



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ



## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Πορεία και προβλήματα τα τελευταία 10 χρόνια»

ΜΠΕΣΣΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Θεοδώρα Κωστίκου  
(εργαστηριακός συνεργάτης)

Καλαμάτα 2010

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Πρόλογος.....	9
Εισαγωγή.....	12
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα.....</b>	<b>14</b>
1.1 Ιστορική Αναδρομή στη Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.....	14
1.2 Το Ε.Σ.Υ. Σήμερα.....	15
1.3 Αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας λόγω της κακής διαχείρισης του Ε.Σ.Υ. ....	16
1.4 Η Ελλάδα στην πρώτη θέση στην κατανάλωση ιδιωτικών δαπανών υγείας .....	18
1.5 Οι Προσπάθειες Βελτίωσης των Συνθηκών Παροχής Φροντίδας στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Φορέα .....	21

<b>Κεφάλαιο 2°: Προβλήματα στη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων.....</b>	<b>23</b>
2.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων.....	23
2.2 Οι Ρόλοι της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στις Δημόσιες και Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας.....	24
2.3 Η Προσέλκυση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	26
2.4 Αξιολόγηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας....	27
2.5 Επιλογή των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	30
2.6 Εκπαίδευση και Ανάπτυξη των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	32
<b>Κεφάλαιο 3°: Μεθοδολογία της έρευνας – εργασίας.....</b>	<b>34</b>
3.1 Συλλογή Δεδομένων.....	35
3.2 Δευτερογενή Δεδομένα.....	36
<b>Κεφάλαιο 4°: Προβλήματα και τρόποι αντιμετώπισης στη Λειτουργία του Ε.Σ.Υ. ....</b>	<b>38</b>
4.1 Προβλήματα στις Συνθήκες Απασχόλησης.....	38
4.2 Προβλήματα στην Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	39

4.3	Προβλήματα στο Σχεδιασμό, Διοίκηση και Διαχείριση του Ανθρώπινου Δυναμικού .....	40
4.3.1	Προβλήματα στη Διοίκηση του επιστημονικού (Ιατρικού, Οδοντιατρικού και Φαρμακευτικού) Δυναμικού .....	41
4.3.2	Προβλήματα στη Διοίκηση του Νοσηλευτικού Δυναμικού.....	42
4.3.3	Έλλειψη Εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Ε.Σ.Υ. ....	42
4.4	Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «Burn out».....	44
4.4.1	Οι Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Ε.Σ.Υ.....	46
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Τρόποι Διοίκησης Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Τεχνικού Προσωπικού στο Ε.Σ.Υ. τα Τελευταία Δέκα Χρόνια.....</b>		<b>50</b>
5.1	Γενικά Στοιχεία Για την Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	50
5.2	Συγκεντρωτικά Στοιχεία για την Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στο Δημόσιο Τομέα Υγείας και στο Ε.Σ.Υ. ....	52
5.2.1	Αριθμός Εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. Ανά Κατηγορία....	53
5.2.2	Ηλικία Εργαζομένων.....	54

5.3	Επιχειρησιακές Προκλήσεις για τις Μονάδες Υγείας και οι οποίες Σχετίζονται με το Ε.Σ.Υ. τη Τελευταία Δεκαετία.....	55
5.4	Ατομικές Προκλήσεις για Εργαζομένους στο Ε.Σ.Υ.....	58
5.5	Ο Ρόλος των Ιατρών και Νοσηλευτών στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. (Μείωση των Επιπέδων Άγχους και Αύξηση της Αυτοπεποίθησης τους).....	61
	Επίλογος –Συμπεράσματα.....	64
	Βιβλιογραφικές Πηγές.....	68

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1:	Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την Περίοδο 1984 έως 2004 .....	20
Πίνακας 2:	Διαδικασία Προσέλκυσης Στελεχών και Νοσηλευτών στα Νοσοκομεία .....	29
Πίνακας 3:	Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας στο Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα Κατά την Περίοδο 1980-2000.....	51
Πίνακας 4:	Αριθμός Εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ.....	53
Πίνακας 5:	Ηλικία Εργαζομένων.....	54

## Ευχαριστίες

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια μου και επιβλέπουσα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας κα. Κωστίκου Θεοδώρα για την πολύ μεγάλη βοήθεια της κατά την διάρκεια της έρευνας μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους ειδικούς αλλά και εκείνους που ασχολούνται καθημερινά με την λειτουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα και προσέφεραν σημαντικές πληροφορίες για την ερμηνεία και λειτουργία του συστήματος ως προς την καθημερινή εξυπηρέτηση των ασθενών αλλά και την διαχείριση και διοίκηση του διοικητικού, νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού .

Τέλος, θα ήθελα να πω ότι είμαι ευγνώμων στο προσωπικό των διαφόρων οργανισμών που ασχολούνται με αυτού του είδους την θεματολογία, για την απεριόριστη παροχή πληροφοριών σχετικά με τις μορφές και τρόπους λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα και τα προβλήματα τα οποία εντοπίζονται στη λειτουργία του τα τελευταία 10 χρόνια.

## Περίληψη

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί μια αφορμή στο να θιχθούν τα προβλήματα που μαστίζουν έναν τόσο σοβαρό κλάδο για την κοινωνία όπως αυτός της υγείας. Θα αναλυθεί ότι συμβαίνει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας την τελευταία δεκαετία. Αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα προβλήματα που θα παρατεθούν δημιουργήθηκαν σε αυτό το διάστημα. Το Ε.Σ.Υ. όχι απλά δεν εξελίσσεται αλλά αυτό που ήδη υπάρχει «αργοπεθαίνει». Αυτό το γεγονός θα ερευνηθεί και στο τέλος θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα, πάντα βέβαια με την βοήθεια σχετικών βιβλίων, μελετών, ερευνών και ανθρώπων του χώρου.

Η έρευνα ξεκινάει με μια σύντομη αναδρομή του Ε.Σ.Υ. σε ότι αφορά την δημιουργία του και συνεχίζεται με την παράθεση της ελληνικής πραγματικότητας του σήμερα, ξεχωρίζοντας κατά περίπτωση, τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα υγείας. Στη συνέχεια αναφέρεται στην διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στο Ε.Σ.Υ. στο πως δηλαδή πρέπει να γίνεται η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού που επιλέγεται να στελεχώσει τις μονάδες υγείας, πως αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τις γνώσεις και πόσο αυτό το γεγονός θα τους βοηθήσει μετέπειτα στην εργασία τους αλλά και στην συνεργασία τους με τους συναδέλφους τους.

Στην εξέλιξη της εργασίας, παραθέτονται τα πολλαπλά προβλήματα του Ε.Σ.Υ. αλλά και τρόποι αντιμετώπισης τους. Μια γεύση των όσων προβλημάτων καταγράφηκαν είναι τα προβλήματα στο σχεδιασμό και διοίκησης - διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, προβλήματα στη διοίκηση του ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού καθώς επίσης και τα προβλήματα στη διοίκηση του νοσηλευτικού δυναμικού όπως και αυτό της εξουθένωσης του νοσηλευτικού και

τεχνικού δυναμικού στο Ε.Σ.Υ. Ολοκληρώνοντας, παρατίθεται ένα ολόκληρο κεφάλαιο με συγκεντρωτικά στοιχεία σχετικά με την διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού στο Δημόσιο Τομέα Υγείας όπως τον αριθμό εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ., την ηλικία των εργαζομένων που απασχολούνται στον συγκεκριμένο κλάδο καθώς και τις επιχειρησιακές προκλήσεις για τις μονάδες υγείας που σχετίζονται με το Ε.Σ.Υ. πάντα αναφερόμενη στη τελευταία δεκαετία όπως επίσης και τις ατομικές προκλήσεις των εργαζομένων.



## Πρόλογος

Το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (Ε.Σ.Υ.) της χώρας μας, έχει επικριθεί πολλές φορές από τους ειδικούς για την αδυναμία που εμφανίζει και η οποία έχει οδηγήσει τους Έλληνες στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών τους για τον τομέα της υγείας τα τελευταία 10 χρόνια. Κάτι τέτοιο συμβαίνει βέβαια για πολλούς και διαφόρους λόγους, κυρίως όμως λόγω της αδυναμίας όλων των κυβερνήσεων να εφαρμόσουν σε αυτό το σύστημα μια στρατηγική για σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης προς τους Έλληνες πολίτες και ασθενείς, η οποία θα συντελούσε αποτελεσματικά στην περικοπή αυτών των ιδιωτικών δαπανών<sup>1</sup>. Το αποτέλεσμα όμως αυτό έχει επίσης οδηγήσει και στην ανεπάρκεια της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα καθώς και σε αύξηση των παραγόντων, που με την σειρά τους έχουν συντελέσει σε μια σημαντική μείωση ιατροφαρμακευτικών μονάδων περίθαλψης και κατάλληλου για την στελέχωση των μονάδων αυτών προσωπικού.

Διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως τα χρηματικά ποσά τα οποία ξοδεύουν οι πολίτες για την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή τους περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα, είναι υπέρογκα. Έως σήμερα δεν έχει υπάρξει μια αποτελεσματική διοίκηση και αναπτυξιακή πολιτική στον τομέα της πολιτικής υγείας, η οποία θα προστατέψει και θα αποθαρρύνει τους Έλληνες από αυτές τις δαπάνες<sup>2</sup>. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αυτές τις δαπάνες, θεωρείται η αδυναμία που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ. και οι υπεύθυνοι σε αυτό, να διαχειριστούν αποτελεσματικά το ανθρώπινο δυναμικό που βρίσκεται

---

<sup>1</sup> Εφημερίδα (2005), "Το παρών της Κυριακής", Έκδοση 10 Μαρτίου

<sup>2</sup> Εφημερίδα (2005), "Το παρών της Κυριακής", Έκδοση 10 Μαρτίου

στην διάθεση τους και σχετίζεται με ιατρούς αλλά και άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό<sup>3</sup>.

### Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η συλλογή και συγγραφή γεγονότων και προβλημάτων που σχετίζονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και πιο συγκεκριμένα με αυτά που αφορούν την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού – ιατρικού και διοικητικού. Επίσης στόχο της εργασίας αποτελεί η καταγραφή των προβλημάτων αλλά και συγκεκριμένων προοπτικών που εντοπίζονται τα τελευταία 10 χρόνια λειτουργίας του. Η τελευταία δεκαετία εστιάζεται σαν οριοθέτηση της εργασίας.

Επιπλέον ερωτήματα που διατυπώνονται μέσα από την εργασία είναι τα ακόλουθα :

- *Ποια η κατάσταση που παρατηρείται στο Ε.Σ.Υ. από την αρχή ιδρύσεως του έως και σήμερα*
- *Πως το Ε.Σ.Υ. προσλαμβάνει και διαχειρίζεται το εξειδικευμένο ιατρικό και διοικητικό προσωπικό που χρειάζεται τα τελευταία δέκα χρόνια λειτουργίας*
- *Ποια τα προβλήματα που εντοπίζονται στην λειτουργία του αυτά τα χρόνια και ποιες οι λύσεις που προβάλλονται*
- *Ποιες οι προοπτικές του Ε.Σ.Υ. εντός της ελληνικής πραγματικότητας αναφορικά με την διατήρησή του και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των Ελλήνων πολιτών προς αυτό.*

---

<sup>3</sup> Εφημερίδα, (2005), "Το παρών της Κυριακής", Έκδοση 10 Μαρτίου

Η εργασία συμπεραίνει ότι το Ε.Σ.Υ. χρειάζεται μια άμεση και εφ' όλης της ύλης εξυγίανση προκειμένου να ανακτήσει εκ νέου την εμπιστοσύνη των Ελλήνων πολιτών και οι ίδιοι να εμπιστευθούν την υγεία τους στους πραγματικά καταξιωμένους ιατρούς που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και ιατρεία.

Η εργασία είναι διαμορφωμένη σε πέντε κεφάλαια που αφορούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την ελληνική πραγματικότητα, την διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στο ΕΣΥ, τα προβλήματα στη λειτουργία και τους τρόπους αντιμετώπισής τους, τους τρόπους διοίκησης ιατρικού, νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού στο Ε.Σ.Υ. τα τελευταία δέκα χρόνια.

## Εισαγωγή

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ξεκίνησε να λειτουργεί στην Ελλάδα το 1984 και είχε ως άμεσο στόχο την απαλλαγή των Ελλήνων από την ανησυχία και το άγχος σχετικά με την ιατρική τους περίθαλψη. Έως εκείνη την εποχή, το σύστημα υγείας είχε αφεθεί στα χέρια των λίγων και ουσιαστικά άφηνε τα διάφορα νοσοκομεία χωρίς τον αναγκαίο νοσοκομειακό εξοπλισμό, ιατρούς, υπαλλήλους και φυσικά χωρίς ασθενείς σε αυτά. Η σκέψη καθώς και ο αρχικός σχεδιασμός ήταν πολύ καλά στοιχεία για εκείνη τη δεκαετία του 1980. Μέσω του συγκεκριμένου συστήματος, δόθηκε η ευκαιρία για την καθιέρωση του ιατρικού μισθολογίου το οποίο εξασφάλιζε εργασιακά τους γιατρούς στα διάφορα νοσοκομεία της Ελληνικής επικράτειας. Βέβαια η όλη αυτή διαδικασία κράτησε περίπου τέσσερα χρόνια, τα χρηματικά όμως ποσά τα οποία δαπανήθηκαν για τον εξοπλισμό και την επάνδρωση των νοσοκομείων ήταν υπέρογκα.

Η αρχική δυναμική παρουσία του Ε.Σ.Υ. είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της εμπιστοσύνης του Έλληνα πολίτη στα δημόσια νοσοκομεία και πολλοί ήταν οι ασθενείς οι οποίοι προσέφευγαν στα εξωτερικά ιατρεία για οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετώπιζαν. Μετά όμως την έλευση των πρώτων τεσσάρων χρόνων, άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα προβλήματα<sup>4</sup>. Το γεγονός αυτό οφειλόταν στην αύξηση του ιατρικού δυναμικού της χώρας, στις αυξανόμενες απαιτήσεις του Έλληνα ασθενή, στην παλαίωση του ιατρικού εξοπλισμού του

---

<sup>4</sup> Γκουλιαβουδη, Αν., (2006), "Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής", Αθήνα

συγκεκριμένου συστήματος καθώς και στο δημόσιο χαρακτήρα που άρχισε να αποκτά το σύστημα αυτό.

Όλα αυτά οδηγούν στην έλευση της δεκαετίας του 2000 όπου και έως τις μέρες μας, ο Έλληνας ασθενής να μην επισκέπτεται τα δημόσια ιατρεία, πάντα όμως πρέπει να έχει αρκετά χρήματα στην τσέπη του για κάθε ιατρική υπηρεσία που θα του προσφερθεί. Επιπλέον πολλοί είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν με δυσπιστία το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καταφεύγοντας πλέον σε ιδιωτικούς ιατρούς και κλινικές προκειμένου να είναι σίγουροι και να νιώθουν ασφαλείς για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

Βέβαια σπουδαίο ρόλο στην δημιουργία αυτών των ανταγωνιστικών υπηρεσιών συντέλεσαν και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, καθώς και το ευρύτερο πολιτισμικό και κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον το οποίο επέφερε σημαντική αύξηση στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα παράγοντες όπως η εκπαίδευση, οι οικογενειακές δομές και το επάγγελμα να θεωρούνται καθοριστικοί για την ζήτηση των υπηρεσιών αυτών.

# 1. Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα

## 1.1 Ιστορική Αναδρομή στη Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας το οποίο ουσιαστικά πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα το 1980 και ξεκίνησε την λειτουργία του το 1984, έχει επικριθεί πολλές φορές από τους ειδικούς για την αδυναμία που εμφανίζει στις μέρες μας. Κάτι τέτοιο συμβαίνει βέβαια για πολλούς και διαφόρους λόγους, κυρίως όμως λόγω της αδυναμίας όλων των κυβερνήσεων να εφαρμόσουν σε αυτό μια καλύτερης μορφής στρατηγική για σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης προς τους Έλληνες πολίτες και ασθενείς.

Οι διάφορες αναβαθμίσεις όμως σε αυτό κατά την διάρκεια των τελευταίων 25 - 30 ετών περίπου, θεωρείται ότι έχουν επιφέρει και ορισμένες σημαντικές μεταρρυθμίσεις εκσυγχρονισμού και βελτίωσης του συστήματος αυτού<sup>5</sup>. Οι αναβαθμίσεις είχαν ως στόχο, την κάλυψη στο μεγαλύτερο ποσοστό της έλλειψης οργάνωσης αλλά και στελέχωσης των νοσοκομειακών μονάδων τόσο στις μεγάλες πόλεις όσο και στην περιφέρεια και κυρίως την έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού και η οποία δημιουργήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Επιπλέον οι αναβαθμίσεις αυτές είχαν ως επιπλέον σκοπό, την μείωση των ιδιωτικών άμεσων δαπανών στην ιατρική περίθαλψη. Δαπάνες που προέρχονται

---

<sup>5</sup> Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), "Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής", Αθήνα

από λανθασμένη και μη ουσιαστική αξιολόγηση του ίδιου του συστήματος αλλά και των ιατρών που το απαρτίζουν. Όμως παρά το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη προσφορά ιατρών, δεν έχει υπάρξει κάποια μεγάλη ανανέωση στο ιατρικό προσωπικό και στην παροχή νέου εξοπλισμού. Φυσικά σε αυτήν την κατάσταση, σημαντικό ρόλο έχει διαδραματίσει και η αδράνεια του πολιτικού συστήματος καθώς και οι υπεύθυνοι για το Εθνικό Σύστημα Υγείας οι οποίοι υποκύπτουν σε πολιτικές σκοπιμότητες και παιχνίδια εξουσίας αγνοώντας ουσιαστικά το δικαίωμα της δωρεάν ιατρικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών, οδηγώντας αυτούς σε δαπάνες για ιδιωτική περίθαλψη<sup>6</sup>.

## 1.2 Το Ε.Σ.Υ. σήμερα

Αποτελεί πλέον πραγματικότητα στην χώρα μας, ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας απειλείται με παύση της λειτουργίας του λόγω της υποχρηματοδότησης που το διακρίνει. Από το έτος 1990 έως και το 2004 έχει εντοπιστεί ότι οι πολίτες παρουσίαζαν μια σταθερότητα στις Ιατρικές Δαπάνες, ενώ από το 2005 και έως τα τέλη του 2007 σημειώνεται μείωση της τάξης του 10%. Ωστόσο, Θα πρέπει να αναφέρουμε πως οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας εμφανίζουν μια σημαντική αύξηση τις δύο τελευταίες δεκαετίες αφού το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 9% από το 1984 έως και το έτος 1994 και 16% έως το έτος 1995 έως και το έτος 2004, και το 2007 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έφτασαν στο ποσοστό του 43%, με τις ιδιωτικές δαπάνες να αγγίζουν το 57%<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Νιάκας, Δ., (2000), "Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα", Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα

<sup>7</sup> C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, "Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007", 2007

Είναι επίσης αδιαμφισβήτητο πως οι Έλληνες έχουν επιβαρυνθεί με πάμπολλες δαπάνες για την ιδιωτική τους περίθαλψη σε μηνιαία βάση. Για το συγκεκριμένο γεγονός αλλά και την έκταση των ιδιωτικών δαπανών για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, είναι πολλοί εκείνοι που το επικρίνουν και μάλιστα τοποθετούνται ανάλογα. Στις μέρες μας δεν υπάρχει πολιτική βούληση για την εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της αντίστοιχης πρωτοβάθμιας φροντίδας<sup>8</sup>. Είναι τρομερό το γεγονός ότι σχεδόν όλοι οι Έλληνες γεννιούνται σε ιδιωτικά νοσοκομεία και το Ε.Σ.Υ. συνεχώς συρρικνώνεται. Οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν ξεπεράσει πολύ εδώ και καιρό τις δημόσιες και η φροντίδα σχετικά με την πρωτοβάθμια υγεία δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει ο αριθμός των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

### **1.3 Αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας λόγω της κακής διαχείρισης του Ε.Σ.Υ.**

Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι όλα αυτά τα χρόνια παρουσίας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα, έχει υπάρξει μια σημαντική ανάπτυξη των ιδιωτικών μονάδων υγείας και ιδιαίτερα των μεγάλων ιδιωτικών μαιευτηρίων στα οποία έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση μιας ολιγοπωλιακής κατάστασης αλλά και μια σημαντική επενδυτική κίνηση από μέρους φορέων ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου<sup>9</sup>. Ο κυριότερος ίσως λόγος για την εμφάνιση αυτής της κατάστασης

---

<sup>8</sup> *Hellastat, 2008, "Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα"*

<sup>9</sup> *C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, "Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007"*



που έχει δημιουργηθεί μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θεωρείται η παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών με την λειτουργία εξειδικευμένων εργαστηριακών τμημάτων και κατάλληλων μηχανημάτων μέσω της επιδότησης του κράτους. Χαρακτηριστικό επίσης είναι και το φαινόμενο της μονοπωλιακής τάσης της ιδιωτικής νοσηλευτικής αγοράς, όπου μικρότερες επιχειρήσεις στον τομέα αυτό εξαγοράζονται από μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες με σκοπό την επένδυση και τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.

Προσπαθώντας λοιπόν κάποιος να συνοψίσει τα γεγονότα αυτά και τα οποία έχουν άμεση συνάρτηση με την λειτουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα και τον εκσυγχρονισμό στις διάφορες δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες αλλά και τον βαθμό των ιδιωτικών δαπανών στον τομέα της υγείας, θα έλεγε ότι υπάρχει μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι έχουν επιδράσει καταλυτικά και έχουν δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για προκλητή ζήτηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από μέρους των ασθενών και συνεπώς της δημιουργίας σημαντικών αλλαγών στο σύστημα αυτό.

Βέβαια στον βαθμό που η ζήτηση για την κατανάλωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται να είναι θετικά συσχετισμένη με την προσφορά και τον τρόπο διάρθρωσης των ιατρικών υπηρεσιών στην υγεία όπως π.χ. κατανομή φορέων Ε.Σ.Υ. και υπηρεσιών ανά επίπεδο ή γεωγραφική κατανομή, τότε αιτιολογείται σε μεγάλο βαθμό η φθίνουσα πορεία που παρουσιάζουν οι δαπάνες για δημόσια πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω του Ε.Σ.Υ.– από 63,88% επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας το έτος 2002 και 67,12% για το έτος 2006. Επιπλέον η σταδιακή και διαχρονική μείωση των δαπανών των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη από

19,32% επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας το έτος 2002 σε 15,18% για το έτος 2006.

#### **1.4 Η Ελλάδα στην πρώτη θέση στην κατανάλωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας**

Προκειμένου να διαπιστώσει κανείς τους τομείς λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. και οι οποίοι σχετίζονται με την θεσμοθέτηση του συστήματος, τις βασικές αρχές του, τον προσανατολισμό και την επίτευξη των στόχων του, θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη τη μορφή που έχει στην χώρα μας η ιδιωτική δαπάνη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Για την έκταση αυτή ευθύνεται η πολιτική ανεπάρκεια η οποία φαίνεται καθαρά στους διορισμούς των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων στα νοσοκομεία και η οποία αποτελεί βασικό τομέα λειτουργίας του συστήματος και ο οποίος χρήζει περαιτέρω βελτίωσης. Θεωρείται επίσης αδιαμφισβήτητο γεγονός πως οι διάφοροι πολιτικοί άρχοντες μη μπορώντας να αντισταθούν στα κομματικά συμφέροντα, έχουν παραγκωνίσει σημαντικά τα ιατρικά και επιστημονικά κριτήρια. Ο διορισμός ικανών διευθυντών και αξιοκρατικών επιστημόνων δεν υπάρχει και τα νοσοκομεία και τα δημόσια ιατρεία είναι αιχμάλωτα στα διάφορα κομματικά προτεκτοράτα<sup>10</sup>.

Στις μέρες μας οι δημόσιοι ιατροί στα ιατρεία αυτά και που για τα οποία οι εργαζόμενοι καταβάλουν κάθε μήνα μεγάλο μέρος του μισθού τους, δεν δέχονται κανέναν έλεγχο και φυσικά δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη των ιατρείων αυτών. Είναι επίσης πραγματικότητα ότι ο ιατρικός σύλλογος της χώρας δεν επιτρέπεται

---

<sup>10</sup> Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), "Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής", Αθήνα

να συμμετάσχει στην εξυγίανση των δημόσιων ιατρείων και να εκφράσει ελεύθερα και δυναμικά την άποψη του.

Σε γενικές βάσεις λοιπόν κάθε προσπάθεια η οποία γίνεται για καλύτερα δημόσια ιατρεία και μείωση των δαπανών για ιδιωτική ιατρική περίθαλψη, πέφτει στο κενό ή εκμηδενίζεται. Το γεγονός αυτό δείχνει ξεκάθαρα την κατάσταση που επικρατεί στην χώρα και σχετικά με τους τομείς που χρειάζονται επιπλέον εξυγίανση και εκσυγχρονισμό στο σύστημα υγείας αλλά και γιατί κάθε χρόνο δαπανώνται τόσα μεγάλα ποσά στην ιδιωτική περίθαλψη.

Δεν έχει διαπιστωθεί όμως να υπάρχει θέληση για δημιουργία νέων τάσεων και όλοι έχουν πλέον πιστέψει πως μιλάμε για ένα σύστημα που ναι μεν έχουν επιτευχθεί κάποιες μεταρρυθμίσεις ως προς την διοίκηση και λειτουργία των δημοσίων ιατρείων αλλά ακόμα υπάρχει αρκετός χώρος για ανάπτυξη νέων δυναμικών και διακρίσεων. Για να επιτευχθεί όμως ο σκοπός αυτός θα πρέπει να υπάρχουν επιπλέον οι καταστάσεις εκείνες αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό που θα το κάνουν να ξεχωρίσει και θα πείσουν τους Έλληνες ασθενείς ότι μπορούν να νιώθουν απόλυτη σιγουριά και ασφάλεια σε αυτό το Εθνικό Σύστημα Υγείας<sup>11</sup>.

Οι αιτίες οι οποίες συντέλεσαν σε αυτό το γεγονός είναι πολλές και ποικίλες και δεν εντοπίζονται μόνο σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα ή δυσλειτουργία του συστήματος υγείας.

Γενικότερα και σχετικά με την συμπεριφορά της Ελληνικής οικογένειας προς την κατανάλωση των ιδιωτικών υπηρεσιών παροχής υγείας για το χρονικό διάστημα

---

<sup>11</sup> Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), "Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής", Αθήνα

μεταξύ 1984 και 2004, παρατίθεται και ο πίνακας 1, ο οποίος δείχνει πως η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση ιδιωτικών δαπανών υγείας και με μεγάλα ποσοστά σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

**Πίνακας 1: Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την Περίοδο 1984 έως 2004**

<u>Χώρα</u>	<u>Ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών</u>
Ελλάδα	57%
Βέλγιο	28%
Ισπανία	28%
Ολλανδία	28%
Πολωνία	27%
Πορτογαλία	26%
Ουγγαρία	25%
Σλοβακία	23%
Αυστρία	22%
Γερμανία	22%
Ιταλία	21%
Ιρλανδία	20%
Φινλανδία	20%
Γαλλία	19%
Δανία	16%

<i>Σουηδία</i>	<i>15%</i>
<i>Ηνωμένο Βασίλειο</i>	<i>13%</i>
<i>Τσεχία</i>	<i>11%</i>
<i>Λουξεμβούργο</i>	<i>8%</i>

Πηγή: ίδια έρευνα

### **1.5 Οι Προσπάθειες Βελτίωσης των Συνθηκών Παροχής Φροντίδας στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Φορέα**

Σε όλη αυτήν την δημιουργία τάσης για εκσυγχρονισμό και επιβολή μεταρρυθμίσεων στο Ε.Σ.Υ. και παράλληλη μείωση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι οποίες εμφανίζονται στην χώρα μας, μπορεί επίσης κανείς να επισημάνει ότι συνέβαλαν ο εκσυγχρονισμός των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων πολιτών. Η εισαγωγή κάποιων νέων επιστημονικών και ιατρικών μεθόδων από μέρους των αρμοδίων του Ε.Σ.Υ, συνέβαλε ουσιαστικά και αποτελεσματικά στην ολοένα και αυξανόμενη εμπιστοσύνη των πολιτών για δημόσια περίθαλψη. Μέθοδοι οι οποίες εφαρμόστηκαν στην χειρουργική, διάγνωση διαφόρων ασθενειών καθώς και καλύτερες περιθάλψεις και φροντίδες ασθενών, είναι χαρακτηριστικά του εκσυγχρονισμού και της βελτίωσης του συστήματος.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι είναι πολλοί οι άνθρωποι που με δική τους πρωτοβουλία έχουν επενδύσει μεγάλα χρηματικά ποσά σε κατασκευή πολυτελών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων τα οποία και προσφέρονται για την εξυπηρέτηση των πολιτών, ως δωρεά στο κράτος. Αυτό που διευκρινίζεται στο σημείο αυτό είναι ότι η άνεση και η πολυτέλεια προς τον

ασθενή δεν είναι προνόμιο μόνο των ιδιωτικών μονάδων υγείας ούτε πρέπει να είναι έννοιες συνυφασμένες μόνο τον ιδιωτικό φορέα. Το κατεστημένο πλέον στην Ελλάδα όπου ο ασθενής πιστεύει ότι θα πρέπει να πληρώσει για να του παρασχεθεί μια σωστή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και να επιστρέψει υγιής σπίτι του, έχει αρχίσει να περνά σε δεύτερη μοίρα και σκέψη<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Hellastat, 2008, "Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα"

## 2. Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Προβλήματα στην Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων

### 2.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων

Η διοίκηση ανθρώπινων πόρων είναι ουσιαστικά η στρατολόγηση, η επιλογή, η ανάπτυξη, η αξιοποίηση και η προσαρμογή των ανθρώπινων πόρων στους οργανισμούς. Οι ανθρώπινοι πόροι ενός οργανισμού αποτελούνται από όλα τα άτομα τα οποία απασχολούνται σε οποιαδήποτε από τις δραστηριότητές του.

Στις μέρες μας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο διοίκησης των ανθρώπινων πόρων σε έναν οργανισμό. Η μεγάλη της σημασία στηρίζεται στη διαπίστωση ότι οι εργαζόμενοι σε ένα οργανισμό, επιτρέπουν στη διοίκηση να επιτύχει τους στόχους της και συνεπώς η διοίκηση αυτών των εργαζομένων κατέχει δεσπόζουσα σημασία<sup>13</sup>.

Επιπρόσθετα, η διοίκηση ανθρώπινων πόρων μπορεί να ορισθεί ως ακολούθως :

*"Ως μια σειρά από ρόλους και λειτουργίες, που αναγνωρίζουν τη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα στην εργασία και στοχεύουν στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσω της στρατηγικής ανάπτυξης ενός ικανού και αφοσιωμένου ανθρώπινου δυναμικού και μέσω της χρήσης*

---

<sup>13</sup> William B. Weather, Keith Davis, *Human Resources and Personnel Management*

τεχνικών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού που επηρεάζουν την κουλτούρα και τη δομή ενός οργανισμού, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην εναρμόνισή της με τις γενικές στρατηγικές της και το περιβάλλον”.

Μερικά από τα σημεία στα οποία η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση παρουσιάζονται στη συνέχεια<sup>14</sup>:

1. *Ύπαρξη οράματος ανθρώπινων πόρων που να ταιριάζει με τις στρατηγικές ανάγκες ολόκληρου του οργανισμού.*
2. *Ύπαρξη φιλοσοφίας και αξιών που να ταιριάζουν με εκείνες ολόκληρου του οργανισμού.*
3. *Οργάνωση του τμήματος ανθρώπινων πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε ο οργανισμός να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στους πελάτες και τη μέγιστη κινητοποίηση στο προσωπικό.*
4. *Προληπτική δράση του τμήματος ανθρώπινων πόρων πριν από την εμφάνιση των προβλημάτων και όχι αφού έχει δημιουργηθεί το πρόβλημα.*
5. *Ενεργή συμμετοχή των στελεχών του τμήματος στη λήψη των σοβαρών αποφάσεων που αφορούν το σύνολο του οργανισμού<sup>15</sup>.*

## **2.2 Οι Ρόλοι της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στις Δημόσιες και Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας**

Ο στόχος της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στις δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες υγείας είναι η βελτίωση της παραγωγικής συνεισφοράς των ανθρώπων στον

---

<sup>14</sup> Fisher, Schoenfeldt, Shaw, *Human Resource Management*

<sup>15</sup> Fisher, Schoenfeldt, Shaw, *Human Resource Management*



κάθε οργανισμό ή μονάδα υγείας με τρόπους που είναι στρατηγικά, ηθικά και κοινωνικά αποδεκτά. Οι ανθρώπινοι πόροι καθορίζουν την επιτυχία κάθε μονάδας. Η βελτίωση της ανθρώπινης συνεισφοράς είναι τόσο σημαντική ώστε ακόμα και ο πιο μικρός οργανισμός να χρειάζεται ένα εξειδικευμένο τμήμα προσωπικού. Το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να υποστηρίξει τα στελέχη<sup>16</sup> και τους εργαζόμενους ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι της μονάδας υγείας.

Προκειμένου το τμήμα ανθρωπίνων πόρων να φέρει εις πέρας π.χ. σε ένα νοσοκομείο τις διάφορες δραστηριότητες πρέπει αναμφίβολα να έχει στόχους. Οι στόχοι του τμήματος των ανθρωπίνων πόρων, εξισορροπούν τις προκλήσεις τόσο για την μονάδα υγείας όσο για την λειτουργία των ανθρωπίνων πόρων, την κοινωνία και τους εργαζομένους και φυσικά για τους νοσηλευτές και το αντίστοιχο επίπεδο άγχους και αυτοεκτίμησης που πρέπει να επιδεικνύουν.

Επιπροσθέτως, οι στόχοι των ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας μπορούν να καταταχθούν σε τέσσερις κατηγορίες:

**Οργανωτικοί στόχοι.** Το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να συνεισφέρει στην επιχειρησιακή επίδοση. Με άλλα λόγια το τμήμα προσωπικού υφίσταται για να βοηθήσει τα στελέχη να επιτυγχάνουν τους στόχους του οργανισμού. Όπως έχει διατυπωθεί, το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να υπηρετεί την ιατρική μέριμνα.

**Λειτουργικοί στόχοι.** Η συνεισφορά του τμήματος προσωπικού πρέπει να διατηρείται στο κατάλληλο επίπεδο ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του

---

<sup>16</sup> Χυτήρης Σ. Λεωνίδα (2001), *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*

οργανισμού. Οι πόροι σπαταλούνται όταν το τμήμα προσωπικού είναι περισσότερο ή λιγότερο οργανωμένο από ότι χρειάζεται με βάση τις ανάγκες του.

**Κοινωνικοί στόχοι.** Το τμήμα προσωπικού πρέπει να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές και ηθικές προκλήσεις της κοινωνίας μειώνοντας φυσικά τις αρνητικές συνέπειες του.

**Προσωπικοί στόχοι.** Το τμήμα προσωπικού πρέπει να υποστηρίζει τους εργαζόμενους να επιτυγχάνουν τους προσωπικούς τους στόχους, από τη στιγμή βέβαια που οι προσωπικοί αυτοί στόχοι αυξάνουν τη συνεισφορά του εργαζόμενου στην υγειονομική μονάδα. Οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων, πρέπει να επιτυγχάνονται καθώς με τον τρόπο αυτό κινητοποιούνται οι εργαζόμενοι και αποκτούν κίνητρο για να προσπαθούν περισσότερο.

### **2.3 Η Προσέλκυση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας**

Χωρίς καμία αμφιβολία, η προσέλκυση και η τοποθέτηση ανθρώπων και νοσηλευτών σε θέσεις εργασίας που είναι οι πλέον κατάλληλες για τις ικανότητες και τα προσόντα τους, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες του τμήματος της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων.

Οι βασικές λειτουργίες του τμήματος διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας, δημόσιες ή ιδιωτικές, είναι οι εξής ακόλουθες :

1. Η προσέλκυση των ανθρωπίνων πόρων στις διαθέσιμες θέσεις εργασίας που ένας οργανισμός διαθέτει
2. Η επιλογή στη συνέχεια του κατάλληλου προσωπικού και νοσηλευτών

3. Η εκπαίδευση του προσωπικού και των νοσηλευτών που έχουν επιλεγθεί
4. Η αξιολόγηση της απόδοσης των ανθρωπίνων πόρων –νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στην συγκεκριμένη μονάδα για την οποία έχουν προσληφθεί.

Η διαδικασία κατά την οποία οι οργανισμοί προσελκύουν τα κατάλληλα άτομα –νοσηλευτές στις κενές θέσεις εργασίας ορίζεται ως στρατολόγηση. Δηλαδή, υπάρχει, η διαρκής ανάγκη να προσλαμβάνουν νέους εργαζόμενους νοσηλευτές ώστε να αντικαθιστούν αυτούς που αποχωρούν είτε επειδή φεύγουν είτε επειδή προάγονται. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η διαδικασία της προσέλκυσης τόσο από την πλευρά του οργανισμού όσο και από την πλευρά του υποψήφιου νοσηλευτή.

#### **2.4 Αξιολόγηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας**

Η Αξιολόγηση Απόδοσης Ανθρώπινων Πόρων στις μονάδες υγείας είναι μια συστηματική εκτίμηση, η οποία προέρχεται από τον άμεσα ιεραρχικά προϊστάμενο και αναφέρεται στην εκτέλεση της εργασίας από τον εργαζόμενο, καθώς επίσης και στις δυνατότητες του για προοπτική και εξέλιξη. Ουσιαστικά, αποτελεί μια διαδικασία διαπίστωσης, αλλά και καταγραφής της απόδοσης του εργαζομένου για το παρόν και το μέλλον. Επομένως, η αξιολόγηση προσωπικού είναι η διαδικασία διαπιστώσεως και καταγραφής της αποδόσεως ή επιδόσεως και των προσόντων του εργαζομένου σε σχέση με

τις απαιτήσεις της θέσεως εργασίας, για την οποία προορίζεται και στην οποία απασχολείται<sup>17</sup>.

Για να είναι αποτελεσματική η προσπάθεια αξιολόγησης της απόδοσης στις μονάδες υγείας, οφείλει να διέπεται από τις παρακάτω τέσσερις βασικές αρχές<sup>18</sup>:

1. Το πρόγραμμα είναι ευθύνη και καθοδηγείται από στελέχη γραμμής και όχι από το τμήμα ανθρώπινων πόρων.
2. Δίνεται έμφαση σε κοινούς εταιρικούς στόχους και αξίες.
3. Αναπτύσσεται ειδικά και ξεχωριστά για κάθε οργανισμό.
4. Εφαρμόζεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα και σε όλους τους εργαζομένους.

Κατά συνέπεια, η διαδικασία αξιολόγησης σχεδιάζεται με τρόπο ώστε να εκτιμηθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες των εργαζομένων, να συμφωνηθούν οι στόχοι και οι προσδοκίες και να αναγνωριστούν οι μελλοντικές ανάγκες εκπαίδευσης και ανάπτυξης.

---

<sup>17</sup> Σκούλας Νίκος, *Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*

<sup>18</sup> Χυτήρης Σ. Λεωνίδας (2001), *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*

**Πίνακας 2: Διαδικασία Προσέλκυσης Στελεχών και Νοσηλευτών στα Νοσοκομεία**

<b>Οργανισμός</b>	<b>Υποψήφιος</b>
Ύπαρξη κενής ή νέας θέσης	Επιλογή επαγγέλματος και εκπαίδευση
Διεξαγωγή ανάλυσης της θέσης εργασίας και προσπάθεια προγραμματισμού της προσέλκυσης	Απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας
Χρήση εξωτερικών και εσωτερικών μεθόδων προσέλκυσης	Αναζήτηση επαγγελματικών διεξόδων
Αξιολόγηση υποψηφίων μέσω της διαδικασίας επιλογής	Αίτηση για εργασία
Εντυπωσιασμός υποψηφίων	Εντυπωσιασμός της εταιρίας κατά τη διαδικασία επιλογής
Διεξαγωγή προσφοράς	Αξιολόγηση θέσης εργασίας & της επιχείρησης
	Αποδοχή ή απόρριψη της θέσης εργασίας

**Πηγή: ίδια έρευνα**

Ο παραπάνω πίνακας έχει εφαρμογή κυρίως στις ιδιωτικές μονάδες υγείας, όπου τα κριτήρια επιλογής προσωπικού είναι πιο αυστηρά, οι απαιτήσεις από τους εργαζόμενους περισσότερες και η διαδικασία πρόσληψης προσωπικού πιο πολύπλοκη σε σχέση πάντα με τον δημόσιο τομέα.

Προκειμένου να υπάρξει μια επιτυχημένη στρατολόγηση θα πρέπει να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα όπως: ποια είναι τα κατώτερα προσόντα και οι απαιτήσεις κάθε εργασίας, αν υπάρχουν προαγωγές που θα πραγματοποιηθούν από το εσωτερικό της επιχείρησης ή θα προσληφθούν άτομα εκτός αυτής και εάν έχουν ενημερωθεί όλοι οι εργαζόμενοι που θα επηρεαστούν από την πρόσληψη για τη συγκεκριμένη διαδικασία.

## **2.5 Επιλογή των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας**

Το επόμενο στάδιο μετά την προσέλκυση ανθρωπίνων πόρων είναι η επιλογή τους. Σκοπός της επιλογής είναι η απομόνωση από μια ομάδα υποψηφίων των πιο ικανών και κατάλληλων για μια συγκεκριμένη θέση εργασίας και η πρόσληψή τους. Ιδανικά οι άνθρωποι που προσλαμβάνονται έχουν καλύτερη απόδοση από αυτούς που απορρίπτονται. Προκειμένου να γίνει σωστή επιλογή υποψηφίων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης των εργαζομένων. Η επιλογή του προσωπικού που θα επανδρώσει μια μονάδα υγείας αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές δραστηριότητες για τον οργανισμό καθώς η επιλογή του έμψυχου υλικού αποτελεί έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν το μέλλον της ίδιας της μονάδας.

Επιπλέον μια σωστά σχεδιασμένη προσέλκυση προσωπικού περιλαμβάνει τα εξής<sup>19</sup>:

- *Γνώση του ανθρώπινου δυναμικού που είναι αναγκαίο.*
- *Γνώση της εξέλιξης των προαγωγών.*

---

<sup>19</sup> Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Αθήνα

- *Πρόβλεψη των μελλοντικών αλλαγών βάσει της πείρας του παρελθόντος και της αυξανόμενης προσδοκίας για το μέλλον.*
- *Γνώση του τύπου του ανθρώπου που φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο για τη συγκεκριμένη θέση που αναζητείται.*

Επειδή το έργο της επιλογής προσωπικού αποτελεί αντικείμενο δεσπόζουσας σημασίας για τη λειτουργία του οργανισμού, -και οργανισμοί συχνά διαφέρουν στην πολυπλοκότητα των συστημάτων τα οποία επιλέγουν, θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένα άτομα με τη δέουσα προσοχή, καθώς είναι συχνά εύκολο να οδηγήσει την μονάδα υγείας σε επιζήμια αποτελέσματα (αποζημιώσεις ασθενών λόγω ιατρικού λάθους ή ακόμη και απώλεια της ζωής ενός ασθενούς).

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες κοινωνιολόγων, οι μονάδες υγείας θα πρέπει να απασχολούν εργαζόμενους και νοσηλευτές που να διαθέτουν τόσο τα κατάλληλα προσόντα, όσο και την απαιτούμενη κινητοποίηση, ώστε να εκτελούν σωστά τους ρόλους τους. Ανάλογοι εργαζόμενοι υπάρχουν είτε σαν αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης διαδικασίας επιλογής, είτε δημιουργούνται στη συνέχεια με συνεχόμενα προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Η δεύτερη περίπτωση είναι πολύ δαπανηρή για τον οργανισμό, με αποτέλεσμα να δίνεται όλο το βάρος στην προσεκτική επιλογή καθώς με μια δαπανηρή και αποτελεσματική διαδικασία επιλογής είναι βέβαιο ότι το κόστος της εκπαίδευσης θα είναι μειωμένο.

## 2.6 Εκπαίδευση και Ανάπτυξη των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας

Η εκπαίδευση ανθρωπίνων πόρων αποτελεί μια οργανωμένη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι αποκτούν γνώσεις και ικανότητες για έναν ορισμένο σκοπό. Ο αντικειμενικός σκοπός της εκπαίδευσης είναι η μεταβολή στη συμπεριφορά των εκπαιδευόμενων, με τέτοιον τρόπο που θα οδηγήσει στην απόκτηση νέων ικανοτήτων χειρισμού, τεχνικών και διοικητικών γνώσεων, όπως επίσης και στην ικανότητα από την πλευρά των εργαζομένων επίλυσης των προβλημάτων που παρουσιάζονται με τρόπο αποτελεσματικό<sup>20</sup>.

Αρμοδιότητα των ατόμων που εργάζονται στο τμήμα ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας, αποτελεί και ο καθορισμός των αναγκών στην εκπαίδευση. Επίσης ασχολούνται με την σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης σε συνεργασία με διάφορα στελέχη, τη συλλογή και προετοιμασία υλικού εκπαίδευσης, την εκπαίδευση στελεχών και διδασκόντων μέσα στον οργανισμό για να αποκτήσουν ικανότητα στη διδασκαλία καθώς και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προσπαθειών για εκπαίδευση.

Η εκπαίδευση αναμφίβολα αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές λειτουργίες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων. Με την εκπαίδευση αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η παραγωγικότητα των εργαζομένων και συνεπώς αυξάνεται και η επίδοση του όλου παραγωγικού συστήματος. Επιπλέον η παροχή ευκαιριών για διεύρυνση της προσωπικότητας, η προσαρμογή στην εργασία και η έμφαση στις ηγετικές ικανότητες των ατόμων τα οποία έχουν διοικητικά καθήκοντα ορίζεται ως ανάπτυξη.

---

<sup>20</sup> *Luis R. Gomez-Mejia, Davic B. Balkin, Robert L. Cardy, Managing Human Resources*



Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, τα άτομα τα οποία εργάζονται στο τμήμα ανθρώπινων πόρων στις μονάδες υγείας, συνήθως ασχολούνται με τις ακόλουθες ενέργειες :

1. Καθορισμός των αναγκών για εκπαίδευση. Προγραμματισμός, και ανάθεση ευθυνών.
2. Σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης σε συνεργασία με διάφορα στελέχη.
3. Συλλογή και προετοιμασία υλικού εκπαίδευσης, διαγραμμάτων, εγχειριδίων και οπτικοακουστικών μέσων.
4. Διεύθυνση και διδασκαλία ορισμένων μαθημάτων προσανατολισμού.
5. Εκπαίδευση στελεχών και διδασκόντων μέσα στον οργανισμό για να αποκτήσουν ικανότητα στη διδασκαλία.
6. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προσπαθειών για εκπαίδευση.

### 3. Κεφάλαιο 3ο: Μεθοδολογία της έρευνας - εργασίας

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μεθοδολογία για την πραγματοποίηση της έρευνας και την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Οι άνθρωποι διεξάγουν κάποια έρευνα για να συλλέξουν αποτελέσματα με ένα συστηματικό τρόπο, και επομένως για να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους<sup>21</sup>.

Η μεθοδολογία αποτελείται από τρόπους και μεθόδους παραγωγής και ανάλυσης δεδομένων, έτσι ώστε οι διάφορες θεωρίες να δοκιμαστούν και να γίνουν αποδεκτές είτε να απορριφθούν. Επομένως η μεθοδολογία η οποία χαρακτηρίζεται ως πρωταρχική, σχετίζεται τόσο με την λεπτομερή έρευνα μέσω της οποίας συλλέγονται τα δεδομένα καθώς και με τις πιο γενικές φιλοσοφικές απόψεις. Ο τρόπος που σκεφτόμαστε σχετικά με την ανάπτυξη των γνώσεων μας, επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο διεξάγουμε την έρευνα<sup>22</sup>.

Η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων αποτελούν τα κύρια στοιχεία μιας έρευνας και καταγραφής αυτής, σχετικά με την μελέτη ενός φαινομένου ή γεγονότος όπως και στην συγκεκριμένη περίπτωση<sup>23</sup>. Επιπλέον, οι πληροφορίες και τα δεδομένα αυτά μπορούν να χαρακτηριστούν ως πρωτογενή στοιχεία για την

---

<sup>21</sup> Zikmund W.G., 2000, "Business Research Methods", London: Harcourt college publishers.

<sup>22</sup> Saunders M., Lewis P. and Thornhill A., 2000, "Research Methods For Business Students", London: Prentice Hall

<sup>23</sup> Saunders M., Lewis P. and Thornhill A., 2000, "Research Methods For Business Students", London: Prentice Hall

έρευνα ενός θέματος, αφού παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για αυτή αλλά και τις υποθέσεις που μπορούν να γίνουν.

### **3.1 Συλλογή Δεδομένων**

Η συγκεκριμένη εργασία, αφορούσε την βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και τη χρήση δευτερογενούς υλικού όπως: βιβλία, εγχειρίδια και άρθρα από επιστημονικά περιοδικά. Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη άρθρα εφημερίδων, αποτελέσματα ερευνών και αναλύσεις στατιστικών δεδομένων και μελετών από κρατικούς και μη φορείς όπως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, Hellastat. Τέλος χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από ηλεκτρονικές διευθύνσεις που αφορούσαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η συλλογή των στοιχείων ολοκληρώθηκε μέσω βιβλιογραφικής έρευνας και συλλογής σχετικών πληροφοριών για την πορεία και λειτουργία του Ε.Σ.Υ. από το 2000 και μετά, καθώς και στους τρόπους διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα αυτό, με αναφορά στο νοσηλευτικό, τεχνικό και ιατρικό προσωπικό. Από τις αντίστοιχες πηγές που αφορούν το συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης, εξάχθηκαν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με το πως λειτουργεί το Ε.Σ.Υ στις μέρες μας και ποια τα προβλήματα που παρουσιάζει, πως διοικείται και ποια τα άμεσα μέτρα τα οποία θα πρέπει να ληφθούν με σκοπό την εξυγίανση και ανανέωση του. Επίσης στην αναζήτηση συμπληρωματικών πληροφοριών βοήθησαν κάποιες σημειώσεις από βιβλία και πληροφορίες από το διαδίκτυο, τα οποία έχουν γραφτεί και παρουσιαστεί από άλλους συγγραφείς.

### 3.2 Δευτερογενή Δεδομένα

Ως Δευτερογενή δεδομένα περιγράφονται εκείνα στα οποία οι πληροφορίες συλλέγονται και καταγράφονται από κάποιον άλλον νωρίτερα και για σκοπούς, οι οποίοι είναι διαφορετικοί από εκείνους του συγγραφέα<sup>24</sup>. Τα δευτερογενή δεδομένα παρέχουν την βάση για ένα καλό ιστορικό πληροφοριών. Είναι ευνόητο λοιπόν ότι μπορεί ευκολότερα κάποιος να βρει δευτερογενή δεδομένα για την έρευνα του, αφού αυτά έχουν γραφτεί προηγουμένως και έχουν εκδοθεί σε έντυπο τύπο ή στο διαδίκτυο. Τα περιοδικά και ο έντυπος τύπος είναι πρωταρχική πηγή για κάθε πληροφορία. Τα άρθρα σε αυτά αναφέρονται σε ποικίλα θέματα της καθημερινότητας<sup>25</sup>.

Το σημαντικότερο όμως πλεονέκτημα των δευτερογενών στοιχείων αφορά το μικρό κόστος και το σύντομο χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη συλλογή τους. Αν οι πληροφορίες που απαιτούνται είναι διαθέσιμες με τη μορφή δευτερογενών στοιχείων, ο ερευνητής απλά χρειάζεται να προστρέξει στην πηγή τους, να τα εντοπίσει και να τα συγκεντρώσει. Αυτό συνήθως απαιτεί μικρό χρονικό διάστημα και μικρό κόστος. Πρέπει όμως να έχουμε υπόψιν μας ότι όταν χρησιμοποιούνται δευτερογενή στοιχεία, είναι πολλές φορές αναγκαίο να γίνουν υποθέσεις και παραδοχές ώστε να καταστεί δυνατή η όσο αποτελεσματικότερη χρήση τους. Παρά την σπουδαιότητα αλλά και την χρησιμότητα που παρουσιάζουν τα δευτερογενή δεδομένα στην διεκπεραίωση και συλλογή

---

<sup>24</sup> Zikmund W.G., 2000, "Business Research Methods", London: Harcourt college publishers.

<sup>25</sup> Saunders M., Lewis P. and Thornhill A., 2000, "Research Methods For Business Students", London: Prentice Hall

στοιχείων, εμφανίζουν δύο (2) σημαντικά μειονεκτήματα, της διαθεσιμότητας καθώς για συγκεκριμένα προβλήματα είναι δυνατόν να μην υπάρχουν δευτερογενή δεδομένα και της ακρίβειας-τις περισσότερες φορές- λόγω της μη αναφοράς τυχόν ελλείψεων και μεθοδολογικές λεπτομέρειες.

#### 4. Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Προβλήματα και τρόποι αντιμετώπισης στη Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.

Από τα πορίσματα ερευνών και την μελέτη της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν διαπιστωθεί αρκετά προβλήματα τα οποία αναλύονται στη συνέχεια.

##### 4.1 Προβλήματα στις Συνθήκες Απασχόλησης

Οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι κατάλληλες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Καταρχήν, η πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού – καταναλωτή, λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνο αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών (σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων κατά 40% περίπου) και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται καθόλου ικανοποιητικά.

Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν λοιπόν κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές

αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ότι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται

#### **4.2 Προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού**

Στο Ε.Σ.Υ. έχουν επίσης διαπιστωθεί αρκετά προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού τα τελευταία δέκα χρόνια τα οποία έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και μπορούν περαιτέρω να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :

##### *1. προβλήματα στον σχεδιασμό – προγραμματισμό*

Οι αποφάσεις των σχεδιαστών του συστήματος υγείας συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης για το ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον, παρατηρείται έλλειψη ολοκληρωμένων προγραμμάτων και σχεδίων για την περιφέρεια και ειδικότερα για τα επαγγέλματα υγείας εκτός των ιατρών.

##### *2. προβλήματα στην παραγωγή – εκπαίδευση*

Οι εκπαιδευτικοί φορείς αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και λειτουργίας, με αποτέλεσμα το μοντέλο παραγωγής των επαγγελματιών υγείας να είναι ιατροκεντρικό. Δίνεται βάρος στην επεμβατική ιατρική και όχι στην γενική ιατρική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη, που είναι απαραίτητοι παράγοντες για την ανάπτυξη του συστήματος. Επίσης, παρατηρούνται ελλείψεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην συνεχιζόμενη κατάρτιση, ενώ απουσιάζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που να προετοιμάζουν κατάλληλα διοικητικά στελέχη με οικονομοτεχνικές γνώσεις.

### 3. προβλήματα στη διαχείριση – διοίκηση

Η έλλειψη των οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων, προκαλεί σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και οδηγεί στην μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι προβληματικές συνθήκες απασχόλησης και η έλλειψη ορθολογικών μηχανισμών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των απασχολούμενων του συστήματος υγείας<sup>26</sup>.

#### 4.3 Προβλήματα στο Σχεδιασμό, Διοίκηση και Διαχείριση του Ανθρώπινου Δυναμικού

Όπως αναφέρθηκε, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι για τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα κατά την χρήση των υπηρεσιών με κυριότερα τη δυσκολία πρόβλεψης του αριθμού των ατόμων αλλά και του επιστημονικού υπόβαθρου αυτών, που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του τομέα της υγείας. Επιπλέον την έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των καθηκόντων για την κάθε κατηγορία εργαζομένων και την συγκρουόμενη και προβληματική σχέση του τομέα της υγείας με τους άλλους κοινωνικοοικονομικούς τομείς της χώρας.

Οι πολιτικές των ανθρώπινων πόρων χαρακτηρίζονται από πλήρη αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης, λόγω έλλειψης συνεργασίας των αρμόδιων υπουργείων. Το υπουργείο παιδείας είναι υπεύθυνο

---

<sup>26</sup> Κωνσταντοπούλου, Αικ., (2005), "Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα"



για την εκπαίδευση και την παραγωγή των στελεχών των υπηρεσιών υγείας, λειτουργεί όμως ανεξάρτητα από το υπουργείο υγείας, που είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα. Δημιουργείται λοιπόν σύγχυση για τις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού.

#### **4.3.1 Προβλήματα στη Διοίκηση του επιστημονικού (Ιατρικού, Οδοντιατρικού και Φαρμακευτικού) Δυναμικού**

Στην Ελλάδα παρατηρείται υψηλή πυκνότητα ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού, λόγω της απουσίας πολιτικών ελέγχου της παραγωγής και της δημογραφίας τους. Ο υψηλός ιατρικός πληθωρισμός λόγω της άναρχης αύξησης των γιατρών των περισσότερων ειδικοτήτων, δημιουργεί ανωμαλίες στην κατανομή τους, καθώς και συνθήκες για αύξηση των δαπανών υγείας (προκλητή ζήτηση).

Παράλληλα, παρουσιάζεται υπερσυγκέντρωση ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθηνών και Θεσσαλονίκης) και ανεπαρκή στελέχωση του υγειονομικού τομέα στην επαρχία. Το μέγεθος της άνισης κατανομής διαφαίνεται κυρίως από την αναλογία πληθυσμού ανά γιατρό που διαφέρει από περιοχή σε περιοχή (πληθώρα γιατρών στα μεγάλα αστικά κέντρα και ταυτόχρονα έλλειψη ιατρικού προσωπικού στην περιφέρεια).

Η απροθυμία των γιατρών να εργασθούν στην περιφέρεια, μπορεί να εξηγηθεί από την έλλειψη ευκαιριών για επιστημονική και επαγγελματική εξέλιξη. Άνιση κατανομή παρουσιάζεται και μεταξύ των ειδικοτήτων των γιατρών που υπηρετούν στην περιφέρεια, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη έλλειψη ειδικευμένων ιατρών σε απομακρυσμένες περιοχές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών είναι οι ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι, ορθοπαιδικοί, μικροβιολόγοι και ακτινολόγοι, σε αντιδιαστολή με τις πραγματικές ανάγκες του υγειονομικού τομέα, για αύξηση των γενικών ιατρών.

Τέλος, εκτός από την γενική ιατρική, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις σε άλλες βασικές ειδικότητες όπως στην κοινωνική και προληπτική ιατρική, καθώς και στον τομέα της δημόσιας υγείας.

#### **4.3.2 Προβλήματα στη Διοίκηση του Νοσηλευτικού Δυναμικού**

Ένα άλλο πολύ σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό δυναμικό, με ταυτόχρονη την άνιση γεωγραφική κατανομή του. Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού 'πρακτικών' νοσοκόμων που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει νοσηλευτικό δυναμικό, δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από τις πραγματικές αλλά και σε σχέση με την προσφορά ή δεν δέχεται τις προσφερόμενες θέσεις για τις οποίες εκπαιδεύτηκε.

#### **4.3.3 Έλλειψη Εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Ε.Σ.Υ.**

Όσον αφορά την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, παρατηρούνται ποιοτικές και ποσοτικές αδυναμίες, κυρίως σε θέματα που αφορούν την αναλογία διδακτικού προσωπικού, την διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα του

εκπαιδευτικού εξοπλισμού, την επάρκεια των χώρων διδασκαλίας κτλ. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των πηγών χρηματοδότησης για την εκπαίδευση προσφέρεται για την παραγωγή ιατρικού προσωπικού, ενώ για τα άλλα επαγγέλματα υγείας υπάρχει χαμηλότερο ενδιαφέρον οικονομικής στήριξης. Αυτό το πρόβλημα δημιουργείται εξαιτίας της δύναμης και των πιέσεων του ιατρικού σώματος (ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος).

Το μοντέλο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των γιατρών, ακολουθεί πρότυπα περασμένων δεκαετιών και οδηγεί σε υπερεξειδίκευση και σε πλήθος κλινικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, μετά τη λήξη των σπουδών της ιατρικής, υπάρχει μεγάλη αναμονή για την απόκτηση ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων, διότι οι λίστες αναμονής στο υπουργείο υγείας είναι μεγάλες και η προσφορά θέσεων στις νοσηλευτικές μονάδες καθυστερεί .

Η νοσηλευτική εκπαίδευση παρουσιάζει προβλήματα ποιοτικής και ποσοτικής ανεπάρκειας, κυρίως λόγω της κοινωνικής υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έχει αδυναμίες ως προς τη θεωρητική και πρακτική εφαρμογή της, λόγω έλλειψης τεχνικής εξειδίκευσης, ανθρωπιστικού περιεχομένου της φροντίδας και χαμηλής προσφοράς στην αγωγή υγείας.

Επιπλέον, στις περισσότερες σχολές που εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες υγείας, υπάρχουν αρκετές ελλείψεις μαθημάτων και εκπαιδευτικών εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα να μην έχουν ικανοποιητική κατάρτιση σε θέματα υγείας. Τέλος, οι αδυναμίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, επιμόρφωση και κατάρτιση είναι

εμφανείς και οφείλονται στην απουσία μηχανισμών, προγραμμάτων και σχεδίων των αρμόδιων οργάνων κυρίως για τους ανέργους.

#### **4.4 Το φαινόμενο επαγγελματικής εξουθένωσης «Burn out»**

Το Πρόβλημα της Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό και Τεχνικό Δυναμικό είναι ένα πρόβλημα που εμφανίζεται τακτικά στους ειδικούς της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων τους νοσηλευτές και τεχνικούς στο Ε.Σ.Υ. είναι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, γνωστού και ως «Burn out».

Τα χαρακτηριστικά του «Burn out» είναι τέσσερα και θα τα αναλύσουμε ξεκινώντας από την έλλειψη κινήτρων. Όλα ξεκινούν και καταλήγουν από την υπερβολή. Πολλοί είναι εκείνοι που αναλαμβάνουν υποχρεώσεις και προσπαθούν να ολοκληρώσουν θέματα και καταστάσεις ακόμη και όταν δεν είναι μέσα στα καθήκοντά τους. Όλοι λίγο πολύ, διακρίνονται από τα στοιχεία της φιλοδοξίας και ο καθένας έχει τα κίνητρά του στην αρχή της καριέρας του. Μετά όμως από ένα ορισμένο διάστημα και μην μπορώντας να διεκπεραιώσει όλα όσα έχει αναλάβει το άτομο κουράζεται, οι απαιτήσεις των γύρων του είναι σαφώς υψηλότερες, καταλήγοντας τελικά να μην βρίσκει κάποιο πραγματικό νόημα στην εργασία του.

Συνεχίζουμε με την έντονη αποστροφή για την εργασία. Σταδιακά φτάνουμε στο επόμενο στάδιο που είναι η ίδια η αποστροφή της εργασίας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη. Μπορεί κάποιος να αντιπαθεί τους προϊστάμενούς του, ή να έχει κουραστεί από τον φόρτο εργασίας. Μπορεί ακόμη να μην γίνεται κατανοητή η προσφορά του ή ακόμη και εκτιμητέα.

Ακολουθεί η αίσθηση της αποξένωσης. Δεν είναι λίγοι εκείνοι, που αισθάνονται απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους ή αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις μαζί τους. Το να διαχωρίζει το άτομο τον εαυτό του από τους συναδέλφους του και το υπόλοιπο προσωπικό οδηγεί πάντα στην αποξένωση.

Τέλος, έχουμε την εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση στο τέλος εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά.

Βέβαια η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται μέσα σε ένα βράδυ. Αντίθετα, τα προβλήματα επιδεινώνονται σταδιακά. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε- σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας- μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του.

Έχουν γίνει πολλές έρευνες που έχουν δείξει το πόσο επηρεάζει ο εργασιακός χώρος την ανθρώπινη διάθεση, αλλά και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στο νοσηλευτικό σώμα. Προκειμένου λοιπόν να αποφύγουμε να πέσουμε στην παγίδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο τομέα αυτό, καλό είναι να προσαρμόσουν το χώρο τους έτσι ώστε να είναι ευχάριστος. Οι μικρές λεπτομέρειες, είναι εκείνες που θα διαφοροποιήσουν το τοπίο. Για παράδειγμα, ένας πίνακας, η μικρά χρωματιστά ευφάνταστα αντικείμενα, αλλάζουν την αύρα του χώρου και σίγουρα δεν τη βαραίνουν. Ερχόμενος ο εργαζόμενος στα

νοσηλευτικά ιδρύματα μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον, αντιμετωπίζει μια ευχάριστη ατμόσφαιρα, που κάθε άλλο παρά τον κουράζει.

#### **4.4.1. Οι Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Ε.Σ.Υ.**

Το Ινστιτούτο Ιατρικής πρότεινε σε αναφορά του «ορόσημο», έξι χαρακτηριστικά απόδοσης που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας όπως ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα<sup>27</sup>.

Όπως σε όλους στους κλάδους, έτσι και στην υγεία εφαρμόζονται μέθοδοι για την μέτρηση των παρεχομένων υπηρεσιών. Στη χώρα μας οι δείκτες παρουσιάζουν μια κάκιστη εικόνα που οφείλεται στην κακή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες που υπολογίζονται για να εξαχθούν τα συμπεράσματα είναι μεταξύ άλλων, η θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, ο χρόνος νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων και η απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών. Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, επειδή αποτελεί και αυτός δείκτης μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας ως προς τους νοσηλευτές, ιατρικό και λοιπό προσωπικό.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης γιατρών και νοσηλευτών με μερικούς από τους παραπάνω δείκτες (την ικανοποίηση των ασθενών, τα

---

<sup>27</sup> Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα

ιατρικά σφάλματα, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών), οι οποίοι αντανakλούν το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας<sup>28</sup>.

Συγκεκριμένα, οι Shanafelt et al (1997) μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι από τους γιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης<sup>29</sup>. Οι «εξουθενωμένοι» γιατροί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε «μηνιαία» ή «εβδομαδιαία» βάση, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρεχόταν βρέθηκε και σε μελέτη των Vahey et al<sup>30</sup>(1997). Στη συγκεκριμένη μελέτη, η επαγγελματική

---

<sup>28</sup> Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα

<sup>29</sup> Fisher, Schoenfeldt, Shaw, "Human Resource Management", Houghton Mifflin Company, USA, 1999

<sup>30</sup> Fisher, Schoenfeldt, Shaw, "Human Resource Management", Houghton Mifflin Company, USA, 1999

εξουθένωση των νοσηλευτών, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ήταν σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί και με την έκβαση των ασθενών

Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών, αν και αναδεικνύουν τη σημασία των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των γιατρών και των νοσηλευτών στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με κάποια επιφύλαξη λόγω ορισμένων μεθοδολογικών αδυναμιών αυτών των ερευνών, όπως ο συγχρονικός σχεδιασμός τους, το μικρό μέγεθος του δείγματος, οι διαστρεβλώσεις λόγω αυτο-αναφορών και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρόλο που η γενίκευση των ευρημάτων από τις παραπάνω μελέτες υπόκειται σε περιορισμούς, αυτά δεν θα πρέπει να αγνοηθούν, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προβληματίσουν κάθε γιατρό, κάθε νοσηλευτή, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδων υγείας.

Η μη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, η δυσμενής έκβαση των ασθενών και η έλλειψη ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες σε αυτούς φροντίδες αποτελούν δείκτες του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού και έτσι η επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους δείκτες αντανάκλα την επίδρασή της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι



επιτακτική, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας.

## 5. Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Τρόποι Διοίκησης Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Τεχνικού Προσωπικού στο Ε.Σ.Υ. τα Τελευταία Δέκα Χρόνια

### 5.1 Γενικά Στοιχεία Για την Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζει ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), στα περισσότερα κράτη, το 5%, με 6% του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα της υγείας. Για να αναλυθεί και να αξιολογηθεί το μέγεθος του υγειονομικού δυναμικού στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η παρατήρηση της διαχρονικής εξέλιξης του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας<sup>31</sup>.

Κατά τις δεκαετίες 1980-1990 και 1990-2000 παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα. Το 1980 οι γιατροί αριθμούσαν τους 23.469, το 1990 τους 35.657 και το 2000 47.979. Την ίδια περίοδο, παρατηρείται μια εντυπωσιακή υποκατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, από 18.954 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που απασχολούνταν στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα το 1980, το 2000 απασχολούνταν 56.154. Την ίδια περίοδο, οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι διπλασιάστηκαν, οι βοηθητικές νοσοκόμες πενταπλασιάστηκαν ενώ οι μαίες διατηρήθηκαν στον ίδιο αριθμό, σε αντίθεση με τις πρακτικές νοσοκόμες που από 8.445 μειώθηκαν στις 622. Παρόλα αυτά όμως, οι ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας για αύξηση του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού

<sup>31</sup> ΟΟΣΑ, 2007, "Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα"

εξακολουθούν να είναι μεγάλες, ιδιαίτερα για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, στο διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζονται στασιμότητα ή μικρές αυξητικές τάσεις κατά την περίοδο 1980-2000<sup>32</sup>.

**Πίνακας 3: Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας στο Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα Κατά την Περίοδο 1980-2000**

<i>Κατηγορίες</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>
<i>Ιατροί</i>	<i>23.469</i>	<i>35.657</i>	<i>47.979</i>
<i>Νοσοκομειακοί ιατροί</i>	<i>11.871</i>	<i>18.287</i>	<i>27.175</i>
<i>Νοσηλευτικό προσωπικό</i>	<i>18.954</i>	<i>34.582</i>	<i>56.164</i>
<i>Διπλωματούχοι νοσοκόμοι</i>	<i>5.048</i>	<i>8.253</i>	<i>11.277</i>
<i>Βοηθητικές νοσοκόμες</i>	<i>3.596</i>	<i>11.313</i>	<i>21.846</i>
<i>Μαίες</i>	<i>1.704</i>	<i>1.860</i>	<i>1.793</i>
<i>Πρακτικές νοσοκόμες</i>	<i>8.455</i>	<i>9.038</i>	<i>0</i>
<i>Διοικητικό προσωπικό</i>	<i>4.382</i>	<i>6.873</i>	<i>6.202</i>
<i>Τεχνικό</i>	<i>2.094</i>	<i>3.685</i>	<i>5.742</i>

<sup>32</sup> ΟΟΣΑ, 2007, "Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα"

<i>προσωπικό</i>			
<i>Άλλο προσωπικό</i>	<i>2.298</i>	<i>3.488</i>	<i>6.264</i>

**Πηγή : Υφαντόπουλος. Σούλης, Παπαηλίας, Μανιαδάκης, στο  
Υφαντόπουλος, 2003**

Τέλος, στην ίδια περίοδο, παρουσιάζεται αύξηση του αριθμού των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών, οι οποίοι από 7.646 και 5.170 αντίστοιχα το 1980, έφτασαν τους 13.744 και 11.589 αντίστοιχα το 1998<sup>33</sup>.

## **5.2 Συγκεντρωτικά Στοιχεία για την Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στο Δημόσιο Τομέα Υγείας και στο Ε.Σ.Υ.**

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούν ενδεικτικά τα συγκεντρωτικά στοιχεία του ανθρώπινου δυναμικού του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, σύμφωνα με την τελευταία αποτύπωση του που διεξήχθη στις 31/10/2005 και δημοσιεύθηκε μέσα από την ιστοσελίδα του υπουργείου. Την τελευταία αυτή περίοδο, στο ελληνικό σύστημα υγείας, μετρήθηκαν 108.358 εργαζόμενοι, που μαζί με τους πανεπιστημιακούς και στρατιωτικούς ιατρούς, φτάνουν τους 109.667. Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι περίπου διπλάσιο από το ιατρικό. Ακολουθεί το τεχνικό και

<sup>33</sup> ΟΟΣΑ, 2007, "Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα"

υποστηρικτικό προσωπικό, που αριθμεί σχεδόν διπλάσιους υπαλλήλους, από το παραϊατρικό και από το διοικητικό προσωπικό<sup>34</sup>.

### 5.2.1 Αριθμός Εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. Ανά Κατηγορία

Ο μέσος όρος της ηλικίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, διαφέρει από ειδικότητα σε ειδικότητα. Ο υψηλότερος μέσος όρος ηλικίας παρατηρείται στο ιατρικό δυναμικό, λόγω κυρίως της πολυετής εκπαίδευσης του. Αντίθετα, τον μικρότερο μέσο όρο ηλικιών έχει το νοσηλευτικό δυναμικό και το παραϊατρικό. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζομένων στο διοικητικό και το τεχνικό – υποστηρικτικό δυναμικό, βρίσκεται κάπου ενδιάμεσα.

#### Πίνακας 4: Αριθμός Εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ.

<i>Ιατρικό</i>	<i>22472</i>
<i>Νοσηλευτικό</i>	<i>43248</i>
<i>Παραϊατρικό</i>	<i>11000</i>
<i>Διοικητικό</i>	<i>10696</i>
<i>Τεχνικό – Υποστηρικτικό – Λοιπό</i>	<i>20952</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>108.358</i>

**Πηγή : Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού 31/10/2005 (δεν περιλαμβάνονται πανεπιστημιακοί και στρατιωτικού)**

<sup>34</sup> ΟΟΣΑ, 2007, "Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα"

## 5.2.2 Ηλικία Εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ ανά κατηγορία

Το ιατρικό δυναμικό και η κατάλληλη κατανομή του σε σχέση με τις ειδικότητες, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματική λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του εργατικού δυναμικού, μετρήθηκαν 11953 ειδικευμένοι γιατροί, 662 επικουρικοί, 7935 ειδικευόμενοι, 1922 αγροτικοί, 1128 πανεπιστημιακοί και 181 στρατιωτικοί γιατροί. Οι γιατροί αυτοί κατανέμονται στα νοσοκομεία, στο ΥΓΚΑ, στις κεντρικές υπηρεσίες ΔΥΠΕ, στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και στους υπόλοιπους εποπτευόμενους φορείς<sup>35</sup>.

### Πίνακας 5: Ηλικία Εργαζομένων

<i>Μέσος όρος</i>	
<i>Ειδικότητα</i>	<i>Ηλικία</i>
<i>Ιατρικό</i>	<i>50</i>
<i>Νοσηλευτικό</i>	<i>40</i>
<i>Παραϊατρικό</i>	<i>41</i>
<i>Διοικητικό</i>	<i>44</i>
<i>Τεχνικό – Υποστηρικτικό</i>	<i>46</i>
<i>Λοιπό</i>	<i>41</i>

Πηγή : Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού 31/10/2005

<sup>35</sup> Ανδριώτη, Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, 1998

### 5.3 Επιχειρησιακές Προκλήσεις για τις Μονάδες Υγείας και οι οποίες Σχετίζονται με το Ε.Σ.Υ. τη Τελευταία Δεκαετία

Όταν λέμε επιχειρησιακές αλλαγές εννοούμε την γενικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στα τελευταία δέκα χρόνια. Τα στελέχη μπορούν να ελέγξουν τις επιχειρησιακές προκλήσεις σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι τις περιβαλλοντικές. Τα έμπειρα στελέχη αντιμετωπίζουν έγκαιρα τις οργανωτικές αλλαγές προτού μετατραπούν σε προβλήματα.

Σημαντικό επίσης είναι ο έλεγχος των ανθρώπινων πόρων που συχνά αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κόστος για τις επιχειρήσεις. Ενδεικτικά παραθέτουμε σε ποιο επίπεδο κυμαίνεται το προαναφερόμενο κόστος στην αγορά. Τα εργατικά κόστη κυμαίνονται από 36% στις κεφαλαιουχικές επιχειρήσεις μέχρι 80% στις εταιρείες παροχής υπηρεσιών. Το πόσο αποτελεσματικά χειρίζεται μια μονάδα τους ανθρώπινους πόρους της, προσφέρει συγχρόνως, το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Μια υγειονομική μονάδα στο Ε.Σ.Υ. προκειμένου να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να μπορέσει να σταθεί στο χώρο θα πρέπει να δώσει έμφαση στους εξής παράγοντες:

- **Έλεγχος του κόστους**

Ένας τρόπος προκειμένου να έχει ένας οργανισμός δυνατή παρουσία στον επιχειρησιακό χώρο είναι η διατήρηση του κόστους σε χαμηλά επίπεδα και η ύπαρξη αυξημένων ταμειακών ροών. Ένα σύστημα πληρωμών του

προσωπικού που χρησιμοποιεί ένα καινοτόμο τρόπο αποζημίωσης των εργαζομένων ώστε να ελέγχεται το εργατικό κόστος βοηθά χωρίς αμφιβολία στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων. Παράλληλα, έλεγχος του κόστους μπορεί να επιτευχθεί με τη σωστή επιλογή ανθρωπίνων πόρων ώστε να μην χρειάζεται η συχνή αλλαγή τους, η αποτελεσματική και όχι σπάταλη εκπαίδευση των εργαζομένων και η καλή διαχείριση των θεμάτων ασφάλισης του προσωπικού.

- **Βελτίωση της ποιότητας**

Πολλές επιχειρήσεις, εφαρμόζουν πρακτικές ολικής ποιότητας, δηλαδή πολιτικές που προσφέρουν ποιότητα σε όλες τις διαδικασίες της με τελικό στόχο την παροχή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών.

- **Δημιουργία διαφοροποιημένων ικανοτήτων**

Συχνό είναι το φαινόμενο όπου επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τις ιδιαίτερες ικανότητες των ανθρώπων τους με σκοπό να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

- **Εταιρικές αναδιοργανώσεις**

Οι τελευταίες δύο δεκαετίες χαρακτηρίστηκαν από συγχωνεύσεις και εξαγορές αλλά και από πλήθος άλλων αναδιοργανώσεων. Οι εταιρείες που απαρτίζουν έναν κλάδο μειώνονται συνεχώς. Παράλληλα, οι αναδιοργανώσεις στις επιχειρήσεις συνεχώς επεκτείνονται έτσι ώστε να βελτιωθεί η ανταγωνιστικότητά τους, είτε μέσω της μείωσης ιεραρχικών επιπέδων στον οργανισμό, είτε αποκτώντας οικονομίες κλίμακας με το συνδυασμό δραστηριοτήτων. Είναι πολύ



εύκολο να φανταστεί κανείς πως αλλιώς θα μπορούσαν να ανταποκριθούν οι επιχειρήσεις στα νέα δεδομένα από τις αναδιοργανώσεις που λαμβάνουν χώρα στις μέρες μας. Αυτές οι αναδιοργανώσεις επηρεάζουν τα οργανωτικά επίπεδα του οργανισμού και φυσικά τους εργαζομένους. Οι εργαζόμενοι συχνά αναρωτιούνται τι ρόλο θα παίξουν στις νέες μορφές που έχουν οι επιχειρήσεις ενώ πολύ συχνά και ως αποτέλεσμα των αναδιοργανώσεων έχουν να βρεθούν αντιμέτωποι με τις αλλαγές όπως η

- 1. απώλεια εργασίας, μισθού και πλεονεκτημάτων, οι*
- 2. αλλαγές στην εργασία, νέοι ρόλοι και καθήκοντα.*
- 3. αλλαγές σε αποδοχές και ανταμοιβές στις προοπτικές καριέρας ή ακόμα και στην εταιρική κουλτούρα και απώλεια της επιχειρησιακής ταυτότητας*

- **Αποκέντρωση**

Στις περισσότερες παραδοσιακές επιχειρήσεις υγείας οι αποφάσεις λαμβάνονται από την ανώτατη διοίκηση και εφαρμόζονται από τα κατώτερα στρώματα. Συνήθως σε αυτού του είδους τις αποφάσεις παρατηρούνται πολλά ιεραρχικά επίπεδα και οι εργαζόμενοι με την πάροδο του χρόνου και την απόκτηση εμπειρίας ανεβαίνουν ιεραρχικό επίπεδο και κατευθύνονται προς την κορυφή. Η μορφή αυτή της οργάνωσης συχνά γίνεται παρωχημένη τόσο επειδή είναι δαπανηρή για να εφαρμοστεί, όσο και γιατί συχνά είναι μη ευέλικτη. Το παλαιό είδος οργάνωσης αντικαθίσταται από το αποκεντρικό, όπου στη λήψη αποφάσεων συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι που έχουν σχέση με το πρόβλημα.

- **Μείωση του προσωπικού**

Η μείωση του προσωπικού προκειμένου ο οργανισμός υπηρεσιών υγείας να αποκτήσει ευελιξία γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής στις μέρες μας ακόμα και ανάμεσα σε επιχειρήσεις που οι πολιτικές τους τίθενται κατά των απολύσεων. Η μείωση του προσωπικού αποτελεί μια αληθινή πρόκληση για τις επιχειρήσεις μια και πρέπει να αντιμετωπισθούν όλα εκείνα τα προβλήματα που απορρέουν από τις απολύσεις.

#### **5.4 Ατομικές Προκλήσεις Εργαζομένων**

Η αναφορά στις προκλήσεις που αφορούν συγκεκριμένα το ανθρώπινο δυναμικό συμπεριλαμβανομένων των ιατρών και νοσηλευτών σε μια μονάδα υγείας και το Ε.Σ.Υ. αφορά παράγοντες όπως είναι η ηθική υπευθυνότητα η οποία πρέπει να χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους κάθε οργανισμού, ο βαθμός παραγωγικότητας των εργαζομένων και η συμβολή τους στη συνολική παραγωγή των προϊόντων και των υπηρεσιών. Επίσης, ατομικές προκλήσεις για τους εργαζομένους αποτελούν το αίσθημα ενδυνάμωσης, οι προσδοκίες των εργαζομένων και οι δυνατότητες και οι ευκαιρίες καριέρας που παρουσιάζονται στο τμήμα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων. Στη συνέχεια αναλύονται κάποιοι από τους παράγοντες που αφορούν τις ατομικές προκλήσεις.

- ❖ **Ηθική και κοινωνική υπευθυνότητα**

Οι προσδοκίες των επιχειρηματικών μονάδων στο Ε.Σ.Υ. ότι οι εργαζόμενοι τους συμπεριφέρονται ηθικά ολοένα και αυξάνονται. Η κοινωνική υπευθυνότητα αφορά στους εργαζόμενους, στους ασθενείς, και στους εξωτερικούς συνεργάτες.

### ❖ Παραγωγικότητα

Η παραγωγικότητα μετριέται με το πόσο ο κάθε εργαζόμενος συμβάλλει στην παραγωγή των υπηρεσιών της μονάδας υγείας. Όσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα για τον κάθε εργαζόμενο, τόσο μεγαλύτερη είναι η παραγωγικότητα για τη μονάδα υγείας. Δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες καθορίζουν τη συμπεριφορά του εργαζόμενου: η ικανότητα και η κινητοποίηση. Η ικανότητα του εργαζομένου μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή του σε εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία στοχεύουν στην ανάδειξη των προσόντων του και στην προετοιμασία του για να αναλάβει αυξημένες αρμοδιότητες στο μέλλον. Η κινητοποίηση αναφέρεται στο κατά πόσο δίνεται κίνητρο στον εργαζόμενο για να εργαστεί προσφέροντας το 100% των ικανοτήτων του στην εργασία την οποία εκτελεί. Όταν ο εργαζόμενος έχει κίνητρο, είναι αποτελεσματικός και αισθάνεται τον χώρο του ως κάτι δικό του για το οποίο χρειάζεται να προσπαθήσει σκληρά.

### ❖ Ενδυνάμωση

Στις μέρες μας, οι μονάδες υγείας και το Ε.Σ.Υ. μειώνουν την εξάρτηση των εργαζομένων από τους ανώτερους τους και δίνουν έμφαση στον ατομικό έλεγχο της ίδιας της εργασίας που ο καθένας εκτελεί. Με την ενδυνάμωση οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν αρμοδιότητες και παίρνουν αποφάσεις που στο παρελθόν μόνο τα στελέχη μπορούσαν να φέρουν εις πέρας. Ο στόχος της ενδυνάμωσης είναι να δημιουργηθεί ένας οργανισμός με ενθουσιώδεις και πρόθυμους εργαζόμενους που πιστεύουν σε αυτή και θα κάνουν τα πάντα για την πρόοδο του.

❖ Οι προσδοκίες των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ.

Όσο τα επίπεδα της εκπαίδευσης αναβαθμίζονται στις μέρες μας, οι αξίες και οι προσδοκίες των εργαζομένων μεταβάλλονται. Η τάση που κυριαρχεί ευρέως είναι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να αποκτά πανεπιστημιακή κατάρτιση και έτσι οι εργαζόμενοι να απασχολούνται άνετα σε διάφορα ιεραρχικά επίπεδα. Πλέον οι εργαζόμενοι απαιτούν αλλά και ταυτόχρονα διαθέτουν τα προσόντα για να τοποθετηθούν ψηλά στην ιεραρχία. Μια άλλη προσδοκία των εργαζομένων είναι ότι η τεχνολογία και οι τηλεπικοινωνίες θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της εργασίας τους. Οι καινοτομίες στην επικοινωνία και στην τεχνολογία των υπολογιστών θα αυξήσει την τάση για αλλαγές και σαν αποτέλεσμα θα υπάρξει καινοτόμος χαρακτήρας στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Επίσης, πρέπει να προστεθεί ότι οι εργοδότες κάνουν βήματα για να υποστηρίξουν την προσωπική, οικογενειακή ζωή των εργαζομένων τους.

❖ Η καριέρα και διοίκηση ανθρωπίνων πόρων

Οι εργασίες και η καριέρα στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα μια πρόκληση αλλά και μια επιβράβευση. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι στελέχη που θα εργάζονται στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων θα πρέπει να συμβάλλουν στην ενίσχυση του στρατηγικού πλεονεκτήματος του οργανισμού και στη διατήρηση της στρατηγικής του κατεύθυνσης. Διοικητικές ικανότητες όπως η γνώση οικονομικών, στρατηγικών και τεχνολογικών πλευρών των πωλήσεων, του μάρκετινγκ, αλλά και πρακτικές των ανθρωπίνων πόρων όπως η προσέλκυση και απασχόληση των κατάλληλων ανθρώπων είναι μερικές από τις ικανότητες που είναι απαραίτητες για μια επιτυχή παρουσία στο χώρο.

## 5.5 Ο Ρόλος των Ιατρών και Νοσηλευτών στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

*(Μείωση των Επιπέδων Άγχους και Αύξηση της Αυτοπεποίθησή τους)*

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως για να επιτευχθεί η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς στις διάφορες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ από μέρους των ιατρών και νοσηλευτών, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες<sup>36</sup>. Το όποιο σύστημα εφαρμόζεται με σκοπό την διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας στα γενικά νοσοκομεία, προωθεί αποτελεσματικά την συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας καθώς και της αποτελεσματικότητας με το δυνατόν λιγότερο κόστος για την άμεση ωφέλεια των ασθενών από μέρους των νοσηλευτών. Ποια είναι όμως εκείνα τα συστήματα το οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πως μπορούν να επιτευχθούν εντός των ιδιωτικών νοσοκομείων και γενικότερα στα συστήματα υγείας αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών και μειώνοντας τα επίπεδα άγχους;

Εκείνοι οι οποίοι ασχολούνται με τα συστήματα ποιότητας αναφέρουν πως αυτά χαρακτηρίζονται από τις εξής τρεις παραμέτρους<sup>37</sup> :

- ❖ *Βασίζονται σε μια κουλτούρα ποιότητας και όχι σε απόλυτες μετρήσεις και προδιαγραφές επιστημονικών περιεχομένων*

---

<sup>36</sup> Δρακουλόγκωνα, Σ., (2004), "Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο", Το Βήμα του Ασκληπιού, Αθήνα

<sup>37</sup> Νιάκας, Δ., (2000), "Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα", Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα

- ❖ *Αποτελούν εργαλεία διαχείρισης και βάση στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τις συμμετοχικές διαδικασίες*
- ❖ *Διεξάγεται ένας μεθοδικός εντοπισμός προβλημάτων που δίνεται προς επίλυση και βελτίωση και όχι μέθοδος τιμωρίας των υπευθύνων.*

Οι ανωτέρω παράμετροι σχετίζονται επίσης με τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών.

Βάση των παραπάνω στοιχείων λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως ένας νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών η οποία εργάζεται εντός ενός γενικού νοσοκομείου, μπορεί και διενεργεί κατάλληλα έτσι ώστε να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους ασθενείς, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση. Κάτι τέτοιο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αύξηση των επιπέδων άγχους και ουσιαστικά οι ίδιοι μπορούν και αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ των νοσηλευτικών προσωπικών στα ιδιωτικά νοσοκομεία και των υπευθύνων για την εφαρμογή της ποιότητας.

Οι υποχρεώσεις τους είναι να προγραμματίζουν και να ταξινομούν τα προβλήματα ανάλογα με την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Θα πρέπει επίσης να προχωρούν στην αναγκαία συλλογή στοιχείων και πληροφοριών σχετικά με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας στο νοσοκομείο όπου εργάζεται. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί πως κάποιος ο οποίος αναφέρεται ως νοσηλευτής ποιότητας, θα πρέπει να ενημερώνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ενέργειες αυτών σχετικά με προσπάθειες διασφάλισης της

ποιότητας και να εφαρμόζει όλες εκείνες τις προσπάθειες που καταβάλλονται με σκοπό την ενημέρωση και την σωστή αντιμετώπιση των ασθενών.

Από όλα τα παραπάνω λοιπόν γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους ασθενείς στα ιδιωτικά νοσοκομεία, μπορεί να καθορίζεται από τον βαθμό ικανοποίησης του κάθε ασθενή αλλά και από την ανάλυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αυτών.

Η βελτίωση της ποιότητας σχετικά με τις παρεχόμενες φροντίδες στα νοσοκομεία, αποτελεί μια συνεχή ενέργεια που αποσκοπεί στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διεργασιών ενός νοσηλευτή ή μιας ομάδας νοσηλευτών.

Τέλος στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι όποιες διορθωτικές παρεμβάσεις εκτελούνται στα αποτελέσματα της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας στα γενικά νοσοκομεία, μπορούν να ελαττώνουν ή να διαγράφουν τα όποια προβλήματα έχουν προκύψει.

## Επίλογος - Συμπεράσματα

Σκοπός της πτυχιακής έρευνας ήταν η συλλογή και συγγραφή γεγονότων και προβλημάτων που σχετίζονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) εντός της ελληνικής πραγματικότητας, πως αυτό διαχειρίζεται το ανθρώπινο δυναμικό – ιατρικό και διοικητικό προσωπικό – που έχει στην διάθεση του καθώς και ποια τα προβλήματα και οι συγκεκριμένες προοπτικές που εντοπίζονται τα τελευταία 10 χρόνια λειτουργίας του και έως τις μέρες μας.

Προσπαθώντας λοιπόν κάποιος να συνοψίσει τα γεγονότα αυτά και τα οποία έχουν άμεση συνάρτηση με την λειτουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα και τον εκσυγχρονισμό στις διάφορες δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες αλλά και τον βαθμό των ιδιωτικών δαπανών στον τομέα της υγείας, θα έλεγε ότι υπάρχει μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι έχουν επιδράσει καταλυτικά και έχουν δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για προκλητή ζήτηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από μέρους των ασθενών και συνεπώς της δημιουργίας σημαντικών αλλαγών στο σύστημα αυτό.

Γεγονός πάντως είναι πως οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας στο Ε.Σ.Υ., δεν είναι κατάλληλες και τα προβλήματα εξακολουθούν να παραμένουν. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Κατά συνέπεια, η πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού – καταναλωτή, λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνο αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται



ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών (σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων κατά 40% περίπου) και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται ικανοποιητικά, σύμφωνα πάντα με τις υπηρεσίες που προσφέρει.

Επιπρόσθετα, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το 57% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, περιλαμβάνει ασθενείς και πολίτες οι οποίοι ανήκουν στο 60% των Ελλήνων που βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας<sup>38</sup>. Είναι λοιπόν γεγονός πως πλέον η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, αυξάνεται σε κατακόρυφη βάση. Υπάρχει λοιπόν μια αντίφαση σε όλα αυτά, αφού κάθε χρόνο όλοι οι Έλληνες εργαζόμενοι πληρώνουν μεγάλα χρηματικά ποσά από τον μισθό τους ως κρατήσεις για την μελλοντική ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Συνεπώς αντί οι ιδιωτικές δαπάνες να μειώνονται, συνεχώς αυξάνονται και η πολιτική υγείας που εφαρμόζεται δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των ασθενών.

Κανένας όμως από τους Έλληνες ασθενείς, δεν αναρωτήθηκε ποτέ ποιος ο λόγος να πληρώνει τόσα χρήματα όταν δεν μπορεί να τα αξιοποιήσει σωστά ή φοβάται να το κάνει. Και φυσικά δεν γίνεται κάποια κίνηση διαμαρτυρίας εκ μέρους των πολιτών για καλύτερη εξυπηρέτηση αυτών από τα δημόσια ιατρεία και καλύτερη συμπεριφορά των εργαζομένων ιατρών σε αυτά. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει και η εκτίμηση ότι το 2007 δαπανήθηκαν περίπου 4.000 εκατομμύρια

---

<sup>38</sup> C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, "Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007", 2007

ευρώ για πληρωμές νοικοκυριών σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας και περίθαλψης και που το ποσό αυτό αντιπροσωπεύει το 66% της συνολικής ιατρικής δαπάνης<sup>39</sup>.

Οι Έλληνες ξοδεύουν ετησίως γύρω στα 1,6 δισεκατομμύρια ευρώ σε γιατρούς και χωρίς καν να λάβουν απόδειξη ενώ περί τα 400 εκατομμύρια ευρώ είναι ο τζίρος της βιομηχανίας που αφορά το «φακελάκι». Σχεδόν το 60% των αμοιβών γιατρών σε ετήσιας βάση, προέρχεται από το υστέρημα των ασθενών<sup>40</sup>. Είναι λοιπόν γεγονός πως η υποτιθέμενη δωρεάν ιατρική περίθαλψη των Ελλήνων, είναι πανάκριβη. Οι Έλληνες πληρώνουν αρκετά δισεκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο για τις ιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. Φυσικά είναι ευνόητο πως το κράτος συνεισφέρει στον μικρότερο βαθμό για αυτές τις δαπάνες και κατέχει την πρώτη θέση σε παγκόσμια βάση.

Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, οι δαπάνες των ιδιωτών για ιατρική περίθαλψη φτάνουν στο ποσό των 7 δισεκατομμυρίων ευρώ το χρόνο. Σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι ιδιωτικές δαπάνες δεν ανέρχονται ποτέ πάνω από το 30% των δαπανών σε συνολική βάση και ανεξαρτήτως οικονομικού συστήματος που λειτουργεί η κάθε χώρα.

Ο κλάδος της υγείας, όπως γίνεται αντιληπτό είναι ένας τομέας πολύ ιδιαίτερος. Για τους εργαζόμενους στον κλάδο της υγείας, το νοσηλευτικό ή τεχνικό προσωπικό διακατέχεται συχνά από τη μόνιμη έννοια που είναι η δουλειά, καθώς το άγχος είναι συνεχές και η χαλάρωση καταντά αδύνατη. Τότε η εξάντληση και ο

<sup>39</sup> C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, "Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007", 2007

<sup>40</sup> ΟΟΣΑ, 2007, "Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα"

εκνευρισμός παίρνουν τον πρώτο ρόλο. Είναι πολύ σημαντικό να παίρνει κανείς και ικανοποίηση από τη δουλειά του. Όταν αυτό δεν συμβαίνει η αλλαγή στις συναισθηματικές απολαβές είναι εμφανής. Ωστόσο θα πρέπει να ελεγχθεί με ποιον τρόπο μπορούν να βρεθούν οι ισορροπίες αυτές.

Υπάρχουν ορισμένες πρακτικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν όπως το ότι θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να στρέψει το βλέμμα του προς τον εαυτό τους. Δεν είναι εύκολο κανείς να επηρεάσει τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν ούτε και να αλλάξει τις συμπεριφορές των ανθρώπων γύρω του. Αυτό που μπορεί να κάνει όμως είναι να νιώσει πως έχει τον έλεγχο της ζωής του, αν αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται.

Επίσης είναι πολύ σημαντικό, αφού εντοπίζουν το πρόβλημα, να θέτουν μικρούς στόχους κάθε φορά, διότι αν θέτουν μεγάλους και ανατρεπτικούς στόχους, τότε γρήγορα και εύκολα θα απογοητευθούν και θα ενδώσουν σε τυχόν παλιές συνήθειες.

Ως γενικότερο συμπέρασμα, θα μπορούσε κάποιος να αναφέρει πως το Ε.Σ.Υ. χρειάζεται μια άμεση και εφ' όλης της ύλης εξυγίανση προκειμένου να ανακτήσει εκ νέου την εμπιστοσύνη των Ελλήνων πολιτών και οι ίδιοι να εμπιστευθούν την υγεία τους στους πραγματικά καταξιωμένους ιατρούς που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και ιατρεία. Για να επιτευχθεί όμως κάτι τέτοιο, οι αλλαγές που θα επέλθουν θα πρέπει να είναι ριζικές και να καθιστούν το Ε.Σ.Υ. ως ένα σύγχρονο σύστημα όπου θα προσφέρει αξιοκρατικές υπηρεσίες και βοήθεια στους ασφαλισμένους αυτού του τόπου.

## Βιβλιογραφία

- Εφημερίδα (2005),“Το παρών της Κυριακής”, Λεωνίδας Γρηγοράκος, άρθρο “*Το μετέωρο βήμα στην Υγεία*”, Έκδοση 19 Ιουνίου
- Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα
- Α Νιάκας, Δ., (2000), “*Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα*”, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
- C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, “*Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007*”
- Ανδριώτη, *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, 1999
- Αλεξιάδης, Ι., Σιγάλας, Α.Δ., (1999), *Υπηρεσίες Υγείας - Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Α', Έκδοση ΕΑΠ, Πάτρα
- Δρακουλόγκωνα, Σ., (2004), *Ο ρόλος του νοσηλευτική στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο*, Το Βήμα του Ασκληπιού, Αθήνα
- Δρ. Σαπουντζή-Κρέπια, Δεσπ., (2002), “*Ιστορικές Καταβολές Ελληνικής Νοσηλευτικής*”, Νοσηλευτική 2.
- Εφημερίδα (2009)“*Ο κόσμος του επενδυτή*” άρθρο “*Έκθεση ΟΟΣΑ για την υγεία*”,- Έκδοση 22 Μαΐου
- Εφημερίδα(2007),«*Ημερησία*», Ελένη Πετροπούλου, άρθρο “*Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας*”, Έκδοση 25 Ιανουαρίου

- Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), “*Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*”, Τόμος Α', Έκδοση ΕΑΠ, Πάτρα
- Κυριακίδου Ελένη Θ., (2004), *Κοινωνική νοσηλευτική*, Εκδόσεις: Η Ταβίθα, Αθήνα.
- Κωνσταντοπούλου, Αικ., (2005), “*Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*”,
- Λαναράς, Β., (1981), “*Φιλοσοφία της Νοσηλευτικής*”, Νοσηλευτική 1981, Αθήνα
- Παπαφιλόπουλος, Ιωάννης, (2004), “*Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο Βυζάντιο*”, Νοσηλευτική 43 3, 271-278
- Ρεμπελάκου - Πουλάκου, Έφη, (2004), “*Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο Βυζάντιο*”, Νοσηλευτική 43 3, 271-278
- Χατζηνικολάου, Αντ., (2007), “*Νοσηλευτική*”, Γενικό Άρθρο
- Μάντζαρης Γιάννης, “*Σύγχρονη Οργάνωση & Διοίκηση Επιχειρήσεων*”, Αθήνα 2003. Β. Γκιούρδας Εκδοτική
- Μάρκοβιτς Γιάννης, *Διοίκηση Ανθρωπίνου Δυναμικού – Παρακίνηση / Εξουσία*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002
- Moss Kanter, R., Rosaberg Moss Kanter on the Frontiers of Management, 1997, Massachusetts, Harvard Business Review
- Μάντζαρης Γιάννης, “*Σύγχρονη Οργάνωση & Διοίκηση Επιχειρήσεων*”, Αθήνα 2003. Β. Γκιούρδας Εκδοτική
- Νάτση Ελεονώρα, “*Management of Human Resources - Performance Appraisal*”, Οκτώβριος 2004
- Μπέσης Ν., (1993), “*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*”, IOBE, Αθήνα

- Νιάκας, Δ., (2000), "Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα", Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
- Παπαμικρούλη Σ., (1984), *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα – Προοπτικές*, Πρακτικά ΙΑ, Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη.
- Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996), "Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα", Αθήνα
- Σίσουρας Α., Καραόκης Α., Μίσσιαλος Ε., (1999), "*Health Care and Cost Containment in Greece*" στο Missialos Ε., Le Grand J., (1999), "*Health Care and Cost Containment in Greece*", Ashgate, Aldershot
- Σκούλας Ν., (1998), *Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*.
- Σούλης Σ., (1996), "Οικονομική της Υγείας", Αθήνα
- Σκούλας Νίκος, "Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων", Σεπτέμβριος 1998
- Υφαντόπουλος. Σούλης, Παπαηλίας, Μανιαδάκης, στο Υφαντόπουλος, 2003
- Χυτήρης Σ. Λεωνίδας (2001), "Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων", Interbooks
- C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, "Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007"
- Hellastat, 2008, "Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα"
- ΟΟΣΑ, 2007, "Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα"

- Fisher, Schoenfeldt, Shaw, "*Human Resource Management*", Houghton Mifflin Company, USA, 1999
- Zikmund W.G., 2000, "*Business Research Methods*", London: Harcourt college publishers.
- Dresser G(1994), *Human Resource Management*
- Fisher C.D et al(1996), *Human Resource Management*
- Mathis R.L & J.H.Jackson (1994), *Human Resource Management*
- Luis R. Gomez-Mejia, Davic B. Balkin and Robert L. Cardy, (1998), *Managing Human Resources*, Prentice Hall international, New Jersey.
- Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού 31/10/2005
- Zelman R.G, (1991), *The basic of In-House Skills Training*, H.R. Magazine.
- Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, «Ανακοίνωση πολιτικής ΕFN»,  
[http://www.esne.gr/index.php?option=com\\_remository&Itemid=73&func=startdown&id=336](http://www.esne.gr/index.php?option=com_remository&Itemid=73&func=startdown&id=336)
- Οργάνωση της υγείας, «Η συνεργασία στη φροντίδα υγείας»,  
<http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG..htm>
- Συνοπτική περιγραφή, «Βιολόγοι, ιατροί και συναφή επαγγέλματα»,  
[http://cms.protovoulia.org/Files/Code\\_23.60dbb94a-5c66-47ac-aa11-25861f5c5c1b.doc](http://cms.protovoulia.org/Files/Code_23.60dbb94a-5c66-47ac-aa11-25861f5c5c1b.doc)

- ICAP A.E., 2005, Κλαδικές Μελέτες – Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα
- ΟΟΣΑ, 2007, *“Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα”*
- <http://www.eof.gr/html/law80.html>
- <http://www.ygeiasprototypon.gr/protypa.html#typopoinsn>