.022	.019	.026	.071	.906	.143	.238	.450

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Σχετικά με τη διερεύνηση πιθανών επιδράσεων της οικογενειακής κατάστασης στις αξιολογήσεις των συμμετεχόντων, οι επιμέρους διμεταβλητές αναλύσεις

διακύμανσης (One-way Anova) κατέδειξαν την απουσία στατιστικά σημαντικών επιδράσεων σε όλες τις μετρικές μεταβλητές.

11.2.2. Έλεγχοι ανεξάρτητων δειγμάτων (t-tests)

Η εξέταση των διαφορών μεταξύ του κλινικού και μη προσωπικού (Πίνακας 18), κατέδειξε ότι το κλινικό προσωπικό εμφανίζει συστηματικά χαμηλότερες αξιολογήσεις σε πολλές διαστάσεις της παρούσας εργασίας. Ειδικότερα, το κλινικό προσωπικό αξιολόγησε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα τις ΕΗΣ (34.88 έναντι 38.80), ΣΗΣ (35.30 έναντι 38.73), ΑΟΥ (2.99 έναντι 3.54), ΔΣΣ (3.88 έναντι 4.17), ΣΥΝΟΔ (3.93 έναντι 4.14), ΣΥΜΠΟΔ (3.74 έναντι 3.96) και ΔΕ (3.58 έναντι 3.76). Συνολικά, διαφαίνεται ότι το κλινικό προσωπικό αντιλαμβάνεται μεγαλύτερη απουσία της συμπεριφορικής και συναισθηματικής διάστασης της ηγεσίας, χαμηλά επίπεδα υποστήριξης, μεγαλύτερους περιορισμούς, χαμηλότερη συναισθηματική και συμπεριφορική δέσμευση με τον οργανισμό, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα επικοινωνίας.

Πίνακας 18: Έλεγχοι t-test

	Κλινικό Προσωπικό	
	Όχι	Ναι
ΕΗΣ	38.80	34.88
ΣΗΣ	38.73	35.30
ΑΟΥ	3.54	2.99
ΟΕ	4.29	4.20
ΔΣΣ	4.17	3.88
ΣΥΝΟΔ	4.14	3.93
ΣΥΜΠΟΔ	3.96	3.74
ΔΕ	3.76	3.58
ΣΧΕΜΠ	3.46	3.29
ΣΥΛΝΟ	3.91	3.88
ΝΟΗΜΑ	4.33	4.27
ΙΚΑΝ	4.44	4.37
ΑΥΤΕΠΙΔ	3.80	3.68
n	170	161

Σημείωση: Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.05$) εμφανίζονται με έντονη γραφή.

11.3. Ανάλυση παλινδρόμησης

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης είναι στατιστική μέθοδος που μοντελοποιεί τη σχέση μεταξύ μιας εξαρτημένης μεταβλητής (Y) και μίας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών (X) προσαρμόζοντας μια ευθεία γραμμή (γραμμή τάσης) στα δεδομένα. Χρησιμοποιείται για την πρόβλεψη τιμών και την κατανόηση της επίδρασης των μεταβλητών, εκτιμώντας την κλίση και τη θέση της ευθείας, συνήθως μέσω της μεθόδου ελαχίστων τετραγώνων.

Στην ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, το b (ή β) αντιπροσωπεύει τον συντελεστή παλινδρόμησης (regression coefficient), ο οποίος ποσοτικοποιεί τη σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής (X) και της εξαρτημένης μεταβλητής (Y). Δείχνει τη μεταβολή που αναμένεται στην Y για κάθε μία μονάδα αύξησης της X, διατηρώντας άλλες μεταβλητές σταθερές.

Απλή Γραμμική Παλινδρόμηση ($Y=a+bX$)

a = η σταθερά του μοντέλου

b (Κλίση): Δείχνει πόσο αλλάζει η εξαρτημένη μεταβλητή (Y) όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή (X) αυξάνεται κατά μία μονάδα.

Αν $b>0$, η σχέση είναι θετική (αύξηση της X οδηγεί σε αύξηση της Y).

Αν $b<0$, η σχέση είναι αρνητική (αύξηση της X οδηγεί σε μείωση της Y)

p-value (Σημαντικότητα): Αν $p<0.05$, η σχέση θεωρείται στατιστικά σημαντική (Μπακούρα, 2013)

Σε συνέχεια των ανωτέρω δεδομένου ότι κεντρική έννοια της παρούσας διατριβής αποτελεί η συλλογική επιχειρηματικότητα, διενεργήθηκαν πολλαπλές αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης για να διακριθούν εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τις επιμέρους διαστάσεις της συλλογικής επιχειρηματικότητας που αναδείχθηκαν στην παρούσα εργασία. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παλινδρόμησης (Πίνακας 19) κατέδειξαν ότι η Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά (ΣΗΣ) παρουσίασε στατιστικά σημαντική θετική επίδραση σε όλες τις διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας (Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά - ΔΣΣ, Ομαδική Εργασία - ΟΕ και Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη - ΑΟΥ). Αντίθετα, η Εργασιακή Ηγετική Συμπεριφορά (ΕΗΣ) δεν βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις εξαρτημένες μεταβλητές. Όσον αφορά στην οργανωσιακή δέσμευση, η Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΝΟΔ) εμφάνισε στατιστικά σημαντική θετική επίδραση σε όλες τις διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας, ενώ η Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΜΠΟΔ) παρουσίασε σημαντική θετική επίδραση μόνο σε μία διάσταση (ΔΣΣ). Οι δείκτες που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις, έδειξαν επίσης ισχυρές επιδράσεις. Ειδικότερα, η Διαπροσωπική Επικοινωνία (ΔΕ) και οι Σχέσεις Εμπιστοσύνης (ΣΧΕΜΠ) είχαν θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση σε όλες τις διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας, ενώ η Συλλογική Νοημοσύνη (ΣΥΛΝΟ) είχε σημαντική θετική επίδραση στις ΔΣΣ και ΟΕ. Όσον αφορά στην ψυχολογική

ενδυνάμωση, η μεταβλητή Νόημα (ΝΟΗΜΑ) εμφάνισε σταθερά θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση σε όλες τις εξαρτημένες μεταβλητές. Η Ικανότητα (ΙΚΑΝ) σχετίστηκε θετικά με τη ΔΣΣ, αλλά αρνητικά με την ΑΟΥ, ενώ η Αυτονομία & Επίδραση (ΑΥΤΕΠΙΔ) βρέθηκε να επηρεάζει θετικά τόσο τη ΔΣΣ όσο και την ΑΟΥ.

Πίνακας 19: Αναλύσεις απλής και πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

ΔΣΣ			ΟΕ		ΑΟΥ	
ΕΗΣ	$\beta = 0,046, p = 0,617$	Adj. $R^2 = 37,2\%$, VIF = 4,396, Tol = 0,227, DW = 1,878	$\beta = 0,028, p = 0,792$	Adj. $R^2 = 17,6\%$, VIF = 4,396, Tol = 0,227, DW = 1,788	$\beta = -0,115, p = 0,302$	Adj. $R^2 = 7,5\%$, VIF = 4,396, Tol = 0,227, DW = 1,858
ΣΗΣ	$\beta = 0,572, p = 0,000$		$\beta = 0,401, p = 0,000$		$\beta = 0,379, p = 0,001$	
ΣΥΝΟΔ	$\beta = 0,213, p = 0,001$	Adj. $R^2 = 20,7\%$, VIF = 1,696, Tol = 0,590, DW = 1,924	$\beta = 0,492, p = 0,000$	Adj. $R^2 = 29,5\%$, VIF = 1,696, Tol = 0,590, DW = 1,850	$\beta = 0,529, p = 0,000$	Adj. $R^2 = 34,1\%$, VIF = 1,696, Tol = 0,590, DW = 1,786
ΣΥΜΠΟΔ	$\beta = 0,294, p = 0,000$		$\beta = 0,079, p = 0,189$		$\beta = 0,085, p = 0,146$	
ΔΕ	$\beta = 0,353, p = 0,000$	Adj. $R^2 = 12,2\%$, VIF = 1,000, Tol = 1,000, DW = 1,952	$\beta = 0,506, p = 0,000$	Adj. $R^2 = 25,4\%$, VIF = 1,000, Tol = 1,000, DW = 1,830	$\beta = 0,645, p = 0,000$	Adj. $R^2 = 41,4\%$, VIF = 1,000, Tol = 1,000, DW = 1,687
ΣΧΕΜΠ	$\beta = 0,173, p = 0,012$	Adj. $R^2 = 14,9\%$, VIF = 1,810, Tol = 0,553, DW = 1,880	$\beta = 0,186, p = 0,003$	Adj. $R^2 = 30,1\%$, VIF = 1,810, Tol = 0,553, DW = 1,911	$\beta = 0,617, p = 0,000$	Adj. $R^2 = 39,6\%$, VIF = 1,810, Tol = 0,553, DW = 1,776
ΣΥΛΝΟ	$\beta = 0,255, p = 0,000$		$\beta = 0,411, p = 0,000$		$\beta = 0,022, p = 0,706$	
ΝΟΗΜΑ	$\beta = 0,276, p = 0,000$		$\beta = 0,276, p = 0,000$		$\beta = 0,357, p = 0,000$	
ΙΚΑΝ	$\beta = 0,140, p = 0,030$	Adj. $R^2 = 18,6\%$, Av. VIF = 1,503, Av. Tol = 0,670, DW = 1,801	$\beta = 0,123, p = 0,065$	Adj. $R^2 = 13,6\%$, Av. VIF = 1,503, Av. Tol = 0,670, DW = 1,875	$\beta = -0,157, p = 0,014$	Adj. $R^2 = 20,2\%$, Av. VIF = 1,503, Av. Tol = 0,670, DW = 1,860
ΑΥΤΕΠΙΔ	$\beta = 0,117, p = 0,045$		$\beta = 0,041, p = 0,496$		$\beta = 0,292, p = 0,000$	

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω αποτελέσματα και στο πλαίσιο προσπάθειας κατασκευής ενός ολιστικού μοντέλου απεικόνισης των ταυτόχρονων αλληλεπιδράσεων, από τις μετέπειτα αναλύσεις εξαιρέθηκε η μεταβλητή «ΕΗΣ», διότι δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική επίδραση σε καμία από τις επιμέρους διαστάσεις της συλλογικής επιχειρηματικότητας.

11.4. Ανάλυση διαδρομών

11.4.1. Αρχικό μοντέλο

Οι 12 από τις 13 μετρικές μεταβλητές της παρούσας εργασίας περιλήφθηκαν σε ένα ολιστικό μοντέλο, το οποίο κατασκευάστηκε για να ελέγξει ταυτόχρονα της σχέσεις που αναδείχθηκαν από τις επιμέρους αναλύσεις γραμμικής συσχέτισης.

Η ανάλυση διαδρομών (path analysis) που διενεργήθηκε (Πίνακας 20) εμφάνισε ικανοποιητικούς δείκτες προσαρμογής του μοντέλου (Hair et al., 2014) και κατέδειξε ότι από όλες τις μεταβλητές που συμπεριλήφθηκαν, η ΔΣΣ δέχεται στατιστικά σημαντικές και θετικές επιδράσεις από τις ΣΥΜΠΟΔ ($\beta = 0.249, p < 0.001$) και ΙΚΑΝ ($\beta = 0.156, p = 0.011$). Κατά συνέπεια, διαφαίνεται ότι όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν περισσότεροι ικανοί και αισθάνονται δέσμευση με τον οργανισμό μέσα από τις πράξεις και τις συμπεριφορές τους, τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερη δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά.

Όσον αφορά στην ΟΕ, αυτή δέχεται στατιστικά σημαντικές θετικές επιδράσεις από τις ΣΥΝΟΔ ($\beta = 0.225, p < 0.001$), ΣΗΣ ($\beta = 0.123, p = 0.014$), ΣΥΛΝΟ ($\beta = 0.273, p < 0.001$) και ΔΣΣ ($\beta = 0.312, p < 0.001$). Κατά συνέπεια, διαφαίνεται ότι η ομαδική εργασία

ευνοείται από τη συναισθηματική σύνδεση με τον οργανισμό, την ηγεσία που δείχνει κατανόηση και ενσυναίσθηση, την κοινή κατανόηση, και τη δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά των μελών της ομάδας.

Τέλος, όσον αφορά στην ΑΟΥ, αυτή δέχεται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις από τις ΣΗΣ ($\beta = 0.279$, $p < 0.001$), ΔΕ ($\beta = 0.169$, $p = 0.006$), ΣΧΕΜΠ ($\beta = 0.186$, $p = 0.002$), ΝΟΗΜΑ ($\beta = 0.138$, $p = 0.003$), ΙΚΑΝ ($\beta = -0.151$, $p = 0.001$) και ΟΕ ($\beta = 0.183$, $p < 0.001$). Ως εκ τούτου, διαφαίνεται ότι η αντιληπτή οργανωτική υποστήριξη ενισχύεται από τη συναισθηματική στήριξη των ηγετών, την αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία, την ύπαρξη σχέσεων εμπιστοσύνης, το αντιληπτό νόημα στην εργασία και την ομαδική εργασία. Αντίθετα, η αντιληπτή οργανωτική υποστήριξη περιορίζεται όσο πιο ικανοί νιώθουν οι εργαζόμενοι.

Πίνακας 20: Αρχικό μοντέλο ανάλυσης διαδρομών

Διαδρομές			b	β	S.E.	C.R.	p-value
ΔΣΣ	←	ΣΥΝΟΔ	-0.014	-0.013	0.084	-0.166	0.868
ΔΣΣ	←	ΣΗΣ	0.004	0.052	0.005	0.887	0.375
ΔΣΣ	←	ΣΥΜΠΟΔ	0.243	0.249	0.062	3.952	0.000
ΔΣΣ	←	ΔΕ	0.044	0.040	0.087	0.505	0.613
ΔΣΣ	←	ΣΧΕΜΠ	0.039	0.044	0.075	0.523	0.601
ΔΣΣ	←	ΣΥΛΝΟ	0.098	0.107	0.062	1.587	0.113
ΔΣΣ	←	ΝΟΗΜΑ	0.108	0.108	0.062	1.734	0.083
ΔΣΣ	←	ΙΚΑΝ	0.187	0.156	0.073	2.540	0.011
ΔΣΣ	←	ΑΥΤΕΠΙΔ	0.007	0.008	0.056	0.125	0.900
ΟΕ	←	ΣΥΝΟΔ	0.238	0.225	0.064	3.701	0.000
ΟΕ	←	ΣΗΣ	0.010	0.123	0.004	2.461	0.014
ΟΕ	←	ΔΕ	0.135	0.123	0.074	1.820	0.069
ΟΕ	←	ΣΧΕΜΠ	-0.116	-0.129	0.064	-1.824	0.068
ΟΕ	←	ΣΥΛΝΟ	0.253	0.273	0.052	4.834	0.000
ΟΕ	←	ΝΟΗΜΑ	-0.028	-0.028	0.048	-0.570	0.568
ΟΕ	←	ΔΣΣ	0.314	0.312	0.046	6.854	0.000
ΑΟΥ	←	ΣΥΝΟΔ	0.086	0.069	0.070	1.232	0.218
ΑΟΥ	←	ΣΗΣ	0.027	0.279	0.004	6.156	0.000
ΑΟΥ	←	ΔΕ	0.218	0.169	0.079	2.749	0.006
ΑΟΥ	←	ΣΧΕΜΠ	0.197	0.186	0.063	3.145	0.002
ΑΟΥ	←	ΝΟΗΜΑ	0.164	0.138	0.055	2.984	0.003
ΑΟΥ	←	ΙΚΑΝ	-0.214	-0.151	0.066	-3.236	0.001
ΑΟΥ	←	ΑΥΤΕΠΙΔ	0.062	0.057	0.050	1.258	0.208
ΑΟΥ	←	ΟΕ	0.216	0.183	0.052	4.121	0.000

Σημειώσεις: (1) $n = 331$, (2) Οι στατιστικά σημαντικές επιδράσεις (διαδρομές) εμφανίζονται με έντονη γραφή, (3) Με έντονη πλάγια γραφή εμφανίζονται οι διαδρομές μεταξύ των διαστάσεων της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας που προέκυψαν από τους δείκτες προσαρμογής, (4) $CMIN/df = 2,888$, $CFI = 0,994$, $TLI = 0,939$, $RMSEA = 0,076$, $PCLOSE = 0,131$, $SRMR = 0,013$

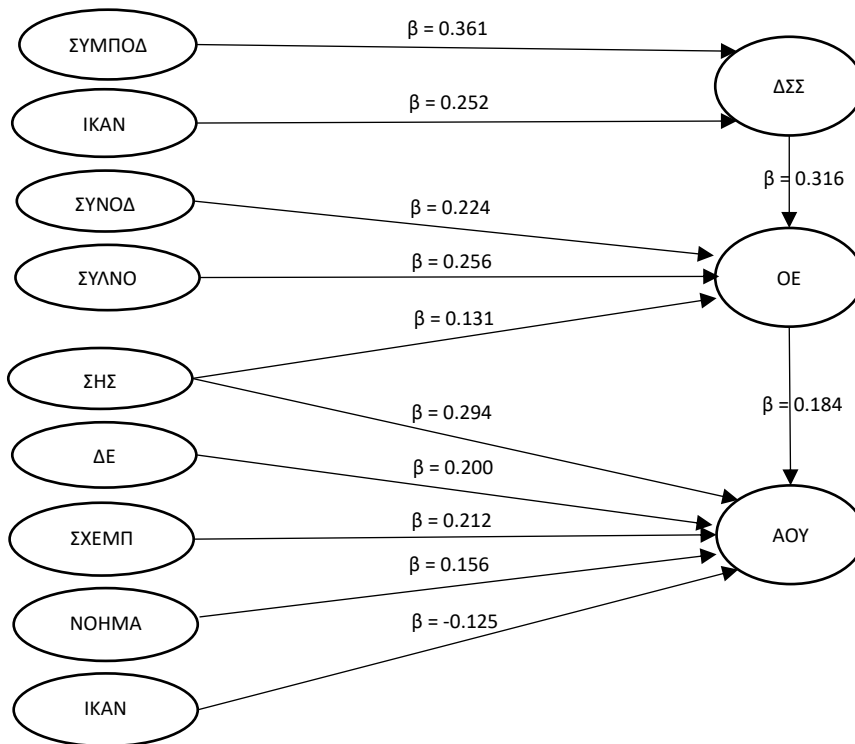
11.4.2. Τελικό μοντέλο

Οι ανωτέρω στατιστικά σημαντικές σχέσεις συμπεριλήφθηκαν σε ένα νέο μοντέλο ανάλυσης διαδρομών (Πίνακας 21), το οποίο δεν περιείχε όλες τις υπόλοιπες σχέσεις (θόρυβο). Όλες οι προτεινόμενες διαδρομές παρέμειναν στατιστικά σημαντικές ενώ οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου (εκτός του $SRMR$), βελτιώθηκαν.

Πίνακας 21: Τελικό μοντέλο ανάλυσης διαδρομών (μερικώς κατευθυνόμενο από τα δεδομένα)

Διαδρομές			b	β	S.E.	C.R.	p-value
$\Delta\Sigma$	←	ΣΥΜΠΟΔ	0.352	0.361	0.049	7.258	0.000
$\Delta\Sigma$	←	ΙΚΑΝ	0.301	0.252	0.059	5.058	0.000
ΟΕ	←	ΣΥΝΟΔ	0.232	0.224	0.056	4.141	0.000
ΟΕ	←	ΣΗΣ	0.011	0.131	0.004	2.717	0.007
ΟΕ	←	ΣΥΛΝΟ	0.232	0.256	0.045	5.169	0.000
ΟΕ	←	$\Delta\Sigma$	0.312	0.316	0.043	7.299	0.000
ΑΟΥ	←	ΣΗΣ	0.029	0.294	0.004	6.469	0.000
ΑΟΥ	←	ΔΕ	0.256	0.200	0.076	3.363	0.000
ΑΟΥ	←	ΣΧΕΜΠ	0.224	0.212	0.061	3.648	0.000
ΑΟΥ	←	ΝΟΗΜΑ	0.183	0.156	0.054	3.418	0.000
ΑΟΥ	←	ΙΚΑΝ	-0.176	-0.125	0.062	-2.853	0.004
ΑΟΥ	←	ΟΕ	0.221	0.184	0.051	4.303	0.000

Σημειώσεις: (1) $n = 331$, (2) Με πλάγια γραφή εμφανίζονται οι διαδρομές μεταξύ των διαστάσεων της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας που προέκυψαν από τους δείκτες προσαρμογής, (3) $CMIN/df = 2,457$, $CFI = 0,988$, $TLI = 0,957$, $RMSEA = 0,066$, $PCLOSE = 0,144$, $SRMR = 0,044$



Εικόνα 3: Τελικό μοντέλο ανάλυσης διαδρομών

Επομένως, όσον αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα Ε1 και Ε2 τα οποία είναι σε ποιον βαθμό και με ποιον τρόπο οι παράγοντες της ηγετικής συμπεριφοράς, της οργανωσιακής δέσμευσης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συνεργασίας συμβάλλουν στη διαμόρφωση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας, ποιες οι επιμέρους διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας που αναδεικνύονται εμπειρικά και ποιες οι δομικές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ τους, για να απαντηθούν θα πρέπει να εξεταστούν οι κάτωθι έντεκα (11) μετρικές μεταβλητές:

ΣΗΣ=ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
ΑΟΥ=ΑΝΤΙΛΗΠΤΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΟΕ=ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΣΣ=ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ
ΣΥΝΟΔ=ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ
ΣΥΜΠΟΔ=ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ
ΔΕ= ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΣΧΕΜΠ=ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ
ΣΥΛΝΟ=ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ
ΝΟΗΜΑ=ΝΟΗΜΑ
ΙΚΑΝ=ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Προκειμένου αρχικά να απαντηθεί το πρώτο ερευνητικό ερώτημα (Ε1) οι έντεκα (11) από τις δεκατρείς (13) μεταβλητές, δηλαδή εκτός της Εργασιακής Ηγετικής Συμπεριφοράς, η οποία όπως έχει ήδη αναφερθεί, δεν βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις εξαρτημένες μεταβλητές δηλαδή την ΔΣΣ, ΟΕ και ΑΟΥ και της Αυτονομίας και Επίδρασης, η οποία επίσης δεν βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά την ΔΣΣ και την ΑΟΥ, περιλήφθηκαν σε ένα ολιστικό μοντέλο απεικόνισης των ταυτόχρονων αλληλεπιδράσεων. Δημιουργήθηκε ένα ολιστικό μοντέλο για να ελέγξει ταυτόχρονα τις σχέσεις που αναδείχθηκαν από τις επιμέρους αναλύσεις γραμμικής συσχέτισης.

Στην έρευνα της εν λόγω διδακτορικής διατριβής οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά, η Ομαδική Εργασία και η Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη ενώ ανεξάρτητες μεταβλητές είναι η Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά, η Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση, η Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση, η Διαπροσωπική Επικοινωνία, οι Σχέσεις Εμπιστοσύνης, η Συλλογική Νοημοσύνη, το Νόημα και η Ικανότητα.

Οι παράγοντες της ηγετικής συμπεριφοράς, της οργανωσιακής δέσμευσης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συνεργασίας συμβάλλουν **καθοριστικά** (σε υψηλό βαθμό) στη διαμόρφωση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας (ΣΕ). Λειτουργούν συνδυαστικά, μετατρέποντας ατομικές ικανότητες σε συλλογική καινοτομία και δράση, ενισχύοντας την ευελιξία και την ικανότητα των οργανισμών να επιβιώνουν και να αναπτύσσονται.

Ο βαθμός συμβολής είναι **υψηλός**, με τον **συμμετοχικό ηγέτη** να παίζει τον πιο κρίσιμο ρόλο, ενεργοποιώντας την ψυχολογική ενδυνάμωση και τη δέσμευση των εργαζομένων, ενώ η **ανοιχτή επικοινωνία** και η **συνεργασία** αποτελούν τα "θεμέλια" για την υλοποίηση της συλλογικής επιχειρηματικής ιδέας.

Η Ανάλυση Διαδρομών είναι στατιστική μέθοδος για τον έλεγχο σχέσεων.

Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται οι κάτωθι τιμές:

- **Στατιστικά Σημαντικές ($p < 0.05$ συνήθως):** Τα αποτελέσματα δεν είναι τυχαία, αλλά αντιπροσωπεύουν μια πραγματική σχέση που υπάρχει στον πληθυσμό που εξετάστηκε.
- **Θετικές Επιδράσεις:** Όταν αυξάνεται η Δέσμευση (ΣΥΜΠΟΔ) ή η Ικανότητα (ΙΚΑΝ), αυξάνεται αντίστοιχα και η Δημιουργική Συμπεριφορά (ΔΣΣ).
- **$\beta=0,361$ (Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση):** Είναι ο **τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης** (standardized beta). Σημαίνει ότι μια αύξηση κατά μία τυπική απόκλιση στη ΣΥΜΠΟΔ οδηγεί σε αύξηση 0,361 τυπικών αποκλίσεων στη ΔΣΣ, όταν η Ικανότητα παραμένει σταθερή.
- **$\beta=0,252$ (Ικανότητα):** Ομοίως, μια αύξηση κατά μία τυπική απόκλιση στην Ικανότητα (ΙΚΑΝ) οδηγεί σε αύξηση 0,252 τυπικών αποκλίσεων στη ΔΣΣ.

Όσον αφορά λοιπόν το πρώτο ερευνητικό ερώτημα μέσω των απαντήσεων του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε ότι η Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά (ΣΗΣ)

παρουσίασε στατιστικά σημαντική θετική επίδραση στις δύο (2) διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας (ΣΕ) δηλαδή επηρεάζει αρκετά και θετικά την Ομαδική Εργασία (ΟΕ) και την Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη (ΑΟΥ) αφού $\beta=0,131, 0,294$ αντίστοιχα.

Ο παράγοντας της Οργανωσιακής Δέσμευσης, δηλαδή η Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση(ΣΥΝΟΔ) παρουσίασε σημαντική επίδραση στην Ομαδική Εργασία (ΟΕ) αφού $\beta=0,224$.

Όμως η μεταβλητή Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση που επίσης αποτελεί μέρος της Οργανωσιακής Δέσμευσης επηρεάζει σημαντικά και θετικά μόνο μια διάσταση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας που είναι η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά με $\beta=0,361$.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις έδειξαν ισχυρές σχέσεις. Ειδικότερα η Διαπροσωπική Επικοινωνία είχε σημαντική θετική στην ΑΟΥ με $\beta=0,200$.

Οι Σχέσεις Εμπιστοσύνης είχαν επίσης θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση στην ΑΟΥ με $\beta=0,212$.

Τέλος η Συλλογική Νοημοσύνη είχε σημαντικά θετική επίδραση μόνο στην ΟΕ με $\beta=0,256$.

Όσον αφορά την ψυχολογική ενδυνάμωση, η μεταβλητή Νόημα εμφάνισε σταθερά θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση στην ΑΟΥ με $\beta=0,156$.

Η Ικανότητα σχετίστηκε θετικά μόνο με τη ΔΣΣ με $\beta=0,252$ αλλά αρνητικά με την ΑΟΥ με $\beta=-0,125$.

Τώρα για να απαντηθεί το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα (Ε2) η ανάλυση διαδρομών που διενεργήθηκε εμφάνισε ικανοποιητικούς δείκτες προσαρμογής του μοντέλου και παρουσίασε ότι από όλες τις μεταβλητές που συμπεριλήφθηκαν, η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά (ΔΣΣ) δέχεται στατιστικά σημαντικές και θετικές επιδράσεις από την Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΜΠΟΔ) με $\beta=0,361$ και την Ικανότητα (ΙΚΑΝ) με $\beta=0,252$. Επίσης η ΔΣΣ επηρεάζει θετικά την ΟΕ με $\beta=0,316$. Τέλος η ΟΕ επηρεάζει θετικά την ΑΟΥ με $\beta=0,184$

Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η **Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά (ΔΣΣ)** των εργαζομένων επηρεάζεται θετικά από τη δέσμευσή τους και την ικανότητά τους.

Επομένως η δέσμευση ($\beta=0,361$) έχει ισχυρότερη επίδραση στη δημιουργικότητα από ό,τι η Ικανότητα ($\beta=0,252$) και όταν οι εργαζόμενοι δεσμεύονται έμπρακτα με τους στόχους του οργανισμού, γίνονται σημαντικά πιο δημιουργικοί. Η επιχείρηση μπορεί να ενισχύσει τη δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά (ΔΣΣ) **επενδύοντας περισσότερο στην οργανωσιακή δέσμευση** των υπαλλήλων, αλλά και στη βελτίωση των ικανοτήτων τους.

Όσον αφορά την Ομαδική Εργασία, αυτή δέχεται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις από την Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση με $\beta=0,224$, την Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά με $\beta=0,131$, την Συλλογική Νοημοσύνη με $\beta=0,256$ και Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά με $\beta=0,316$.

Ο συντελεστής β (beta) δείχνει την ισχύ και την κατεύθυνση της επίδρασης. Επειδή όλοι οι συντελεστές είναι θετικοί, σημαίνει ότι όσο αυξάνονται οι ανεξάρτητες μεταβλητές, τόσο βελτιώνεται η Ομαδική Εργασία.

Αναλυτικότερα:

Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά ($\beta=0,316$): Είναι ο ισχυρότερος παράγοντας επίδρασης. Όταν τα μέλη της ομάδας ενθαρρύνονται να σκέφτονται δημιουργικά, να προτείνουν νέες ιδέες και να λειτουργούν σε ένα περιβάλλον δημιουργικής συνέργειας, η ομαδική εργασία αποδίδει τα μέγιστα.

Συλλογική Νοημοσύνη ($\beta=0,256$): Αποτελεί τον δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα. Η ικανότητα της ομάδας να λειτουργεί ως ενιαία νοημοσύνη—να επικοινωνεί, να συντονίζεται και να επιλύει προβλήματα συλλογικά—ενισχύει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της.

Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση ($\beta=0,224$): Όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν συναισθηματικά δεμένοι με τον οργανισμό (ταυτίζονται με τους στόχους του), η ομαδική εργασία βελτιώνεται, καθώς είναι πιο πρόθυμοι να προσφέρουν για το κοινό καλό.

Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά ($\beta=0,131$): Αν και είναι η χαμηλότερη τιμή, παραμένει θετική και σημαντική. Αυτό σημαίνει ότι όταν οι ηγέτες επιδεικνύουν συναισθηματική νοημοσύνη (ενσυναίσθηση, διαχείριση συγκρούσεων), βοηθούν την ομάδα να λειτουργεί καλύτερα.

Επομένως η ομαδική εργασία ενισχύεται κυρίως από τη δημιουργικότητα και τη συλλογική νοημοσύνη, ακολουθούμενη από το συναισθηματικό δέσιμο με τον οργανισμό και την υποστηρικτική ηγεσία. Για τη βελτίωση της απόδοσης των ομάδων, η επένδυση σε ένα δημιουργικό και έξυπνο συνεργατικά κλίμα είναι η πιο αποδοτική στρατηγική.

Τέλος, όσον αφορά την Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη δέχεται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις από την Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά με $\beta=0,294$, την Διαπροσωπική Επικοινωνία με $\beta=0,200$, τις Σχέσεις Εμπιστοσύνης με $\beta=0,212$, το Νόημα με $\beta=0,156$, την Ικανότητα με $\beta=-0,125$ και την Ομαδική Εργασία με $\beta=0,184$. Στη συνέχεια για να κατανοηθεί καλύτερα η σχέση μεταξύ των μεταβλητών ακολουθεί η ερμηνεία των Συντελεστών (β). Ο συντελεστής (beta) δείχνει την ισχύ και την κατεύθυνση της επίδρασης. Παρατηρούμε θετική επίδραση όταν το β είναι θετικό. Όταν αυτοί οι παράγοντες αυξάνονται, αυξάνεται και η αίσθηση ότι ο οργανισμός υποστηρίζει τον εργαζόμενο όπως περιγράφεται παρακάτω:

Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά ($\beta=0,294$): Είναι ο ισχυρότερος παράγοντας. Δείχνει ότι η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική νοημοσύνη των ηγετών είναι το «κλειδί» για να νιώσει ο εργαζόμενος υποστηριζόμενος.

Σχέσεις Εμπιστοσύνης ($\beta=0,212$): Η ύπαρξη ασφάλειας και αξιοπιστίας στις επαγγελματικές σχέσεις ενισχύει σημαντικά την οργανωτική υποστήριξη, την παραγωγικότητα και την απόδοση.

Ομαδική Εργασία ($\beta=0,184$): Το καλό κλίμα συνεργασίας μεταφράζεται από τον εργαζόμενο ως οργανωτική μέριμνα.

Διαπροσωπική Επικοινωνία ($\beta=0,200$): Η ανοιχτή και ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών συμβάλλει θετικά.

Νόημα ($\beta=0,156$): Όταν ο εργαζόμενος βρίσκει σκοπό στην εργασία του, τείνει να αντιλαμβάνεται τον οργανισμό ως πιο υποστηρικτικό.

Ένα μη αναμενόμενο εύρημα είναι το αρνητικό β στην ικανότητα με $\beta=-0,125$: Εδώ υπάρχει μια αρνητική επίδραση. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η αντίληψη της ικανότητας (είτε η αυτοπεποίθηση του εργαζόμενου για τις δεξιότητές του είτε η έμφαση του οργανισμού στην υψηλή επάρκεια), τόσο μειώνεται η Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη. **Μια πιθανή ερμηνεία μπορεί να αφορά** όταν οι πολύ ικανοί εργαζόμενοι νιώθουν ότι ο οργανισμός βασίζεται υπερβολικά πάνω τους χωρίς να τους παρέχει την ανάλογη βοήθεια, ή όταν θεωρούν ότι «δεν έχουν ανάγκη» υποστήριξης επειδή είναι αυτόνομοι, με αποτέλεσμα να εισπράττουν λιγότερη προσοχή από τη διοίκηση.

ΜΕΡΟΣ Δ: ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

12.1. Σχόλια ή Παρατηρήσεις

Σε απάντηση του Ερευνητικού Ερωτήματος Ε1 σε αυτή τη θεματική ενότητα θα αναλυθούν όλοι οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη Συλλογική Επιχειρηματικότητα που αναδύθηκαν από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και στη συνέχεια θα γίνει σύγκριση αυτών με την επικρατέστερη βιβλιογραφία. Καταρχάς η Συναισθηματική Ηγετική Συμπεριφορά (ΣΗΣ) έχει στατιστικά σημαντική θετική επίδραση στις δύο (2) διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας (ΣΕ) για τα δημόσια νοσοκομεία δηλαδή στην ΟΕ και ΑΟΥ και συγκριτικά μεταξύ των δύο έχει μεγαλύτερη θετική επίδραση στην ΑΟΥ με $\beta=0,294$.

Αρχικά η ΣΗΣ ενισχύει την ομαδική εργασία και αυτή η θετική επίδραση υποδηλώνει ότι οι ομάδες θα συνεργάζονται πιο αποτελεσματικά, οδηγώντας σε καλύτερη επικοινωνία και συλλογική απόδοση. Επίσης η ΣΗΣ αυξάνει την ΑΟΥ, κάνοντάς τους εργαζόμενους να αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται, κάτι που μπορεί να βελτιώσει τη δέσμευσή τους. Επίσης η ανάγκη για εκπαίδευση και ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων που εστιάζουν στη συναισθηματική νοημοσύνη και τη συνεργασία καθίσταται επιτακτική για τη βελτίωση του κλίματος εργασίας. Τέλος όσον αφορά τη Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων η στρατηγική προσέγγιση στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων μπορεί να εστιάσει στην επιλογή και ανάπτυξη ηγετών που διαθέτουν συναισθηματική νοημοσύνη.

Συμπερασματικά η προώθηση της Συναισθηματικής Ηγετικής Συμπεριφοράς θα μπορούσε να έχει έναν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της συνολικής απόδοσης και ευημερίας των δημόσιων νοσοκομείων. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών.

Η συναισθηματική ηγετική συμπεριφορά (ΣΗΣ) έχει σημαντικές επιπτώσεις για τους εργαζόμενους στα δημόσια νοσοκομεία. Ακολουθούν μερικά βασικά σημεία που επεξηγούν αναλυτικά τις εν λόγω επιπτώσεις.

Οι εργαζόμενοι που νιώθουν υποστήριξη και αναγνώριση από τους ηγέτες τους είναι πιο πιθανό να είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους, γεγονός που συμβάλλει σε ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον. Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μειώνει το άγχος και την εξάντληση, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Επιπρόσθετα, όταν οι ηγέτες επιδεικνύουν συναισθηματική νοημοσύνη (αυτοεπίγνωση, αυτοδιαχείριση, κοινωνική επίγνωση και διαχείριση σχέσεων), οι εργαζόμενοι αισθάνονται πιο δεσμευμένοι στην αποστολή και στους στόχους του νοσοκομείου, ενισχύοντας τη συνολική τους απόδοση.

Επιπλέον η ΣΗΣ προάγει την ομαδική εργασία, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να συνεργάζονται καλύτερα, να επικοινωνούν πιο αποτελεσματικά και να μοιράζονται γνώσεις και εμπειρίες. Οι εργαζόμενοι που νιώθουν ασφαλείς να εκφράσουν ιδέες και προτάσεις είναι πιο πιθανό να συμβάλουν σε καινοτόμες λύσεις και βελτιώσεις στη φροντίδα ασθενών και διαδικασίες.

Τέλος, οι εργαζόμενοι έχουν περισσότερες ευκαιρίες για ανάπτυξη και εκπαίδευση όταν εργάζονται σε περιβάλλοντα που ενθαρρύνουν την συναισθηματική νοημοσύνη και την υποστήριξη.

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι η προώθηση της Συναισθηματικής Ηγετικής Συμπεριφοράς μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την εμπειρία εργασίας για τους εργαζόμενους στα δημόσια νοσοκομεία, ενισχύοντας την ικανοποίηση, τη δέσμευση και την ψυχική ευημερία τους.

Οι διοικήσεις των δημόσιων νοσοκομείων μπορούν να εφαρμόσουν τις αρχές της Συναισθηματικής Ηγετικής Συμπεριφοράς (ΣΗΣ) στην πράξη μέσω της εκπαίδευσης, ανάπτυξης ηγεσίας, δημιουργίας ανοικτής επικοινωνίας, αναγνώρισης και επιβράβευσης, υποστήριξης ψυχικής υγείας και δημιουργίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Είναι σημαντικό τα στελέχη ενός οργανισμού να παρακολουθούν σεμινάρια Συναισθηματικής Νοημοσύνης που εστιάζουν στην ανάπτυξη συναισθηματικής νοημοσύνης για τους ηγέτες. Επίσης μπορούν να παρακολουθήσουν Mentorship Programs που έμπειροι ηγέτες θα υποστηρίζουν νεότερους συναδέλφους στην ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων.

Επιπλέον, η ανάπτυξη αποτελεσματικών μηχανισμών ανατροφοδότησης αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ενίσχυση της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης μεταξύ ηγεσίας και εργαζομένων. Η συστηματική εφαρμογή ανώνυμων ερευνών ικανοποίησης, καθώς και η διοργάνωση τακτικών συναντήσεων ανατροφοδότησης, παρέχουν στους εργαζομένους τη δυνατότητα να εκφράζουν ελεύθερα τις απόψεις, τις ανησυχίες και τις προτάσεις τους σχετικά με τις πρακτικές ηγεσίας και το επίπεδο υποστήριξης που λαμβάνουν. Παράλληλα, η υιοθέτηση πολιτικής «ανοιχτής πόρτας» από τους ηγέτες ενισχύει την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητά τους, προάγοντας ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, διαφάνειας και ουσιαστικού διαλόγου. Η ύπαρξη τέτοιων μηχανισμών συμβάλλει στη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ διοίκησης και προσωπικού, στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση προβλημάτων, καθώς και στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού και συμμετοχικού εργασιακού περιβάλλοντος, το οποίο ενισχύει τη δέσμευση, την εργασιακή ικανοποίηση και την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα. Northouse, P. G. (2022).

Επίσης αξιοσημείωτο είναι η δημιουργία προγραμμάτων που αναγνωρίζουν και επιβραβεύουν τους εργαζόμενους για τις συνεισφορές τους, τόσο ατομικά όσο και ομαδικά και η οργάνωση εκδηλώσεων για τον εορτασμό των επιτυχιών της ομάδας και της καινοτομίας.

Αδιαμφισβήτητα τα προγράμματα Ευημερίας που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλευτική και συναφείς δραστηριότητες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας όπως και τα εκπαιδευτικά σεμινάρια που εστιάζουν στη διαχείριση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τέλος καθοριστικής σημασίας είναι η δημιουργία Υποστηρικτικού Περιβάλλοντος που ενθαρρύνει τη συνεργασία και την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων και η εφαρμογή ευέλικτων πολιτικών εργασίας όπως ευέλικτα ωράρια ή τηλεργασία. **Ευέλικτες Πολιτικές Εργασίας:** Παροχή ευέλικτων ωραρίων εργασίας ή τηλεργασίας όπου είναι δυνατόν, για να διευκολυνθούν οι ανάγκες των εργαζομένων.

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι η εφαρμογή αυτών των στρατηγικών μπορεί να οδηγήσει σε μια πιο υποστηρικτική και καινοτόμο εργασιακή κουλτούρα στα δημόσια νοσοκομεία, βελτιώνοντας την εμπειρία των εργαζομένων και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Εξετάζοντας τη σύγκριση των ευρημάτων σχετικά με την επίδραση της Συναισθηματικής Ηγετικής Συμπεριφοράς (ΣΗΣ) στις δύο διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας (ΣΕ) με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι πολλές έρευνες, όπως αυτές των Salas et al. (2015) αναδεικνύουν τη σημασία της συναισθηματικής ηγεσίας στη βελτίωση της ομαδικής συνεργασίας και της επικοινωνίας, υποδεικνύοντας ότι οι ηγέτες που χρησιμοποιούν συναισθηματική νοημοσύνη ενισχύουν τη συνεργασία.

Συνοπτικά, το έργο των Salas et al. (2015) αναδεικνύει ότι ο ηγέτης πρέπει να είναι **"συναισθηματικά έξυπνος"**, ενεργώντας ως καθοδηγητής (coach) που χτίζει εμπιστοσύνη και ψυχολογική ασφάλεια, στοιχεία απαραίτητα για την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία.

Όσον αφορά την Αντίληπτη Οργανωτική Υποστήριξη (ΑΟΥ) μελέτες, όπως αυτές των Rhoades και Eisenberger (2002), δείχνουν ότι η υποστήριξη από τους ηγέτες επηρεάζει θετικά την αντίληψη των εργαζομένων για την οργανωτική υποστήριξη.

Όσον αφορά την σχέση Εργασιακής Ηγετικής Συμπεριφοράς και Απόδοσης, έρευνες υποδεικνύουν ότι η Εργασιακή Ηγετική Συμπεριφορά (ΕΗΣ) δεν έχει πάντα άμεσες επιπτώσεις στην απόδοση ή την ικανοποίηση των εργαζομένων. Αυτό σημαίνει ότι η ηγεσία επηρεάζει την απόδοση **μέσω άλλων παραγόντων** (π.χ. κίνητρα, κλίμα) ή ότι η επίδρασή της **ποικίλλει ανάλογα με το πλαίσιο** (π.χ. κουλτούρα, είδος εργασίας). Οι έρευνες δείχνουν ότι η ηγεσία δεν "ακουμπά" άμεσα την απόδοση, αλλά επηρεάζει πρώτα τα συναισθήματα ή τις στάσεις των εργαζομένων, τα οποία με τη σειρά τους βελτιώνουν την απόδοση (Soetirto et al, 2023).

Τα ευρήματα της μελέτης, που δείχνουν ότι η ΕΗΣ δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις εξαρτημένες μεταβλητές, επιβεβαιώνουν αυτή την παρατήρηση. Συνοψίζοντας, η έρευνα που διεξήχθη επιβεβαιώνει την θέση της βιβλιογραφίας ως προς τη σημασία της Συναισθηματικής Ηγετικής Συμπεριφοράς στην ενίσχυση της ομαδικής εργασίας και της οργανωτικής υποστήριξης, ενώ παράλληλα αναδεικνύει την μικρότερη σημασία της Εργασιακής Ηγεσίας.

Επίσης τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι ο παράγοντας της Οργανωσιακής Δέσμευσης, η Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΝΟΔ) παρουσίασε σημαντική επίδραση στην Ομαδική Εργασία (ΟΕ) αφού $\beta=0,224$.

Τα ευρήματα της έρευνας έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τα δημόσια νοσοκομεία. Αποδεικνύουν, εν συντομία, ότι όταν οι εργαζόμενοι (πχ ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί) νιώθουν ψυχικό δέσιμο και ταύτιση με το νοσοκομείο, η απόδοσή τους και η ποιότητα της φροντίδας βελτιώνονται δραστικά. Συγκεκριμένα, οι επιπτώσεις για τους εργαζόμενους στα δημόσια νοσοκομεία, που αναλύονται παρακάτω, είναι η ενίσχυση της ομαδικής εργασίας και μέσω αυτής η αύξηση της αντιληπτής οργανωτικής υποστήριξης. Καταρχάς, η υψηλή συναισθηματική δέσμευση μειώνει τις συγκρούσεις και προωθεί τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων (π.χ. ιατρών και νοσηλευτών). Αυτό οδηγεί σε καλύτερη λειτουργία των κλινικών και, κατά συνέπεια, σε ασφαλέστερη φροντίδα για τον ασθενή.

Δεύτερον, όταν οι εργαζόμενοι δεσμεύονται συναισθηματικά, αντιλαμβάνονται ότι το νοσοκομείο νοιάζεται για αυτούς. Αυτό δημιουργεί έναν ενάρετο κύκλο, όπου η υποστήριξη που νιώθουν ενισχύει περαιτέρω τη δέσμευσή τους, μειώνοντας την πρόθεση αποχώρησης και το εργασιακό burnout. Τελικά διαφαίνεται ότι η επένδυση στη συναισθηματική δέσμευση (καλύτερο κλίμα, αναγνώριση, υποστήριξη) είναι ο πιο άμεσος τρόπος για να βελτιωθεί η ομαδικότητα στα δημόσια νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται σχετικά με την Συναισθηματική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΝΟΔ - Affective Organizational Commitment, AC) και την ισχυρή θετική επίδρασή της στην Ομαδική Εργασία (ΟΕ) συμφωνούν απόλυτα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία που η συναισθηματική συνοχή (affective cohesion) θεωρείται απαραίτητη για την παραγωγική ομαδική εργασία. Η ΣΥΝΟΔ συνδέεται με τη διάθεση για συνεργασία και το μοίρασμα γνώσης (knowledge sharing), που ενισχύουν την ομαδικότητα. Η ΣΥΝΟΔ ενισχύει τη "συμπεριφορά υπηκοότητας" (organizational citizenship behavior) εντός των ομάδων, διευκολύνοντας την ανταλλαγή πληροφοριών και τη μάθηση (team learning). Η υψηλή δέσμευση προς την ομάδα (team commitment) συνδέεται άμεσα με την επιθυμία των μελών να παραμείνουν και να προσφέρουν. Η βιβλιογραφία τεκμηριώνει αυτή τη σχέση μέσω της συναισθηματικής δέσμευσης και συνοχής σύμφωνα με τον Tziner (1982) και τον Goleman (2000) που τονίζει ότι η συναισθηματική νοημοσύνη και η δέσμευση ενισχύουν το πνεύμα συνεργασίας.

Στη συνέχεια εξετάστηκε η σχέση ΣΥΜΠΟΔ και ΔΣΣ. Όσον αφορά την Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΜΠΟΔ) παρουσίασε σημαντική επίδραση σε μία μόνο διάσταση την Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά (ΔΣΣ) σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ενώ ενδεχομένως δεν επηρεάζει άλλες διαστάσεις (π.χ. αφοσίωση, συμμόρφωση). Αυτά τα ευρήματα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και εξηγούνται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δημόσιου τομέα.

Η συμπεριφορική οργανωσιακή δέσμευση βασίζεται στη θεωρία των "side-bets" (Becker, 1960), όπου ο εργαζόμενος δεσμεύεται επειδή έχει επενδύσει χρόνο, κόπο ή έχει κέρδη (μισθός, ασφάλεια, προϋπηρεσία, συνταξιοδοτικό καθεστώς, προνόμια) που δεν θέλει να χάσει. Δεν είναι απαραίτητα συναισθηματική, αλλά **πρακτική/στρατηγική**. Τα side-bets δημιουργούν μια δέσμευση που βασίζεται στο **κόστος** και όχι στην επιθυμία (affective commitment). Οι εργαζόμενοι μένουν επειδή «πρέπει» (για να μη χάσουν τις επενδύσεις τους), όχι επειδή «θέλουν». Η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά (ΔΣΣ) περιλαμβάνει προτάσεις βελτίωσης, καινοτομίες και πρωτοβουλίες. Όταν ένας εργαζόμενος είναι δεσμευμένος (συμπεριφορικά) και "εγκλωβισμένος" στην οργάνωση (λόγω των side-bets ή παράπλευρων στοιχημάτων), **ο μόνος τρόπος να κάνει την εργασία του πιο ενδιαφέρουσα ή να βελτιώσει το προβληματικό γραφειοκρατικό περιβάλλον (δημόσιο νοσοκομείο) είναι να γίνει δημιουργικός (ΔΣΣ).**

Η βιβλιογραφία (κυρίως σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα και συστήματα υγείας) **δεν υποστηρίζει** ότι η οργανωσιακή δέσμευση επηρεάζει **μόνο** τη δημιουργική συμπεριφορά και τη συνεισφορά και την ομαδική εργασία. Αντίθετα, αποδεικνύεται ότι η δέσμευση έχει **πολυδιάστατη επίδραση**. Η δέσμευση των εργαζομένων είναι στενά συνδεδεμένη με το πώς αντιλαμβάνονται την υποστήριξη από τον οργανισμό. Όταν οι νοσηλεύτές/επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι το νοσοκομείο εκτιμά τη συνεισφορά τους και νοιάζεται για την ευημερία τους (υψηλό POS), η συναισθηματική τους δέσμευση αυξάνεται (Larsman et al, 2024)

Οι σχέσεις εμπιστοσύνης και η επικοινωνία **δεν επηρεάζουν μόνο** την Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη (Perceived Organizational Support - POS), αλλά αποτελούν θεμελιώδεις πυλώνες που επιδρούν καταλυτικά στην ομαδική εργασία, τη δημιουργική συνεισφορά και τη συνολική εργασιακή συμπεριφορά. Η βιβλιογραφία αποδεικνύει ότι η εμπιστοσύνη και η ανοιχτή επικοινωνία δημιουργούν ένα κλίμα ψυχολογικής ασφάλειας, το οποίο επιτρέπει στους εργαζόμενους να αναλαμβάνουν ρίσκα, να μοιράζονται γνώσεις και να συνεργάζονται αποτελεσματικά (Chen et al, 2021)

Ακολουθούν αναφορές που υποστηρίζουν τον παραπάνω ισχυρισμό:

Σύμφωνα με τους **Sieczko et al (2021)** **επιβεβαιώνεται** ότι η εμπιστοσύνη διευκολύνει τη συνεργασία μεταξύ επιχειρηματιών, ειδικά σε μικρά δίκτυα όπου οι σχέσεις είναι πιο προσωπικές. Επίσης οι **Guo et al (2020)** **αναδεικνύουν** πώς η διαπροσωπική αλληλεπίδραση και η εμπιστοσύνη επιτρέπουν στους επιχειρηματίες

να συγκεντρώνουν πόρους και να επιτυγχάνουν κοινούς στόχους, ενισχύοντας τη συλλογική δράση.

Επίσης, οι Shi et al (2015) εξετάζουν την εμπιστοσύνη ως μορφή κοινωνικού κεφαλαίου που συνδέεται άμεσα με την επιχειρηματικότητα. Επιπρόσθετα οι Ghahtarani et al (2020) τονίζουν ότι η εμπιστοσύνη και οι σχέσεις αλληλεπίδρασης (επικοινωνία) δημιουργούν αξία και οδηγούν σε κοινή κατανόηση, ενισχύοντας τη συλλογική επιχειρηματικότητα (Social Capital Theory). Τέλος οι Kakatkar et al (2023) τεκμηριώνουν ότι η εμπιστοσύνη των ιδρυτών στην ομάδα τους (trust in team) έχει ισχυρή θετική επίδραση σε συλλογικά αποτελέσματα, όπως η καινοτομία και η αποτελεσματικότητα της ομάδας.

Όσον αφορά τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σχετικά με την σημαντική επίδραση της Συλλογικής Νοημοσύνης μόνο στην ΟΕ, η βιβλιογραφία, αν και συχνά συνδέει τη Συλλογική Νοημοσύνη (Collective Intelligence) με αυξημένη Ομαδική Εργασία, υποστηρίζει ότι η συλλογική νοημοσύνη επηρεάζει βαθιά τη δημιουργική συνεισφορά, τη συμπεριφορά των εργαζομένων και την ποιότητα των ιατρικών αποφάσεων. Ενισχύει τη λήψη αποφάσεων, βελτιώνει την επικοινωνία και προάγει την καινοτομία, επηρεάζοντας θετικά την εργασιακή στάση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ΣΝ σε έναν δημόσιο οργανισμό αναφέρεται στην ικανότητα του οργανισμού να αξιοποιεί τη γνώση, τις εμπειρίες, τις δεξιότητες και τη δημιουργικότητα **όλων των εργαζομένων του**, προκειμένου να λαμβάνει καλύτερες αποφάσεις, να επιλύει σύνθετα προβλήματα και να καινοτομεί, ξεπερνώντας τις δυνατότητες του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

Αποδεικνύεται ότι η ΣΝ αποτελεί έναν ευρύτερο οργανωσιακό παράγοντα που επηρεάζει κρίσιμους τομείς στο χώρο της υγείας όπως την ιατρική ακρίβεια, τη λήψη αποφάσεων, την ανθεκτικότητα του συστήματος και την ασφάλεια των ασθενών, πέρα από την απλή συνεργασία της ομάδας.

Η βιβλιογραφία (Page, 2007) αποδεικνύει ότι η συλλογική νοημοσύνη ενισχύει τη δημιουργικότητα επειδή συνενώνει διαφορετικά «νοητικά μοντέλα». Δηλαδή όταν ένας οργανισμός λειτουργεί συλλογικά, ο εργαζόμενος δεν περιορίζεται στις δικές του γνώσεις. Εκτίθεται σε ξένες ιδέες, γεγονότα που πυροδοτεί τη **δημιουργική συνεισφορά** μέσω του συνδυασμού άσχετων μεταξύ τους πληροφοριών.

Η σχέση με την Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη (Perceived Organizational Support - POS): Η βιβλιογραφία πάνω στο POS (π.χ. Eisenberger et al, 1986) δείχνει ότι αν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι η ομάδα τους λειτουργεί αποτελεσματικά (CI), αυτό συχνά μεταφράζεται σε αίσθημα υποστήριξης από τον οργανισμό. Ένα περιβάλλον που προωθεί τη συλλογική νοημοσύνη (π.χ. με ανοιχτή επικοινωνία, ανταλλαγή γνώσης) ενισχύει την αντίληψη ότι ο οργανισμός νοιάζεται για αυτούς.

Η ψυχολογική ενδυνάμωση (psychological empowerment), όπως ορίστηκε από τους **Thomas και Velthouse (1990)** και αναπτύχθηκε περαιτέρω από την **Spreitzer (1995)**, αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις: το Νόημα (Meaning), την Ικανότητα (Competence), την Αυτονομία (Self-determination) και τον Αντίκτυπο (Impact).

Η διαπίστωσή μας ότι η μεταβλητή **Νόημα** (η ευθυγράμμιση των αξιών του ατόμου με τις απαιτήσεις του ρόλου του) εμφανίζει **σταθερά θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση** μόνο στην Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με την Spreitzer (1995) το Νόημα είναι καθοριστικός παράγοντας για θετικά αποτελέσματα εργασίας). Επίσης οι Thomas et al (1990) αποδεικνύουν τη σχέση του νοήματος με την εσωτερική παρακίνηση και την αποτελεσματικότητα. Τέλος οι Spreitzer et al (1997) αναφέρουν ότι το "Νόημα" σχετίζεται ισχυρά με την εργασιακή δέσμευση και απόδοση και την ικανοποίηση. Παρά τα θετικά αποτελέσματα, η έρευνα επισημαίνει ότι το υψηλό νόημα στην εργασία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο συναισθηματικό στρες.

Όσον αφορά την θετική επίδραση της Ικανότητας στην ΔΣΣ που διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα και η βιβλιογραφία **αποδεικνύει έντονα και σε μεγάλο βαθμό** ότι οι εργαζόμενοι που αισθάνονται ικανοί (ψυχολογική ενδυνάμωση) και είναι δεσμευμένοι με τον οργανισμό, τείνουν να επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα δημιουργικής συμπεριφοράς, πρωτοβουλίας και συνεισφοράς.

Η σχέση αυτή μελετάται εκτενώς στο πλαίσιο της **Οργανωσιακής Συμπεριφοράς** (Organizational Behavior) και της **Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού** (HRM).

Ακολουθούν βασικές βιβλιογραφικές πηγές και μελέτες που τεκμηριώνουν τα παραπάνω:

- **Ψυχολογική Ενδυνάμωση (Empowerment) & Δημιουργικότητα: σύμφωνα με την Spreitzer (1995)** αυτή η θεμελιώδης μελέτη δείχνει ότι όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν ικανοί, αυτόνομοι και ότι η δουλειά τους έχει νόημα, αυξάνεται η παραγωγικότητα και η καινοτομία. **Οι συγγραφείς Zhang, X., & Bartol, K. M. (2010)** αποδεικνύουν ότι η ενδυνάμωση οδηγεί σε υψηλότερη δημιουργικότητα μέσω της αυξημένης εσωτερικής παρακίνησης.
- **Δέσμευση (Engagement/Commitment) & Συμπεριφορά σύμφωνα με τον Kahn(1990).** Ο εν λόγω συγγραφέας υποστήριξε ότι οι εργαζόμενοι που είναι "δεσμευμένοι" (engaged) συνδέονται συναισθηματικά και γνωστικά με την εργασία τους, όντας πιο ενεργοί και δημιουργικοί.
- **Οι Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017) διατύπωσαν την άποψη** ότι οι πόροι (όπως η ενδυνάμωση) αυξάνουν τη δέσμευση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε καινοτόμο συμπεριφορά.

Επομένως η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι οι ικανοί και δεσμευμένοι εργαζόμενοι:

1. **Αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες (Proactive behavior):** Δεν περιμένουν εντολές, αλλά προτείνουν λύσεις.
2. **Διακινδυνεύουν δημιουργικά:** Νιώθουν ψυχολογική ασφάλεια να προτείνουν νέες ιδέες (Carmeli et al., 2010).
3. **Εμφανίζουν υψηλότερη "Ενδοεπιχειρηματικότητα" (Intrapreneurial behavior):** Λειτουργούν σαν "ιδιοκτήτες" της δουλειάς τους

Η ιδέα ότι η Αντιληπτή Οργανωτική Υποστήριξη (Perceived Organizational Support - POS) μειώνεται όσο αυξάνεται η αίσθηση ικανότητας των εργαζομένων

(competence/self-efficacy) **δεν υποστηρίζεται γενικά από την επικρατούσα βιβλιογραφία**. Αντίθετα, οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι πρόκειται για **θετικά συσχετιζόμενες έννοιες**, όπου η υψηλή ικανότητα και η υψηλή υποστήριξη λειτουργούν συνδυαστικά. Ωστόσο, υπάρχει η έννοια της «ψυχολογικής ενδυνάμωσης» (psychological empowerment), όπου η υψηλή ικανότητα και αυτονομία μπορεί να μειώσουν την ανάγκη για *συγκεκριμένους τύπους* καθοδήγησης, αλλά όχι για την οργανωτική υποστήριξη συνολικά.

Στην πραγματικότητα, η πλειονότητα των ερευνών δείχνει ότι η υψηλή ικανότητα και η υψηλή υποστήριξη λειτουργούν **συνεργατικά**, όχι αντιστρόφως ανάλογα.

Οι περισσότερες έρευνες βασίζονται στην **Θεωρία Οργανωτικής Υποστήριξης (Eisenberger et al., 1986)**, η οποία υποστηρίζει ότι οι εργαζόμενοι ερμηνεύουν την υποστήριξη ως αναγνώριση των ικανοτήτων τους.

Σε απάντηση του Ερευνητικού Ερωτήματος Ε2, αναλύθηκαν η δομή και οι διαστάσεις της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας και οι ιεραρχικές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ τους. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας η ΔΣΣ, όπως έχει ήδη αναφερθεί, δέχεται στατιστικά σημαντικές και θετικές επιδράσεις από την ΣΥΜΠΟΔ και ΙΚΑΝ. Η περιγραφή αυτή λοιπόν, όπου η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά (ΔΣΣ) επηρεάζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά από τη Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΜΠΟΔ) με $\beta=0,361$ και την Ικανότητα (ΙΚΑΝ) με $\beta=0,252$, αποτελεί τυπικό εύρημα δομικού μοντέλου (SEM) σε έρευνες οργανωσιακής συμπεριφοράς και αυτό αποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, καθώς οι δύο αυτοί παράγοντες είναι θεμελιώδεις προγνωστικοί παράγοντες της εργασιακής απόδοσης και της καινοτομίας. Έρευνες δείχνουν ότι η υψηλή δέσμευση συνδέεται με θετικά συναισθήματα και εργασιακή ικανοποίηση, τα οποία λειτουργούν ως καταλύτες για δημιουργικές ιδέες. Όταν οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η εργασία τους έχει νόημα και ταυτίζεται με τα ενδιαφέροντά τους, είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε δημιουργικές δραστηριότητες ως «ηθική επιβράβευση».

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η οργανωσιακή δέσμευση αποτελεί **δείκτη μέτρησης της καινοτόμου συμπεριφοράς**. Οι δεσμευμένοι εργαζόμενοι επιδεικνύουν μεγαλύτερη πρωτοβουλία, αναλαμβάνουν περισσότερες προσπάθειες για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων και εμπλέκονται πιο ενεργά σε καινοτόμες δράσεις σύμφωνα με τους Wang and Hou (2023).

1. Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση (ΣΥΜΠΟΔ) -> Δημιουργική Συμπεριφορά: Η δέσμευση (ιδιαίτερα η συναισθηματική/συμπεριφορική) παρακινεί τους εργαζόμενους να υπερβαίνουν τα τυπικά καθήκοντά τους (Extra-role behavior) σύμφωνα με τους Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). Υψηλή δέσμευση οδηγεί σε μεγαλύτερη προσπάθεια για δημιουργία λύσεων (Creative behavior). Μελέτες αποδεικνύουν ότι η συναισθηματική δέσμευση **διαμεσολαβεί (mediates)** τη σχέση μεταξύ της υποστήριξης από τον οργανισμό και της δημιουργικότητας. Δηλαδή, όταν ο οργανισμός παρέχει υποστήριξη, ενισχύεται η δέσμευση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε αυξημένη δημιουργικότητα σύμφωνα με τον Wang(2022).

Συμπερασματικά, η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η συμπεριφορική δέσμευση μετατρέπει την απλή εκτέλεση καθηκόντων σε δημιουργική συνεισφορά, καθώς ο εργαζόμενος λειτουργεί όχι μόνο για τον μισθό, αλλά για την επιτυχία του οργανισμού.

2. Ικανότητα (IKAN) -> Δημιουργική Συμπεριφορά:

Η δημιουργική συμπεριφορά και η συνεισφορά δέχονται **ισχυρές θετικές επιδράσεις από την ικανότητα** του ατόμου, με τη βιβλιογραφία να επιβεβαιώνει ότι οι γνωστικές ικανότητες (όπως η ευφυΐα, η αποκλίνουσα σκέψη) και η εξειδικευμένη γνώση (expertise) αποτελούν θεμέλια της δημιουργικής απόδοσης. Η δημιουργική συμπεριφορά δεν είναι απλώς έμπνευση, αλλά μια διαδικασία που απαιτεί την ικανότητα να παράγονται ιδέες που είναι ταυτόχρονα **καινοτόμες και κατάλληλες/χρήσιμες**. Η ικανότητα (γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία) είναι απαραίτητη για την παραγωγή δημιουργικών ιδεών σύμφωνα με τον Amabile (1988) και λειτουργεί ως καταλύτης που μετατρέπει την παρακίνηση σε υλοποιήσιμη δημιουργική συνεισφορά.

Συνοψίζοντας, η ικανότητα παρέχει το "εργαλείο" (divergent thinking, intelligence, domain knowledge) για να μετατραπεί η δημιουργική διάθεση σε **πραγματική, ορατή συνεισφορά** (creative output)

Η δημιουργική συμπεριφορά και συνεισφορά επηρεάζει θετικά την ομαδική εργασία στα δημόσια νοσοκομεία μετατρέποντας τις παραδοσιακές, συχνά γραφειοκρατικές δομές, σε δυναμικά περιβάλλοντα που προάγουν την καινοτομία, την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Στη βιβλιογραφία, η δημιουργικότητα σε επίπεδο ομάδας ορίζεται ως η συλλογική παραγωγή νέων και χρήσιμων ιδεών, η οποία ενισχύεται όταν τα μέλη συνδυάζουν διαφορετικές γνώσεις και οπτικές γωνίες.

Θετική Επίδραση της Δημιουργικότητας στην Ομαδική Εργασία

- **Βελτιωμένη Επίλυση Προβλημάτων:** Οι ομάδες υγείας αντιμετωπίζουν σύνθετα περιστατικά. Η δημιουργική συμπεριφορά επιτρέπει την ανάπτυξη πρωτότυπων θεραπευτικών προσεγγίσεων ή διαδικασιών νοσηλείας.
- **Ενίσχυση της Διεπιστημονικής Συνεργασίας:** Η δημιουργικότητα ενθαρρύνει τη συνεχή επικοινωνία και την ανταλλαγή ιδεών μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού, μειώνοντας τις ιεραρχικές τριβές.
- **Μείωση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout):** Η δημιουργική συνεισφορά συνδέεται με υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία, καθώς τα μέλη αισθάνονται ότι η γνώμη τους μετράει και ότι έχουν αυτονομία.
- **Προσαρμοστικότητα:** Σε περιβάλλοντα με υψηλό στρες και συνεχείς αλλαγές (όπως τα δημόσια νοσοκομεία), η δημιουργικότητα βοηθά τις ομάδες να προσαρμόζονται γρήγορα σε νέες συνθήκες (Lee Y.S.H et al, 2026).

Ο διαπρεπής Warren Bennis (1989) υποστήριξε ότι κανένας δεν είναι τόσο έξυπνος από μόνος του όσο όλοι μαζί, τονίζοντας ότι στον σύγχρονο κόσμο μας όπου η

τεχνολογική και πολιτική πολυπλοκότητα αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς, η μεμονωμένη ατομική δράση καθίσταται ολοένα και πιο ανεπαρκής.

Η ομαδική εργασία **δεν επηρεάζει μόνο** την αντιληπτή οργανωτική υποστήριξη στα δημόσια νοσοκομεία. Αντίθετα, αποτελεί έναν πολυδιάστατο παράγοντα που επιδρά καταλυτικά στη δημιουργική συμπεριφορά, τη συνεισφορά των εργαζομένων, καθώς και στην ποιότητα της φροντίδας υγείας. Μέσω της συνεργασίας διαφορετικών ειδικοτήτων (πολυεπιστημονικές ομάδες), οι εργαζόμενοι συνδυάζουν γνώσεις και δεξιότητες, οδηγώντας σε πιο καινοτόμες λύσεις για σύνθετα ιατρικά προβλήματα (Lee Y.S.H et al, 2026).

12.2. Συμπεράσματα

Αναλύοντας το τελικό μοντέλο διαπιστώνουμε ότι η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά επηρεάζεται σημαντικά από τη Συμπεριφορική Οργανωσιακή Δέσμευση και την ικανότητα. Επομένως, όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται περισσότερο αφοσιωμένοι είτε από ανάγκη είτε μέσω της συμπεριφοράς τους και πιο ικανοί τείνουν να παράγουν περισσότερες νέες ιδέες και να προτείνουν λύσεις που θα εφαρμόζουν αυτές τις ιδέες για την επίτευξη ομαδικών ή συλλογικών στόχων.

Κατ' επέκταση η Δημιουργική Συμπεριφορά και Συνεισφορά συμβάλει στην δημιουργία κλίματος ομαδικής εργασίας στον οργανισμό. Επίσης, όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι με τον ρόλο τους και το εργασιακό τους περιβάλλον και νοιώθουν ότι εργάζονται στην επιχείρηση επειδή το επιθυμούν ευνοούν την ομαδική εργασία.

Επιπρόσθετα, όταν οι ηγέτες διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους και ανταποκρίνονται κατάλληλα στις συναισθηματικές διακυμάνσεις των υφισταμένων τους, εμφανίζουν ενσυναίσθηση και κατανοούν τις ανάγκες των συναδέλφων τους δημιουργούν ένα θετικό και υποστηρικτικό κλίμα εργασίας που οδηγεί στην αύξηση της παραγωγικότητας και απόδοσης της ομάδας ως σύνολο.

Τέλος, ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ότι ο οργανισμός εκτιμά τη συνεισφορά τους και ενδιαφέρεται για την ευημερία τους επηρεάζεται θετικά από τη συναισθηματικά ευφυή συμπεριφορά των ηγετών, την αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία, την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης τόσο μεταξύ ηγετών και εργαζομένων όσο και μεταξύ των ίδιων των εργαζομένων, την καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος συνεργασίας, καθώς και από την ευθυγράμμιση της εργασίας με το προσωπικό σύστημα αξιών και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, παρέχοντάς τους παράλληλα τη δυνατότητα να υπηρετούν έναν σκοπό ζωής μέσα από την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Απεναντίας, όμως, όσο πιο ικανοί αισθάνονται οι εργαζόμενοι τόσο μειώνεται το επίπεδο της αντιληπτής οργανωσιακής υποστήριξης. Αυτό συμβαίνει συχνά όταν οι πολύ ικανοί εργαζόμενοι νιώθουν ότι ο οργανισμός βασίζεται υπερβολικά πάνω τους χωρίς να τους παρέχει την ανάλογη βοήθεια, ή όταν θεωρούν ότι «δεν έχουν ανάγκη»

υποστήριξης επειδή είναι αυτόνομοι, με αποτέλεσμα να εισπράττουν λιγότερη προσοχή από τη διοίκηση.

Με το πέρασμα του χρόνου η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων έχει επικεντρωθεί στις δεξιότητες του προσωπικού, την τεχνογνωσία και τις νοοτροπίες για τη μέγιστη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Οι ήπιες δεξιότητες όπως ο προσανατολισμός στο αποτέλεσμα, η αυτενέργεια, η επικοινωνία, η ικανότητα συνεργασίας με άλλους, η αυτοπεποίθηση, η διαπραγμάτευση, η προσαρμοστικότητα, η ανθεκτικότητα θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές και συμβάλουν στην ενίσχυση της οργανωτικής απόδοσης συνδυάζοντας τις ικανότητες των εργαζομένων με την αποστολή και το όραμα του οργανισμού.

Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να επιλέγονται ικανότητες που αντανakλούν τις αρχές και αξίες ολόκληρης της δημόσιας διοίκησης και του οργανισμού. Είναι γεγονός ότι το πλαίσιο ικανοτήτων επικαιροποιείται και τακτικά αναθεωρείται ώστε να αντανakλά τις κυρίαρχες ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού. Στα πλαίσια της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης οι ικανότητες θα ενσωματώσουν τις ψηφιακές δεξιότητες που θα αποτελέσουν αναπόσπαστο μέρος των δημοσίων διοικήσεων.

Θα ήταν ωφέλιμο να θεσπιστεί ένα μοντέλο για τη διοίκηση ικανοτήτων που θα ταιριάζει στις ανάγκες της νομικής και διοικητικής κουλτούρας και να είναι ιδιαίτερα δημοφιλής σε κράτη μέλη που συμμετέχουν στη μεταρρύθμιση της δημόσιας υπηρεσίας και θα μπορούσε να αλλάξει την παραδοσιακή διοίκηση προσωπικού σε μια περισσότερο στρατηγική διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού.

Η διοίκηση ικανοτήτων μπορεί να γίνει ένα χρήσιμο εργαλείο για ένα πιο αποτελεσματικό σχεδιασμό του ανθρώπινου εργατικού δυναμικού, ιδίως σε περιόδους δημογραφικής αλλαγής, περιορισμένων πόρων, υψηλών ποσοστών συνταξιοδότησης, λιγότερων προσλήψεων και γερασμένου εργατικού δυναμικού, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλοί άνεργοι ή το ήδη υπάρχον προσωπικό να πρέπει να ανακατανομηθεί (Hauser, 2017).

Για όλους τους παραπάνω λόγους που αναφέρθηκαν τα επιτελικά στελέχη της δημόσιας διοίκησης αλλά και συνολικότερα το ανθρώπινο δυναμικό του δημόσιου τομέα καλείται να εφαρμόσει νέες καινοτόμες και αποτελεσματικές πρακτικές με στόχο να βελτιώσουν διαδικασίες, να εφαρμόσουν τις αρχές του σύγχρονου μάνατζμεντ και να ανταποκριθούν στις προκλήσεις εφαρμογής διοίκησης με στόχους και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.

Η ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων έχει σημαντική συμβολή προς αυτή την κατεύθυνση συμβάλλοντας στην συνειδητοποίηση της ατομικής και συλλογικής παραγωγικότητας, των απαιτήσεων του στρατηγικού, επιχειρησιακού και ετήσιου προγραμματισμού των υπηρεσιών, στην κατανόηση των διαφορετικών μοντέλων διοίκησης, της ομαδικής συνεργασίας, της επίλυσης συγκρούσεων, την εξοικείωση και αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών και στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση προς όφελος των πολιτών.

Ένα προτεινόμενο μοντέλο ικανοτήτων θα πρέπει να δομείται με ιεραρχική διάκριση γύρω από τις έννοιες Ικανότητα-Δεξιότητα-Στάση και να αναλύεται σε αυτές, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μελών της διοικητικής ιεραρχίας, να εξελίσσεται στα διαφορετικά διοικητικά επίπεδα και να συνδέεται με επιμορφωτικά προγράμματα που θα είναι διαβαθμισμένα ως προς το περιεχόμενο και τις τεχνικές που θα αξιοποιούνται, να περιέχει πλήρη περιγραφή των απαιτούμενων συμπεριφορών, τις οποίες θα πρέπει να επιδείξει σε κάθε περίπτωση ο εργαζόμενος της δημόσιας διοίκησης. Τέλος να υπάρχει σύνδεση του μοντέλου με την πιστοποίηση των γνώσεων και δεξιοτήτων που αποκτώνται κατά τη διάρκεια της δια βίου μάθησης των εργαζομένων (Τερζή κ.α, 2017).

Επιπρόσθετα, ένας υψηλός αριθμός οργανισμών εντοπίζει ικανότητες για την κάλυψη κενών ηγετικών θέσεων, γίνεται αξιολόγηση και εντοπισμός των κενών μεταξύ των τρέχοντων και επιθυμητών ικανοτήτων ώστε να σχεδιαστούν οι μελλοντικές ικανότητες και να εφαρμοσθούν αναπτυξιακά σχέδια (Hauser, 2017).

Τα προγράμματα εκπαίδευσης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση θα πρέπει να προσαρμόζονται με βάση τις απαιτήσεις των υπηρεσιών υγείας και των χρηστών. Επίσης, θα πρέπει να συνεχίζεται η εκπαίδευση των εργαζομένων στους χώρους υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει έλλειψη κινήτρων στους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά τις ανταμοιβές, ίσως θα πρέπει να δοθούν επιπλέον ή να αυξηθούν τα ήδη υπάρχοντα επιδόματα και επιπλέον άδειες που θα συμβάλλουν στην ικανοποίησή τους.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ επιβάλλεται να μεταλλαχθούν από «πολιτικές οντότητες» σε αντίστοιχες «επιχειρησιακές». Η προσοχή στη νοσοκομειακή πολιτική του μέλλοντος φαίνεται να δίνεται στην οικονομική ανάπτυξη των μονάδων υγείας, στον εκσυγχρονισμό των διοικητικών δομών, την προτυποποίηση και αξιολόγηση των ιατρο-νοσηλευτικών διαδικασιών και τη βελτίωση του συστήματος κινήτρων και αντικινήτρων. Όμως, ο κυριότερος παραγωγικός συντελεστής είναι ο άνθρωπος γι' αυτό και τα νοσοκομεία ονομάζονται οργανισμοί εντάσεως εργασίας. Γι' αυτό το λόγο ένα νοσοκομείο που εστιάζει στην **ηθική στήριξη**, την **ομαδικότητα** και την **ενδυνάμωση των εργαζομένων** (όχι μόνο οικονομικά), θα έχει πιο δημιουργικό, αφοσιωμένο και παραγωγικό προσωπικό, οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Επομένως, τώρα είναι πιο αναγκαίο από κάθε άλλη φορά να επιτευχθεί ορθή αξιοποίηση και διαχείριση προσωπικού με τυχόν ανακατανομή αυτού, εντός των νοσοκομείων, στο πλαίσιο μιας ολιστικής βελτίωσης της αποδοτικότητας του έργου και παροχή ποιοτικής και σύγχρονης εκπαίδευσης στο προσωπικό αξιοποιώντας είτε τα υφιστάμενα προγράμματα του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΚΔΔΑ), είτε προσαρμοσμένα στις ανάγκες του εκάστου φορέα κατόπιν υποβολής σχετικού αιτήματος προς άλλους φορείς. Σκοπός είναι η διαμόρφωση ικανής ομάδας στελεχών με υψηλό ηθικό, ικανών να ενεργούν αποτελεσματικά στο σύνθετο και απαιτητικό περιβάλλον της Δημόσιας Διοίκησης και

δη στο χώρο της Υγείας, παρέχοντας στο καταρτισμένο προσωπικό τα απαραίτητα εφόδια για την επιτυχή εκτέλεση των καθηκόντων του.

Τέλος είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αυξηθούν οι δυνατότητες της καινοτομίας και αναβαθμίσεων στα πληροφοριακά συστήματα των φορέων παροχής υγείας, η οποία θα οδηγήσει στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας, της εξωστρέφειας και της εξοικονόμησης πόρων.

12.3. Ακαδημαϊκή Έρευνα

Η έρευνα που διεξήχθη στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής συμβάλλει σημαντικά τόσο στην ακαδημαϊκή κοινότητα όσο και στον επιχειρηματικό κόσμο. Οι συνεισφορές αυτές έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν τη γνώση, να ενημερώσουν για τη λήψη αποφάσεων και να οδηγήσουν σε θετικές αλλαγές στον τομέα της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας των δημόσιων νοσοκομείων προκειμένου να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες και οι συνθήκες εργασίας των υπαλλήλων των δημοσίων νοσοκομείων.

Όσον αφορά τη συνεισφορά στην ακαδημαϊκή κοινότητα, η διδακτορική διατριβή συνέβαλε στη θεωρητική κατανόηση του βαθμού και του τρόπου των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της Συλλογικής Επιχειρηματικότητας και των επιμέρους διαστάσεων της και των δομικών σχέσεων που διαμορφώνονται μεταξύ τους. Αυτές οι επικυρωμένες υποθέσεις παρέχουν μια βάση για μελλοντική έρευνα στον τομέα της υγείας και η μελέτη συνδυάζει στοιχεία όλων των κλάδων και ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας και μη.

Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά την πρακτική συνεισφορά, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επωφεληθούν από τις γνώσεις που παρέχονται στην παρούσα έρευνα.

12.4. Περιορισμοί Έρευνας

Προκειμένου να τεθούν οι βάσεις για μελλοντική έρευνα και συνέχιση της παρούσας διατριβής, θα πρέπει πρώτα να εντοπιστούν οι περιορισμοί που διέπουν τη συγκεκριμένη έρευνα. Πρώτα απ' όλα, όσον αφορά την έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής. Θα μπορούσε αυτή η μελέτη να διεκρινθεί σε επαρχιακά νοσοκομεία και σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας. Επίσης η μελέτη θα μπορούσε να διεκρινθεί σε δομές ψυχικής υγείας που πλέον δεν υπάγονται στα νοσοκομεία αλλά στις Υγειονομικές Περιφέρειες.

12.5. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Όπως περιγράφεται στην προηγούμενη ενότητα, υπάρχουν ορισμένοι αλλά και σημαντικοί περιορισμοί, οι οποίοι θα πρέπει να διευθετηθούν σε επόμενη μελέτη ώστε να αποκτηθούν γενικευμένα και ασφαλή συμπεράσματα.

Πρώτα απ' όλα το ερωτηματολόγιο θα μπορούσε να σταλεί σε επαρχιακά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Επίσης θα μπορούσε να αποσταλεί σε δομές ψυχικής υγείας. Τέλος θα μπορούσε να διεξαχθεί έρευνα και σε άλλες χώρες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x>.
- Amabile, T. M. (1988). A model of creativity and innovation in organizations. In B. M. Staw, & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior* (Vol. 10, pp. 123-167). Greenwich, CT: JAI Press.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of medical care, the *American Economic Review*, Volume LIII, Number 5.
- Assimakopoulos, N. & Theodosi, A. (2003). A systemic Approach for Modeling virtual Enterprise's Management Features. *Journal of Science and Engineering*, vol 6, no 2, pp 87-101.
- Assimakopoulos, N. (2001). A systemic Approach in Modeling and Analysis of interactions in Virtual Enterprises. *Operational Research. An International Journal*, vol 1, No 2, pp 147-160.
- Assimakopoulos, N., Papaioannou, P., & Antoniadis, R. (2015). A Systemic approach to Requirements Engineering using DCSYM and Ontologies. 11th National and International Conference. Systemics and Health Care.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>.
- Barratt, A., & Georges, D.P.,(2000). The Synolic Manager. Μετάφραση: Περαντάκου - Cook M, Επιμέλεια: Αποστολοπούλου Μαρία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Bartley, M., Blane, D., & Montgomery, S. (1997). Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7088), 1194–1196. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7088.1194>.
- Basias, N. & Pollalis, Y. (2018). Quantitative and qualitative research in business and technology: Justifying a suitable research methodology. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 7, pp 91-105.
- Becker, H. (1960). Notes on the Concept of Commitment, *The American Journal of Sociology*, Vol 66, No1, pp 32-40.
- Bennis, W. (1989). *On becoming a leader*, New York, Addison Wesley.
- Blane, D., Bartley, M., & Smith, G. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *The European Journal of Public Health*, 7(4), 385– 391. <https://doi.org/10.1093/eurpub/7.4.385>.
- Blau, G. J., & Boal, K. B. (1987). Conceptualizing How Job Involvement and Organizational Commitment Affect Turnover and Absenteeism. *The Academy of Management Review*, 12(2), 288. <https://doi.org/10.2307/258536>.

Bryman, A. (2016). Social research methods. 5th Edition. Oxford university press.

Caputi, P. & Balnaves, M. (2001). Introduction to quantitative research methods: An investigative approach. *Introduction to Quantitative Research Methods*, pp 1-272.

Carmeli, A., Reiter-Palmon, R., & Ziv, E. (2010). Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creativity Research Journal*, 22(3), 250–260. <https://doi.org/10.1080/10400419.2010.504654>

CEDEFOP (2004). Terminology of Vocational training policy. Luxemburg.

Chaze, N.(2014). Communication from the Commission on effective, accessible and resilient health systems. Health-EU-Factsheet 131- Special Topic. https://ec.europa.eu/health/newsletter/131/focus_newsletter_el.htm

Chen, Y., Yu, C., Yuan, Y., Lu, F., & Shen W. (2021). The Influence of Trust on Creativity: A Review. *Front Psychol.* 2021 Aug 13;12:706234. doi: 10.3389/fpsyg.2021.706234. PMID: 34484060; PMCID: PMC8415111.

Cochrane, A. (1972). Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services, the Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.

Cresswell, J. W. & Poth, C.N. (2016). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications.

Davy, J. A., Kinicki, A. J., & Scheck, C. L. (1997). A test of job security's direct and mediated effects on withdrawal cognitions. *Journal of Organizational Behavior*, 18(4), 323–349.

Deakins, D. & Freel, M. (2017). *Entrepreneurship and Small Firms*, 6th Edition, McGraw-Hill Education, Μετάφραση Ανδρέας Σοκοδήμος, Επιστημονική Επιμέλεια Βικτωρία Πέκκα-Οικονόμου, Ιωάννης Χατζηδημητρίου, Εκδόσεις Rosili 2017 για την ελληνική γλώσσα.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134.

Demircioglu, M. A., & Chowdhury, F. (2021). Entrepreneurship in public organizations: the role of leadership behavior. *Small Business Economics*. 57. 10.1007/s11187-020-00328-w.

Drucker, P. (1985). *Innovation and Entrepreneurship: Practices and Principles*. Harper & Row, New York.

Drucker, P. (1988). The Coming of the New Organization. *Harvard Business Review*, 66, 45-53.

Drummond, M., O'Brien B., Stoddart G. & Torrance, G. (2002). Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19 (5), pp. 1-192.

- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>.
- Elkin, G. (1990). Competency – based human resource development. *Industrial & Commercial Training*, 22 (4), pp. 20-25.
- European Commission (2019). Commission Staff Working Document. Country Report Greece 2019. Brussels, 27.2.2019/ Brussels, 27.2.2019.
- European Union (2024). Regulation of the European Parliament and of the council on the European Health Data Space and amending Directive 2011/24/EU and Regulation (EU) 2024/2847
- Fayolle, A. (2019). Επιχειρηματικότητα, Θεωρία και πρακτική Πρακτικές εφαρμογές για να μάθετε το επιχειρείν, 3^η Έκδοση, Μετάφραση Χέλμη, Δ., Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Florian, H. (2017). Quality of Public Administration. A Toolbox for Practitioners, European Union. Η Ποιότητα της Δημόσιας Διοίκησης-Μια εργαλειοθήκη για τους επαγγελματίες, β' αναθεωρημένη και εμπλουτισμένη έκδοση, Μετάφραση - Επιμέλεια Κειμένου: Καρβούνης Α, Υπουργείο Εσωτερικών (2019).
- French, M. & Miller, F.A. (2012). Leveraging the living laboratory: on the emergence of the entrepreneurial hospital, *social science and medicine* 75, pp 717-724.
- Gaskell, G. (2000). Individual and group interviewing. *Qualitative researching with text, image and sound*, pp 38-56.
- Gellatly, I. R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism: Test of a causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16(5), 469–485. <https://doi.org/10.1002/job.4030160507>.
- George, J. M. (2000). Emotions and Leadership: The Role of Emotional Intelligence", *Sage Journals*, volume 53, issue 8.
- Georges, F. T. (2020). Organisational Commitment: A Review of the Evolution from Side-Bets to the Three-Component Conceptualisation Model. *Global Journal of Management and Business Research*, 20(A5), 27–32.
- Ghahtarani, A., Sheikhmohammady, M., & Rostam, M. (2020). The Impact of social capital and social interaction on customers' purchase intention, considering knowledge sharing in social commerce context, *Journal of Innovation and Knowledge*, vol 5, Issue 3, pp 191-199.
- Ghazzawi, I. (2008). Job satisfaction antecedents and consequences: A new conceptual framework and research agenda. *The Business Review*, 11(2), 1–10
- Gibb, A. (1997). "Small firms' training and competitiveness. Buliding upon the small business as a learning organization", *International Small Business Journal*, vol 15, no 3, pp 13-29.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam Books, 1995. Print.

- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results, *Harvard Business Review*, 1,1-15.
- Goula, A. (2020). The Present and the Desired Organizational Culture Model of Greek Public Hospitals. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 08(03), 203–218. <https://doi.org/10.4236/jhrss.2020.83012>.
- Guo, LX., Liu, CF., Yain, YS. (2020). Social Entrepreneur's Psychological Capital, Political Skills, Social Networks and New Venture Performance. *Front Psychol.* doi: 10.3389/fpsyg.2020.00925. PMID: 32587541; PMCID: PMC7298912.
- Haase, H., & Franco, M. (2020). Leadership and collective entrepreneurship: evidence from the health care sector. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 33(3), 368-385.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Pearson Education Limited.
- Hana, U. (2013). Competitive advantage achievement through innovation and knowledge. *Journal of competitiveness*, 5(1), pp 82-96.
- Hanif, M. & Yunfei, S. (2013). The role of talent management and HR generic strategies for talent retention. *African Journal of Business Management*, 7(29), pp 2827-2835.
- Hanse, J. J., Harlin, U., Jarebrant, C., Ulin, K., & Winkel, J. (2016). The impact of servant leadership dimensions on leader–member exchange and emotional exhaustion: A longitudinal study of health care managers. *Work*, 54(4), 909–919. doi.org
- Hauser, B. (2017). **Talent-Management-Strategien: Erfolgsfaktoren für die Praxis**. Springer Gabler. Springer Gabler
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-76-2024-INIT/en/pdf>
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.010>.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52019SC1007>
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models*. London: Sage.
- Joinson, A. (1999). Social desirability, anonymity and internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 31(3), pp 433-438.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*.
- Kakatkar, A., Patzelt, H. & Breugst, N. (2023). Trust in entrepreneurial teams: The role of team narratives. *Applied Psychology*. 73. 1564-1602. 10.1111/apps.12508.
- Karaferis, D., Aletras, V., & Niakas, D. (2022). Job satisfaction and associated factors in Greek public hospitals. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 93(5), e2022230. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13095>.
- Karrasch, A. I. (2017). Antecedents and consequences of organizational commitment. In P. A. Gade (Ed.), *Organizational Commitment in the Military. A Special Issue of military Psychology* (pp. 225–236). Psychology press
- Katz, R. L. (1955). Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*, 33(1), 33–42.

Khaldi, K. (2017), Quantitative, qualitative or mixed research: which research paradigm to use? *Journal of Educational and Social Research*, 7(2), p. 15.

Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52.

Konopaske R, Ivancevich, J. & Matteson, M. (2023). Οργανωσιακή Συμπεριφορά και Διοίκηση, Επιστημονική Επιμέλεια: Ιορδάνογλου Δ και Παναγιωτοπούλου Λ, Μετάφραση: Γουσίου Λ, Εκδόσεις Τζιόλα, Θεσσαλονίκη, 1^η Έκδοση.

Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (1995). *The leadership challenge: How to keep getting extraordinary things done in organizations* (2nd ed.). Jossey-Bass.

Larsman, P., Pousette, A., & Törner, M. (2024). The impact of a climate of perceived organizational support on nurses' well-being and healthcare-unit performance: A longitudinal questionnaire study. *J Adv Nurs*.80(12):4921-4932. doi: 10.1111/jan.16188. Epub 2024 Apr 9. PMID: 38591844.

Laschinger, H. K. S., Purdy, N., & Almost, J. (2007). The impact of leader-member exchange, empowerment, and job satisfaction on nurses' empowerment and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 37(12), 534–540. doi.org

Lee Y.S.H., LaVine N., Rathert C., Kogan Y., & Poghosyan L. (2026). Team creativity as a catalyst for care effectiveness and well-being in primary care teams. *Health Care Manage Rev*. 2026 Apr-Jun 01;51(2):68-77. doi: 10.1097/HMR.0000000000000465. PMID: 41671418; PMCID: PMC12922685.

Leedy, P. and Ormrod, J. (2001). *Practical Research: Planning and Design*. 7th Edition, Merrill Prentice Hall and SAGE Publications, Upper Saddle River, NJ and Thousand Oaks, CA.

Lim, W. M., Ciasullo, M., Escobar, O. & Kumar, S. (2024). Healthcare entrepreneurship: current trends and future directions. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*. 30. 10.1108/IJEBr-02-2023-0197.

Lok, P., & Crawford, J. (2004). The effect of organisational culture and leadership style on job satisfaction and organisational commitment. *Journal of Management Development*, 23 (4),321–338. <https://doi.org/10.1108/02621710410529785>.

Marques, C. S., Lopes, C., Braga, V., Ratten, V., & Santos, G. (2021). Intuition and rationality in intrapreneurship and innovation outputs: The case of health professionals in primary health care. *Int Entrep Manag J*. 2022;18(2):579–602. doi: 10.1007/s11365-021-00761-7. PMCID: PMC8369144.

Martin French, Fiona Alice Miller, (2012). Leveraging the “living laboratory”: On the emergence of the entrepreneurial hospital, *Social Science & Medicine*, Volume 75, Issue 4, Pages 717-724, ISSN 0277-9536,

Martin, W. E. & Bridgmon, K. D. (2012). *Quantitative and statistical research methods: From hypothesis to results*. (vol42). John Wiley and sons, Hoboken, NJ.

Maxwell, J. (2008). Αναπτύξτε τον Ηγέτη μέσα σας, Μετάφραση: Παπαδοπούλου, Ε., Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

- Messner, W. (2013). Effect of organizational culture on employee commitment in the Indian IT services sourcing industry. *Journal of Indian Business Research*, 5(2), 76–100. <https://doi.org/10.1108/17554191311320764>
- Meyer, J. & Allen, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment, *Human Resource Management Review*, Volume 1, Issue 1, pages 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z).
- Meyer, J., & Allen, N. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research and application*. Sage Publications Inc.
- Miller, F. A., & French, M. (2016). Organizing the entrepreneurial hospital: Hybridizing the logics of healthcare and Innovation, *Research Policy*, Volume 45, Issue 8, pages 1534-1544. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2016.01.009>.
- Mohamed, R., & Saeed, S. (2022). Relationship between Leadership Style and Job Satisfaction Among Physicians Working in Greater Male' Hospitals. *International Journal of Social Research and Innovation*, 1–30. <https://doi.org/10.55712/ijrsri.v6i1.52>
- Morecroft, J., & Sterman, J. (1994). *Modeling for Learning Organizations*. Portland, or: productivity press.
- Morris S., Devlin N., Parkin D. & Spencer A. (2017). Η Οικονομική Ανάλυση στη Φροντίδα Υγείας, Επιστημονική Επιμέλεια Αθανασάκης, Κ. & Κυριόπουλος, Η., Πρόλογος και Εισαγωγή ελληνικής έκδοσης, Κυριόπουλος, Γ. και Παβή. Ε., Εκδόσεις Broken Hill, Κύπρος, Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Musinguzi C., Namale L., Rutebemberwa E., Dahal A., Nahirya-Ntege P., & Kekitiinwa, A. (2018). The relationship between leadership style and health worker motivation, job satisfaction and teamwork in Uganda. *Journal of Healthcare Leadership*, 10, 21–32. <https://doi.org/10.2147/JHL.S147885>.
- Myloneros, T., & Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Serv Res*.21(1):628. doi: 10.1186/s12913-021-06678-9. PMID: 34193124; PMCID: PMC8247133.
- Noe, R., Hollenbeck, J., & Gerhart, B. (2009). Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων, Επιστημονική Επιμέλεια: Πάτσικας, ΣΤ. και Ασπρίδης, Γ., Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Northouse P. (2019). *Leadership: Theory and Practice* (8th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage. Επιστημονική Επιμέλεια Νταλιάνης, Φ., Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.
- Northouse, P. G. (2022). *Leadership: Theory and practice* (9th ed.). Sage Publications.
- Obermann, K., & Thielscher, C. (2023). *Οικονομικά των Υπηρεσιών Υγείας*, Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα.
- OECD (2004). *Towards High-Performing Health Systems*, The OECD Health Project, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264015562-en>.
- OECD (2009), *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en.

- OECD (2017). State of Health in the EU.Greece. Country Health Profile 2017. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/greece-country-health-profile-2017_g1g83615/9789264283404-en.pdf
- OECD (2025). Health at a Glance 2025: Greece. How does Greece perform overall? https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/greece_8b1399f8-en.html
- Page, S. (2007). *The Difference: How the Power of Diversity Creates Better Groups, Firms, Schools, and Societies* (New Edition). Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt7sp9c>.
- Patton, M. Q. (2021). Επιστημονική Επιμέλεια αγγλικής έκδοσης, Η Παιδαγωγική της αξιολόγησης, Καραλής Θ, Επιστημονική Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης, Εκδόσεις ΙΝΕ, Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., Αθήνα.
- Pau, D. (2014). *Nurses' perceptions of leadership, teamwork, and safety culture in an acute care hospital* (Master's thesis, University of Manitoba). MSpace. <https://mspace.lib.umanitoba.ca/items/9495ade9-d37d-4c14-a11b-c47945244d7b>
- Phellas, C. N., Bloch, A., & Seale, C. (2011). Structured methods: interviews, questionnaires and observation. *Researching society and culture*, 3(1), pp 23-32.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879.
- Porter, M., & Teisberg, E. (2009). Αναδιάρθρωση του κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Επιστημονική Επιμέλεια: Φαφαλιού Ε, Μετάφραση: Αποστολοπούλου Α, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Prędkiewicz, P., Bem, A., Siedlecki, R., Kowalska, M., & Robakowska, M. (2022). An impact of economic slowdown on health. New evidence from 21 European countries. *BMC Public Health*, 22(1), 1405. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13740-6>
- Propp, K. M., Apker, J., Zabava Ford, W. S., Wallace, N., Serbenski, M. & Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qual Health Res.* 20(1):15-28. doi: 10.1177/1049732309355289. PMID: 20019348.
- Qian, F., & Lim, M. K. (2008). Professional satisfaction among Singapore physicians. *Health Policy*, 85(3), 363–371. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.010>.
- Rafiei, M., Taghi Amini, M., & Foroozandeh, N. (2014). Studying the impact of the organizational commitment on the job performance. *Management Science Letters*, 4(8), 1841–1848. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2014.6.046>
- Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psychol.* 87(4):698-714. doi: 10.1037/0021-9010.87.4.698. PMID: 12184574.
- Rice, T. (2006). *The Economics of health reconsidered*. Ρούσσος, Ν. Μετάφραση, Μαρσαγγάνης, Μ. πρόλογος-επιμέλεια, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Salas, E., Shuffler, M. L., Thayer, A. L., Bedwell, W. L., & Lazzara, E. H. (2015). Understanding and improving teamwork in organizations: A scientifically based

- practical guide. *Human Resource Management*, 54(4), 599–622. <https://doi.org/10.1002/hrm.21628>.
- Santerre, R., & Neun, S. (2013). Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Γενική Επιμέλεια: Βοζίκης, Α. και Κελέση-Σταυροπούλου, Μ., 5^η Έκδοση.
- Santosa, K. B., Kayward, L., Matusko, N., Jagsi, R., Audu, C. O., Kwakye, G., Waljee, J. F., & Sandhu, G. (2023). Incivility, Work Withdrawal, and Organizational Commitment Among US Surgeons. *Annals of Surgery*, 277(3), 416–422. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005186>.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students* (5th ed). Harlow: Pearson Education Limited.
- Schamber, L. (2000). Time -line interviews and inductive content analysis: their effectiveness for exploring cognitive behaviors. *Journal of the American society for information Science*, 51(8), pp 734-744.
- Schensul, S.L., Schensul, J.J., & Lecompte M.D. (1999). *Essential ethnographic methods: Observations, interviews and questionnaires* (vol2), Walnut Creek, Calif, Altamira Press.
- Schmid A, Cacace M, Götze R, Rothgang H. (2010). Explaining health care system change: problem pressure and the emergence of "hybrid" health care systems. *J Health Polit Policy Law*. 35(4):455-86. doi: 10.1215/03616878-2010-013. PMID: 21057094.
- Schunk, D. (2008). Θεωρίες Μάθησης, Μια Εκπαιδευτική Θεώρηση, Μετάφραση: Εκκεκάκη Ε., Επιστημονική Επιμέλεια: Κουλαουζίδης, Γ., Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.
- Setyowati, R., Priyotomo, P., & Suharnomo, S. (2017). Investigating Organizational Commitment among Medical Doctors, Hospital Nurses and Two Other Professional Jobs: A Systematic Review. *Global Journal of Health Science*, 9(12), 99. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n12p99>.
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>.
- Sharma, P. & Chrisman, J. (1999). Toward A Reconciliation of the Definitional Issues in the Field of Corporate Entrepreneurship. *Entrepreneurship: Concepts, Theory and Perspective*. 23. 10.1007/978-3-540-48543-8_4.
- Shen, J. & Tang, C. (2018). How does training improve customer service quality? The roles of transfer of training and job satisfaction, *European Management Journal*, Volume 36, Issue 6, Pages 708-716.
- Shi, H.X., Shepherd, D.M. & Schmidts, T. (2015). "Social capital in entrepreneurial family businesses: the role of trust". *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, Vol. 21 No. 6 pp. 814–841, doi: <https://doi.org/10.1108/IJEBr-04-2015-0090>.
- Sieczko, L., Parzonko, A.J., Sieczko, A. (2021). Trust in Collective Entrepreneurship in the Context of the Development of Rural Areas in Poland. *Agriculture* 2021, 11, 1151.

Sithamparapillai, A., Fremes, E., Maskalyk, J. & Landes, M. (2019). P124: Canadian faculty experience of participating in a global health partnership working to build emergency medicine capacity in Ethiopia. *CJEM*. 21. S109. 10.1017/cem.2019.315.

Soetirto, M. & Muldjono, P. & Hidayatulloh, F. (2023). The Influence of Leadership Style on Employee Performance Mediated by Job Satisfaction and Moderated by Work Motivation. *International Journal of Social Service and Research*. 3. 1517-1527. 10.46799/ijssr.v3i6.393.

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>.

Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.

Spreitzer, G. M., Kizilos, M., & Nason, S. W. (1997). A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain. *Journal of Management*, 23(5), 679-704.

Sterman, J. (2000). Business Dynamics, System Thinking and Modeling for a Complex World. [http://lst-iiiep.iiiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=epidoc1.in\]/?t2000=013598/\(100\)](http://lst-iiiep.iiiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=epidoc1.in]/?t2000=013598/(100)). 19.

Stevenson, H. H. & Jarillo, J. C. (1990). A paradigm of entrepreneurship: entrepreneurial management, *Strategic Management Journal*, vol.11, special issue, pp 17-27.

Sullivan, E. (2016). Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας, Μετάφραση και Επιστημονική Επιμέλεια Δούσης Ε, Εκδόσεις Γκιούρδας, Αθήνα, 8^η Έκδοση.

Sun, Li. (2019). Perceived Organizational Support: A Literature Review. *International Journal of Human Resource Studies*. 9. 155. 10.5296/ijhrs.v9i3.15102.

Syrett, M. & Lammiman, J. (2004). Successful Innovation, Μετάφραση: Κράλλη Ι, Εκδόσεις Κέρκυρα, Αθήνα.

Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. Harper & Brothers.

Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *The Academy of Management Review*, 15(4), 666–681. <https://doi.org/10.2307/258687>.

Tuna, M., Ghazzawi, I., Tuna, A. A., & Catir, O. (2011). Transformational leadership and organizational commitment: The case of Turkey's hospitality industry. *SAM Advanced Management Journal*, 76(3), 10–25.

Tziner, A. (1982). Differential effects of group cohesiveness types: A clarifying overview. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 10(2), 227–239.

Van der Zee J, & Kroneman, MW. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res*. 7:94. doi: 10.1186/1472-6963-7-94. PMID: 17594476; PMCID: PMC1934356.

- Venot A., Burgun, A. & Quantin, C. (2019). Η Πληροφορική στην Ιατρική e-Health: Βασικές Αρχές και Εφαρμογές, 2^η Έκδοση, Broken Hill Publishers Ltd, Εκδόσεις Πασχαλίδη για την έκδοση στην Ελληνική Γλώσσα.
- Wang, C. J. (2022). Exploring the Mechanisms Linking Transformational Leadership, Perceived Organizational Support, Creativity, and Performance in Hospitality: The Mediating Role of Affective Organizational Commitment. *Behav Sci (Basel)*. 12(10):406. doi: 10.3390/bs12100406. PMID: 36285975; PMCID: PMC9598076.
- Wang, P., & Hou, Y. (2023). How Does Commitment Affect Employee's Innovative Behavior? A Time-Lagged Study. *Sage Open*, 13(4).
- Watson, R. (2016). Netherlands tops European healthcare index, *BMJ* ;352:i538
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing , service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19 (5). DOI: 10.1177/0958928709344247
- World Health Organization (2000). The World health report: 2000: health systems: improving performance. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42281>.
- Yukl, G. (2006). Η Ηγεσία στους οργανισμούς, 6η Αμερικάνικη Έκδοση, Επιστημονική Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Αντωνίου Α-Σ, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Zaleznik, A. (1977). Managers and Leaders: Are They Different? *Harvard Business Review*, 55, 67-78.
- Zhang, X. M. & Bartol, K. (2010). Linking Empowering Leadership and Employee Creativity: The Influence of Psychological Empowerment, Intrinsic Motivation, and Creative Process Engagement. *Academy of Management Journal*. 53. 107-128. 10.5465/AMJ.2010.48037118.

Ελληνική

Αλεξιάδης, Α. Δ. & Σιγάλας, Ι. (1999). Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, Δ' Τόμος, Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Αντωνοπούλου, Λ. (2014). Οικονομία της Υγείας, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Ασημακόπουλος, Ν. (2006). Η Διεπιστημονική Προσέγγιση στα Σύγχρονα και Διαχρονικά Προβλήματα. Η Συστημική Σκέψη και ο Συστημικός Αναλυτής. <https://www.hsss.gr/peiraias2006/1.pdf>.

Ασημακόπουλος, Ν., Αδαμίδης, Ε., Αλεξόπουλος, Α., Αφορδακός, Ο., Καρρόπουλος, Κ., & Καταρέλος Ε. (2008). Συστημική Θεωρία και Πρακτική. Από τη συστημική θεώρησης του κοινωνικού κόσμου στη συστημικο-δυναμική του αναπαράσταση. Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Βαρβατσουλάκης, Ι. (2025). Διαχείριση Εσόδων και αξιοποίηση χρηματοδοτικών εργαλείων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, σημειώσεις από ΕΚΔΔΑ για το επιμορφωτικό πρόγραμμα «Οικονομική Διαχείριση Νοσοκομείων».

Γείτονα, Μ., Γιαννουλάτος, Π., Ζάβρας, Α., Κυριόπουλος, Γ., Μαρουδιάς, Ν., Μιχαήλ-Μερμανού, Β., Μπάρδης, Β., Μπουρσανίδης, Χ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Σίσσουρας, Α., & Τσαλίκης, Γ. (2000). Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης -διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
Γεωργόπουλος, Ν. (2013), Στρατηγικό Μάνατζμεντ, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Γούλα, Α. (2007). Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
Δικαίος Κ., Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., & Χλέτσος Μ. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Δικαίος, Κ., & Χλέτσος, Μ. (1999). Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική, Β' Τόμος, Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Δόλγερας, Α., & Κυριόπουλος, Γ. (2000). Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης (2022). Εγχειρίδιο του Όσλο 2018: Κατευθυντήριες γραμμές για τη συλλογή, την παρουσίαση και τη χρήση στατιστικών δεδομένων για την καινοτομία, 4^η έκδοση, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Ηλεκτρονικού Περιεχομένου.

Ευσταθίου, Κ. Ε. (2018). Τύποι και Πρότυπα Ηγεσίας στο ΕΣΥ. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ζυγά, Σ. (2012). Οργανωσιακή δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, τεύχος 2, τόμος 5^{ος}.

Θεοδώρου, Μ. & Μητροσύλη, Μ. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιωτικές και Προκλήσεις, Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Ιγγλεζάκης, Ι. (2003). Ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα.

Ιωακείμογλου, Η. (2010). Υπηρεσίες Υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Ιωάννου, Γ. (2019). Διοίκηση Παραγωγής & Υπηρεσιών, Αθήνα, Εκδόσεις Unibooks

Καριώτης, Π. (1992). Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία, Εκδόσεις Euroclinica, Αθήνα, 1^η Έκδοση.

Καστανιώτη, Α. (2018). Πολιτική Υγείας, από τη διεθνή εμπειρία και την ελληνική πραγματικότητα, Εκδόσεις Δίσιγμα, Θεσσαλονίκη

Κατεβάτη, Π. (2020). Η επίδραση του στυλ ηγεσίας στην οργανωσιακή δέσμευση του προσωπικού σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κοντοδημόπουλος, Ν. (2020). Σημειώσεις με θέμα «Οικονομικά της Υγείας» για eclass στο ΕΚΔΔΑ.

Κοντοδημόπουλος, Ν. (2016). Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής πόρων, Πρωτότυπη Επιστημονική Μονογραφία.

Κουμπούρος, Ι. (2020), Ψηφιακή Υγεία & Σύγχρονες Τεχνολογίες στην Προαγωγή Υγείας, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα.

Κυριοπούλος, Γ. (2018). Θεωρία και πολιτική στην υγεία και την ιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (1993). Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1^η Έκδοση, Αθήνα.

Κυριοπούλος, Γ. (1995). Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5), 834–840.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., & Χατζοπούλου Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Α' Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. Γ., Ζάρναρη, Ο., Κατουσέλλη, Α. Κοτταρίδη, Γ., Παππάς, Π., Τσακίρη, Ε., & Φακιάλας, Ν. (1988). Υγεία και Ελληνική Κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα σε Πανελλήνιο Δείγμα Πληθυσμού.

Μαρκίδης, Σ. (2025). Σημειώσεις για το επιμορφωτικό πρόγραμμα του ΕΚΔΔΑ με τίτλο: Οικονομική Διαχείριση Νοσοκομείων και Φορέων Υγείας.

Μητροπούλου, Χ., Βασιλείου, Κ. & Βοζίκης, Α. (2022). Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Μήτρου, Λ. & Νούσκαλη, Γ. (2018). Προστασία δεδομένων υγείας, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

Μιχαλόπουλος, Ν. (2016). Η επιστήμη της Δημόσιας Διοίκησης, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Μουρδουκούτας, Π. (2001). Η επιχειρηματικότητα στη νέα οικονομία, Εκδόσεις Ι. Σίδερης, Αθήνα.

Μπακούρα, Α. (2013). Εισαγωγή στη Στατιστική, Εκδόσεις Δίσιγμα, Θεσσαλονίκη.

Μπαμπανάνης, Σ., Τρούμπης, Α. Ι., Ζαχαράτος, Γ. Α., Αναστασάτος, Ν., Καραντώνης, Χ. Χ., Βάσιος, Γ. Κ., Σταματάκης, Γ., Βλασσόπουλος, Θ., & Κώτσιος, Β. (2012). *Από την κρίση στη βιώσιμη ανάπτυξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μπουραντάς, Δ. (2005). *Ηγεσία: Ο Δρόμος της Διαρκούς Επιτυχίας*. Αθήνα: Κριτική.

Μπουραντάς, Δ. (2002). *Management: Θεωρητικό Υπόβαθρο. Σύγχρονες Πρακτικές*, Εκδόσεις Μπένου

Οικονόμου, Γ. & Γεωργίου, Α. (2016). *Επιχειρησιακή Έρευνα για τη λήψη διοικητικών αποφάσεων*, Εκδόσεις Ε. Μπένου, Αθήνα.

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995), *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαθεοδώρου, Χ. & Μωυσίδου, Α. (2011). *Υγειονομική Περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.

Πετρίδου, Ε. (2020). *Διοίκηση-Management, Μια εισαγωγική Προσέγγιση*, Εκδόσεις Σοφία, Θεσσαλονίκη, 4η Έκδοση.

Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Σεπετής, Α. (2009). *Περιβαλλοντική και αειφόρος διαχείριση στη δημόσια υγεία*, Εκδόσεις Παπαζήση, Σειρά :Κοινωνικές επιστήμες & Υγεία, Αθήνα.

Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2^η Έκδοση.

Σουλιώτης, Κ. (2007). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2^η Έκδοση.

Στρουμπούλης, Α. (2024). *Ο ρόλος των πληροφοριακών συστημάτων στην υποστήριξη στρατηγικών βιωσιμότητας των επιχειρήσεων και των αλυσίδων εφοδιασμού τους*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Τερζή, Κ., Τσολακίδου, Σ., Γκέγκας, Α. & Παυλάκης, Μ. (2017). *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού βασισμένη στην ενίσχυση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων: παράδειγμα εμπειρικής έρευνας στο δημόσιο τομέα*. E-Journal of Science and Technology, τεύχος 1, τόμος 12, σ. 1-37.

Τούντας, Γ. (2020). *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. σ.λ.: Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

Τριαντάρη, Σ. (2020). *Ηγεσία Θεωρίες Ηγεσίας από τον αριστοτελικό Ρήτορα στο σύγχρονο Ηγέτη*, Εκδόσεις Κ. & Μ. Σταμούλη, Θεσσαλονίκη.

Τσαμαδιάς, Κ. (2020), *Οικονομική της εκπαίδευσης-έρευνας-καινοτομίας*, Τόμος Ι, Εκδοτικός Όμιλος Ίων, Αθήνα.

Φιλιοπούλου, Μ. & Γιούλος, Γ. (2020). *Επεξεργασία ετήσιων στοιχείων της απογραφής του Τακτικού Προσωπικού από το Μητρώο Ανθρώπινου Δυναμικού Ελληνικού Δημοσίου*, 12/2020. Κοινωνικό Πολύκεντρο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα https://kpolykentro.gr/wp-content/uploads/2021/11/20211108_apografi_2020_parousiasi.pdf [Τελευταία Πρόσβαση: 30/09/2025].

Φιλιποπούλου, Μ. & Τσιόλας, Γ. (2021). Τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημοσίου στους κρίσιμους τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας. Επεξεργασία των στοιχείων της απογραφής μισθοδοτούμενων δημοσίου, Δεκεμβρίου 2020. Κοινωνικό Πολύκεντρο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα https://kpolykentro.gr/wp-content/uploads/2022/03/%CE%B5%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9_%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%BF_%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB_report.pdf [Τελευταία Πρόσβαση: 30/09/2025].

Χατζηπαυλίδης, Γ. (2020). Συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας - η κοινωνική διάσταση. Θεσσαλονίκη: Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Χλέτσος, Μ. (2016). Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2^η Έκδοση.

Ηλεκτρονικές ιστοσελίδες

2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου (www.2dype.gov.gr)

1^η ΥΠΕ Αττικής (www.1dype.gov.gr)

Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών .Ελληνικό Ινστιτούτο DRG. <https://instdrg.gr>

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στα Συστήματα Πληροφορικής του Λογιστηρίου Ασθενών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.).
<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia/712-odhgies-syxnes-erwthseis>
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-76-2024-INIT/en/pdf>

Ιστοσελίδα ΟΔΙΠΥ www.odipy.gov.gr/organismos/odipy

Blogs

ePrivacy Blog. “DiGAV Amendment 2026: Systematic Effectiveness Measurement and New Obligations for DiGA Manufacturers”, Πρόσβαση την 21-03-2026.
<https://blog.eprivacy.eu/?p=2705>

www.privacyadvocate.gr

Δελτία Τύπου

ΕΟΠΥΥ Καρποδίνη Θ (2025). 8th Health IT Conference

<https://www.eopyy.gov.gr/el/arthra/8th-health-it-conference>

Έναρξη καθολικής εφαρμογής της νέας ψηφιακής πλατφόρμας του ΕΣΥ για τον Εθνικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (2025)

<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/13365-enarksh-katholikhs-efarmoghs-ths-neas-pshfiakhs-platfomas-toy-esy-gia-ton-ethniko-hlektroniko-fakelo-ygeias-ehfy>

Συνέντευξη Τύπου για την έναρξη λειτουργίας της δωρεάν τετραψήφιας τηλεφωνικής γραμμής «1566»
<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/13521-synenteyksh-typoy-gia-thn-enarksh-leitoyrgias-ths-dwrean-tetrapshfias-thlefwnikhs-grammhs-laquo-1566-raquo>

Περιοδικές Εκδόσεις

Ευθυμιάδου, Δ. (2024). Διοικητές Νοσοκομείων: Αυτό είναι το τεστ δεξιοτήτων για τον γραπτό διαγωνισμό του ΑΣΕΠ-Δημοσιεύτηκε το πρώτο δείγμα.Healthreport. www.healthreport.gr

<https://blogs.psico-smart.com/blog-how-does-employee-satisfaction-influence-customer-experience-and-loyal-184631> (2025). How Does Employee Satisfaction Influence Customer Experience and Loyalty

Καρτσαγκούλη, Ν. (2025). Ο λαβύρινθος εξουσίας και η ανάγκη για γυναίκες στην ηγεσία, Περιοδικό ΤΟ ΒΗΜΑ, θεματική ενότητα Κοινωνία, συνέντευξη με την Αν. Καθηγήτρια Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών κα Νικάνδρου Ειρήνη

ΣΕΒ (2023). Ψηφιακή Υγεία 2.0 με επίκεντρο τον άνθρωπο, Οικονομία και Επιχειρήσεις, Ψηφιακός Μετασχηματισμός, Τεύχος 78,06-09-2023

Τσιβίκα, Ε. (2025). «Στερεύουν» οι απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών στην Ελλάδα-Λιγοστές οι Μαίες, Υγεία, Insider

<https://www.insider.gr/ygeia/353053/stereyoun-oi-apofitoi-nosileytikon-sholon-stin-ellada-ligostes-oi-maies>.

Σκουτέλης, Δ. & Πολυκανδριώτης, Τ. (2024). Μείωση των εισακτέων στα τμήματα Νοσηλευτικής, Ο ρυθμός της Υγείας, Μηνιαία Εφημερίδα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, Έτος 16ο, φύλλο 175, Ιούλιος - Αύγουστος 2024.

Άλλες Πηγές

Μηνιαία Έκθεση του ΚΕΤΕΚΝΥ με τίτλο «Αποτελέσματα ταξινόμησης Νοσηλειών σε DRG» για τους μήνες Αύγουστο μέχρι Σεπτέμβριο 2025 για νοσοκομεία της 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Εποπτευόμενοι Φορείς και Νομικά Πρόσωπα του Υπουργείου Υγείας

α. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

I. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

II. ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΕΣ

III. ΑΥΤΟΤΕΛΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Αρχή Ι.Υ.Α) (παρ.2 άρθρο19 του ν.3305/2005 όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει με την παρ.1 άρθρο 4 του ν.4558/2018-ΦΕΚ 140/Α/2018)

2. Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας (άρθρα 16,17,18 και 58 παρ.3 του Ν.4314/2014 (Α'265) , όπως ισχύει, και υπ' αριθμ. πρωτ. 65199/20-6-2019 Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Ανάπτυξης Οικονομικών, Υγείας και Διοικητικής Ανασυγκρότησης (Β'2557).

IV. ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

1. Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) (7 Ν.Π.Δ.Δ.)

1.1. 1η Υ.ΠΕ. Αττικής

1.2. 2η Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου

1.3. 3η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας

1.4. 4η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης

1.5. 5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

1.6. 6η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

1.7. 7η Υ.ΠΕ. Κρήτης

2. Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (Ν.Π.Δ.Δ.) (102)

α) Γενικά(87)

β) Ειδικά (5)

γ)Ψυχιατρικά (3)

δ) Πανεπιστημιακά (7)

1η Υ.ΠΕ.

1.Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ (η αποκεντρωμένη οργανική μονάδα ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ είναι ειδική)

2.Γ.Ν.ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

3.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ Κ.Α.Τ.

4.Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

5.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

6.Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «ΛΑΪΚΟ»

7.Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

8.Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

9.Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «ΚΟΡΓΙΑΛΛΕΝΕΙΟ -ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.» (ειδικού καθεστώτος)

10.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» (ειδικού καθεστώτος)

- 11.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ
- 12.Γ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΑΣ «Ο ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ» (ειδικού καθεστώτος).
- 13.Γ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
- 14.Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «ΕΛΠΙΣ» (ειδικού καθεστώτος)
- 15.Γ.Ν. ΑΘΗΝΑΣ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» (ειδικού καθεστώτος)
- 16.Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ
- 17.ΝΟΣΟΚ. ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ» (ειδικό και ειδικού καθεστώτος)
- 18.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓ. ΕΛΕΝΗ» (ειδικό και ειδικού καθεστώτος)
- 19.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
- 20.ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ειδικό)

2η Υ.ΠΕ.

- 1.Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» - Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»
- 2.Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- 3.Γ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»
- 4.Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»
- 5.Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»
- 6.Γ.Ν. – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΩ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ»
- 7.Γ.Ν. – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ «ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ»
- 8.Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ» Ν.Π.Δ.Δ.
- 9.Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»
- 10.Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΙΟ»
- 11.Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- 12.Γ.Ν. ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»
- 13.Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΥΘΗΡΩΝ «ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ»
- 14.ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ - Γ.Ν. - Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ (ψυχιατρικό)
- 15.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΗΣ (ψυχιατρικό)
- 16.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» (ψυχιατρικό και ειδικού καθεστώτος)
17. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- 18.Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ (ειδικού καθεστώτος).
- 19.Γ.Ν.- Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ
- 20.Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ
- 21.Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ

3η Υ.ΠΕ.

- 1.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
- 2.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

- 3.Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
- 4.Γ.Ν.ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»
- 5.Γ.Ν ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»
- 6.Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ
- 7.Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ
- 8.Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ
- 9.Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»
- 10.Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

4η Υ.ΠΕ.

- 1.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- 2.Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ
- 3.Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ
- 4.ΠΡΩΤΟ Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Ο ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
- 5.Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ
- 6.Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ
- 7.Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ
- 8.Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ
- 9.Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»
- 10.ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» (ειδικό)
11. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΧΕΠΑ» (ειδικού καθεστώτος)
12. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
- 13.Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ
14. ΝΟΣ. ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (ειδικό)

5η Υ.ΠΕ.

- 1.Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»
- 2.Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ
- 3.ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ
4. Γ.Ν. ΛΑΡΙ ΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»
- 5.Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ
- 6.Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
- 7.Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ- Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ
- 8.Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ – Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ – Γ.Ν. – Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ
- 9.Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ
- 10.Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ

6η Υ.ΠΕ.

- 1.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- 2.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»
- 3.Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

- 4.Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ
- 5.Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣ. ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»
- 6.Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ
- 7.Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ
- 8.Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ
- 9.Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ
- 10.Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ
- 11.Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
- 12.Γ.Ν. ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ
- 13.Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ
- 14.Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ
- 15.Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ
- 16.Γ.Ν. - Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ
- 17.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» (ειδικού καθεστώτος)
- 18.Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ «ΑΓ. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ»
- 19.Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ «ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ»
20. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ
21. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

7η Υ.ΠΕ.

- 1.Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ «ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ»
- 2.Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ
- 3.Γ.Ν. ΛΑΣΙΘΙΟΥ
- 4.Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ «ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ»
- 5.Γ.Ν. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ –ΠΑΝΑΝΕΙΟ»
6. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. «ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ»

3. Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)
4. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) (Ν.1316/1983)
5. Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας (Ν.4058/2012)
6. Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας (Ε.ΚΕ.Α.)
7. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Ν.727/1977-ΦΕΚ 308/Α/1977)
8. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι υπάγονται στην εποπτεία του Υπ. Υγείας (Ν.4512/2018 - ΦΕΚ 35/4/2018)
9. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ν.1026/1980-ΦΕΚ 48/Α/1980)
10. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος
11. Ένωση Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.)
12. Σύλλογοι Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών

13. Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.) (ειδικού καθεστώτος Ν.2592/1953 και λειτουργικά διασυνδεδεμένο με 1η ΥΠΕ)

Το Ίδρυμα δεν λειτουργεί & επ' αυτού εφαρμόστηκαν οι διατάξεις των άρθρων 90 και 91 του νόμου 4172/2013 (διαθεσιμότητα-κινητικότητα) του συνόλου του προσωπικού του και αποφασίστηκε η άρση λειτουργίας του

14. Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών (Ν.3599/2007- ΦΕΚ 176/Α/2007)

15. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) (Ν.3918/2011 και Ν. 4238/2014)

16. Πανελλήνιος Σύλλογος Φαρμακαποθηκαρίων (Ν. 328/76 – ΦΕΚ 128 Α)

17. Πανελλήνιος Σύλλογος Οδοντοτεχνιτών (Ν.4461/2017 – ΦΕΚ 38/Α/2017)

18. Πανελλήνιος Σύλλογος Εργοθεραπευτών (Ν.4461/2017 – ΦΕΚ 38/Α/2017)

19. Πανελλήνιος Σύλλογος Οπτικών και Οπτομετρών (Ν.4486/2017 – ΦΕΚ 115/Α/2017)

20. Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (Ε.Κ.Α.Π.Υ) (Ν.4472/2017 - ΦΕΚ 74/Α/2017)

V. ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

1. Νοσοκομεία διεπόμενα από ειδικές διατάξεις (Ν.Π.Ι.Δ)

1.1.Γενικό Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» (λειτουργικά διασυνδεδεμένο με 3η Υ.ΠΕ)

2. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Π.Δ. 867/1979)

3. Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)(Ν. 2161/1993 και Ν. 4139/2013)

4. Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.)

5. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) (Ν.3984/2011)

6. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) (Ν.1729/1987, Ν.3204/2003 Π.Δ.148/2007, Ν.4139/2013)

7. Ινστιτούτο Παστέρ (συντρέχουσας εποπτείας με το Υπ. Παιδείας, Έρευνας & Θρησκευμάτων)

8. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ)

9. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ) (Ν.4633/2019 – ΦΕΚ 161 /Α΄/16.10.2019)

VI. ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

1.Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.) (Ν.3293/2004)

2.Γενικό Νοσοκομείο Θήρας (δημόσιου χαρακτήρα που υπάγεται στην Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. βάσει του ν. 4368/2016).

3.Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Α.Ε. (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. Α.Ε) (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, λειτουργεί βάσει του άρθρου 6 του ν.4286/2014, όπως ισχύει).

4.Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.) (Ν.4715,ΦΕΚ 149 /Α΄/01.08.2020)

Θυγατρικές Εταιρείες του Ε.Ο.Φ.:

5. Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας Α.Ε. (Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.)

6. Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία Α.Ε (Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ.) (ΦΕΚ 11054/2011 τ.ΑΕ-ΕΠΕ) (πρώην Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ. Α.Ε.)

VII. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Νοσηλευτικές Σχολές:

1. Δημόσια Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας (48) (ΦΕΚ 1038/Β'/2015)

β. ΦΟΡΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

Ι. ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

1. Νοσοκομεία διεπόμενα από ειδικές διατάξεις (Ν.Π.Ι.Δ.)

1.1. «ΩΝΑΣΕΙΟ» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (εμφανίζεται στο Μητρώο Φορέων της Κυβέρνησης της ΕΛΣΤΑΤ)

2. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

2.1 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ

2.2 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΧΙΟΥ "ΩΡΙΟΝ"

2.3 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΧΑΝΙΩΝ

2.4 Κοι.Σ.Π.Ε. 1ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΔΙΑΠΛΟΥΣ"

2.5 Κοι.Σ.Π.Ε. 9ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΕΥ ΖΗΝ"

2.6 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΛΕΥΚΑΔΑΣ "ΝΕΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ"

2.7 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΠΙΕΡΙΑΣ

2.8 Κοι.Σ.Π.Ε. 3ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΛΙΜΑΞ PLUS"

2.9 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΚΕΦΑΛΟΝΙΑΣ ΖΑΚΥΝΘΟΥ "ΡΟΤΑ"

2.10 Κοι.Σ.Π.Ε. ΔΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

2.11 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΑΧΑΙΑΣ "ΦΑΡΟΣ"

2.12 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΦΩΚΙΔΑΣ "ΒΟΛΙΚΑΣ"

2.13 Κοι.Σ.Π.Ε. 10ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ"

2.14 Κοι.Σ.Π.Ε. 5ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ"

2.15 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΑΡΤΑΣ ΠΡΕΒΕΖΑΣ

2.16 Κοι.Σ.Π.Ε. 8ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΑΘΗΝΑ-ΕΛΠΙΣ"

2.17 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ.ΚΑΒΑΛΑΣ

2.18 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΗΜΑΘΙΑΣ "ΔΕΣΜΟΣ"

2.19 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΜΙΤΟΣ"

2.20 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΛΑΣΙΘΙΟΥ "ΠΕΡΙΠΛΟΥΣ"

2.21 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΡΕΘΥΜΝΟΥ «ΑΡΩΔΑΜΟΣ»

2.22 Κοι.Σ.Π.Ε. 7ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΑΡΧΙΠΕΛΑΓΟΣ"

2.23 Κοι.Σ.Π.Ε Τρικώνων

2.24 Κοι.Σ.Π.Ε. 6ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΕΙΚΟΝΑ"

- 2.25 Κοι.Σ.Π.Ε. 2ου Το.Ψ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ «ΠΛΩΡΗ»
- 2.26 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΡΟΔΟΠΗΣ-ΕΒΡΟΥ «ΝΑΥΤΙΛΟΣ»
- 2.27 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ-ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ «ΑΝΕΜΩΝΗ»
- 2.28 Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ – ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ «ΙΡΙΣ»
- 2.29 Κοι.Σ.Π.Ε Το.Ψ.Υ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ «ΘΥΑΜΙΣ
- 2.30.Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ «ΜΥΡΜΙΔΟΝΕΣ»
- 3. Κοινωφελή ιδρύματα του αστικού κώδικα (ν.π.ι.δ.)
- 3.1 Τράπεζα Τροφίμων – Ίδρυμα για την Καταπολέμηση της Πείνας
- 3.2 Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
- 4. Ειδικώς αναγνωριζόμενα και επιχορηγούμενα φιλανθρωπικά Σωματεία
- 4.1 Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- 5. Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα Ν.Π.Ι.Δ. (εποπτευόμενα & επιχορηγούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό άνω του 50%)
- 5.1 Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας
- 5.2 Εταιρεία Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών
- 5.3 Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περίθαλψης - Αποκατάστασης (Θ.Ε.Ψ.Υ.Π.Α.)
- 5.4 Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.)
- 5.5 Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου
- 5.6 ΑμΚΕ Κλίμακα
- 5.7 Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων
- 5.8 ΑμΚΕ "Άνοδος"
- 5.9 Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης
- 5.10 ΣΥΝΘΕΣΗ - Εταιρεία Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
- 5.11 Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη
- 5.12 Πρώτος Ελληνικός Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχικής Υγείας (Π.Ε.Σ.Ο.Ψ.Υ.)
- 5.13 Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων, Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας
- 5.14 "Έδρα" Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων
- 5.15 Ψυχογηριατρική Εταιρεία "Ο Νέστωρ"
- 5.16 ΑμΚΕ "Ξένιος Ζεύς"
- 5.17 Διεθνής Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- 5.18 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "Προμηθέας"
- 5.19 Ελληνικό Κέντρο Προαγωγής Κοινωνικής & Ψυχικής Υγείας (Πορεία)
- 5.20 Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής - Κινητικής Αποκατάστασης & Μέριμνας Υγείας
- 5.21 Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας
- 5.22 Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης
- 5.23 ΑμΚΕ «Νέφες»
- 5.24 Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Ενηλίκων "Πανάκεια"
- 5.25 Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας & Παιδιού

- 5.26 Ελληνική Εταιρεία Νόσου Αλτσχάιμερ και συγγενών Διαταραχών Βόλου
- 5.27 ΜΚΟ Θάλλπος Ψυχικής Υγείας.
- 5.28 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Στήριξης "Η Αρωγή"
- 5.29 Φθιωτική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας
- 5.30 Εταιρεία Αρωγής Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Στήριξης "Ανιμα"
- 5.31 Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας "Ευαγγελισμός"
- 5.32 ΑμΚΕ "Αλθαία"
- 5.33 Επανεένταξη Παιδιών με ψυχοκινητικά Προβλήματα (Λόγος Νους)
- 5.34 "Ηπιόνη" ΑμΚΕ
- 5.35 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "Πυξίδα"
- 5.36 Ψυχασπίς Αστική Μη κερδοσκοπική Εταιρεία
- 5.37 Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών
- 5.38 Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και Κοινοτικής Μέριμνας
- 5.39 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "Ιασις"
- 5.40 Ινστιτούτο Έρευνας Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών - Alzheimer – Χανίων
- 5.41 IASIS ΑμΚΕ
- 5.42 "Δίοδος" ΑμΚΕ
- 5.43 TACT HELLAS
- 5.44 Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Μελετών «ΠΛΟΕΣ»
- 5.45 Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων κι φίλων αυτιστικών ατόμων "Άγιος Νικόλαος"
- 5.46 ΜΚΟ της Εκκλησίας της Ελλάδος "Αποστολή"
- 5.47 Συνειρμός - ΑμΚΕ Κοινωνική Αλληλεγγύη
- 5.48 Φίλοι Κοινωνικής Παιδιατρικής / Ιατρικής "Ανοιχτή Αγκαλιά"
- 5.49 ΑμΚΕ Μετάβαση
- 5.50 Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών (ΕΕΝΑΣΔ)
- 5.51 Κέντρο Παιδιού & Εφήβου
- 5.52 Εταιρεία Συστημικής Θεραπείας & Παρέμβασης σε Άτομα, Οικογένειες και Ευρύτερα Συστήματα
- 5.53 ΑμΚΕ "Ανάσα"
- 5.54 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Υποστήριξης Ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές "Ανάσα"
- 5.55 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "Φαιναρέτη"
- 5.56 Πανελλήνιος Σύλλογος Προσαρμοσμένων Αθλητικών & Πολιτιστικών Δραστηριοτήτων ΑΛΜΑ
- 5.57 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Αμάλθεια
- 5.58 Σύλλογος Γονέων Παιδιών με αυτιστικά προβλήματα Νομού Μεσσηνίας (Κέντρο ημέρας)
- 5.59 Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Κέντρο Αποκατάστασης Ψυχικής Υγείας "Ηρεμία"
- 5.60 Εταιρεία Προστασίας Ατόμων με Αυτισμό Ν. Καστοριάς

- 5.61 Ένωση Γονέων - Κηδεμόνων και Φίλων Απροσάρμοστων Ατόμων (Η Ζωοδόχος Πηγή)
- 5.62 Σύλλογος Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Έβρου (Αγ. Βασίλειος)
- 5.63 Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία –ΣΟΨΥ Πάτρας
- 5.64 « Συμβάλλειν» ΑμΚΕ
- 5.65 Σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα πρόληψης και προαγωγής υπηρεσιών υγείας δ.τ. «Ίκελος»
- 5.66 Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Ψυχικής Υγείας και ιατρικής ακρίβειας «Ίάσων»
- 5.67 Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.)
- 5.68 Ελληνικό Κέντρο για την Ψυχική Υγεία και Θεραπεία του παιδιού και της οικογένειας «Το Περιβολάκι».
- 5.69 ΑμΚΕ « Η ασπίδα του Δαυίδ».(www.moh.gov.gr)

ΘΕΜΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ:

«ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»

Με την υπ' αριθμ. Πρωτ.7865/21-05-2025 αίτηση της υποψήφιας διδάκτωρ ζητήθηκε η έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου στο οποίο εργάζεται σχετικά με την διανομή ερωτηματολογίου στους εργαζόμενους του εν λόγω νοσηλευτικού ιδρύματος, στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής της διατριβής στο Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών Σπουδών του Πανεπιστημίου Πειραιώς, με θέμα: «ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ» επισυνάπτοντας σχέδιο του ερωτηματολογίου, έντυπο συγκατάθεσης για ερευνητική μελέτη και βεβαίωση εγγραφής της υποψήφιας διδάκτωρ στο εν λόγω Πανεπιστήμιο.

Στη συνέχεια το Επιστημονικό Συμβούλιο λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω αίτηση με τα επισυναπτόμενα, το πρωτόκολλο έρευνας, τη σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής Έρευνας, το γεγονός ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο ή τα Ασφαλιστικά Ταμεία των ασθενών, καθώς και ότι η μελέτη θα γίνει σύμφωνα με τις διακηρύξεις του Helsinki και θα υπόκειται στις διατάξεις που επιβάλλει η Ελληνική Νομοθεσία, αποφάσισε στην αριθμ.17/θέμα 14º/10-06-2025 συνεδρίαση του την έγκριση του πρωτοκόλλου έρευνας, με την προϋπόθεση τήρησης των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Επειδή το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε ηλεκτρονικά, το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης ενσωματώθηκε συνοπτικά στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου με την κάτωθι μορφή:

«Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Σας ευχαριστούμε που αφιερώνετε λίγο από τον χρόνο σας για να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιείται στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Πέκκα Βικτωρία, Ομότιμη Καθηγήτρια του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Πειραιώς και Κύρια Ερευνήτρια την Κουλεντιανού Μαρία, Υποψήφια Διδάκτωρ του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Ειδικότερα, η διατριβή με τίτλο «Σύγχρονες δεξιότητες για επιτυχή επιχειρηματική δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και δη στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία» αποσκοπεί στη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ της ηγετικής συμπεριφοράς, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, της οργανωσιακής δέσμευσης, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συλλογικής επιχειρηματικότητας στο Ελληνικό σύστημα δημόσιας υγείας, με έμφαση στο νοσοκομειακό πλαίσιο.

Η συμμετοχή σας είναι **ανώνυμη** και **εθελοντική**. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς** και δεν θα κοινοποιηθούν σε τρίτους.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου **15 λεπτά**.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο ακόλουθο email επικοινωνίας:

koulen@unipi.gr

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας.»

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

[Εναλλαγή λογαριασμού](#)



Δεν κοινοποιήθηκε



* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η παρούσα ενότητα αφορά βασικές δημογραφικές πληροφορίες που θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα το προφίλ των συμμετεχόντων. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλούμε απαντήστε ειλικρινά, επιλέγοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

27

Ποια είναι η επαγγελματική σας ιδιότητα; *

- ☐ Ιατρός
- ☐ Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια
- ☐ Διοικητικό προσωπικό
- ☐ Τεχνικό προσωπικό
- ☐ Προσωπικό τεχνολογιών πληροφορικής
- ☐ Επιστημονικό προσωπικό (π.χ. βιολόγοι, φαρμακοποιοί, κοινωνικοί λειτουργοί)
- ☐ Παραϊατρικό προσωπικό (π.χ. φυσικοθεραπευτές, υπάλληλοι Βιοιατρικών επιστημών)
- ☐ Προσωπικό καθαριότητας
- ☐ Προσωπικό εστίασης
- ☐ Διαιτολόγος / Διατροφολόγος
- ☐ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό
- ☐ Άλλο

A1. Βιολογικό Φύλο *

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα

28

A2. Ηλικία *

- ☐ 18-25 ετών
- ☐ 25-34 ετών
- ☐ 35-44 ετών
- ☐ 45-54 ετών
- ☐ 55 ετών και άνω

A3. Οικογενειακή Κατάσταση *

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Έγγαμος/η
- ☐ Διαζευγμένος/η
- ☐ Χήρος/α
- ☐ Συμβίωση
- ☐ Άλλο

A4. Επίπεδο Σπουδών *

- ☐ Έως και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)
- ☐ Μεταδευτεροβάθμια Εκπαίδευση (π.χ. ΙΕΚ και Κολλέγια)
- ☐ Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πτυχίο Πανεπιστημίου)
- ☐ Μεταπτυχιακό Δίπλωμα
- ☐ Διδακτορικό δίπλωμα
- ☐ Άλλο

29

A5. Έτη εργασιακής εμπειρίας στην Ελλάδα *

Η απάντησή σας

A6. Έτη εργασιακής εμπειρίας στο Εξωτερικό *

Η απάντησή σας

A7. Ποια είναι η τρέχουσα σχέση εργασίας σας; *

- ☐ Μόνιμο προσωπικό
- ☐ Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου (ΙΔΑΧ)
- ☐ Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου (ΙΔΟΧ)
- ☐ Άλλο

A8. Ασκείτε ή έχετε ασκήσει καθήκοντα ευθύνης (π.χ., διοικητική θέση, εποπτεία);

- ☐ Όχι
- ☐ Ναι

A9. Ασκείτε ιδιωτικό έργο με αμοιβή εκτός ωραρίου εργασίας; *

- ☐ Όχι
- ☐ Παλιότερα, αλλά όχι τώρα
- ☐ Ναι

30

Β. ΗΓΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η παρακάτω ενότητα περιλαμβάνει δηλώσεις που σχετίζονται με τη συμπεριφορά των ηγετικών στελεχών στον οργανισμό σας. Σκοπός είναι να αξιολογηθεί πώς αντιλαμβάνεστε το στυλ και τις πρακτικές ηγεσίας στον χώρο εργασίας σας. Παρακαλούμε να απαντήσετε με βάση την προσωπική σας εμπειρία, επιλέγοντας μία από τις πέντε βαθμολογίες:

1 - Ποτέ, 2 - Σπάνια, 3 - Περιστασιακά, 4 - Συχνά, 5 - Πάντα

?

Τα ηγετικά στελέχη του οργανισμού: *

	Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Συχνά	Πάντα
Λένε στα μέλη της ομάδας μου τι πρέπει να κάνουν	☐	☐	☐	☐	☐
Έχουν φιλική συμπεριφορά απέναντι στα μέλη της ομάδας μου	☐	☐	☐	☐	☐
Θέτουν προδιαγραφές αποδοτικότητας για όλα τα μέλη της ομάδας μου	☐	☐	☐	☐	☐
Βοηθούν τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας μου να νιώσουν άνετα	☐	☐	☐	☐	☐
Προτείνουν λύσεις για τα προβλήματα	☐	☐	☐	☐	☐
Ανταποκρίνονται θετικά στις προτάσεις των άλλων	☐	☐	☐	☐	☐
Κάνουν ξεκάθαρη την οπτική τους στους άλλους	☐	☐	☐	☐	☐
Συμπεριφέρονται δίκαια στους άλλους	☐	☐	☐	☐	☐
Σχεδιάζουν το πρόγραμμα δράσης της ομάδας μου	☐	☐	☐	☐	☐

?

Συμπεριφέρονται με αναμενόμενο τρόπο στα μέλη της ομάδας μου	☐	☐	☐	☐	☐
Ορίζουν τις ευθύνες που έχει το κάθε μέλος	☐	☐	☐	☐	☐
Έχουν ενεργή επικοινωνία με τα μέλη της ομάδας μου	☐	☐	☐	☐	☐
Ξεκαθαρίζουν το ρόλο τους μέσα στην ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Δείχνουν ενδιαφέρον για την ευημερία των άλλων	☐	☐	☐	☐	☐
Παρέχουν τον σχεδιασμό για το πως πρέπει να γίνει η κάθε δουλειά	☐	☐	☐	☐	☐
Δείχνουν ευελιξία στη λήψη αποφάσεων	☐	☐	☐	☐	☐
Παρέχουν τα κριτήρια για το τι αναμένεται από την ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Αποκαλύπτουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους στην ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Ενθαρρύνουν τα μέλη της ομάδας μου να κάνουν υψηλού επιπέδου δουλειά	☐	☐	☐	☐	☐

?

Βοηθούν τα μέλη της ομάδας μου να τα πηγαίνουν καλά μεταξύ τους	☐	☐	☐	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Πίσω

Επόμενο

Εκκαθάριση φόρμας

Μην υποβάλλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. - Κάτοχος φόρμας επικοινωνίας - Όσοι παροχής υπηρεσιών - Πολιτική απορρήτου

Αυτή η φόρμα φαίνεται ύποπτη: Αναφορά

Google Φόρμες

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

 Δεν κοινοποιήθηκε [Εναλλαγή λογαριασμού](#) 

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

Γ. ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η παρούσα ενότητα εξετάζει τον βαθμό στον οποίο αντιλαμβάνεστε την επιχειρηματικότητα και την καινοτομία ως μέρος της ομαδικής εργασίας στον επαγγελματικό σας χώρο. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση και επιλέξτε την απάντηση που αντανακλά καλύτερα τη δική σας άποψη ή εμπειρία, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

1 - Διαφωνώ απολύτως, 2 - Διαφωνώ, 3 - Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 - Συμφωνώ, 5 - Συμφωνώ απολύτως.

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Κατά τη γνώμη μου, έχω την κατάλληλη μεταχείριση από το νοσοκομείο	☐	☐	☐	☐	☐
Πιστεύω ότι έχω στη διάθεσή μου όλους τους πόρους που χρειάζομαι στη δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
Νομίζω ότι η δουλειά μου, μου προσφέρει σημαντικά πράγματα	☐	☐	☐	☐	☐
Νιώθω ότι οι καινοτόμες και δημιουργικές προσπάθειές μου ανταμείβονται κατάλληλα	☐	☐	☐	☐	☐
Πιστεύω ότι οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων που υιοθετούνται είναι κατάλληλες	☐	☐	☐	☐	☐
Στην υπηρεσία μου είναι φυσιολογικό να δουλεύεις ως ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐

Μου αρέσει να δουλεύω δημιουργικά σε μια ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Νιώθω ικανοποιημένος/η όταν κάνω καινοτόμες εργασίες σε μια ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Θεωρώ ότι οι συνθήκες εργασίας όπως η ελευθερία ανάπτυξης νέων ιδεών κλπ. είναι κατάλληλες	☐	☐	☐	☐	☐
Κάνω πρόσθετη εργασία όταν είναι απαραίτητο για την εκτέλεση των καθηκόντων μου	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω «δημιουργικές ιδέες» όταν το απαιτεί η δουλειά	☐	☐	☐	☐	☐
Συνήθως «αφήνω» την εργασία μου για να βοηθήσω έναν άλλο συνάδελφο	☐	☐	☐	☐	☐

[Πίσω](#)

[Επόμενο](#)

Εκκαθάριση φόρμας

Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. - [Κάτοχος φόρμας](#)

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

[Εναλλαγή λογαριασμού](#)

Δεν κοινοποιήθηκε

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

Δ. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ

Σε αυτή την ενότητα, καλείστε να αξιολογήσετε τον βαθμό της προσωπικής σας δέσμευσης στην ομάδα εργασίας σας. Οι δηλώσεις που ακολουθούν αφορούν τη στάση σας απέναντι στους συναδέλφους σας, τις αξίες της ομάδας και τη διάθεσή σας για συμμετοχή και προσφορά. Παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα τη γνώμη σας, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

1 - Διαφωνώ απόλυτως, 2 - Διαφωνώ, 3 - Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 - Συμφωνώ, 5 - Συμφωνώ απόλυτως.

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Θεωρώ ότι είμαι πολύ πρόθυμος/η να ανήκω στην ομάδα του/της τμήματος/ Υποδιεύθυνσης/ Διεύθυνσης	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι πολύ πρόθυμος/η να κάνω μεγάλη προσπάθεια στο όνομα της ομάδας εργασίας μου	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι χαρούμενος/η που αποδέχομαι τις αξίες και τους στόχους της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐
Νιώθω ότι είμαι ασυνδεδεσ/η με τους άλλους συνεργάτες της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐
Πιστεύω σε αυτό που κάνει η ομάδα εργασίας μου	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι περήφανος/η για το τι σημαίνει αυτή η ομάδα εργασίας που ανήκω	☐	☐	☐	☐	☐
Νιώθω ένα					

πνεύμα συντροφικότητας	☐	☐	☐	☐	☐
Για να βοηθήσω την ομάδα μου, θεωρώ σκόπιμο να προχωρήσω πέρα από το καθήκον μου	☐	☐	☐	☐	☐
Θεωρώ ότι η ομάδα είναι σημαντική για τη διαμόρφωση της κοινωνικής μου ταυτότητας	☐	☐	☐	☐	☐
Κάνω μεγάλη προσπάθεια για να διαγνώσω προβλήματα στην ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Αφιερώνω χρόνο για να βρω έναν καλύτερο τρόπο να κάνω τη δουλειά μου και να βοηθήσω την ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
Το να δουλεύω σε μια ομάδα μου δίνει μεγάλη ικανοποίηση	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι πολύ πιστός /η στην ομάδα εργασίας μου	☐	☐	☐	☐	☐

[Πίσω](#)

[Επόμενο](#)

Εκκαθάριση φόρμας

Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

[Εναλλαγή λογαριασμού](#)

Δεν κοινοποιήθηκε

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

Ε. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η παρούσα ενότητα επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν τα μέλη της ομάδας μεταξύ τους κατά την εκτέλεση της εργασίας. Στόχος είναι να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα, η αμοιβαία κατανόηση και η ελευθερία έκφρασης απόψεων μέσα στην ομάδα. Παρακαλούμε να απαντήσετε με βάση την προσωπική σας εμπειρία, επιλέγοντας την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο, σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

1 - Διαφωνώ απολύτως, 2 - Διαφωνώ, 3 - Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 - Συμφωνώ, 5 - Συμφωνώ απολύτως

*

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Όταν οι λειτουργίες κατανέμονται, αυτό που επιδιώκεται με την εκτέλεση τους είναι σαφές	☐	☐	☐	☐	☐
Υπάρχει η δυνατότητα όποιος εκτελεί την εργασία να προτείνει αλλαγές ή τροποποιήσεις στα καθορισμένα καθήκοντα	☐	☐	☐	☐	☐
Όταν προτείνω κάποιες αλλαγές, νιώθω ότι με ακούνε.	☐	☐	☐	☐	☐
Σε περιόδους ανταλλαγής εμπειριών ή/και δεξιοτήτων με την υπόλοιπη ομάδα δεν υπάρχουν προβλήματα κανενός είδους	☐	☐	☐	☐	☐
Στην ομαδική εργασία υπάρχει συνεχής και αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία	☐	☐	☐	☐	☐

Η διαδικασία της διαπροσωπικής επικοινωνίας διευκολύνει την κατανόηση μεταξύ των μελών της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐
Η διαδικασία επικοινωνίας παράγει το ίδιο αποτέλεσμα σε όλα τα μέλη της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐

[Πίσω](#)

[Επόμενο](#)

[Εκκαθάριση φόρμας](#)

Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. - [Κάτοχος φόρμας επικοινωνίας](#) - Όροι παροχής υπηρεσιών - Πολιτική απορρήτου

Αυτή η φόρμα φαίνεται ύποπτη: [Αναφορά](#)

Google Φόρμες

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Ενδεικτική Λογαριασμού

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

ΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Η ενότητα αυτή διερευνά τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται μεταξύ τους, τόσο σε επίπεδο συναισθηματικής σύνδεσης όσο και σε θέματα επικοινωνίας, λήψης αποφάσεων και επίτευξης κοινών στόχων. Παρακαλούμε να αξιολογήσετε τις παρακάτω δηλώσεις με βάση την προσωπική σας εμπειρία, επιλέγοντας από την ακόλουθη κλίμακα:

1 - Διαφωνώ απολύτως, 2 - Διαφωνώ, 3 - Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 - Συμφωνώ, 5 - Συμφωνώ απολύτως

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Στην ομάδα εργασίας μου, τα συναισθήματα του καθενός είναι σε αρμονία με τα συναισθήματα των άλλων μελών	☐	☐	☐	☐	☐
Είναι δυνατό να συζητηθούν αποδεκτά αποτελέσματα σε περιπτώσεις σύγκρουσης συμφερόντων	☐	☐	☐	☐	☐
Υπάρχουν περιορισμοί εντός της ομάδας προκειμένου να επιτευχθεί αυτό που απαιτείται	☐	☐	☐	☐	☐
Στην ομάδα εργασίας μου είναι δυνατό να μοιράζομαι αμοιβαίες επιθυμίες	☐	☐	☐	☐	☐
Στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της ομάδας κυριαρχεί η αίσθηση της δικαιοσύνης	☐	☐	☐	☐	☐

Υπάρχει πραγματική δέσμευση στους στόχους της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐
Καθώς αναπτύσσεται η ομαδική εργασία, λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις όλων	☐	☐	☐	☐	☐
Η συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας επιτρέπει μεγαλύτερη συλλογική ικανότητα για καινοτομία και επέκταση	☐	☐	☐	☐	☐
Η συνεργασία οδηγεί στην ανάπτυξη αμοιβαίας σκέψης και κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐
Αυτή η αμοιβαία εκτίμηση και κατανόηση οδηγεί στην προσαρμογή της σχεσιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας	☐	☐	☐	☐	☐
Αυτή η αμοιβαία εκτίμηση και κατανόηση οδηγεί στην προσαρμογή της	☐	☐	☐	☐	☐

σχεσιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας

Πίσω

Επόμενο

Εκκαθάριση φόρμας

Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google - Κάποιος με όνομα: ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Αυτή η φόρμα φαίνεται να υποστηρίζει: Διασφάλιση

Google Φόρμες

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

[Εναλλαγή λογαριασμού](#)

Δεν κοινοποιήθηκε

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

Η. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

Αυτή η ενότητα εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεστε την προσωπική σας αξία, αυτονομία, ικανότητα και επιρροή στο πλαίσιο της εργασίας σας. Η ψυχολογική ενδυνάμωση σχετίζεται με το κατά πόσο αισθάνεστε ότι η εργασία σας έχει νόημα, ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες και ότι μπορείτε να λαμβάνετε πρωτοβουλίες και να επηρεάζετε καταστάσεις. Παρακαλούμε αξιολογήστε τις παρακάτω δηλώσεις με βάση τη δική σας εμπειρία, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

1 - Διαφωνώ απολύτως, 2 - Διαφωνώ, 3 - Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 - Συμφωνώ, 5 - Συμφωνώ απολύτως

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Η δουλειά που κάνω είναι σημαντική για μένα	☐	☐	☐	☐	☐
Οι εργασιακές μου δραστηριότητες έχουν προσωπικά νόημα για μένα	☐	☐	☐	☐	☐
Η δουλειά που κάνω έχει νόημα για μένα	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι σίγουρος/ η για την ικανότητά μου να κάνω τη δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι σίγουρος για τις ικανότητές μου να εκτελώ τις εργασιακές μου δραστηριότητες	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω κατακτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες για τη δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω σημαντική αυτονομία στο να καθορίζω πώς θα κάνω τη δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
Μπορώ να					

αποφασίσω μόνος μου πώς να κάνω τη δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω σημαντικές ευκαιρίες για ανεξαρτησία και ελευθερία στο πώς κάνω τη δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
Η επίδρασή μου σε ό,τι συμβαίνει στο τμήμα μου είναι μεγάλη	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω μεγάλο έλεγχο σε ό,τι συμβαίνει στο τμήμα μου	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω σημαντική επιρροή σε ό,τι συμβαίνει στο τμήμα μου	☐	☐	☐	☐	☐

[Πίσω](#)

[Υποβολή](#)

[Εκκαθάριση φόρμας](#)

Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. - [Κάτοχος φόρμας](#)
[Επικοινωνίας](#) - [Όροι παροχής υπηρεσιών](#) - [Πολιτική απορρήτου](#)

Αυτή η φόρμα φαίνεται ύποπτη. [Αναφορά](#)

Google Φόρμες