

# Ανθρώπινο δυναμικό και υπηρεσίες υγείας, η περίπτωση του NHS UK

Νικόλαος Λυμπέρης

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία που υποβάλλεται  
στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων  
απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος  
«Οργάνωση και Διοίκηση Αθλητικών Οργανισμών και Επιχειρήσεων» του Τμήματος  
Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού του Παν/μίου Πελοποννήσου στην  
κατεύθυνση «Διοίκηση Αθλητικών Οργανισμών & Επιχειρήσεων»

**Σπάρτη**

**2017**

**Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:**

---

1ος Επιβλέπων: Αθανάσιος Κριεμάδης, Καθηγητής

---

2ος Επιβλέπων: Ιωάννης Δουβής, Καθηγητής

---

3ος Επιβλέπων: Ουρανία Βρόντου, Επίκουρος Καθηγήτρια

## **Υπεύθυνη Δήλωση**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 14 της παραγράφου 2 (Διαγραφές Μεταπτυχιακών Φοιτητών) του Κανονισμού Λειτουργίας Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, δηλώνω υπεύθυνα ότι για τη συγγραφή της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου Εργασίας(ΜΔΕ) δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από εφημερίδα ή περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Ημερομηνία: 25/06/2017

Ο Δηλών

Νικόλαος Λυμπέρης

(Υπογραφή)

**Copyright © Νικόλαος Λυμπέρης, 2017**

**Με επιφύλαξη κάθε δικαιώματος. All rights reserved.**

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Νικόλαος Λυμπέρης: Ανθρώπινο δυναμικό και υπηρεσίες υγείας, η περίπτωση του  
NHS UK

(Με την επίβλεψη του Αθανασίου Κριεμάδη, Καθηγητή)

Ο χώρος της Υγείας ήταν ανέκαθεν χώρος όπου η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού κατείχε σημαντικότατο ρόλο καθώς ο σωστός προγραμματισμός της έχει άμεσο αντίκτυπο στις παρεχόμενες στους ασθενείς υπηρεσίες. Η ιδιόζουσα φύση του αγαθού «υγεία», ο πρωταρχικός ρόλος των γιατρών και νοσηλευτών στην παροχή των υπηρεσιών που σχετίζονται με το αγαθό αυτό, οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας καθιστούν αναγκαία τη σωστή και αποτελεσματική οργάνωση των διαδικασιών σε όλο το πλέγμα του φάσματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου η συνεχής μελέτη του συγκεκριμένου ζητήματος κρίνεται απαραίτητη για την επικαιροποίηση των συμπερασμάτων που αφορούν την υφιστάμενη κάθε φορά κατάσταση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η λεπτομερής μελέτη και καταγραφή την κατάσταση που επικρατεί, όσον αφορά στον τομέα της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο των μονάδων υγείας διεθνώς αλλά και στην βρετανική επικράτεια ειδικότερα εξετάζοντας συγκεκριμένα την περίπτωση του NHS UK. Μέσα από την καθαρά επιστημονική προσέγγιση που ακολουθείται με τη μελέτη της υπάρχουσας θεωρητικής βιβλιογραφίας προσδιορίζονται και αναπτύσσονται λειτουργικοί ορισμοί και μοντέλα Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων τόσο γενικά όσο και ειδικότερα αναφορικά με το χώρο της υγείας και επιχειρείται βαθύτερη εξειδίκευση τους στη περίπτωση του NHS. Από την θεωρητική επισκόπηση του θέματος προς διερεύνηση προκύπτει η παρουσία νέων τάσεων στη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στο χώρο της Υγείας, ενώ γίνεται εμφανής η παρουσία έντονων προβλημάτων που σχετίζονται με το συνεχώς εναλλασσόμενο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του NHS.

Λέξεις κλειδιά: *Ανθρώπινο δυναμικό, Οργανισμοί Υγείας, NHS UK*

## **ABSTRACT**

Nikolaos Lymperis: Human resources and health services, the case of NHS UK

(Under the supervision of Professor Athanasios Kriemadis)

Healthcare has always been a place where human resource management played a very important role, as its proper programming has a direct impact on the services provided to patients. The particular nature of the health good, the primary role of doctors and nurses in providing services related to this good, the social and cultural values of each age and society call for the proper and effective organization of processes across the grid of the range of health services. Consequently, a continuous study of this issue is necessary to update the conclusions regarding the current situation. The purpose of this paper is to study and record the current situation regarding the organization of human resources in the field of health units internationally as well as on the British territory in particular by examining the case of NHS UK. Through the purely scientific approach followed by the study of existing theoretical literature, functional definitions and models of Human Resource Management are defined and developed, both in general and in particular in relation to the health sector, and are attempted to deepen their specialization in the case of the NHS. The theoretical overview of the subject to be investigated reveals the emergence of new trends in Human Resource Management in Health, while the presence of acute problems associated with the continuously changing internal and external environment of the NHS is evident.

Keywords: *Human Resources, Health Organizations, NHS UK*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	iv
ABSTRACT .....	v
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	5
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ .....	5
2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	5
2.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ .....	7
2.2.1 Η ενδεχομενική προσέγγιση .....	7
2.2.2 Η ανθρωπιστική προσέγγιση: έμφαση στον άνθρωπο .....	8
2.2.3 Η πολιτική προσέγγιση και η διαδικασία αλλαγής (The Warwick Business School Modell).....	8
2.3 ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ .....	9
2.3.1 Βασικά χαρακτηριστικά .....	9
2.3.2 Σύνδεση με στρατηγικούς στόχους .....	9
2.3.3 Εκχώρηση εξουσιών προς τα στελέχη γραμμής .....	10
2.3.4 Ενδυνάμωση του ρόλου των στελεχών .....	11
2.3.5 Σχέσεις εργοδοσίας-σωματείων.....	11
2.4 ΤΟΜΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ .....	11
2.4.1 Εκπαίδευση.....	11
2.4.2 Ομαδική εργασία .....	12
2.4.3 Επιλογή κατάλληλων υπαλλήλων .....	13
2.4.4 Αξιολόγηση της απόδοσης .....	14
2.4.5 Επικοινωνία .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	16

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	16
3.1 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ .....	16
Ιατρικό προσωπικό .....	16
Μαιευτικό προσωπικό .....	17
3.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ- Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ .....	18
3.3 ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	19
3.4 ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΕΙΨΕΩΝ.....	20
3.5 ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .....	21
3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ .....	22
3.7 ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΕΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	24
3.8 Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΩΝ.....	26
3.9 Η ΘΗΛΥΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	30
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
4.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ .....	30
4.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	33
4.3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	35
4.4 ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ «ΜΑΓΝΗΤΕΣ» .....	39
4.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ .....	41
4.5.1 Συνεχής εκπαίδευση .....	41
4.5.2 Εποπτεία .....	42
4.5.3 Υποκίνηση μέσω πληρωμών .....	42
4.5.4 Αποκέντρωση και ρυθμιστικές παρεμβάσεις.....	43
4.5.5 Βελτίωση ποιότητας .....	44
4.5.6 Συνδυασμένες παρεμβάσεις.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	47
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ.....	47

5.1 ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ .....	47
5.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ NHS.....	49
5.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ .....	51
5.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	53
5.5 ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ NHS.....	55
5.6 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ .....	58
5.7 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ NHS .....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού των επιχειρήσεων και των οργανισμών σαν διαδικασία εμφανίζεται από τη στιγμή που παρουσιάστηκαν οι ανάγκες για συγκεντρωτικό προγραμματισμό των διαδικασιών τους. Η ύπαρξή της, πλέον διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο τόσο όσον αφορά τη σωστή λειτουργία των επιχειρήσεων και οργανισμών, αλλά και όσον αφορά τις σχέσεις των εργαζομένων μεταξύ τους.

Η ορθή διοίκηση και αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων είναι ένα από τα κύρια ζητούμενα στους οργανισμούς υγείας, που επιδιώκουν επιτεταμένα τη βελτίωση των προϊόντων και των προσφερόμενων υπηρεσιών τους. Στις μέρες μας όπου έχουν δημιουργηθεί μεγάλοι σχηματισμοί και πολύπλοκες μορφές οργανώσεων, ως συνέπεια και η διαδικασία της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού έγινε πολυπλοκότερη. Στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, επηρέασε καταλυτικά όλες τις διαδικασίες Διοίκησης Ανθρώπινου Κεφαλαίου. Η ιδιαίτερα υψηλή ανάπτυξη που επιτεύχθηκε στις επιστήμες της ιατρικής αλλά και στις τεχνολογίες των πληροφοριών είχε πολλαπλασιαστικές συνέπειες στην οργάνωση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και στο παραγόμενο από αυτές έργο.

Ο χώρος της Υγείας ήταν ανέκαθεν χώρος όπου το ανθρώπινο δυναμικό και η διοίκηση του κατέχει σημαντικότατο ρόλο καθώς ο σωστός προγραμματισμός του έχει άμεσο αντίκτυπο στις παρεχόμενες στους ασθενείς υπηρεσίες. Σήμερα ο ιατρικός και νοσηλευτικός χώρος χαρακτηρίζεται από μία ιλιγγιώδη αύξηση παραγωγής και η οποία πρέπει να διοχετευτεί και μέσα στον οργανισμό, αλλά και στο εξωτερικό περιβάλλον. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καλούνται να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα υγείας και περίθαλψης, με κύριο εργαλείο το καλά ειδικευμένο και καταρτισμένο προσωπικό και την επιστημονική γνώση που κατέχουν οι επαγγελματίες του χώρου. Συνέπεια του μεγάλου όγκου εργασιών που πρέπει να εκτελούνται, είναι να δίνεται μεγάλη σημασία στην οργάνωση της δουλειάς

των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, ώστε να βελτιστοποιείται όσο το δυνατόν καλύτερα η παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης και φροντίδας.

Η διοίκηση και το εργατικό δυναμικό των οργανισμών υγείας συνδέονται μέσω των δομημένων τμημάτων διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Πρόσωπα, δραστηριότητες και εφαρμογές συντονίζονται μέσα από έναν μηχανισμό που η ποιότητά του προσδιορίζει και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ανάγκες όλων όσων εμπλέκονται μέσα σε αυτή την αλυσίδα σηματοδοτούν και αντίστοιχα προβλήματα που καλούνται να επιλυθούν μέσα από την αρμονική συνεργασία των διοικητικών μηχανισμών και των εργαζομένων.

Η ιδιάζουσα φύση του αγαθού «υγεία», ο πρωταρχικός ρόλος των γιατρών και νοσηλευτών στην παροχή των υπηρεσιών που σχετίζονται με το αγαθό αυτό, οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας καθιστούν αναγκαία τη σωστή και αποτελεσματική οργάνωση των διαδικασιών σε όλο το πλέγμα του φάσματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του αγγλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η εξαγωγή συμπερασμάτων για το NHS και πως αυτά τα ευρήματα μπορούν να ενσωματωθούν σε πολιτικές ώστε να επηρεάσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από μέρους των επαγγελματιών υγείας. Ο βασικός λόγος εστίασης στα δεδομένα της πρωτογενούς βιβλιογραφικής έρευνας από το NHS ήταν οι βασικές πρωτοπόρες στρατηγικές που εντοπίζονται όσον αφορά τη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του συγκεκριμένου συστήματος υγείας, όπως καταγράφεται στην ευρωπαϊκή αρθρογραφία. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά του NHS τα τελευταία χρόνια, τα οποία αποτελούν και τα κρισιμότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας, είναι τα ελλείμματα του ανθρώπινου δυναμικού, οι μεγάλες νοσοκομειακές λίστες αναμονής, η γραφειοκρατία, οι συχνές κυβερνητικές παρεμβάσεις στην κλινική πράξη και ο συνεχώς αυξανόμενος ιδιωτικός τομέας της υγείας (Black, 2006). Το έλλειμμα ηγεσίας που παρατηρείται στη διοίκηση του NHS καταγράφεται στις ολοένα αυξανόμενες δαπάνες για πολυσύνθετα πληροφοριακά νοσοκομειακά συστήματα, διαπίστωση ωστόσο που δεν ισχύει για άλλα συστήματα υγείας, στην αύξηση των ανεξάρτητων κέντρων υγείας και στη χρηματοδότηση ιδιωτικών πρωτοβουλιών, η οποία διακυβεύει τις αντίστοιχες δαπάνες για την παρακίνηση του

ανθρώπινου δυναμικού της υγείας, η οποία θα μπορούσε να αποτελέσει μία λύση, εν μέρει, του προβλήματος.

Παράλληλα, το NHS θεωρείται πως έχει μετατραπεί σε ένα σύστημα υγείας το οποίο «υπο-διαχειρίζεται», παρά το μεγάλο αριθμό διοικητών που εμπλέκονται στην οργάνωση και λειτουργία του. Το παράδοξο αυτό στοιχειοθετείται από τη διαπίστωση πως οι διοικητές των νοσοκομείων και των υπόλοιπων μονάδων υγείας, παρά το μεγάλο αριθμό τους, ουσιαστικά δεν πληρούν τις απαραίτητες δεξιότητες και ικανότητες αποτελεσματικής διοίκησης, γεγονός που επεξηγεί και το φαινόμενο της γραφειοκρατίας που χαρακτηρίζει το σύστημα (Thorpe et al, 2006). Η διάκριση αυτή μεταξύ ορθής διοίκησης και απλής διοίκησης αποτελεί το κομβικότερο πρόβλημα της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, όπως συμβαίνει και στο εγχώριο σύστημα υγείας, όπου η ενίοτε υπεράριθμη διοίκηση δεν καταφέρνει να παρέχει, εν τέλει, αποτελεσματικές υπηρεσίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, πολλοί είναι αυτοί πλέον που υποστηρίζουν πως η παρακίνηση και αναγνώριση όχι μόνο των ιατρών αλλά και των διαχειριστών μπορεί να αποτελέσει την ορθή κατεύθυνση προς την αντιμετώπιση της γραφειοκρατίας και την επίτευξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η διεθνής επιστημονική αρθρογραφία και βιβλιογραφία ενδείκνυται για την αποτύπωση των δεδομένων γύρω από τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων του NHS και ως εκ τούτου κρίνεται ως ενδεδειγμένος τρόπος μελέτης της. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η λεπτομερής μελέτη και καταγραφή της κατάστασης που επικρατεί, όσον αφορά στον τομέα της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο των μονάδων υγείας διεθνώς αλλά και στην Βρετανική επικράτεια ειδικότερα εξετάζοντας συγκεκριμένα την περίπτωση του NHS UK. Το εγχείρημα κρίνεται δύσκολο, αλλά μέσα από την καθαρά επιστημονική προσέγγιση που θα ακολουθηθεί αναμένεται να καλυφθεί ένα μεγάλο φάσμα του ζητήματος και να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα ικανά να αποτελέσουν τροφή για σκέψη για τον αναγνώστη. Τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας είναι τα εξής:

- Ποια η οργανωτική δομή του NHS UK σε όρους ανθρωπίνων πόρων;
- Πόσο αποδοτική είναι η διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων του NHS UK;

- Ποιος ο ρόλος του ανθρωπίνου δυναμικού στη διαδικασία παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας;
- Ποια τα κυριότερα προβλήματα ανάπτυξης και διοίκησης ανθρωπίνων πόρων του NHS UK;
- Ποια η επίδραση των ανθρωπίνων πόρων στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας;

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

#### 2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η προέλευση των βασικών αρχών της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού εντοπίζεται στις εργασιακές πρακτικές της δεκαετίας του 1930 στις ΗΠΑ, όπου ο συνδικαλισμός και οι συλλογικές διαπραγματεύσεις και συμβάσεις άρχισαν να εμφανίζονται στις σχέσεις του κεφαλαίου και του εργατικού δυναμικού (Jacoby & Skoufias, 1997). Οι νέες αυτές συνθήκες είχαν ως αποτέλεσμα αλλαγές στην αντιμετώπιση του εργατικού δυναμικού, το οποίο πλέον είχε αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη, μέσω της θέσπισης της μακροπρόθεσμης απασχόλησης και άλλων παροχών, όπως η αποζημίωση σε περίπτωση απόλυσης. Ως αποτέλεσμα, το Πρόγραμμα New Deal Programme που θεσπίστηκε από τον Ρούσβελτ υποχρέωνε τους εργοδότες να παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη και σύνταξη στους εργαζομένους τους, ενώ ο εντεινόμενος ανταγωνισμός από χώρες όπως η Ιαπωνία τη δεκαετία του 1980 ανάγκασε την αμερικάνικη οικονομία να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, μέσω της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης του εργατικού δυναμικού (Enz, 1984).

Παράλληλα, η οικονομία του Ηνωμένου Βασιλείου τη δεκαετία του 1980 αντιμετώπισε έντονο ανταγωνισμό στην αγορά προϊόντων και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την αναγκαστική αναμόρφωση των εργασιακών σχέσεων από την πλευρά της κυβέρνησης, όπου για πρώτη φορά ήρθαν στην επιφάνεια οι αρχές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στον ευρωπαϊκό χώρο (Kaufman, 1993). Μετά από πολλές διεργασίες που έλαβαν χώρα στη διαμόρφωση των βασικών αρχών της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων και την εμφάνιση των πρώτων συστημάτων εφαρμογής, πλαισιώθηκε και η εννοιολογική προσέγγιση του αντίστοιχου όρου. Έτσι, σύμφωνα με τους Bratton & Gold (2003), η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων είναι μία «στρατηγική προσέγγιση της διαχείρισης των εργασιακών σχέσεων, η οποία δίνει έμφαση στην αξιοποίηση των ανθρώπινων δυνατοτήτων, με σκοπό την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος».

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο ρόλος του manager των ανθρώπινων πόρων είναι στρατηγικής σημασίας και όχι διοικητικής, καθώς τα καθήκοντά του είναι η ορθή στελέχωση του οργανισμού, η ανάπτυξη των εργαζομένων, η κατάρτισή τους, η διαχείριση του συνόλου των εργασιακών σχέσεων και των αλλαγών, η αξιολόγηση και η παροχή κινήτρων (Analoui & Karami, 2002). Η στρατηγική σημασία της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων προκύπτει όχι μόνο από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, αλλά και τα αποτελέσματα των πρακτικών δραστηριοτήτων των αντίστοιχων μοντέλων που εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου αποδείχθηκαν εξαιρετικά επίπεδα αποτελεσματικότητας και απόδοσης στους οργανισμούς όπου ακολουθήθηκαν τέτοιου είδους πρακτικές. Για πολλούς ερευνητές, λοιπόν, οι τακτικές της διοίκησης αυτής συνδέονται σε απόλυτο βαθμό με τα επίπεδα επίτευξης των στρατηγικών οργανωσιακών στόχων, με αποτέλεσμα να καθίσταται προφανές πως αυτές δεν αποτελούν μία απλή θεωρία, αλλά έχουν ισχυρή ρεαλιστική βάση.

Στο πλαίσιο αυτό, η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων δε θεωρείται ως μία θεωρητική επανάληψη της διαχείρισης του προσωπικού (personnel management), αλλά αντιθέτως μία νέα διαχειριστική λειτουργία του ανθρώπινου κεφαλαίου (Legge, 1995), που προσφέρει νέες δυνατότητες ευελιξίας των οργανισμών και αυξημένες πιθανότητες δέσμευσης των εργαζομένων με τους οργανωσιακούς στρατηγικούς στόχους. Επιπροσθέτως, η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων θεωρείται, από μία ολιστική σκοπιά, ως μέρος των συνολικών αρχών και συστημάτων διαχείρισης των οργανισμών, καθώς συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, όπως είναι η υποκίνηση των εργαζομένων, η οργανωσιακή κουλτούρα και η οργανωσιακή δομή. Τέλος, η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων, όπως υποθέτει και ο ίδιος ο ορισμός, βασίζεται στην έννοια του ανθρώπινου κεφαλαίου, εννοώντας πως σκοπός της είναι η ανάπτυξη των εργαζομένων, οι οποίοι δεν πρέπει αν αντιμετωπίζονται ως επιπλέον κόστος, αλλά ως επένδυση. Η διαπίστωση αυτή αποτελεί και τη βασικότερη διαφορά ανάμεσα στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και τη διοίκηση προσωπικού, της οποίας οι αρχές βασίζονται στην κατηγοριοποίηση των εργαζομένων (Beardwell et al, 2004).

## 2.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

### 2.2.1 Η ενδεχομενική προσέγγιση

Η προσέγγιση αυτή (Enz, 1984) εστιάζει στη διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού, θεωρώντας ότι αυτό θα πρέπει να διοικηθεί όπως κάθε τομέας του οργανισμού. Δηλαδή:

- ❖ Με οικονομία στο κόστος
- ❖ Αναπτυξιακές προοπτικές
- ❖ Απομύζηση όλων των δυνατοτήτων του ώστε αυτό να συμβάλει ενεργά στην επίτευξη των στόχων της επιχείρησης και τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της.

Κατά τους Fombrum et al. (1984) τέσσερα είναι τα βασικά συστήματα που βοηθούν στην επίτευξη των παραπάνω: η επιλογή, η επίδοση, η αξιολόγηση, οι ανταμοιβές και η ανάπτυξη. Οι τέσσερις αυτές πολιτικές θεωρούνται απαραίτητες για να δημιουργήσουν αξίες ή κουλτούρα και να αναπτύξουν συμπεριφορές που να οδηγούν στην αποτελεσματική εφαρμογή της στρατηγικής, δεδομένου ότι κάθε στρατηγική απαιτεί ανάλογη συμπεριφορά η οποία μπορεί να προκληθεί μέσα στα πλαίσια της κατάλληλης πολιτικής προσωπικού. Για να ακολουθηθούν αυτά τα πλαίσια συμπεριφοράς απαιτούνται πολιτικές όπως:

- Περιγραφή έργου θέσης που προσδιορίζει τον τρόπο συνεργασίας των ομάδων μεταξύ τους
- Συστήματα αξιολόγησης που ανταμείβουν τα ομαδικά επιτεύγματα
- Συστήματα αμοιβής που τονίζουν την εσωτερική δικαιοσύνη περισσότερο παρά την αμοιβή της αγοράς
- Συστήματα επαγγελματικής εξέλιξης που ενθαρρύνουν την απόκτηση ενός ευρέος φάσματος ικανοτήτων

Η προσέγγιση αυτή αγνοεί σημαντικά στοιχεία που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων όπως ο σχεδιασμός και η οργάνωση της εργασίας ή οι εργασιακές σχέσεις.

### **2.2.2 Η ανθρωπιστική προσέγγιση: έμφαση στον άνθρωπο**

Η προσέγγιση αυτή τονίζει κυρίως την ανθρωπινή πλευρά της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων, περιλαμβάνοντας όλες εκείνες τις αποφάσεις και ενέργειες που επηρεάζουν τη φύση της σχέσης μεταξύ της οργάνωσης και του εργαζομένου (Legge, 1995). Η προσέγγιση αυτή λαμβάνει υπόψη της τα ενδιαφέροντα των μετόχων, της Διοίκησης, των εργαζομένων, της κυβερνητικής πολιτικής, των συνδικάτων και της κοινωνίας.

Για την επίτευξη των παραπάνω απαιτείται η ανάπτυξη τεσσάρων βασικών πολιτικών:

- Ροές ανθρώπινων πόρων
- Συστήματα αμοιβών
- Επιρροή των εργαζομένων
- Συστήματα εργασίας

### **2.2.3 Η πολιτική προσέγγιση και η διαδικασία αλλαγής (The Warwick Business School Modell)**

Με βάση την προσέγγιση του Harvard επιστήμονες στο Warwick University ερεύνησαν περισσότερες από είκοσι επιχειρήσεις για να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ στρατηγικών αλλαγών και τρόπου διοίκησης του προσωπικού. Διαπίστωσαν ότι υπήρχε άμεση σχέση μεταξύ των δυο αυτών μεταβλητών δεδομένου ότι πίσω από κάθε αλλαγή στον τρόπο χειρισμού του ανθρώπινου παράγοντα υπήρχε ως κινητήριος δύναμη αλλαγή στους μακροχρόνιους στόχους της επιχείρησης (Storey, 2007).

Στην προσέγγιση αυτή που συνδυάζει την προσέγγιση του Harvard και την αλληλεπίδραση της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων και των μακροχρόνιων στόχων, αναγνωρίζεται η ανάγκη να ληφθεί υπόψη:

- Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος και
- Η αναγκαιότητα του ρόλου της Διοίκησης των Ανθρώπινων Πόρων δεδομένου ότι όπως έχει παρατηρηθεί οι μεγάλες επιχειρήσεις



προσαρμοζόμενες στις νέες αντιλήψεις εμπλέκουν και τα στελέχη γραμμής στις δραστηριότητες Διοίκησης του Ανθρώπινου Δυναμικού.

## **2.3 ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ**

### **2.3.1 Βασικά χαρακτηριστικά**

Τα βασικά χαρακτηριστικά των νέων τάσεων φαίνεται να είναι τα εξής:

- Σύνδεση του προγραμματισμού ανθρωπίνων πόρων με τους στρατηγικούς στόχους των οργανισμών
- Ενεργό συμμετοχή των στελεχών γραμμής στη άσκηση διοικητικών καθηκόντων
- Ενδυνάμωση των δομών των σχέσεων μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων
- Αλλαγή στις δομές των σχέσεων εργοδοσίας-σωματείων με ταυτόχρονη απεμπλοκή από το μαζικοποιημένο μοντέλο διοίκησης

### **2.3.2 Σύνδεση με στρατηγικούς στόχους**

Οι προσπάθειες για τη στρατηγική αντιμετώπιση της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων αρχίζουν με τον προσδιορισμό των στρατηγικών αναγκών. Οι ανάγκες αυτές ουσιαστικά αναφέρονται στη διακήρυξη της αποστολής της επιχείρησης και προσδιορίζονται ανάλογα με τους στόχους της επιχείρησης (Storey, 2014).

Οι ανάγκες και οι στόχοι της επιχείρησης προσδιορίζονται και επαναπροσδιορίζονται με γρήγορους ρυθμούς σε περιόδους αναταραχής ή γρήγορων εξελίξεων σε μια προσπάθεια επιβίωσης, ανάπτυξης ή προσαρμογής. Όσο πιο πειστικές οι αλλαγές τόσο λιγότερο είναι σε θέση τα στελέχη να κάνουν μακροχρόνιο προγραμματισμό. Για να ανταποκριθούν οι επιχειρήσεις στις αλλαγές αυτές πρέπει να υιοθετήσουν τη διαδικασία της μάθησης.

Μάθηση δεν είναι απλά η συγκέντρωση γνώσης από ένα άτομο, άλλα οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα μέσα στις επιχειρήσεις συλλογικά, ανανεώνουν τις γνώσεις,

τις αξίες τους, τους τρόπους σκέψης και γενικότερα τη φιλοσοφία τους. Η μάθηση συμβαδίζει με την εκπαίδευση, τις δομικές αλλαγές, τον πειραματισμό και τη δοκιμή, την ανάπτυξη νέας γνώσης, την αναμόρφωση των αξιών, τη δράση. Η διαδικασία της μάθησης είναι πολύ βασική για την αντιμετώπιση των αλλαγών και βοηθά τις επιχειρήσεις να προσαρμοσθούν.

Βασικό χαρακτηριστικό της σύνδεσης της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων με τους στρατηγικούς στόχους είναι η αλληλουχία, η συνοχή των επιμέρους πολιτικών. Για να εκτελεστούν τα συγκεκριμένα έργα απαιτούνται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ικανότητες τα οποία πρέπει να συνδυαστούν έτσι ώστε να οδηγήσουν σε συμπεριφορά που θα έχει σαν αποτέλεσμα την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης. Ο συνδυασμός αυτός επιτυγχάνεται προς δύο κατευθύνσεις (Storey, 2014).

- Κάθετα ώστε οι πολιτικές προσωπικού να συνδυάζονται με τις διαδικασίες της στρατηγικής διοίκησης και
- Οριζόντια ώστε να επιτευχθεί ο συντονισμός των συγκεκριμένων πολιτικών.

Αυτό σημαίνει ότι οι πολιτικές προσωπικού πρέπει να στέλνουν το ίδιο μήνυμα σχετικά με το τι αναμένεται από τον καθένα και πως αυτός πρόκειται να ανταμειφθεί, διαφορετικά ο καθένας λειτουργεί στη δική του κατεύθυνση.

### **2.3.3 Εκχώρηση εξουσιών προς τα στελέχη γραμμής**

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της νέας προσέγγισης είναι η εκχώρηση της ευθύνης για τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στα στελέχη γραμμής. Αυτό σημαίνει ότι αλλάζει ο ρόλος των τμημάτων Ανθρώπινων Πόρων γιατί τους δίνεται πλέον η δυνατότητα να αναπτύξουν μια τελείως διαφορετική σχέση με την ανώτατη διοίκηση. Ξεφεύγουν τελείως από τον παραδοσιακό τους ρόλο και ασχολούνται με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις των στρατηγικών αποφάσεων της Διοίκησης στο ανθρώπινο δυναμικό. Κάτι τέτοιο βέβαια απαιτεί εκτός από την πλήρη στήριξη της Διοίκησης και εκπαίδευση των στελεχών γραμμής (Storey, 2014).

### **2.3.4 Ενδυνάμωση του ρόλου των στελεχών**

Βασικό χαρακτηριστικό της νέας προσέγγισης είναι και η επίτευξη αφοσίωσης των εργαζομένων προς την επιχείρηση. Στην προσπάθεια αυτή ο ρόλος όλων των στελεχών είναι καθοριστικός και διαφοροποιείται από τις παραδοσιακές προσεγγίσεις. Το στέλεχος είναι αυτό που καθοδηγεί, εμπνυχώνει και υποκινεί ώστε να ολοκληρωθεί η αφοσίωση προς τους στόχους της επιχείρησης (Storey, 2014).

### **2.3.5 Σχέσεις εργοδοσίας-σωματείων**

Είναι γενικά γνωστό ότι μετά το 1980 παρατηρείται μείωση στη δύναμη των εργατικών συνδικάτων. Οι λόγοι είναι πολλοί και επικεντρώνονται στη μειούμενη πυκνότητα, στην οικονομική συγκυρία και στη σύνθεση της εργατικής δύναμης που απαιτεί πλέον διαφορετικούς τρόπους οργάνωσης και εκπροσώπησης, αλλά και σε θεσμικούς και ιδεολογικούς λόγους. Παρατηρήθηκε επίσης μια τάση αποκέντρωσης των εργασιακών σχέσεων που υποβάθμιζε τη διαπραγμάτευση σε εθνικό επίπεδο και ενδυναμώνει τη διαπραγμάτευση σε επίπεδο επιχείρησης ενώ η έμμεση συμμετοχή φαίνεται να δίνει σιωπηρά τη θέση της στην άμεση συμμετοχή (Storey, 2014). Η νέα προσέγγιση αξιοποίησης τους ανθρώπινου δυναμικού ακολουθεί τις παραπάνω τάσεις. Έμφαση δίνεται πλέον στην ατομική προσέγγιση του εργαζομένου και καθορισμό των όρων εργασίας και όχι στη μαζική αντιμετώπιση του έως σήμερα.

## **2.4 ΤΟΜΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

### **2.4.1 Εκπαίδευση**

Σύμφωνα με τους Armstrong & Taylor (2014) οι βασικότεροι τομείς στους οποίους πρέπει να εφαρμόζονται καλές πρακτικές διοίκησης των ανθρώπινων πόρων είναι η εκπαίδευση και ανάπτυξη, η ομαδική εργασία, η επιλογή εργαζομένων, η αξιολόγηση της απόδοσης και η επικοινωνία. Στόχος της εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης και ανάπτυξης των εργαζομένων στα πλαίσια ενός οργανισμού είναι η παροχή των απαραίτητων δεξιοτήτων και της κατάλληλης γνώσης, ώστε να είναι σε

θέση οι εργαζόμενοι να εκπληρώνουν τους αντικειμενικούς στόχους του οργανισμού (Johnson, 2000). Ωστόσο, η έννοια αυτή της εκπαίδευσης δε σχετίζεται απλώς με την παροχή ειδικής κατάρτισης για μία συγκεκριμένη πρακτική εργασία, δεδομένου ότι δημιουργεί ένα εν γένει εργασιακό ήθος, ενώ σε πολλές περιπτώσεις η εκπαίδευση αντιμετωπίζεται ως μία μη αναγκαία λειτουργία, αν και έχει αποδειχθεί πως μπορεί να πλαισιώσει την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Armstrong & Taylor 2014),

Επίσης, ένας οργανισμός που λειτουργεί βάσει καλών πρακτικών εκπαίδευσης των εργαζομένων του οφείλει να προσαρμόζει ανάλογα και την οργανωσιακή δομή του, καθώς η συνεχής επιμόρφωση των υπαλλήλων του είναι μία πολύπλοκη διαδικασία, η οποία όχι μόνο επιφέρει υψηλό βαθμό εξειδίκευσης αλλά και εντείνει και το αίσθημα δέσμευσης απέναντι στους ρεαλιστικούς στόχους της παραγωγικής διαδικασίας, μέσω της βελτιωμένης απόδοσης των εργαζομένων. Οι Snell et al (2015) αναφέρουν πως η λειτουργία της εκπαίδευσης στα πλαίσια της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων σε έναν οργανισμό είναι εξαιρετικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του και το βαθμό επίτευξης των στόχων του, επισημαίνοντας πως οι υπεύθυνοι διοίκησης του ανθρώπινου κεφαλαίου πρέπει να ενσωματώνουν προγράμματα και εφαρμογές για την καλύτερη κατάρτιση των υπαλλήλων. Παραδειγματικά, οι συγγραφείς αναφέρουν πως ένα τέτοιο αποτελεσματικό εκπαιδευτικό σύστημα πρέπει να ενσωματώνει καθήκοντα και ασκήσεις, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται απλά στους οργανωσιακούς στόχους, αλλά αντανακλούν παράλληλα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε υπαλλήλου, ενώ τα βασικότερα θετικά αποτελέσματα που επιφέρουν είναι η προώθηση της οργανωσιακής κατανόησης, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων και η αύξηση της αντίστοιχης αποδοτικότητας.

#### **2.4.2 Ομαδική εργασία**

Οι πρακτικές της ομαδικής εργασίας στα πλαίσια της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων αναφέρονται στη δημιουργία ομάδων, μέσω των οποίων αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και κατά συνέπεια βελτιώνεται η απόδοση. Ωστόσο, η δυναμική μίας τέτοιας πρακτικής αναφορικά με τις πραγματικές

επιδράσεις της στην αποδοτικότητα των εργαζομένων αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα, καθώς πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν πως η ατομική εργασία σε ένα πλήθος επαγγελματικών τομέων οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, οι Stephens & Carmeli (2016), διερευνώντας τις δυναμικές που αναπτύσσονται ανάμεσα σε μία ομάδα εργασίας, αναφέρουν πως η διαδικασία λήψης αποφάσεων επιδεινώθηκε σημαντικά, τόσο σε σχέση με το χρόνο όσο και με την ποιότητα των αποφάσεων, σε σχέση με την αντίστοιχη της ατομικής εργασίας.

Ωστόσο, οι Hanaysha & Tahir (2016) υποστηρίζουν πως η ομαδική εργασία μπορεί να έχει θετικότερες επιπτώσεις στην απόδοση των εργαζομένων και στην επίτευξη των οργανωσιακών στόχων, αν και επισημαίνουν την ανάγκη ορισμένων προϋποθέσεων, όπως είναι τα υψηλά επίπεδα αισθήματος ευθύνης και αυτοελέγχου των συμμετεχόντων και ο ορθός καταμερισμός ευθυνών και καθηκόντων. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους συγγραφείς, μίας εργασιακή ομάδα χαρακτηρίζεται από υπαλλήλους που έχουν τη δυνατότητα αυτοελέγχου, από την εκχώρηση συγκεκριμένων καθηκόντων στα μέλη με τη σχεδίαση αντίστοιχου χρονοδιαγράμματος, αυτόνομο προγραμματισμό εκτέλεσης των καθηκόντων, υψηλό αίσθημα υπευθυνότητας και ικανότητας λήψης αποφάσεων, και δυνατότητα ανάληψης δράσης σε συγκεκριμένα προβλήματα χωρίς απαραίτητη προηγούμενη έγκριση.

### **2.4.3 Επιλογή κατάλληλων υπαλλήλων**

Οι Shields et al (2015) αναφέρουν πως οι πιο επιτυχημένοι οργανισμοί του μέλλοντος θα είναι αυτοί που θα έχουν τη δυνατότητα να προσελκύουν, να δεσμεύουν, να διατηρούν και να αναπτύσσουν τους καλύτερους και πιο εξειδικευμένους υπαλλήλους. Ωστόσο, ο βαθμός επιτυχίας των πρακτικών επιλογής των κατάλληλων υπαλλήλων περιπλέκεται από τη δράση διάφορων μεταβλητών, ενώ είναι πιθανότερο για έναν μεγάλο οργανισμό να προσελκύσει τους καταλληλότερους εργαζομένους λόγω της δυνατότητας να αντέξει το αντίστοιχο κόστος, σε αντίθεση με μικρότερες εταιρίες, οι οποίες έχουν περιορισμένη ικανότητα σε αυτόν τον τομέα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως αν και το αρχικό κόστος επιλογής και στελέχωσης του ανθρώπινου δυναμικού με τους πιο εξειδικευμένους υπαλλήλους είναι υψηλό, σε

μακροχρόνια βάση, το κόστος αυτό υπερκαλύπτεται από την υψηλή αποδοτικότητα, ως αποτέλεσμα της βέλτιστης αντιστοιχίας θέσης και ατόμου.

#### **2.4.4 Αξιολόγηση της απόδοσης**

Η αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων αποτελεί μία από τις πιο ευρέως εφαρμοζόμενες πρακτικές των συστημάτων διοίκησης των ανθρώπινων πόρων τα τελευταία χρόνια, καθώς θεωρείται πως βελτιώνει την απόδοση των εργαζομένων και ενισχύει το αίσθημα της δέσμευσής τους απέναντι στον οργανισμό (Enz et al, 2000). Υπάρχουν πολλές μέθοδοι αξιολόγησης της απόδοσης που χρησιμοποιούνται, όπως είναι για παράδειγμα διάφοροι δείκτες απόδοσης, δείκτες πωλήσεων και άλλες ποσοτικές και ποιοτικές μετρήσεις. Σύμφωνα με το Messmer (2007), υπάρχει ένα σύνολο στοιχείων και χαρακτηριστικών που πλαισιώνουν την απόδοση των εργαζομένων, βάσει των οποίων η αξιολόγησή της είναι δίκαιη και ορθολογική. Τα στοιχεία αυτά είναι η ικανότητα του εργαζομένου να εκτελεί τα καθήκοντά του, η δυνατότητα εργασίας σε ομάδες, η πρωτοβουλία, οι δεξιότητες επικοινωνίας και η ηθική. Η αξιολόγηση της απόδοσης θεωρείται, λοιπόν, μία από τις αποτελεσματικότερες πρακτικές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων, καθώς παρέχει κατευθύνσεις στους εργαζομένους για τη βελτίωση της απόδοσής τους, αναφορικά όχι μόνο με τους στόχους του οργανισμού αλλά και σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους του κάθε υπαλλήλου. Επιπλέον, οι τακτικές αυτές δίνουν τη δυνατότητα διασύνδεσης απόδοσης και ανταμοιβής ή απόδοσης και απαιτούμενης μελλοντικής εκπαίδευσης.

#### **2.4.5 Επικοινωνία**

Τέλος, ο παράγοντας της επικοινωνίας αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων σε έναν οργανισμό, καθώς όσο αυξάνεται η πολυπλοκότητα των σύγχρονων επιχειρήσεων, η αποτελεσματική αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και μεταξύ προσωπικού και ανώτερων υπαλλήλων είναι καίριας σημασίας για την πρόοδο και τη βιώσιμη μετάβασή του στο μέλλον

(Luthans & Peterson, 2003). Η επικοινωνία, όταν βασίζεται στην εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών, παρέχει τη δυνατότητα έκφρασης γνώμης σε όλους τους εργαζομένους, γεγονός που επιταχύνει τόσο την επίλυση προβλημάτων όσο και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Εκτός αυτού, η επικοινωνία επιτρέπει σε κάθε έναν από τους υπαλλήλους να γνωρίζει τις ακριβείς απαιτήσεις που έχει ο οργανισμός από αυτόν αναφορικά με την εκτέλεση των καθηκόντων του, ώστε να μην υπάρχουν τυχόν παρανοήσεις, ενώ με τον τρόπο αυτό οι αποφάσεις λαμβάνονται βάσει των πραγματικών οργανωσιακών στόχων, γεγονός που μειώνει τις χρονικές καθυστερήσεις, αυξάνει την αποτελεσματικότητα και καταλήγει στην ενίσχυση της συνολικής αποδοτικότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

##### **Ιατρικό προσωπικό**

Οι γιατροί ουσιαστικά, είναι οι ειδικευμένοι επαγγελματίες, που εφαρμόζουν τις αρχές και τις διαδικασίες της σύγχρονης ιατρικής για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη φροντίδα και τη θεραπεία ασθενειών, ασθενειών και τραυματισμών σε ασθενείς και τη διατήρηση της υγείας τους. Το ιατρικό προσωπικό διαχωρίζεται σε δυο κατηγορίες (Kakuma et al, 2011):

1. Τους γενικούς γιατρούς, που δεν περιορίζουν την πρακτική τους σε ορισμένες κατηγορίες ασθενειών ή μεθόδους θεραπείας και αναλαμβάνουν την ευθύνη για την παροχή συνεχούς και ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας.
2. Τους ειδικούς κλινικούς γιατρούς, που η πρακτικές τους περιλαμβάνουν εξειδικευμένες διαγνωστικές, χειρουργικές, σωματικές και ψυχολογικές τεχνικές ή ειδικεύονται στη φροντίδα συγκεκριμένων κατηγοριών ασθενειών, τύπων ασθενών ή στην εφαρμογή συγκεκριμένων μεθόδων θεραπείας και μπορούν να παρέχουν δραστηριότητες ιατρικής εκπαίδευσης και έρευνας σε επιλεγμένους τομείς της ειδικότητάς τους.

##### **Νοσηλευτικό προσωπικό**

Το νοσηλευτικό προσωπικό ουσιαστικά περιλαμβάνει τους εργαζόμενους εκείνους που διαχειρίζονται, παρέχουν και αξιολογούν υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας για τα άτομα που έχουν ανάγκη τέτοιων υπηρεσιών υγείας εξαιτίας ασθενειών, τραυματισμών ή άλλων σωματικών ή διανοητικών αδυναμιών, ή λόγω πιθανών κινδύνων για την υγεία τους. Οι νοσηλευτές λειτουργούν αυτόνομα ή σε ομάδες με γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να διαχωριστεί σε (Kakuma et al, 2011):



- Γενικούς νοσηλευτές
- Εξειδικευμένους νοσηλευτές
- Κλινικούς νοσηλευτές, Νοσηλευτές αναισθησιολογίας
- Βοηθούς νοσηλευτές
- Πρακτικούς νοσηλευτές και
- Αποκλειστικούς νοσηλευτές.

### **Μαιευτικό προσωπικό**

Το μαιευτικό προσωπικό ειδικεύεται στην παροχή φροντίδας των εγκυμονούντων γυναικών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό. Ουσιαστικά, ο ρόλος τους αναφέρεται στη μείωση των κινδύνων για την υγεία των εγκυμονούντων γυναικών και των νεογνών και εργάζονται αυτόνομα ή σε ομάδες με άλλους επαγγελματίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Kakuma et al, 2011). Διαχωρίζονται και σε αυτή την περίπτωση σε γενικό και εξειδικευμένο μαιευτικό προσωπικό με τη δεύτερη κατηγορία να ειδικεύεται στη φροντίδα ειδικών περιπτώσεων εγκυμονούντων όπως γυναίκες με χρόνιες σοβαρές παθήσεις, γυναίκες μεγάλης ηλικίας και γυναίκες που έχουν προχωρήσει σε εξωσωματική.

### **Παραϊατρικές ειδικότητες**

Στις παραϊατρικές ειδικότητες συγκαταλέγονται όλοι εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν δευτερεύουσες υπηρεσίες υγείας σε χώρους εντός ή εκτός νοσοκομειακών κλινικών και εξειδικεύονται σε ειδικότητες που δεν συγκαταλέγονται στις παραδοσιακές διαστάσεις της ιατρικής επιστήμης. Τέτοιες ειδικότητες είναι οι ειδικότητες του φυσιοθεραπευτή, του λογοθεραπευτή, του λογοθεραπευτή, του οδοντοτεχνίτη, του οπτομέτρη και του χειριστή ιατρικών οργάνων (Kakuma et al, 2011).

### **Διοικητικά στελέχη**

Τα διοικητικά στελέχη είναι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία και τις κλινικές που διεκπεραιώνουν ποικιλία διοικητικών και διεκπεραιωτικών δραστηριοτήτων για την υποστήριξη της παροχής υπηρεσιών υγείας και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Στα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων συμπεριλαμβάνονται οι υπάλληλοι

του λογιστηρίου, οι υπάλληλοι επιμέρους τμημάτων όπως τα τμήματα ιματισμού και προμηθειών, οι υπάλληλοι γραμματειών, οι υπάλληλοι του τμήματος διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού και οι διοικητές των οργανισμών (Kakuma et al, 2011).

### **Τεχνικοί**

Οι τεχνικοί, είναι επιφορτισμένοι με τη σωστή λειτουργία των εγκαταστάσεων των οργανισμών υγείας και διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες (Kakuma et al, 2011):

1. τους τεχνικούς γενικών λειτουργιών και
2. τους τεχνικούς έλεγχου λειτουργίας των ιατρικών μηχανημάτων.

## **3.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ- Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ**

Η εποχή μας είναι εποχή που οι δαπάνες των κρατών γενικά και των πολιτών μεμονωμένα ολοένα και αυξάνονται. Συνεπώς η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων στο χώρο της υγείας έχει αναχθεί σε ζήτημα πρωτίστης σημασίας για τις κυβερνήσεις. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας καταλαμβάνουν κεντρική θέση στη σωστή λειτουργία των συστημάτων υγείας με τους συντασσόμενους προϋπολογισμούς των κυβερνήσεων για την υγεία να αποτελούνται κατά πολύ μεγάλο μέρος από δαπάνες για μισθούς (Hongoro-McPake, 2003). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Ευρώπη, το ύψος των δαπανών που διατίθενται για μισθούς των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας στο δημόσιο τομέα κυμαίνεται, από 17% στην Τσεχική Δημοκρατία έως 71% στην Κύπρο, με τη Δανία και την Ολλανδία να παρουσιάζουν επίσης πολύ ψηλά ποσοστά δαπανών για μισθούς (68% και 59% αντίστοιχα). Επιπλέον οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας αποτελούν σημαντικό ποσοστό επί του συνολικού ενεργά οικονομικού πληθυσμού των χωρών με την Ελβετία και τη Γερμανία να έχουν την πρωτοκαθεδρία καθώς περίπου το 10% των συνολικών εργαζομένων των χωρών αυτών απασχολούνται στο χώρο της υγείας.

Επιπλέον, η παρατήρηση της εξέλιξης των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού της Ευρώπης, δείχνει το μέσο προσδόκιμο ζωής θα αυξηθεί εντυπωσιακά. Όπως είναι φυσικό οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας καθώς και οι επαγγελματίες

σε αυτόν δεν είναι δυνατόν να μην επηρεαστούν από το γεγονός αυτό. Σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ (2004) εκτιμάται ότι ο αντίκτυπος της συνεχιζόμενης αύξησης του μέσου προσδόκιμου ζωής υποθέτοντας σταθερή είσοδο νέων επαγγελματιών στο χώρο της υγείας θα είναι η μείωση της αναλογίας γιατρών και νοσοκόμων για κάθε ασθενή εάν δεν ληφθούν άμεσα μέτρα. Συνεπώς όπως συμπεραίνεται με τα υπάρχοντα δεδομένα, αναμένεται να παρουσιαστούν σημαντικές ελλείψεις σε γιατρούς και νοσοκόμες την επόμενη 20ετία σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες εάν δεν υπάρξει άμεση αντίδραση και χάραξη νέων πολιτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

### **3.3 ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2004), οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στις χώρες του οργανισμού είναι σύνηθες φαινόμενο καθώς είναι πολύ λίγες οι χώρες που παρατηρείται αυξημένη προσφορά υγειονομικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, στην Αγγλία επί παραδείγματι, το 2003 οι ελλείψεις σε εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία άγγιζαν το 4,7%, ενώ οι ελλείψεις γενικά σε υγειονομικό προσωπικό το 3,3%. Αντίθετα, το 2000 στο Βέλγιο, η προσφορά σε εργαζόμενους τους υγειονομικού τομέα παρουσιαζόταν εξαιρετικά αυξημένη, σε επίπεδα μάλιστα που συνιστούσαν την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος ανεργίας σε αυτές τις ειδικότητες. Άλλες χώρες, όπως η Αυστραλία και ο Καναδάς, παρουσιάζουν ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές όπως αγροτικές και υποβαθμισμένες περιοχές, ενώ παράλληλα χαρακτηρίζονται από πλεονασματικές τάσεις σε εύπορες μητροπολιτικές περιοχές. Επιπλέον, συχνό είναι το φαινόμενο των ελλείψεων σε ορισμένες μόνο κατηγορίες υγειονομικού προσωπικού και ιδιαίτερα σε ειδικές δεξιότητες που απαιτούν μεγάλη εξειδίκευση.

Επίσης, ο οργανισμός σημειώνει ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό σε μια σειρά από χώρες. Παράλληλα η ανεργία των ειδικοτήτων νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζεται να είναι χαμηλή, με εξαίρεση χώρες όπως η Ισπανία (7,7%). Με γνώμονα το παραπάνω γεγονός, η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό επαφίεται κυρίως, στο ότι ο χρόνος παραμονής στην εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού και

γενικότερα των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας, τείνει να μειώνεται, κυρίως λόγω της εξαιρετικά μεγάλης έντασης και φόρτου εργασίας, καθώς και λόγω της έλλειψης κοινωνικής και οικονομικής αναγνώρισης. Επιπλέον η αναγκαία μείωση των δαπανών των κρατών για την υγεία, εντείνει ακόμα περισσότερο την ανεργία στο χώρο, ως συνέπεια της μείωσης των προσλήψεων.

### **3.4 ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΕΙΨΕΩΝ**

Η ρύθμιση των ελλείψεων εργαζομένων του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια:

- Την εισαγωγή στις ιατρικές και παραϊατρικές σχολές αριθμού φοιτητών τέτοιου που θα είναι σε θέση να καλύπτει τις αυξημένες μελλοντικές ανάγκες
- Την ελεύθερη και εύκολη πρόσβαση στην εξειδίκευση
- Την εφαρμογή στοχευμένων προγραμμάτων πρακτικής άσκησης των επαγγελματιών υγείας πριν την τελική τους κατανομή στην αγορά εργασίας.

Σε πολλές περιπτώσεις, η ρύθμιση λαμβάνει χώρα με αργούς ρυθμούς και επικεντρώνεται κυρίως στο κομμάτι που αφορά την πρόσβαση στις σχολές. Τα κυριότερα μειονεκτήματα της αποσπασματικής αυτής αντιμετώπισης του ζητήματος είναι ότι τα λάθη στην πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών στην υγεία και την περίθαλψη μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές ελλείψεις ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η διάρκεια της εκπαίδευσης (ειδικά για τους ιατρούς), είναι ακανόνιστη λόγω των πολλών επιλογών που υπάρχουν στον τομέα της ειδίκευσης γεγονός που δημιουργεί αστοχίες στην πρόβλεψη της μελλοντικής προσφοράς ανθρώπινου δυναμικού.

Άλλα συστήματα ρύθμισης της προσφοράς εργασίας προωθούν την πρακτική άσκηση ιατρών ή ακόμα και φοιτητών ιατρικής σε ιδιωτικά ιατρεία. Τέτοια παραδείγματα λαμβάνουν χώρα στη Γερμανία και το Βέλγιο (Bourgueil et al, 2002). Αν και τα αποτελέσματα των μέτρων αυτών στην κάλυψη των ιατρικών αναγκών του πληθυσμού είναι ταχύτατα, οδηγούν σε υπερπροσφορά επαγγελματιών υγείας, ενώ οι εργαζόμενοι με αυξημένα προσόντα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εύρεση θέσεων

εργασίας καθώς αυτές καλύπτονται από φοιτητές που ασκούν την πρακτική τους άσκηση.

### **3.5 ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Όπως προαναφέρθηκε, πολλοί ερευνητές (Sprycher, 2004) θεωρούν ότι ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας, δεν θα πρέπει να περιορίζεται στις μελλοντικές εισροές εργαζομένων στο χώρο, αλλά θα πρέπει να επίσης να λαμβάνει υπόψη και ποσοτικά δεδομένα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας. Συνεπώς ένα πολύ σημαντικό ζήτημα προς επίλυση είναι η αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων ως εργαλείο για την καταπολέμηση των ελλείψεων στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης.

Για την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων στο χώρο της υγείας τα Ευρωπαϊκά ιδιαίτερα κράτη αλλά και οι ΗΠΑ έχουν λάβει συγκεκριμένα μέτρα:

- Μπόνους παραγωγικότητας σε εργαζόμενους στα μεγάλα νοσοκομεία ανάλογα με τις ώρες εργασίας τους μηνιαίως ή εβδομαδιαίως
- Σημαντική προσαύξηση του μισθού των εργαζομένων κατά τις εφημερίες
- Σεμινάρια επιμόρφωσης των εργαζομένων στη χρήση νέων τεχνολογιών
- Πρόσληψη εξειδικευμένων μάνατζερ στα νοσοκομεία
- Εφοδιασμός των νοσοκομειακών μονάδων και των κέντρων υγείας με σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα για την καταγραφή και τη διεύθυνση των εργασιών
- Οριοθέτηση των ρόλων και των δραστηριοτήτων μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών του προσωπικού
- Μέτρα ενίσχυσης της αλληλοκάλυψης των εργαζομένων
- Ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού ώστε να αποφορτιστούν οι κρατικές νοσοκομειακές μονάδες περίθαλψης

### 3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

Η εκτίμηση των παραγόντων που καθορίζουν την προσφορά και τη ζήτηση ανθρωπίνων πόρων στην υγεία, δεν είναι εύκολο ζήτημα καθώς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μια σειρά από παράγοντες όπως η παραγωγικότητα των εργαζομένων, η εξέλιξη της τεχνολογίας, η πορεία της συνολικής υγείας του πληθυσμού, οι εφαρμοζόμενες πολιτικές για την υγεία, η γενικότερη κατάσταση της οικονομίας και άλλοι αστάθμητοι παράγοντες όπως η έξαρση επιδημιών, η εμφάνιση νέων νοσημάτων και η εξάλειψη παλαιών.

Τα χρόνια που έρχονται, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα παρατείνει το χρόνο της έκθεσης σε ασθένειες. Επίσης η ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αναμένεται να αυξήσει και τις ανάγκες των ανθρώπων για ιατρική μέριμνα. Οι δαπάνες για την υγεία καθορίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις δαπάνες που απαιτούνται από τα γηραιότερα σε ηλικία άτομα, καθώς και από τα άτομα με αναπηρίες (Soeters & Griffiths, 2003). Σαν συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού (σε όρους προσδόκιμου ζωής) στις αναπτυγμένες χώρες αλλά και της προόδου της ιατρικής τεχνολογίας, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αναμένεται να αυξηθεί.

Είναι γεγονός ότι μια αύξηση της εισόδου των εισακτέων φοιτητών σε σχολές ιατρικών και παραϊατρικών επιστημών θα μπορούσε να αντισταθμίσει και τις αυξημένες, από μέρους των πολιτών ιατρικές ανάγκες. Παρόλα αυτά ως αποτέλεσμα της μείωσης της γονιμότητας καθώς και της θνησιμότητας, το ποσοστό των νέων στις μελλοντικές κοινωνίες θα μειωθεί.

Στην πραγματικότητα, στην Ευρώπη, κάθε νέα γενιά ατόμων αριθμεί, πληθυσμό μειωμένο περίπου κατά 30% σε σχέση με την γενιά των γονέων τους. Επιπλέον, αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των ατόμων που δεν θα κάνουν ποτέ παιδιά. Συνεπώς, η σημαντική μείωση του ποσοστού των γεννήσεων, ακολουθείται από μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Σαν συνέπεια όλων των παραπάνω αναμένεται να υπάρξουν σοβαρές συνέπειες αναφορικά με το μέλλον των υπηρεσιών υγείας που θα παρέχονται στο συνολικό πληθυσμό καθώς και στη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων των χωρών.

Επιπλέον, στις μέρες μας, λαμβάνουν χώρα σημαντικές ποσοτικές και ποιοτικές αλλαγές όσον αφορά της μεθόδους εργασίας στο χώρο της υγείας που επηρεάζουν σημαντικά την προσφορά εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Οι κυριότερες ποσοτικές αλλαγές, που παρατηρούνται είναι:

- Η μείωση του αριθμού των ωρών εργασίας την εβδομάδα που οφείλεται κυρίως στην αύξηση του αριθμού των γυναικών επαγγελματιών υγείας που παρουσιάζεται στη συνεχεία.
- Η αυξανόμενη τάση για πρόωρη συνταξιοδότηση. Επί παραδείγματι, στη Γαλλία (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2003), το 20% των συνταξιούχων είναι γιατροί νεότεροι από 60 ετών, το 10% είναι κάτω των 50 ετών, ενώ αυτή η τάση πρόωρης συνταξιοδότησης είναι ακόμα ισχυρότερη στις γυναίκες. Το 20% των γυναικών γιατρών συνταξιοδοτούνται πριν την ηλικία των 50, και το 35% πριν την ηλικία των 60. Σε γενικά πλαίσια, η τάση πρόωρης συνταξιοδότησης των εργαζομένων στην υγεία θα επιδεινώσει σημαντικά τις ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Με γνώμονα το παραπάνω γεγονός, ορισμένες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία, έχουν θέσει σε εφαρμογή μέτρα με στόχο τη διατήρηση των γιατρών στην εργασία με κυριότερα την παροχή υψηλότερων αμοιβών και την προώθηση ευέλικτων μορφών εργασίας.

Οι ποιοτικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν στους επαγγελματίες υγείας είναι οι ακόλουθες:

- Όλο και μεγαλύτερο ποσοστό του χρόνου εργασίας διατίθεται για τη διεκπεραίωση διοικητικών εργασιών ενώ αντίθετα ο χρόνος που διατίθεται για την παροχή ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας ολοένα και μειώνεται. Σύμφωνα με τους Merrien & Buttet (2002), το 20% του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας των επαγγελματιών υγείας δαπανάται σε διοικητικές εργασίες και εκπαίδευση.
- Η διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, η παρατηρούμενη τάση είναι, ότι οι νέοι γιατροί και νοσηλευτές στα πρώτα τους βήματα, ασχολούνται με μια σειρά δευτερεύουσες δραστηριότητες (Antoine et al, 2001), όπως αιμοληψίες, βοήθεια στα μικροβιολογικά και ακτινολογικά

εργαστήρια και αναπλήρωση των βαρδιών άλλων γιατρών και νοσοκόμων έως ότου να βρουν τη θέση τους στην αγορά εργασίας. Ωστόσο, η ευελιξία αυτή περιορίζεται από μια αυξανόμενη τάση ειδικά των γιατρών στο να εξειδικεύονται σε ένα συγκεκριμένο τομέα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ένταση των ελλείψεων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς οι εργαζόμενοι αυτοί είναι λιγότερο διαθέσιμοι στην κάλυψη δευτερευόντων εργασιών.

Συνεπώς, ο προγραμματισμός της προσφοράς των ανθρώπινων πόρων στην υγειονομική περίθαλψη δεν θα πρέπει να περιορίζεται στον αριθμό των διαθέσιμων επαγγελματιών, αλλά επίσης να λάβει υπόψη και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι σημαντικές δημογραφικές αλλαγές στις αναπτυγμένες χώρες ενδέχεται να διαμορφώσουν σε μεγάλο βαθμό τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις δραστηριότητες τους.

### **3.7 ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΕΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι ανισορροπίες που παρατηρούνται, σε παγκόσμιο επίπεδο, στην κατανομή του προσωπικού εστιάζονται κυρίως σε δυο κατευθύνσεις.

- Στις ανισορροπίες που παρατηρούνται αναφορικά με τη χωροταξική κατανομή των επαγγελματιών υγείας και
- Στις ανισορροπίες που παρατηρούνται αναφορικά με τους τομείς εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας (Bloor-Maynard, 2003)

Όσον αφορά το πρώτο ζήτημα έντονο είναι το φαινόμενο της απροθυμίας εγκατάστασης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας σε αγροτικές περιοχές. Σαν συνέπεια αυτού παρατηρείται μεγάλη έλλειψη, ιδιαίτερα ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες περιφέρειες. Για την καταπολέμηση του φαινομένου οι κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα τα οποία εστιάζουν κυρίως στην παροχή οικονομικών κινήτρων για τους γιατρούς που επιλέγουν να εγκατασταθούν σε απομακρυσμένες και αγροτικές



περιοχές καθώς και προοπτικές γρήγορης μονιμοποίησης τους, με τα αποτελέσματα τους να είναι άκρως αποτελεσματικά (Boldue et al, 2003).

Παρόλα αυτά η αποτελεσματικότητα αυτών των πολιτικών θα μπορούσε να ενισχυθεί περαιτέρω με την παροχή επαγγελματικών ευκαιριών για τους συζύγους / συντρόφους, των εργαζομένων, με μέτρα στήριξης της εκπαίδευση των παιδιών τους, ακόμα και με την παροχή καταλυμάτων ώστε να δοθούν επιπλέον κίνητρα στην απόφαση τους να τοποθετηθούν σε παραμεθόριες περιοχές.

Επιπλέον ένα σημαντικό μέτρο, το οποίο όμως δεν παρουσιάζει όμως ανάλογη αποτελεσματικότητα είναι η προσφορά υποτροφιών σε φοιτητές ιατρικής κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, με τη δέσμευση από μέρους τους για τοποθέτηση τους σε περιφερικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας μετά το πέρας των σπουδών τους. Παράλληλα προκειμένου να εξασφαλισθεί η αναγκαία προσφορά επαγγελματιών της υγείας για την καταπολέμηση των ελλείψεων πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει βραχυπρόθεσμες στρατηγικές, που συνίστανται στην πρόσληψη ξένων εργαζομένων.

Το δεύτερο σημαντικό ζήτημα που χαρακτηρίζει τις ανισοροπίες που παρατηρούνται στους επαγγελματίες της υγείας είναι αυτό του τομέα της εξειδίκευσης. Συγκεκριμένα, η πρόοδος των ιατρικών επιστήμων είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ιατρικών και νοσηλευτικών ειδικοτήτων που εμβαθύνουν στην ειδίκευση σε κάποιους συγκεκριμένους τύπους ασθενών ή ακόμα και σε συγκεκριμένους τύπους ασθενών. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η ειδικότητα της ογκολογίας, ή ακόμα και της νευροχειρουργικής που είναι σχετικά νέες ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης.

Το κύριο πρόβλημα, είναι ότι ενώ οι ανάγκες εξειδίκευσης των νέων επιστημόνων σε προηγμένες ειδικότητες των επαγγελμάτων υγείας κρίνεται επιτακτική λόγω και των αυξημένων αναγκών, ο επιπλέον χρόνος που απαιτείται για την επιμόρφωση τους, καθιστά μεγαλύτερο το πρόβλημα των ελλείψεων των νοσοκομειακών μονάδων και των κέντρων υγείας. Αφετέρου, η συνεχώς εντεινόμενη δυσκολία των εργαζόμενων στο χώρο της υγείας να αντεπεξέλθουν οικονομικά στις ανάγκες της ζωής, τους οδηγεί στο να μην επιλέγουν να ειδικευτούν περαιτέρω σε νέους τομείς της επιστήμης επιλέγοντας ειδικότητες που θα τους βοηθήσουν να ενταχθούν γρήγορα και ομαλά στην αγορά εργασίας. Σαν συνέπεια αυτού παρατηρείται υπερπληθώρα επιστημόνων σε ειδικότητες που οι ελλείψεις ανθρωπινού δυναμικού είναι μικρές και σοβαρό

πρόβλημα ελλείψεων σε εξειδικευμένους τομείς των ιατρικών νοσοκομειακών και παραϊατρικών επιστημών.

### **3.8 Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΩΝ**

Αρκετές χώρες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στη μετανάστευση ώστε να καλύψουν τις αυξημένες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από τις οποίες χαρακτηρίζονται. Τέτοια χαρακτηριστικά παραδείγματα, είναι ο Καναδάς και οι ΗΠΑ, που το ποσοστό των ξένων ιατρών αγγίζει το 20%, η Αγγλία (30%) και η Νέα Ζηλανδία (34,5%). Επιπλέον, ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των νεοπροσληφθέντων νοσοκόμων στο Ηνωμένο Βασίλειο την περίοδο 2004 έως 2008 προέρχονταν από ξένες χώρες (Buchan-Seccombe, 2003).

Οι πολιτικές προσέλκυσης επαγγελματιών υγείας από το εξωτερικό, εγείρουν ανησυχίες σχετικά με το ότι όπως διαφαίνεται φτωχότερες χώρες με μικρότερη έκταση αλλά αυξημένες ανάγκες υγείας και σημαντικές επενδύσεις για την εκπαίδευση και την κατάρτιση επαγγελματιών υγείας βλέπουν ένα σημαντικό μέρος του εργατικού δυναμικού τους να μεταναστεύει σε άλλες πιο ανεπτυγμένες χώρες, με αποτέλεσμα μια σειρά από αλυσιδωτές αντιδράσεις.

Για παράδειγμα λόγω των σοβαρών ελλείψεων σε γιατρούς πολλές αφρικανικές χώρες, εκπαιδεύουν το βοηθητικό προσωπικό υγείας μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, ενώ παράλληλα οι ίδιοι εργαζόμενοι επιφορτίζονται με εργασίες που δεν είναι μέσα στις αρμοδιότητες και τις γνώσεις τους, παρέχοντας ουσιαστικά εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας για τις οποίες απαιτείται έμπειρο ιατρικό προσωπικό.

Ως εκ τούτου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει προχωρήσει στη χάραξη στρατηγικών με στόχο την ενίσχυση του σχεδιασμού και της διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων των υπηρεσιών υγείας σε μία σειρά από χώρες που χαρακτηρίζονται από ψηλά ποσοστά ξένων εργαζομένων. Αντί για την πρόσληψη εργαζομένων από το εξωτερικό, οι χώρες αυτές καλούνται πρώτα να λύσουν τις

ανισορροπίες μεταξύ προσφοράς και ζήτησης εργαζομένων σε τοπικό επίπεδο, τόσο μέσω της προώθησης νέων εργαζομένων στην αγορά εργασίας όσο και μέσω της όσο το δυνατόν μεγαλύτερης διατήρησης των εργαζομένων στην εργασία τους με αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης.

### **3.9 Η ΘΗΛΥΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Η θηλυκοποίηση του ιατρικού, νοσηλευτικού, και γενικότερα του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας δεν είναι νέο φαινόμενο. Ξεκίνησε κατά τη δεκαετία του 1970 και από τότε, το ποσοστό των γυναικών μεταξύ των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας ολοένα και αυξάνεται. Το 2002, οι γυναίκες αντιπροσώπευαν το 67% των φοιτητών που εισάγονταν στις ιατρικές και παραϊατρικές σχολές πανευρωπαϊκά, ενώ όσον αφορά τους απόφοιτους Ιατρικής και παραϊατρικών επαγγελμάτων το 2002 παρατηρήθηκε γενικά ισορροπία των δυο φύλων όσον αφορά απόλυτα νούμερα πανευρωπαϊκά. Συνεπώς είναι επόμενο σήμερα, υπολογιζόμενου και του κενού που μεσολαβεί λόγω της διάρκειας της εκπαίδευσης και της κατάρτισης, η θηλυκοποίηση των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας να είναι εξαιρετικά ορατή (Adams, 2010).

Επιπλέον, οι γυναίκες εργαζόμενες στην υγεία είναι νεότερες από τους άνδρες συναδέλφους τους. Συγκεκριμένα, το 2002, ο μέσος όρος ηλικίας των γιατρών ήταν 47 έτη για τους άνδρες, 42 χρόνια για τις γυναίκες. Αυτή η διαφορά μας οδηγεί να σαφέστατα στο ότι η θηλυκοποίηση του ιατρικού προσωπικού εξακολουθεί και θα εξακολουθήσει να υφίσταται και να εξελίσσεται. Παράλληλα, είναι πιθανό ο μέγιστος ρυθμός αύξησης της θηλυκοποίησης των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας να μην έχει επιτευχθεί ακόμη. Όπως αναφέρεται (Engelhardt & Prskawetz, 2004), η αύξηση της συνολικής συμμετοχής του γυναικείου φύλου στο σύνολο του ενεργού εργατικού δυναμικού των χωρών είναι ολοένα και αυξανόμενη καθώς έχουν αρθεί όλες οι δομές της στερεοτυπικής πεποίθησης ότι ο κύριος αρωγός των οικογενειακών εισοδημάτων θα πρέπει να είναι ο άνδρας.

Η συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό των επαγγελμάτων υγείας ποικίλλει στις χώρες του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα, κυμαίνεται από 14,3% στην Ιαπωνία,

έως 58,2% στη Σλοβακία (Simoens & Hurst, 2004). Οι αλλαγές στην συμμετοχή των γυναικών στο σύνολο του εργατικού δυναμικού των επαγγελματιών υγείας θα επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στον προγραμματισμό της προσφοράς των ανθρωπίνων πόρων στο χώρο της υγείας, δεδομένου ότι τα χαρακτηριστικά των γυναικών εργαζόμενων τείνουν να διαφέρουν από αυτά των ανδρών όσον αφορά τον τρόπο που αυτές προσφέρουν τις υπηρεσίες εργασίας τους.

Ένας μεγάλος αριθμός αποδεικνύει ότι οι γυναίκες εργαζόμενες τείνουν να εργάζονται λιγότερες ώρες από τους άνδρες, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ηλικίας. Στην έρευνα τους, ο Chan (2002), αναφέρει ότι οι γυναίκες οι εργαζόμενες στην υγεία εργάζονται 20% λιγότερο από τους άνδρες. Οι Antoine et al. (2001), στην έρευνα τους που πραγματοποιήθηκε μεταξύ βέλγων εργαζομένων αναφέρουν ότι η εργασία των γυναικών στον τομέα της υγείας με 15 έως 19 έτη προϋπηρεσίας είναι μικρότερη κατά 25% λιγότερες ώρες από τους άνδρες συναδέλφους τους, ενώ ειδικότερα οι γυναίκες ιατροί έχουν 37% λιγότερες επισκέψεις. Επιπλέον οι γυναίκες επαγγελματίες του χώρου της υγείας με προϋπηρεσία από 5 έως 9 έτη, παρουσιάζουν μια διαφορά της τάξης του 14% στις ώρες εργασίας σε σχέση με τους άνδρες με τις γυναίκες ιατρούς να δέχονται 21% λιγότερες επισκέψεις.

Επιπλέον, όσον αφορά τα επιμέρους χαρακτηριστικά των διαφορών των ωρών εργασίας ανάμεσα στα δύο φύλα, παρατηρείται ότι αυτή είναι μικρότερη σε μή εξειδικευμένες ειδικότητες και μεγαλύτερη σε ειδικότητες με αυξημένη εξειδίκευση. Ελβετικές έρευνες επιβεβαιώνουν τις διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, σημειώνοντας ότι οι γυναίκες εργαζόμενες επιλέγουν την εργασία σε ειδικότητες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα αστικά κέντρα, ενώ παράλληλα μειώνουν σημαντικά τις ώρες εργασίας τους την περίοδο που αποκτούν παιδιά και συνταξιοδοτούνται σε πιο μικρή ηλικία σε σχέση με τους άνδρες (Horn & Decrey, 2005).

Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στις προσπάθειες καθορισμού της προσφοράς εργασίας των επαγγελματιών υγείας, καθώς οι συνεχείς κινήσεις των γυναικών εργαζομένων εντός και εκτός του επαγγέλματος τους επηρεάζουν σημαντικά την αγορά εργασίας του χώρου της υγείας. Επιπλέον, λόγω της τάσης των γυναικών να δουλεύουν λιγότερες ώρες σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους ο

σχεδιασμός του εργατικού δυναμικού που απαιτείται ώστε ο χώρος να μπορεί να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες των ασθενών, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και αυτού του είδους τις συνιστώσες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 4.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ανάμεσα στα διάφορα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, τα τελευταία χρόνια έχει αποδοθεί μεγάλη προσοχή στη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού. Συγκεκριμένα, το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί μία από τις τρεις βασικότερες εισροές σε ένα σύστημα υγείας, μαζί με το φυσικό κεφάλαιο και τα αναλώσιμα. Οι άνθρωποι πόροι, αναφορικά με τη υγειονομική περίθαλψη, ορίζονται ως τα διαφορετικά είδη του κλινικού και μη κλινικού προσωπικού, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη δημόσια και ιδιωτική παρέμβαση που επιτελείται σε ένα αντίστοιχο σύστημα υγείας (World Health Organization, 2000). Είναι πλέον αδιαμφισβήτητο γεγονός πως οι άνθρωποι πόροι αποτελούν τη σημαντικότερη εισροή ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς αποτελεί κοινό τόπο πως η αποδοτικότητα και τα οφέλη που προκύπτουν στις υπηρεσίες της υγείας επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση, τις δεξιότητες και τα κίνητρα των ατόμων που εργάζονται στον κλάδο της υγείας.

Εκτός της ισορροπίας που πρέπει να υφίσταται μεταξύ ανθρώπινων και φυσικών πόρων, είναι εξαιρετικά σημαντικό να διατηρείται ένας κατάλληλος συνδυασμός μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών των φορέων και των επαγγελματιών της υγείας, ώστε να διασφαλίζεται η επιτυχία ενός συστήματος παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών (World Health Organization, 2000). Εξαιτίας των προφανών και σημαντικών διαφοροποιήσεων που υφίστανται ανάμεσα στις διάφορες αυτές κατηγορίες, η ανάγκη ορθολογικής διοίκησης του ανθρώπινου κεφαλαίου, σε σύγκριση με το φυσικό κεφάλαιο, είναι επιτακτική. Ωστόσο, οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του ανθρώπινου κεφαλαίου και της υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες, και για το λόγο αυτό η συνεχής έρευνα και μελέτη γύρω από αυτές είναι βαρύνουσας σημασίας για την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας και ασφάλισης ανά τον κόσμο.

Εκτός της σημασίας που λαμβάνει πλέον η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας, η οικονομική κρίση και η κατασπατάληση των οικονομικών πόρων στον τομέα αυτό έχουν θέσει νέες βάσεις για την αποτελεσματική διοίκησή του. Τόσο ο αριθμός όσο και το κόστος των αναλώσιμων υλικών των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα φάρμακα και ο διαθέσιμος εξοπλισμός, αυξάνονται με δραματικούς ρυθμούς, γεγονός που με τη σειρά του αυξάνει δραστικά το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Ιδιαίτερα στα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από κρατικές πηγές, οι αντίστοιχες δαπάνες αυτού του τομέα επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα πρόσληψης και αποτελεσματικής στήριξης των επαγγελματιών της υγείας. Επίσης, τόσο στα συστήματα ασφάλισης που χρηματοδοτούνται από το κράτος όσο και σε αυτά που χρηματοδοτούνται από ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, οι πρακτικές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων οφείλουν να αναπτύσσονται με σκοπό την εύρεση της κατάλληλης ισορροπίας στην προσφορά του εργατικού δυναμικού και στην παροχή των κατάλληλων κινήτρων ώστε αυτό να έχει τη δυνατότητα να ασκεί τα καθήκοντά του αποδοτικά και αποτελεσματικά. Αυτό συμβαίνει γιατί ένας επαγγελματίας της υγείας χωρίς να έχει στη διάθεσή του τα κατάλληλα εργαλεία είναι αναποτελεσματικός.

Κατά την εξέταση των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, προκύπτουν πολλά ζητήματα σχετικά με τη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων στις υπηρεσίες της υγείας. Μερικά από αυτά τα ζητήματα περιλαμβάνουν το μέγεθος, τη σύνθεση και την κατανομή του εργατικού δυναμικού των υπηρεσιών υγείας, τα θέματα της κατάρτισής του, τη μετανάστευση του ανθρώπινου δυναμικού, το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης της κάθε χώρας όπου εφαρμόζεται ένα συγκεκριμένο σύστημα υγείας, καθώς και άλλοι κοινωνικοί, δημογραφικοί, γεωγραφικοί και πολιτιστικοί παράγοντες. Οι σημαντικές διακυμάνσεις του μεγέθους, της κατανομής και της σύνθεσης του εργατικού δυναμικού στα πλαίσια μίας χώρας είναι ένα ζήτημα που έχει προκαλέσει διεθνή ανησυχία τα τελευταία χρόνια. Παραδειγματικά, ο αριθμός των επαγγελματιών της υγείας που είναι διαθέσιμος σε μία χώρα αποτελεί σημαντικό δείκτη αναφορικά με την ικανότητα της χώρας αυτής να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (World Health Organization, 2003). Επίσης, οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον καθορισμό της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας συμπεριλαμβάνουν πολιτιστικά χαρακτηριστικά, κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλους οικονομικούς παράγοντες (Zurn et al, 2004).

Επιπλέον, η κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού είναι ένα ζήτημα υψίστης σημασίας, καθώς είναι καίριο η κατανομή των ανθρώπινων εισροών σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να κατανέμεται και να συντίθεται βάσει των διάφορων κατηγοριών δεξιοτήτων και επιπέδων εκπαίδευσης και κατάλληλης κατάρτισης. Έτσι, νέες προοπτικές και επιλογές για την εκπαίδευση και τη συνεχή επιμόρφωση κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής για τους επαγγελματίες της υγείας είναι απαραίτητες, ώστε να διασφαλίζεται πως το προσωπικό αυτό γνωρίζει και είναι προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τις τρέχουσες και τις μελλοντικές ανάγκες ενός συστήματος υγείας (World Health Organization, 2003). Ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο και ικανό εργατικό δυναμικό είναι απαραίτητο για κάθε επιτυχημένο σύστημα υγείας.

Επίσης, το ζήτημα της μετανάστευσης των επαγγελματιών της υγείας που προκύπτει από την εξέταση των παγκοσμίων συστημάτων υγείας είναι πολύ σημαντικό, καθώς οι ερευνητές αποδεικνύουν πως η μετακίνηση των επαγγελματιών αυτών ακολουθεί στενά τα πρότυπα μετανάστευσης όλων των υπόλοιπων επαγγελμάτων, ενώ η εσωτερική μετακίνηση του εργατικού δυναμικού προς τις αστικές περιοχές στο εσωτερικό των χωρών είναι κοινή διαπίστωση σε όλες τις εξεταζόμενες χώρες (Zurn et al, 2004). Η κινητικότητα του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να προκαλέσει επιπλέον ανισορροπίες, οι οποίες απαιτούν καλύτερο προγραμματισμό του εργατικού δυναμικού, μεγαλύτερη προσοχή σε ζητήματα αποδοχών και άλλων ανταμοιβών και αποτελεσματικότερη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, εν γένει. Εκτός των κινήτρων που σχετίζονται με τις αποδοχές, οι αναπτυσσόμενες χώρες εφαρμόζουν και ένα πλήθος άλλων στρατηγικών, όπως είναι η στέγαση, οι υποδομές και οι ευκαιρίες για περιστασιακή απασχόληση, με σκοπό τη διατήρηση των επαγγελματιών αυτών, καθώς πολλοί άνθρωποι που εργάζονται στις υπηρεσίες της υγείας ανά τον κόσμο έχουν ανεπαρκείς αποδοχές, φτώχη υποκίνηση και γενικότερα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία τους.

Ένα άλλο ζήτημα που προκύπτει από τη διερεύνηση των συστημάτων υγείας διεθνώς σχετικά με τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού είναι το επίπεδο της οικονομικής ευρωστίας κάθε χώρας. Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις πως υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στο οικονομικό επίπεδο μίας χώρας και στον αριθμό των ανθρώπων που εργάζονται στις υπηρεσίες της υγείας, καθώς χώρες με υψηλό



Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) κατά κεφαλή δαπανούν περισσότερους πόρους στην υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με χώρες με χαμηλό κατά κεφαλή ΑΕΠ, ενώ επίσης τείνουν να έχουν μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό στον κλάδο της υγείας (Zurn et al, 2004). Το ζήτημα αυτό είναι ένας ιδιαίτερα καθοριστικός παράγοντας κατά την εξέταση και τις προσπάθειες εφαρμογής των λύσεων σχετικά με τα προβλήματα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Επιπροσθέτως, κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, όπως είναι η πληθυσμιακή κατανομή, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των εθνικών συστημάτων υγείας. Επίσης, η γήρανση του πληθυσμού στα πλαίσια ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και του, κατά συνέπεια, απαραίτητου προσωπικού, ενώ έχει και περαιτέρω σημαντικές επιπτώσεις, όπως είναι οι επιπρόσθετες ανάγκες επιμόρφωσης των νεαρότερων εργαζομένων, οι οποίοι καλούνται να αναπληρώσουν τις θέσεις αυτών που συνταξιοδοτούνται. Είναι επίσης σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη πολιτιστικοί και γεωγραφικοί παράγοντες κατά την εξέταση ενός συστήματος διοίκησης ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες της υγείας, καθώς γεωγραφικοί παράγοντες, όπως είναι το κλίμα και η τοπογραφία, επηρεάζουν καθοριστικά την παροχή τέτοιου είδους υπηρεσιών, ενώ οι πολιτιστικές και πολιτικές αξίες ενός συγκεκριμένου έθνους επιδρούν επίσης στη ζήτηση και την προσφορά του ανθρώπινου δυναμικού για την υγεία.

## **4.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Κατά την εξέταση των παγκοσμίων συστημάτων υγείας, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνούνται οι επιδράσεις των ανθρώπινων πόρων στη διαμόρφωση και την εν δυνάμει μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας. Αν και οι διαδικασίες μεταρρύθμισης που επισυμβαίνουν σε κάθε χώρα αναφορικά με τα συστήματα της υγείας διαφοροποιούνται σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, ωστόσο αναγνωρίζονται κάποιες κοινές τάσεις, εκ των οποίων οι σημαντικότερες είναι η αποτελεσματικότητα, η ισονομία και ο βαθμός επίτευξης των ποιοτικών στόχων (Anson, 2003). Διάφορες πρωτοβουλίες για τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς στην

προσπάθεια αύξησης της αποτελεσματικότητας. Παραδείγματα τέτοιων πρωτοβουλιών είναι η αποκεντροποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία χρησιμοποιείται ως μέσο αύξησης της αποδοτικότητας μέσω της μετατροπής του σταθερού εργασιακού κόστους σε μεταβλητό, και οι εξωτερικά ανατεθειμένες συμβάσεις, οι συμβάσεις απόδοσης και οι εσωτερικές συμβάσεις στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Zurn et al, 2004).

Επίσης, πολλές κινήσεις προς την κατεύθυνση της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας περιλαμβάνουν προσπάθειες για την αύξηση της ισονομίας και της δικαιοσύνης, οι οποίες πλέον διαμορφώνουν συγκεκριμένες στρατηγικές που βασίζονται σε περισσότερο προσεκτικό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας. Μερικές από αυτές τις στρατηγικές αναφέρονται στην εισαγωγή μηχανισμών χρηματοδοτικής προστασίας των μονάδων, στη στόχευση των αναγκών ειδικών πληθυσμιακών ομάδων και κατηγοριών και στην εκ νέου επανεγκατάσταση των υπηρεσιών, ενώ η επίτευξη ισονομίας και υψηλού βαθμού προσβασιμότητας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες οφείλει να είναι ένας από τους βασικότερους στόχους για τους επαγγελματίες διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού παγκοσμίως.

Ακόμη, η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην αύξηση του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των ασθενών. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα ορίζεται μέσω δύο τρόπων, της τεχνικής ποιότητας και της κοινωνικοπολιτιστικής ποιότητας, όπου η πρώτη μορφή αναφέρεται στην επίδραση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας στο γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η δεύτερη μορφή σχετίζεται με το βαθμό αποδοχής των υπηρεσιών και την ικανότητα ενός συστήματος να ικανοποιεί τις προσδοκίες των ασθενών (Gupta et al, 2003).

Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών της υγείας αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην προσπάθειά τους να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους πολίτες, ενώ μερικοί μόνο από αυτούς τους περιορισμούς συμπεριλαμβάνουν τους εκάστοτε προϋπολογισμούς, την έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ των στόχων και των αξιών των διάφορων ενδιαφερομένων σε ένα σύστημα υγείας, τον υψηλό φόρτο εργασίας και τις συχνά χαμηλές αξίες του προσωπικού που εργάζεται στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Η καλύτερη αξιοποίηση του φάσματος των παρόχων υπηρεσιών υγείας

και ο αποδοτικότερος συντονισμός των ασθενών μέσω διεπιστημονικών ομάδων εργασίας είναι μόνο δύο από τις εφαρμογές που έχουν προταθεί για τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης (Kirby, 2002). Σύμφωνα με τα παραπάνω, από τη στιγμή που οι υπηρεσίες υγείας έχουν ως στόχο την τελική παράδοση στον ασθενή, η αποτελεσματική διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο της υγείας διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην επιτυχία της μεταρρύθμισης.

### **4.3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Η σημασία της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στην επιτυχία της απόδοσης ενός συστήματος υγείας μέχρι πρόσφατα είχε σχεδόν αγνοηθεί, καθώς η μεταρρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές χώρες μέχρι και τη δεκαετία του 1990 επικεντρώθηκε σε δομικές αλλαγές, στη συγκράτηση του κόστους, στις καταναλωτικές επιλογές και στην εισαγωγή νέων μηχανισμών της αγοράς (Cassels, 1995). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται ευρέως το γεγονός πως οι καλές πρακτικές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας αποτελεί πλέον το επίκεντρο κάθε βιώσιμης λύσης για την επίτευξη υψηλής αποδοτικότητας, διαπίστωση κυρίως προερχόμενη από την ανάγκη αναβάθμισης των συστημάτων υγείας πολλών χωρών, με σκοπό την επίτευξη των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας (Millennium Development Goals) (Diallo et al, 2003). Έτσι, κατέστη κοινός τόπος πως ένα εργατικό δυναμικό κατάλληλα υποκινούμενο και εκπαιδευμένο είναι καίριας σημασίας για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ οι πραγματικές μέθοδοι που εφαρμόζονται για τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων στην υγεία μπορούν να είναι εμπόδια ή επιταχυντικές μεταβλητές για την επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης (Martinez & Martineau 1998).

Αν και υπάρχει μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας που αναφέρει τις επιπτώσεις των συστημάτων διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στην αποδοτικότητα διάφορων κλάδων, αντιθέτως υπάρχει σχετικά μικρή πληροφόρηση αναφορικά με τα ακριβή αποτελέσματά τους στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Είναι, ωστόσο, σημαντικό να σημειωθεί πως οι άνθρωποι πόροι στον κλάδο της υγείας διατηρούν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, καθώς το αντίστοιχο εργατικό δυναμικό είναι μεγάλου αριθμού, υψηλού βαθμού διαφοροποίησης και περιλαμβάνει διάφορα

επαγγέλματα, τα οποία συχνά εκπροσωπούνται από ισχυρές επαγγελματικές οργανώσεις και συνδικάτα. Επίσης, μερικοί εργαζόμενοι εξ αυτών έχουν συγκεκριμένες δεξιότητες, ενώ άλλοι μπορούν με άνεση να μετακινηθούν από τον τομέα της υγείας σε άλλους τομείς. Τέλος, η αφοσίωση που παρατηρείται στα σχετικά επαγγέλματα της υγείας συνήθως αποδίδεται αναφορικά με το συγκεκριμένο επάγγελμα και με τον ασθενή και σπανίως στον εργοδότη.

Σε πολλές χώρες, η πρόσβαση στην επαγγελματική κατάρτιση των επαγγελματιών της υγείας και στην αντίστοιχη εργασία ελέγχεται από συγκεκριμένα πρότυπα, ενώ οι απαιτήσεις εισαγωγής που καθορίζονται για κάθε ένα από αυτά τα επαγγέλματα, καθώς και άλλα εργασιακά ζητήματα, υπόκεινται σε διάφορες ρυθμίσεις. Επίσης, ο τομέας της υγείας αποτελεί μία σημαντικότερη πηγή δημόσιων κι ιδιωτικών δαπανών, με αποτέλεσμα να αποτελεί συχνά μία πολιτικοποιημένη διαδικασία (Dussault & Dubois, 2003). Έτσι, ενώ πολλά συστήματα υγείας έχουν προσπαθήσει να αποκεντρωθούν με σκοπό να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά τους, τείνουν ωστόσο να χαρακτηρίζονται από ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερομένων και έναν υψηλό βαθμό άμεσης και έμμεσης κυβερνητικής ρυθμιστικής παρεμβατικότητας. Βέβαια, ο τομέας της υγείας είναι ένας κλάδος υψηλής έντασης εργασίας, με αποτέλεσμα το ποσοστό των δαπανών που σπαταλάται σε πληρωμές του εργατικού δυναμικού να είναι κατά πολύ υψηλότερο σε σχέση με τη μεταποιητική βιομηχανία και άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών (Martinez & Martineau 1998).

Ενώ οι ανθρώπινοι πόροι βρίσκονται υπό εξέταση στις υπηρεσίες υγείας, μερικώς εξαιτίας του μοναδικού πλαισίου που τους διέπει, το αντικείμενο της συνεχούς και εμπειριστατωμένης έρευνας είναι οι κλινικές δοκιμές και παρεμβάσεις, καθώς κανένας άλλος τομέας δεν έχει το ίδιο επίπεδο μέτρησης αποτελεσμάτων μέσω της αυτό-αξιολόγησης, όπου εφαρμόζονται τυχαιοποιημένες μελέτες, συστηματικές έρευνες κι μετα-αναλύσεις. Με τον τρόπο αυτό, η έρευνα σχετικά με τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων στην υγεία, όπως και σε κάθε άλλο κλάδο, προέρχεται από ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών κλάδων, όπως είναι τα οικονομικά, η εργασιακή ψυχολογία και η κοινωνιολογία. Ωστόσο, μερικοί από αυτούς τους κλάδους δεν ενδείκνυνται για την εφαρμογή των μεθόδων που χρησιμοποιούνται στην κλινική έρευνα των υπηρεσιών υγείας και έτσι η πρόκληση για τους ερευνητές που προσπαθούν να θεσπίσουν μία γνωστική βάση για τη διοίκηση των ανθρώπινων

πόρων στις υπηρεσίες υγείας είναι ο εντοπισμός κατάλληλων και ειδικών μέτρων για την αξιολόγηση των αντίστοιχων διαδικασιών, της παραγωγής και των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, έχουν καταγραφεί αρκετές προσπάθειες διερεύνησης των χαρακτηριστικών υψηλής αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας αναφορικά με τη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων, εκ των οποίων πολλές έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ, λόγω κυρίως της εφαρμογής πολλών πρακτικών ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Η Eaton (2000), διερευνώντας διάφορα ζητήματα σχετικά με την αποδοτικότητα και τη διασύνδεσή της με τη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων σε 20 οίκους ευγηρίας στις ΗΠΑ, αναφέρει πως τα ποιοτικά αποτελέσματα της παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών βελτιώθηκαν σε σημαντικό βαθμό μετά από μία προσπάθεια αναδιοργάνωσης, η οποία βασίστηκε στην εφαρμογή νέων μοντέλων διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, βάσει της διεύρυνσης των θέσεων εργασίας και της διαστρωματικής εκπαίδευσης των εργαζομένων, αν και συμπεραίνει πως η επικέντρωση της υγειονομικής περίθαλψης στους στόχους της επιχειρηματικότητας είναι λανθασμένη τακτική για την επιτυχία των συστημάτων υγείας.

Επίσης, οι Rondeau & Wagar (2001), διερευνούν τον αντίκτυπο των πρακτικών διοίκησης ανθρωπίνων πόρων και τη θεωρία περί έκτακτης ανάγκης σε 283 οίκους ευγηρίας στον Καναδά, αναφέροντας πως οι οίκοι όπου καταγράφηκε η υψηλότερη αποδοτικότητα, μετρούμενη βάσει δεικτών περί βαθμού ικανοποίησης προσωπικού και πελατών, λειτουργικής αποτελεσματικότητας και εσόδων, ήταν αυτοί όπου εφαρμόστηκαν προοδευτικές πρακτικές διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, καθώς και αυτοί όπου το εργασιακό κλίμα βασίστηκε στις ισχυρές αξίες της συμμετοχής των εργαζομένων.

Ένας ερευνητικός τομέας όπου έχει καταγραφεί σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια σχετικά με τη μέτρηση της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα εφαρμοζόμενα συστήματα διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων αφορά έρευνες μεγάλης κλίμακας, οι οποίες εξετάζουν τις συσχετίσεις ανάμεσα στα επίπεδα, τη σύνθεση και τα αποτελέσματα της στελέχωσης των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης με τα αντίστοιχα συστήματα διοίκησης. Μερικές από αυτές τις μελέτες αφορούν την εξέταση της στελέχωσης και των αντίστοιχων αποτελεσμάτων, μέσω μετρήσεων των νοσοκομειακών κατακλίσεων και της ικανοποίησης των ασθενών σε

29 πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Sovie & Jawad, 2001), την εξέταση της στελέχωσης των νοσηλευτών, της οργανωσιακής δομής και της ποιότητας της περίθαλψης σε 303 νοσοκομεία (Aiken et al, 2002), την αξιολόγηση δεικτών μέτρησης της ενδονοσοκομειακής παραμονής και της σύνθεσης του προσωπικού (Needleman et al, 2002) και τη μέτρηση της αποδοτικότητας μέσω της αξιολόγησης της θνησιμότητας των ασθενών και του ποσοστού αποτυχίας διάσωσης (Failure To Rescue – FTR) (Aiken et al, 2002).

Επίσης, για τη μέτρηση της αποδοτικότητας μέσω της εφαρμογής καινοτόμων πρακτικών διοίκησης ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας, οι Bond et al (2002) εξετάζουν τα ποσοστά θνησιμότητας, το χρόνο παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και το συνολικό κόστος της περίθαλψης ανά ασθενή, οι Hendrix & Foreman (2001) καταγράφουν τα αποτελέσματα της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τα επίπεδα θνησιμότητας σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και με τις περιπτώσεις πνευμονίας και εγκεφαλικού επεισοδίου σε 75 κλινικές επειγόντων περιστατικών στον Καναδά, και οι Tourangeau et al. (2002) αξιολογούν τα επίπεδα στελέχωσης, το φόρτο εργασίας και τα σταθμισμένα αποτελέσματα θνησιμότητας σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Η πλειοψηφία των μελετών που προαναφέρθηκαν, καταγράφουν πως υψηλά επίπεδα ποιότητας της στελέχωσης του νοσοκομειακού προσωπικού και υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας της σύνθεσης του προσωπικού αυτού σχετίζονται θετικά με καλύτερα αποτελέσματα και υψηλότερη αποδοτικότητα, αν και αυτή ορίζεται είτε ως μείωση ορισμένων αρνητικών αποτελεσμάτων, όπως είναι τα ποσοστά θνησιμότητας, οι τραυματισμοί και οι λοιμώξεις, είτε ως βελτίωση σε δείκτες ποιότητας της περίθαλψης ή ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, πολλές από αυτές τις μελέτες αναφέρουν επίτευξη υψηλού βαθμού αποδοτικότητας σε περιπτώσεις μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες λειτουργούν βάσει του συστήματος «νοσοκομείων-μαγνήτης». Τα νοσοκομειακά αυτά ιδρύματα έχουν αναγνωριστεί ως ιδιαίτερα επιτυχημένα αναφορικά με την πρόσληψη, τη διατήρηση και την υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ βρίσκονται στο επίκεντρο της έρευνας για παραπάνω από 20 χρόνια, επισημαίνοντας ιδιαίτερα θετικούς δεσμούς ανάμεσα στις καλές πρακτικές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας, στα

χαρακτηριστικά του εργαζόμενου προσωπικού και στα αποτελέσματα της περίθαλψης.

#### **4.4 ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ «ΜΑΓΝΗΤΕΣ»**

Η πρώτη έρευνα που ασχολήθηκε με τα αποτελέσματα των εφαρμογών αυτών των νοσοκομείων εντόπισε τα βασικά οργανωτικά χαρακτηριστικά αυτών των μονάδων υγείας, τα οποία λειτουργούν ως μαγνήτες για τους επαγγελματίες νοσηλευτές, καθώς έχουν τη δυνατότητα να προσελκύουν και να διατηρούν προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, και έτσι να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Συγκεκριμένα, ο όρος «μαγνήτης» χρησιμοποιήθηκε για να τονίσει τα χαρακτηριστικά της έλξης αυτών των ιδρυμάτων (McClure et al, 1983). Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του τύπου των νοσοκομείων περιλαμβάνουν την εφαρμογή συστημάτων συμμετοχικού και υποστηρικτικού management, αποκεντροποιημένη οργανωσιακή δομή, ευκαιρίες καριέρας, προγραμματισμένο προσανατολισμό του προσωπικού και ιδιαίτερη έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η πρώτη αυτή έρευνα υποκίνησε και άλλους ερευνητές προς την εξέταση των οργανωσιακών χαρακτηριστικών, των πρακτικών της διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων και των δεικτών μέτρησης της αποδοτικότητας αυτών των πρακτικών, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ενός μεγάλου μέρους της σύγχρονης βιβλιογραφίας που ασχολείται με τις αρχές του «μαγνητισμού». Στις μελέτες αυτές συμπεριλαμβάνονται έρευνες που αναφέρουν πως οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία αυτά είναι σημαντικά χαμηλότερες σε σχέση με άλλους τύπους νοσοκομείων, ενώ παράλληλα καταγράφουν και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία αυτής της κατηγορίας προσωπικού. Επίσης, συχνά αναφέρονται και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών, ενώ οι Aiken et al (1994), εξετάζοντας τα ποσοστά θνησιμότητας σε 39 νοσοκομεία «μαγνήτες» και σε 195 κανονικά νοσοκομεία, καταγράφουν ποσοστό θνησιμότητας χαμηλότερο κατά 4,6% για την πρώτη κατηγορία.

Τα νοσοκομεία «μαγνήτες» είναι διαπιστευμένα από το κέντρο American Nurses Credentialing Center (ANCC) στις ΗΠΑ, ενώ υπάρχουν πάνω από 100 τέτοιου τύπου ιδρύματα στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Buchan, 2004). Με τον τρόπο αυτό, η γνωστική βάση για τις μονάδες αυτές έχει διευρυνθεί σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια, ενώ το βασικό συμπέρασμα από την εξέταση των αντίστοιχων εφαρμογών είναι πως η πρακτική αυτή σχετίζεται με καλύτερους δείκτες στελέχωσης και σημαντική βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η σταθερή εφαρμογή των παρεμβάσεων αυτών αναφορικά με τα συστήματα διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων στις υπηρεσίες υγείας βασίζονται στην εφαρμογή συγκεκριμένων οργανωσιακών προτεραιοτήτων, οι οποίες υποστηρίζουν την αυτόνομη εργασία των νοσηλευτών, τη συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, τη διευκόλυνση της εξέλιξης της σταδιοδρομίας του προσωπικού και τη δυνατότητα ανάπτυξης δεξιοτήτων υψηλού επιπέδου.

Για τη μέτρηση της αποδοτικότητας αυτών των πρακτικών διοίκησης ανθρώπινων πόρων έχουν χρησιμοποιηθεί και εφαρμοστεί διάφοροι δείκτες μέτρησης αποτελεσμάτων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι είναι τα μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, τα ποσοστά θνησιμότητας σε μονάδες εντατικής θεραπείας, αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών, χαμηλά επίπεδα εξάντλησης του νοσηλευτικού προσωπικού, μειωμένα περιστατικά τραυματισμών από βελόνες ανάμεσα στους νοσηλευτές, υψηλότερα επίπεδα υψηλής εκπαίδευσης του εγγεγραμμένου εργατικού δυναμικού και υψηλά επίπεδα αυτονομίας και ελέγχου στην κλινική πράξη (Buchan, 2004).

Επίσης, έχουν καταγραφεί θετικές σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με τους γιατρούς, θετικές αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την απαραίτητη υποστήριξη που λαμβάνουν αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και σχετικά με τη συνεισφορά της εργασίας τους και περιορισμένες πιθανότητες αισθήματος απογοήτευσης και δυσαρέσκειας (Needleman et al, 2002). Μερικοί από τους παραπάνω δείκτες, ειδικά αυτοί που αναφέρονται σε κλινικά αποτελέσματα, συνήθως αναφέρονται σε συστήματα υγείας με προηγμένες δομές και οργανωσιακές αρχές υψηλής έντασης ροής της πληροφόρησης, ενώ άλλοι δείκτες, όπως είναι ο χρόνος ενδονοσοκομειακής παραμονής των ασθενών, αντανακλούν μετρήσιμους κόστους και δαπανών.



## 4.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

### 4.5.1 Συνεχής εκπαίδευση

Η παροχή συνεχούς εκπαίδευσης στους επαγγελματίες της υγείας είναι μία από τις βασικότερες πρακτικές διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στον κλάδο της υγείας, καθώς τα αποτελέσματα πολλών ερευνών συνηγορούν στη διαπίστωση πως αυτή μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την απόδοση κατά την εκτέλεση πολλών καθηκόντων, ακόμα και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Παραδειγματικά, οι Bojalil et al (1999) αναφέρουν ποσοστά αποτελεσματικής διαχείρισης και εκτέλεσης νοσοκομειακών καθηκόντων βελτιωμένα κατά 39,0% μετά από την παροχή συγκεκριμένης εκπαίδευσης στο προσωπικό των μονάδων υγείας που εξετάζονται, ενώ οι Onyang-Ouma et al (2001) αναφέρουν πως η εκπαίδευση στην επικοινωνία μπορεί να έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ίδιοι συγγραφείς επισημαίνουν πως όταν η εκπαίδευση συμπεριλαμβάνει μεθόδους επίλυσης προβλημάτων, η βελτίωση της συνολικής απόδοσης γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι ακόμα μεγαλύτερου βαθμού.

Οι σημαντικότερες πτυχές των εφαρμογών της συνεχούς εκπαίδευσης στη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων είναι η χρήση μιας συμμετοχικής προσέγγισης, βάσει της οποίας αναπτύσσονται εκπαιδευτικά προγράμματα για την επίλυση προβλημάτων, την εφαρμογή των αποτελεσμάτων σε πραγματικές καταστάσεις και τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων για την πλήρη εφαρμογή της παρέμβασης (Bergman et al, 2006). Επίσης, ο Buchan (2004) αναφέρει ως βασική μέθοδο εκπαίδευσης την πρακτική άσκηση και εκτέλεση καθηκόντων υπό εποπτεία και την μετέπειτα συζήτηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την προηγούμενη εμπειρία, καθώς και την ανάθεση συγκεκριμένων καθηκόντων σε υποθετικές καταστάσεις.

Οι μηχανισμοί που προαναφέρθηκαν έχουν ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα σε διάφορους τομείς της κλινικής πράξης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, η αποδοτικότητα των επαγγελματιών της υγείας βελτιώνεται σημαντικά από τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων, από την απόκτηση κριτικής σκέψης σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και την

ενδυνάμωση του προσωπικού αναφορικά με την εφαρμογή αλλαγών και καινοτόμων πρακτικών (Onyango-Ouma et al, 2001). Επίσης, οι Lewin et al (2005) αναφέρουν πως η συνεχής εκπαίδευση έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη συνεργασία μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών της υγείας, την αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων, τη μείωση των χρόνων αναμονής των ασθενών και τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ εργαζομένων και ασθενών. Μάλιστα, η βελτίωση των σχέσεων αυτών πολλές φορές οδηγεί σε οργανωσιακές αλλαγές και εσωτερικές μεταρρυθμίσεις των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης.

#### **4.5.2 Εποπτεία**

Η εποπτεία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων στις υπηρεσίες της υγείας αποτελεί, επίσης, μία μορφή παρέμβασης, ενώ μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι Trap et al (2001), εξετάζοντας πρακτικές εποπτείας σε δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας κατά τη διάρκεια χρονικού διαστήματος 8 μηνών, αναφέρουν σημαντικές διαφορές αναφορικά με τα επίπεδα συμμόρφωσης σε πρωτόκολλα διαχείρισης αποθεμάτων και σε άλλες τυποποιημένες κατευθύνσεις θεραπείας των ασθενών ανάμεσα σε μονάδες που είχαν διαφορετικά συστήματα ελέγχου και εποπτείας του προσωπικού. Σημαντικές πτυχές των εφαρμογών εποπτείας στις υπηρεσίες υγείας είναι ο έλεγχος των φαρμακευτικών αποθεμάτων και η εφαρμογή διάφορων συμμετοχικών μεθόδων. Οι μηχανισμοί κατά την εφαρμογή μεθόδων εποπτείας που οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών και επαγγελματιών υγείας αναφέρονται στη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων, στην απόκτηση αισθήματος συμμετοχής από τους εργαζόμενους και στη βελτίωση των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών, μέσω του αμοιβαίου σεβασμού των εποπτικών αρχών και των εργαζομένων.

#### **4.5.3 Υποκίνηση μέσω πληρωμών**

Οι πληρωμές που αφορούν την υποκίνηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες της υγείας στο πλαίσιο της διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων προέρχονται από αμοιβές των ασθενών, από τον επιμερισμό του συνολικού κόστους και από το κεφάλαιο

κίνησης των φαρμάκων (Kipp et al, 2001). Τα αποτελέσματα της σύγχρονης ερευνητικής βιβλιογραφίας συνηγορούν στη διαπίστωση πως η παροχή κινήτρων μέσω πρόσθετων πληρωμών βελτιώνει την απόδοση και αυξάνει τα ποσοστά εργασιακής ικανοποίησης, την παρακίνηση του προσωπικού και την ικανοποίηση των ασθενών. Για παράδειγμα, οι Akashi et al (2004) αναφέρουν πως η πρόσθετη πληρωμή του προσωπικού, μαζί με διάφορες οργανωσιακές αλλαγές, αύξησαν το μέσο όρο των εξυπηρετήσεων ασθενών κατά 50,0% και το μέσο ποσοστό κάλυψης κλινών κατά 70,0% περίπου.

Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα δεδομένα που επηρεάζουν σημαντικά την επιτυχία τέτοιων παρεμβάσεων, όπως είναι η διαθεσιμότητα επιπλέον χρηματοδότησης, ειδικά όταν αυτή βασίζεται σε κρατικές δαπάνες, η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα οικονομικής διαχείρισης, η εξασφάλιση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που προέρχονται από την πρόσθετη πληρωμή και η συμμετοχή της κοινότητας στα οικονομικά ζητήματα (Kipp et al, 2001). Όταν οι προϋποθέσεις αυτές ισχύουν, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ οικονομικών συμπληρωμάτων στο μισθό και αύξησης της αποδοτικότητας, λόγω της έντονης κινητοποίησης του προσωπικού αναφορικά με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την ανάληψη αυξημένων καθηκόντων. Πολλές φορές, μάλιστα, η κινητοποίηση αυτή του προσωπικού για την ανάληψη πρωτοβουλιών προέρχεται από την πεποίθηση των εργαζομένων ότι είναι ικανοί να επηρεάσουν τη χρήση και την ποιότητα της περίθαλψης, καθώς και την εφαρμογή νέων πρακτικών οργανωσιακής δομής. Βέβαια, η παροχή τέτοιου είδους κινήτρων μπορεί να οδηγήσει και σε αντίθετα αποτελέσματα, όπως είναι η υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων και η επικέντρωση στο κόστος και όχι στην παροχή κατάλληλης θεραπείας (Uzochukwu & Onwujekwe, 2005).

#### **4.5.4 Αποκέντρωση και ρυθμιστικές παρεμβάσεις**

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία σημαντική πτυχή της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στον κλάδο της υγείας, η οποία εφαρμόζεται σε πολλές χώρες τα τελευταία χρόνια. Οι Liu et al (2006), εξετάζοντας οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Κίνα, αναφέρουν πως η αποκέντρωση των αντίστοιχων λειτουργιών είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση των εσόδων και των

εξιτηρίων των ασθενών, τη μείωση του προσωπικού σε σχέση με το φόρτο εργασίας και το εργασιακό κόστος και την αύξηση των ημερών που είναι διαθέσιμες για την εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών σε διάφορα ζητήματα θεραπείας. Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν, όμως, πως θετικά αποτελέσματα από την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας μπορούν να προέλθουν μόνο αν υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, όπως είναι η εκπαίδευση του προσωπικού, η μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών και η απαραίτητη προετοιμασία των εγκαταστάσεων (Liu et al, 2006).

Επίσης, φαινόμενα κρατικής παρεμβατικότητας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας σε άλλες υπηρεσίες, ενώ διάφορα άλλα εμπόδια διοικητικής φύσης σε άλλες περιπτώσεις δεν επιτρέπουν την ορθή αξιολόγηση των επιδόσεων που προέρχονται από αυτές τις πρακτικές (Saide & Stewart, 2001). Ακόμη, μερικές φορές οι managers των νοσοκομείων αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα σχετικά με την κατάλληλη στελέχωση των μονάδων υγείας σύμφωνα με τις νέες δομές. Τέλος, ο βασικότερος μηχανισμός που επιτρέπει τη βελτίωση των αποτελεσμάτων σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όταν αυτές αποκεντρώνονται, είναι ο περιορισμός του κόστους, η αύξηση των εσόδων και η παροχή οικονομικών κινήτρων στο προσωπικό (Liu et al, 2006).

Αναφορικά με τις ρυθμιστικές παρεμβάσεις, οι οποίες αφορούν έκτακτες ή μη επιθεωρήσεις, επιλεκτική επιβολή τιμωριών και παροχή κανονιστικών εγγράφων, μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Παραδειγματικά, οι Stenson et al (2001), εξετάζοντας νοσοκομεία στο Λάος, αναφέρουν αύξηση της τάξης του 34,0% στη διαθεσιμότητα βασικών υλικών και αύξηση κατά 19,0% στις παραγγελίες φαρμάκων μετά από εφαρμογή συχνών επιθεωρήσεων και εντατικής εποπτείας σε νοσοκομεία και φαρμακεία.

#### **4.5.5 Βελτίωση ποιότητας**

Η βελτίωση της ποιότητας, ως εφαρμογή παρέμβασης στη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων, βασίζεται σε συμμετοχικές προσεγγίσεις, αξιολόγηση απόδοσης μέσω συγκεκριμένων δεδομένων, συμμετοχή των εργαζομένων στην παροχή όλων των υπηρεσιών και στην εφαρμογή άλλων πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας (Wagaarachchi et al, 2001). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα

διάφορων ερευνών, τα συστήματα βελτίωσης ποιότητας έχουν ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στην αποδοτικότητα ορισμένων λειτουργιών και στη διαχείριση των περιπτώσεων ασθένειας στα νοσοκομεία, μέσω της συμμετοχής των εργαζομένων, της κοινότητας και των τοπικών αρχών υγείας στη θέσπιση προτύπων και αρχών, μέσω της παρεχόμενης υποστήριξης του προσωπικού από τους ανώτερους διοικητικούς υπαλλήλους και τη χρήση διαθέσιμων κεφαλαίων και πόρων για την ανάπτυξη συγκεκριμένων σχεδίων για τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Η επίτευξη των παραπάνω στόχων επιτελείται από τη δράση διάφορων μηχανισμών, όπως είναι η αυξημένη ικανοποίηση και η βελτίωση του ηθικού του προσωπικού, η ενισχυμένη ανατροφοδότηση της σχετικής πληροφόρησης, η συμμετοχή της κοινότητας στον καθορισμό των στόχων των παρεχόμενων υπηρεσιών, το αυξημένο επίπεδο γνώσης μέσω της εκπαίδευσης και η προθυμία των εργαζομένων να συμμορφώνονται σε πρότυπα που έχουν ορίσει οι ίδιοι (Agurto et al, 2006).

#### **4.5.6 Συνδυασμένες παρεμβάσεις**

Οι συνδυασμένες παρεμβάσεις κατά τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού συμπεριλαμβάνουν την εφαρμογή διάφορων πρακτικών, όπως είναι η εκπαίδευση του προσωπικού, η παροχή κατευθυντήριων γραμμών και δομημένης ανατροφοδότησης της πληροφόρησης, η επιβολή κανονισμών, η συχνή επιθεώρηση της κλινικής και μη κλινικής πράξης, η αποκέντρωση των υπηρεσιών και τα υψηλά επίπεδα διαθεσιμότητας πληροφοριών, φαρμάκων και υλικών (El Arifeen et al, 2004). Η απόδοση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά μέσω του συνδυασμού εκπαίδευσης και ενίσχυσης των συστημάτων υγείας.

Ωστόσο, και στις περιπτώσεις των συνδυασμένων παρεμβάσεων, η επιτυχία των αντίστοιχων εφαρμογών εξαρτάται από τη δράση διάφορων μεταβλητών, όπως είναι η ισχύς και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας που λειτουργεί ως πλαίσιο της εφαρμογής, η διαθεσιμότητα εξοπλισμού και υλικών, οι τακτικές της εποπτείας, η συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων στις διαδικασίες και ο βαθμός επιτυχούς προσαρμογής κάθε πρακτικής στις ειδικές συνθήκες κάθε περίπτωσης. Ακόμη, ο βαθμός αποδοχής της νέας πληροφόρησης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κατά την εφαρμογή των παρεμβατικών μεθόδων στις υπηρεσίες υγείας, όπως και το κατά πόσο

αισθάνεται το προσωπικό υποχρεωμένο να εφαρμόσει νέες δεξιότητες και καινούρια γνώση στην καθημερινή πράξη. Ο βαθμός αυτός της αποδοχής είναι πιθανόν να επηρεάζεται από τις προσωπικές αντιλήψεις των επαγγελματιών που συμμετέχουν στις αντίστοιχες εφαρμογές, από τους υπάρχοντες κλινικούς κανόνες των παρόχων των υπηρεσιών και από το βαθμό συναίνεσης ανάμεσα στα διάφορα τμήματα των μονάδων υγείας μεταξύ τους, ενώ η συμμετοχή των εργαζομένων στον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών της κλινικής και καθημερινής ιατρικής πράξης αποτελεί επίσης καίρια μεταβλητή. Οι Chakraborty et al (2000) αναφέρουν, τέλος, πως η ανάγκη συνδυασμένης παρέμβασης στη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα έντονη, λόγω των συνθηκών που επικρατούν τα τελευταία χρόνια στον κλάδο της υγείας, καθώς η αυξημένη ευαισθητοποίηση ασθενών και αρχών, η κοινωνική πίεση και η θέσπιση διάφορων ρυθμίσεων επιβάλλουν πλέον τη δημιουργία καλής φήμης, τη βελτίωση των εφαρμοζόμενων πρακτικών και τη συμμόρφωση σε κανόνες και πιθανές κυρώσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

# ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

### 5.1 ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το μοντέλο υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (National Health System – NHS) έχει ως βασικότερα χαρακτηριστικά τα εξής:

- ✚ Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- ✚ Χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού
- ✚ Κρατικός έλεγχος των παραγωγικών συντελεστών

Το σύστημα αυτό έχει ως κύριο άξονα την κοινωνική φροντίδα και τη σύνδεση της οικογένειας με το εργατικό δυναμικό της χώρας. Ο εμπνευστής του συστήματος επηρεάστηκε από τις διαπιστώσεις τη μελέτης του Rowntree για τη φτώχεια και πίστευε ότι τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα θα πρέπει να εισαχθούν για να ανακουφίσουν από τη φτώχεια σε διάφορες στιγμές της ζωής του ατόμου. Το θεσμικό πλαίσιο αυτού του συστήματος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός, που αποδεικνύεται μέσα από διάφορους νόμους της εποχής, όπως ο νόμος του 1940 New Employment Act (σχέσεις εργαζομένων εργοδοτών), του 1948 National health system (σύστημα υγείας). Στο συγκεκριμένο μοντέλο η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας, η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο.

Στο ακολουθούμενο από το NHS μοντέλο οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας ανήκουν κυρίως στο δημόσιο ενώ η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω των συλλογικών φόρων, αν και ο διαχωρισμός μεταξύ προμηθευτή και καταναλωτή αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό. Άλλες χώρες που ακολουθούν το σύστημα αυτό είναι η Φινλανδία, η Ισπανία, η Δανία και η Σουηδία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το ασφαλιστικό σύστημα είναι περισσότερο συγκεντρωτικό και η συλλογή χρηματικών πόρων, όπως και η διανομή τους είναι υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας. Οι υπόλοιπες χώρες διαθέτουν περισσότερο αποκεντρωτικά συστήματα με περιορισμένο

κρατικό έλεγχο, ενώ χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως στη Δανία η αποκέντρωση αυτή αφορά τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας και στην Ισπανία παρουσιάζει διαφορετικούς ρυθμούς ανάλογα με την περιοχή.

Τα τελευταία χρόνια, στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται μια συνεχής επέκταση της χρήσης των ΣΔΙΤ (Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα), ως μέσου επένδυσης κεφαλαίου στο νοσοκομειακό τομέα, ιδιαίτερα σε συστήματα υγείας χρηματοδοτούμενα μέσω φορολογίας. Το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που έκανε εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για κοινωνικές υποδομές, όπως είναι τα νοσοκομεία (Akintoye et al., 2008). Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων το 2004 σε 8 ακόμη χώρες κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο βρίσκονταν είτε στο στάδιο της προκήρυξης, είτε στο στάδιο της τελικής συμφωνίας, ενώ σε 6 ακόμη χώρες κράτη-μέλη η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ είχε τεθεί στο δημόσιο διάλογο. Τέλος, σε 13 κράτη-μέλη της ΕΕ είχαν προταθεί, προπαρασκευαστεί ή ψηφιστεί νομοθετικές ρυθμίσεις υποστηρικτικές για τις ΣΔΙΤ.

Οι Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFIs), ως κύριο μοντέλο σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία, προϋποθέτουν τη δημιουργία μιας Εταιρείας Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ) (special purpose vehicle - SPV), με ισότιμη συμμετοχή μιας κατασκευαστικής εταιρείας και μιας εταιρείας συμβούλων επιχειρήσεων (Pollock et al., 1999). Η ΕΕΣ δημιουργεί δεσμούς ή διαπραγματεύεται δάνεια με χρηματοδοτικούς οργανισμούς, όπως είναι οι τράπεζες. Η προκύπτουσα κοινοπραξία (consortium), στη συνέχεια, σχεδιάζει, βάσει των απαιτήσεων του εθνικού ασφαλιστικού συστήματος, κατασκευάζει μέσα σε προσυμφωνημένα χρονικά και οικονομικά πλαίσια, χρηματοδοτεί καλύπτοντας το κεφαλαιουχικό κόστος κατασκευής και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο, προσφέροντας υπηρεσίες διαχείρισης καθώς και άλλες προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι (Akintoye et al., 2008), τα εμπειρικά δεδομένα της Βρετανίας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι ΣΔΙΤ δεν προσφέρουν καλή σχέση ποιότητας ως προς την τιμή, καθώς το κόστος τους είναι υψηλό και μάλιστα συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων, ενώ επέφεραν εκποίηση της ακίνητης περιουσίας της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας



Υγείας, καθώς σχετίστηκαν με αδικαιολόγητες, με κλινικά κριτήρια, μειώσεις έως και 30% στις κλίνες και έως 16,7% στους προϋπολογισμούς μισθοδοσίας των νέων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις τοπικές υγειονομικές ανάγκες. Οι συγγραφείς, λοιπόν, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως, στα πλαίσια των PFI προγραμμάτων, η μεταβίβαση κινδύνων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα είναι αμφίβολη, ενώ επιβαρύνονται και δεσμεύονται οι επόμενες γενεές φορολογουμένων για 30 και πλέον έτη με υπέρογκες ετήσιες πληρωμές προς τις ιδιωτικές κατασκευαστικές κοινοπραξίες.

## **5.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ NHS**

Ο δημόσιος τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας στην Βρετανία απασχολεί το μεγαλύτερο ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο στο σύνολό του συνδέεται άμεσα ή έμμεσα, ακόμα και ιδιωτικώς απασχολούμενο, με το δημόσιο τομέα. Αναφορικά με τη στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων στη Βρετανία, αυτή φαίνεται να είναι αρκετά ικανοποιητική, με αποτέλεσμα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα υψηλή, η πλειοψηφία των νοσοκομείων χρηματοδοτείται επαρκώς σε σχέση με άλλες χώρες και να διοικείται συνήθως με ορθολογικά συστήματα διοίκησης. Τα αποτελέσματα στην παροχή των υπηρεσιών προς τον τελικό καταναλωτή, τον ασθενή, είναι εμφανή, αν και τα τελευταία χρόνια με την έλευση της οικονομικής κρίσης, έχει παρατηρηθεί περιστολή στη στελέχωση του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία εμφανίζει πολλά σημάδια παθογένειας. Η βασικότερη επίπτωση αυτής της κατάστασης είναι η δραματική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, καθώς ένα μεγάλο μέρος των πολιτών καταλήγει σε ιδιωτικές κλινικές για την εξυπηρέτησή του, επιβαρύνοντας σημαντικά το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα, το οποίο συρρικνώνεται συνεχώς (Buchan, 2008).

Το βασικότερο προβληματικό στοιχείο της στελέχωσης των νοσοκομείων είναι η έλλειψη κινήτρων απόδοσης στους γιατρούς και στο υπόλοιπο προσωπικό των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της μη ευελιξίας των διαθέσιμων προϋπολογισμών, όπως και ο περιορισμένος βαθμός αυτονομίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο συμμετέχει ελάχιστα στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στην καθημερινή κλινική και μη κλινική πράξη. Ωστόσο, όπως

προαναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, οι παράγοντες της αυτονομίας, της συμμετοχής και της υποκίνησης στο εργαζόμενο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας είναι βαρύνουσας σημασίας για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των τελικών υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες (Jones, 2014). Επίσης, το έλλειμμα παρακίνησης που παρατηρείται, ειδικά στο δημόσιο τομέα, επιφέρει πολλές φορές αντιδεοντολογική συμπεριφορά από το προσωπικό, η οποία αντανakλάται σε φαινόμενα μη παρουσίας στην εργασία ή αποφυγή εκτέλεσης ορισμένων καθηκόντων κατά την εργασία, ακόμα και σε φαινόμενα διαφθοράς, τα οποία έχουν πλήξει καιρία την αξιοπιστία του NHS.

Στο NHS απασχολούνται περίπου 106.000 γιατροί και περίπου 285.000 νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας, 22.000 μαίες και 132.000 τεχνικοί και διοικητικοί υπάλληλοι και πάροχοι παραϊατρικών υπηρεσιών και 10.000 ανώτερα διοικητικά στελέχη (NHS, 2016), σύνθεση που αποδεικνύει πως η στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ικανοποιητική όχι όμως επαρκής. Η διαπίστωση αυτή καταδεικνύεται και από έρευνες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), σύμφωνα με τις οποίες η Βρετανία τα τελευταία χρόνια κατέχει σταθερά μία από τις πρώτες θέσεις σε αριθμό προσωπικού (NHS, 2016). Επίσης, το εύρημα αυτό καθίσταται και περαιτέρω προφανές από την παρουσία νοσοκομείων που λειτουργούν ως «μαγνήτες», τα οποία προσελκύουν νοσηλευτικό προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, όπως και από το σχετικά ικανοποιητικό σύστημα εκπαίδευσης και αξιολόγησης του υπάρχοντος προσωπικού.

Στην περίπτωση του NHS, εντοπίζονται και σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις πρακτικές και τα αποτελέσματα της στελέχωσης των νοσοκομείων και των άλλων μονάδων υγείας σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, καθώς η αναλογία γιατρών και ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία είναι καταφανώς μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ιδιωτικού τομέα, ενώ η ίδια διαφορά ισχύει και για το νοσηλευτικό προσωπικό. Παρόλα αυτά, η αναλογία νοσηλευτών και γιατρών στον ιδιωτικό τομέα είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του δημόσιου (Johnson, S. (2015). Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Βρετανία τα τελευταία χρόνια υψηλή θέση σχετικά με την αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού και κλινών.

Στον ιδιωτικό τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απασχολούνται περίπου 21.000 γιατροί (NHS, 2016), εκ των οποίων τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρονται σε

γυναικολόγους, παθολόγους και χειρουργούς. Η ιδιότυπη αυτή σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού του ιδιωτικού τομέα οφείλεται κυρίως στο γεγονός πως τα ιδιωτικά νοσοκομεία που είναι διακεκριμένα και επιλέγονται από τους ασθενείς για ειδικές περιπτώσεις είναι πολύ περιορισμένου αριθμού και βρίσκονται κατά βάση στα μεγάλα αστικά κέντρα, εμφανίζοντας πολύ υψηλούς δείκτες αποδοτικότητας (Appleby et al., 2016). Επίσης, πρέπει να επισημανθεί το γεγονός πως ο βαθμός κινητικότητας του ανθρώπινου δυναμικού στον ιδιωτικό τομέα είναι αρκετά υψηλός, μάλιστα κατά πολύ υψηλότερος από τον αντίστοιχο του δημόσιου, διαπίστωση στην οποία οφείλονται και τα αντικρουόμενα στατιστικά στοιχεία που τον αφορούν, ειδικά αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, για το οποίο τα επίπεδα κινητικότητας είναι ακόμα υψηλότερα.

Επίσης, σημαντικό είναι το γεγονός του έντονου «ιατρικού πληθωρισμού» που εντοπίζεται στη χώρα, καθώς ο αριθμός των γιατρών είναι αρκετά μεγάλος σε σχέση με τον πληθυσμό, ενώ προς αυτήν την κατεύθυνση λειτουργεί και η μεγάλη συνεισφορά αυτού του είδους επαγγελματιών από το εξωτερικό και το εσωτερικό. Ως αποτέλεσμα, η αναλογία γιατρών που εισέρχονται στην αγορά εργασίας και των γιατρών που συνταξιοδοτούνται είναι αρκετά υψηλός και πολύ μακριά από τιμές ισορροπίας (Appleby et al., 2016).

### **5.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το NHS αναφορικά με τη στελέχωση του ανθρώπινου δυναμικού είναι οι σημαντικές ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό και, κυρίως, σε νοσηλευτικό προσωπικό. Μάλιστα, σύμφωνα με στοιχεία του NHS (2016) πολλές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονη ανάγκη πρόσθετων εργαζομένων. Προς αυτήν την κατεύθυνση λειτουργεί και το γεγονός πως μία αναγκαία πρόσληψη νοσηλευτή πραγματοποιείται μετά από σημαντικό χρονικό διάστημα, λόγω των γραφειοκρατικών προβλημάτων που υφίστανται στον κλάδο της υγείας.

Εκτός αυτού, ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκεται υπό απόσπαση σε διοικητικές κυρίως θέσεις, ενώ παρατηρείται και έντονη κινητικότητα νοσηλευτών από τα νοσοκομεία των αστικών κέντρων προς αντίστοιχες μονάδες υγείας της περιφέρειας (NHS, 2016). Βέβαια, τα κενά στη στελέχωση δεν εντοπίζονται αποκλειστικά στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και στο υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας, ενώ πολλές φορές παρατηρούνται φαινόμενα κάλυψης διοικητικών θέσεων από εργαζόμενους που έχουν περιορισμένη συνάφεια με τον κλάδο της υγείας. Επιπροσθέτως, το ανθρώπινο δυναμικό της υγείας στη χώρα στο σύνολό του χαρακτηρίζεται από γήρανση, ενώ το χαρακτηριστικό αυτό έχει δυσμενέστερες επιδράσεις στην υποκίνηση και στην υιοθέτηση νέων πρακτικών διοίκησης των ανθρώπινων πόρων.

Βέβαια, σε όλα αυτά προστίθενται και άλλοι αρνητικοί παράγοντες, όπως είναι η έλλειψη συνεχούς εκπαίδευσης, ο υψηλός φόρτος εργασίας που προέρχεται από τις σημαντικές ελλείψεις, οι πολλές φορές δυσμενείς συνθήκες εργασίας και οι σχετικά χαμηλοί μισθοί (Appleby, 2015). Επίσης, ο Exworthy (2016) αναφέρει πως ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα της στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας είναι η ανισοκατανομή του προσωπικού ανάμεσα στα Κέντρα Υγείας και στις Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς παρατηρούνται ιδιαίτερα άνισοι δείκτες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, οι οποίοι δε συνάδουν απαραίτητα με την πληθυσμιακή κατανομή. Βέβαια, τέτοιου είδους ανισότητες παρατηρούνται και στο υπόλοιπο τεχνικό, υποστηρικτικό και διοικητικό προσωπικό, κατά αντιστοιχία με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές.

Πρόβλημα παρατηρείται και στην αντιστοιχία υγειονομικών αναγκών και ιατρικών ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα την παρατηρούμενη υπερβάλλουσα ζήτηση για συγκεκριμένες ειδικότητες, στις οποίες αντιστοιχεί μεγάλος αριθμός γιατρών (Appleby, 2015). Με τον τρόπο αυτό, καθίσταται προφανές πως η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες της υγείας δεν είναι ορθολογική, ενώ παρατηρείται υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως είναι η χειρουργική και η γυναικολογία, ενώ ιδιαίτερα περιορισμένη είναι η προσφορά σε ειδικότητες όπως η γηριατρική, παρά τη συνεχόμενη και έντονη γήρανση του πληθυσμού. Σημαντικές είναι και οι ελλείψεις σε γενικούς γιατρούς, πρόβλημα που αντανάκλαται και στην κακοδιαχείριση και κακή οργάνωση του NHS. Συνοπτικά, τα σημαντικότερα

προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού που αντανακλώνται στην αναποτελεσματική στελέχωση των μονάδων υγείας στη Βρετανία είναι τα παρακάτω (Bojke et al., 2016):

- ✓ Υπερπροσφορά γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών
- ✓ Ανεπαρκής κατανομή των γιατρών μεταξύ των διάφορων ειδικοτήτων
- ✓ Ελλείψεις και ανεπαρκής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού
- ✓ Ελλείψεις και ανεπαρκής εκπαίδευση άλλων ειδικοτήτων σχετικών με την υγεία, όπως managers, οικονομολόγοι της υγείας, μηχανικοί και στατιστικολόγοι
- ✓ Ανεπαρκής διανομή του ανθρώπινου δυναμικού στις γεωγραφικές περιοχές
- ✓ Ανισοροπίες μεταξύ ζήτησης και προσφοράς

## **5.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

Το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα σημαντικότατο συντελεστή παραγωγής, και για το λόγο αυτό τα παραγωγικά και διαχειριστικά πρότυπα που εφαρμόζονται διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον τελικό καταναλωτή. Επίσης, η ποιότητα των τελικών υπηρεσιών καθορίζεται κυρίως από την ποιότητα της εργασίας και λιγότερο από τον αριθμό του προσωπικού και τον τρόπο της αντίστοιχης στελέχωσης. Αποτελεί, επίσης, κοινό τόπο πως ο κλάδος της υγείας είναι χαρακτηριστικός κλάδος έντασης εργασίας, με αποτέλεσμα η αποτελεσματική διοίκηση των ανθρώπινων πόρων να είναι σημαντικότερη από κάθε άλλη λειτουργία. Επιπλέον, οι αλλαγές που επισυμβαίνουν στο χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια καθιστούν έντονη την ανάγκη μεταρρύθμισης και επαναπροσδιορισμού των συστημάτων διοίκησης του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Ένα από τα βασικότερα ζητήματα της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες της υγείας, το οποίο στη Βρετανία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, είναι η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του ήδη εργαζόμενου προσωπικού. Επιπλέον, η αξιολόγησή του, η οποία λειτουργεί προβληματικά, θέτει περαιτέρω περιορισμούς στην εφαρμογή καλών πρακτικών διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού. Η συνεχής

εκπαίδευση, επιβάλλεται από τη δράση διάφορων μεταβλητών, οι οποίες αφορούν τη μεταβολή των επιδημιολογικών προτύπων του συνολικού πληθυσμού, των αυξημένων απαιτήσεων αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εισαγωγή των νέων τεχνολογιών και πληροφοριακών συστημάτων στον κλάδο της υγείας (Oliver, 2016).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η συνεχής κατάρτιση των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, και κυρίως του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, είναι επιβεβλημένη, λόγω και της έλλειψης διασύνδεσης που παρατηρείται ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς στόχους πριν την εισαγωγή του εργαζομένου στην αγορά εργασίας και στις πραγματικές ανάγκες των καταναλωτών των αντίστοιχων υπηρεσιών. Καθίσταται σαφές πως η έλλειψη ειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού και το σημαντικό έλλειμμα ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης αποτελεί βασικό άξονα της προβληματικής διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας στη Βρετανία.

Εκτός της συνεχούς εκπαίδευσης, πρόβλημα εντοπίζεται και στις διαδικασίες της αξιολόγησης και επιθεώρησης των ήδη εργαζομένων. Η αξιολόγηση του προσωπικού είναι μία εξαιρετικά σημαντική λειτουργία στα πλαίσια ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς ο βαθμός επίτευξης των στόχων αξιολογείται σε μεγάλο βαθμό από τις αντίστοιχες διαδικασίες, οι οποίες αποτελούν μέτρα ελέγχου του βαθμού που το ανθρώπινο δυναμικό έχει συμβάλει στην επίτευξη των στόχων αυτών. Εκτός αυτής της λειτουργίας, η αξιολόγηση του προσωπικού είναι ένα ιδιαίτερα χρήσιμο μέτρο για όλες τις λειτουργίες του προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν συστήματα προαγωγών, μεταθέσεων και αμοιβών. Επιπλέον, η πληροφόρηση που προκύπτει από τη διαδικασία της αξιολόγησης είναι σημαντική και για τον ίδιο τον εργαζόμενο, ώστε να είναι σε θέση να επαναπροσδιορίσει τη θέση του στον οργανισμό, αλλά και το επίπεδο των ικανοτήτων και επαγγελματικών του δεξιοτήτων (Trap et al, 2001). Παρόλα αυτά, όμως, οι λειτουργίες της αξιολόγησης στο NHS αναφορικά με τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων επιδέχονται βελτιώσεων, και αυτό αποτυπώνεται και στις περιορισμένες αποτελεσματικές πρακτικές καλής διοίκησης που εντοπίζονται στις μονάδες υπηρεσιών υγείας (Oliver, 2016).

Αναφορικά με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας στη Βρετανία, τα βασικότερα προβλήματα εντοπίζονται στο σχεδιασμό, την παραγωγή και τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων (Lafond et al., 2014). Συγκεκριμένα, ο φτωχός σχεδιασμός αναφέρεται στην αναντιστοιχία των εκτιμήσεων των εκπαιδευτικών φορέων και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς δεν αναπτύσσονται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για συγκεκριμένες ειδικότητες όπου υπάρχει ανάγκη, ενώ υπάρχει έλλειμμα προκαθορισμένων κατευθύνσεων για την κατανομή και την αντίστοιχη εξειδίκευση του ανθρώπινου κεφαλαίου, το οποίο εντοπίζεται κυρίως στις αγροτικές περιοχές. Επίσης, τα προβλήματα στην παραγωγή αναφέρονται στις αποκλίσεις μεταξύ απαιτήσεων των χρηστών, της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης και των εκπαιδευτικών στόχων που τίθενται από τους φορείς εκπαίδευσης. Με τον τρόπο αυτό, παρατηρείται συχνά υποτίμηση των ζητημάτων της πρόληψης, της αποκατάστασης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία, καθώς το σύστημα υγείας προσανατολίζεται ως επί το πλείστον στην καθημερινή ιατρική πράξη. Τέλος, τα προβλήματα στη διοίκηση, όπως προαναφέρθηκε, αφορούν κυρίως το σημαντικό έλλειμμα συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών της υγείας, με αποτέλεσμα τη σύγχυση των ρόλων και τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία που καταγράφονται. Επιπροσθέτως, σημαντικός παράγοντας για την αναποτελεσματικότητα της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στη χώρα είναι και η περιορισμένη παροχή κινήτρων στους επαγγελματίες της υγείας, γεγονός που επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην αποδοτικότητά τους, όπως θα αναλυθεί και διεξοδικότερα παρακάτω.

## **5.5 ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ NHS**

Ο παράγοντας της υποκίνησης στη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού διαδραματίζει καίριο ρόλο αναφορικά με τα αποτελέσματα στην απόδοση του προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους παραγωγικούς τομείς της παγκόσμιας οικονομίας, ο τομέας της υγείας βρίσκεται υπό συνεχή μεταρρύθμιση, εξαιτίας των αλλαγών που επιτελούνται στο ανθρώπινο δυναμικό, των υψηλών δαπανών, των νέων τεχνολογιών που εισέρχονται και του συνεχόμενου αυξανόμενου μέσου όρου ζωής. Εκτός αυτών, η ανάγκη σημαντικών μεταρρυθμίσεων πλαισιώνεται και από τις τάσεις υπογεννητικότητας που

παρατηρούνται, ειδικά στη Βρετανία, από τις αυξημένες ρυθμίσεις και κανονισμούς, τις ανάγκες συμμόρφωσης με αυτούς και τις εντεινόμενες απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Alshallah, 2003).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η προσαρμογή των οργανωσιακών δομών της υγειονομικής περίθαλψης στις νέες αυτές απαιτήσεις αποτελεί μία πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, ενώ σημαντική μεταβλητή αυτών των αλλαγών είναι η κατανόηση των παραγόντων που υποκινούν τους επαγγελματίες της υγείας, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και να επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα απόδοσης. Οι Franco et al (2002) αναφέρουν πως η διαθεσιμότητα των πόρων και οι επαγγελματικές δεξιότητες δεν επαρκούν για την επίτευξη υψηλού ρυθμού παραγωγικότητας στην εργασία, και για το λόγο αυτό, τα σύγχρονα συστήματα διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στην υγεία προσανατολίζονται πλέον προς τη δημιουργία και πλαισίωση αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντος. Βέβαια, η υποκίνηση των εργαζομένων επηρεάζεται και από τις αντίστοιχες οργανωσιακές δομές στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, όπως και από τους οργανωσιακούς πόρους και τις αντίστοιχες διαδικασίες που εφαρμόζονται, αν και είναι σημαντικό, κατά την εφαρμογή συστημάτων υποκίνησης, να λαμβάνονται υπόψη και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε εργαζομένου.

Αναφορικά με το ζήτημα της υποκίνησης των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, οι Bevan & Hood, (2006), διερευνώντας τις βασικότερες μεταβλητές υποκίνησης, οι οποίες σχετίζονται με υψηλή αποδοτικότητα, σε επαγγελματίες της υγείας στην Βρετανία, αναφέρουν πως οι βασικότεροι εξ αυτών είναι:

- ✓ Τα επιτεύγματα
- ✓ Η αμοιβή
- ✓ Οι συνάδελφοι, και
- ✓ Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εργασίας

Τα επιτεύγματα, τα οποία αποτελούν το κίνητρο παρακίνησης υψηλότερης κατάταξης, αναφέρονται σε έναν προσωπικό παράγοντα που καλύπτει εγγενείς ανάγκες, όπως είναι η κοινωνική αποδοχή, η εκτίμηση και ο σεβασμός, ενώ όταν οι ανάγκες αυτές καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό τότε ο εργαζόμενος είναι σε θέση να αναλάβει ρίσκα, να εκπαιδευτεί σε νέες πρακτικές και γενικότερα να αναπτυχθεί μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Επίσης, η ανταμοιβή αντανακλά την ανάγκη της



ασφάλειας και σταθερότητας του εργαζομένου, περιλαμβάνοντας έναν ασφαλή χώρο εργασίας, οικονομικά οφέλη και τα ζητήματα της συνταξιοδότησης και της ασφάλισης, τα οποία διασφαλίζουν την καλή διαβίωση του εργαζομένου και την κάλυψη των μελλοντικών του αναγκών. Οι συνάδελφοι αποτελούν μία άλλη σημαντική προσδιοριστική μεταβλητή της υποκίνησης, καθώς σχετίζεται με τις κοινωνικές ανάγκες του εργαζομένου, ενώ τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εργασίας αναφέρονται κυρίως στις δυνατότητες που παρέχει η συγκεκριμένη εργασία για την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των παραπάνω μεταβλητών κατά αντιστοιχία στην έρευνα αυτή ήταν αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της εργασίας η λειτουργία των αρχών, οι δυνατότητες δημιουργικότητας, τα σαφή καθήκοντα, ο έλεγχος της εργασίας, η αξιοποίηση των δεξιοτήτων και οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων, ενώ αναφορικά με τον παράγοντα της ανταμοιβής οι σημαντικότερες μεταβλητές αποδείχτηκαν ο μισθός, το εργασιακό περιβάλλον, η σύνταξη και η δυνατότητα απουσίας από την εργασία. Επιπλέον, ο παράγοντας των συναδέλφων διαχωρίζεται περαιτέρω στα στοιχεία της ομαδικής εργασίας, της υπερηφάνειας που προέρχεται από την εργασία, της εκτίμησης, της εποπτείας και της δικαιοσύνης, ενώ τα επιτεύγματα αναφέρονται στα στοιχεία του νοήματος και σκοπού της εργασίας, στο σεβασμό και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Bevan & Hood, (2006), τα οποία συμπίπτουν απόλυτα με τα ευρήματα των Rowe & Calnan (2006), οι οποίοι επίσης διερευνούν τους βασικότερους παράγοντες παρακίνησης των επαγγελματιών της υγείας στα πλαίσια της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας, ο σημαντικότερος παράγοντας παρακίνησης είναι τα επιτεύγματα, τα οποία είχαν υψηλή συσχέτιση με την αυξημένη ηλικία των εργαζομένων, ειδικά στις κατηγορίες των γιατρών και των νοσηλευτών. Όπως επισημαίνουν οι συγγραφείς, το σημαντικό νόημα που έχει μία συγκεκριμένη εργασία φαίνεται να είναι κατά πολύ σημαντικότερο από τη δράση άλλων παραγόντων, όπως είναι ο μισθός, η κοινωνική προέλευση του εργαζομένου και τα επίπεδα συναδελφικότητας. Το συμπέρασμα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους διαχειριστές των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας, όπου πολλές φορές ο προσανατολισμός των αντίστοιχων συστημάτων διοίκησης επικεντρώνεται σε ζητήματα πρόσθετων αμοιβών για την επίτευξη υψηλής απόδοσης.

Τα ευρήματα των δύο αυτών ερευνών συγκλίνουν, επίσης, στο κοινό συμπέρασμα πως η οικονομική ανταμοιβή και συγκεκριμένα ο μισθός είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας παρακίνησης στην κατηγορία του διοικητικού προσωπικού και όχι στους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με ευρήματα άλλων μελετητών, οι οποίοι αναφέρουν πως οι οικονομικές απολαβές υποκινούν τους εργαζομένους μόνο όταν υπάρχει στενή σύνδεση οικονομικής ανταμοιβής και συγκεκριμένων αποτελεσμάτων απόδοσης (Cheng & Robertson, 2006). Έτσι λοιπόν, η υπερβολική εστίαση στην παροχή οικονομικών κινήτρων στο δημόσιο τομέα πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα, καθώς οι εργαζόμενοι μπορεί να αντιμετωπίσουν τα οικονομικά οφέλη ως σημαντικότερα σε σχέση με άλλα, όπως είναι ο σεβασμός από την κοινωνία και η αποδοχή από τους ανωτέρους τους. Ειδικά στην περίπτωση των γιατρών, πολλοί ερευνητές συμφωνούν πως η ικανοποίηση που προέρχεται από την εργασία τους βασίζεται περισσότερο σε μη οικονομικές παροχές, όπως είναι η παροχή περαιτέρω εκπαίδευσης και η αποδοχή από τους ασθενείς και τους συναδέλφους (Janus et al, 2007).

## **5.6 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ**

Εκτός των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη Βρετανία αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, όπου πλέον επιβάλλεται δραματική μείωση των δαπανών για την υγεία και περιορισμός του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων στον κλάδο της υγείας επηρεάζεται σημαντικά και από τη δράση άλλων παραγόντων, οι οποίοι εντοπίζονται στην πλειοψηφία των αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών. Αρχικά, τα στοιχεία της παθογένειας, όπως είναι η αναντιστοιχία προσφοράς και ζήτησης ανθρώπινου κεφαλαίου, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη κατά την εξέταση και εφαρμογή νέων συστημάτων διοίκησης των επαγγελματιών της υγείας. Ωστόσο, υπάρχει μία δέσμη μεταβλητών που επιδρούν καθοριστικά στην αναδιαμόρφωση των συστημάτων αυτών και στην εφαρμογή νέων πρακτικών, εκ των οποίων οι σημαντικότερες που αναγνωρίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι ο υψηλός βαθμός κινητικότητας των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας και η παγκοσμιοποίηση.

Αναφορικά με την κινητικότητα, αυτή πλαισιώνεται κυρίως από τα φαινόμενα μετανάστευσης των επαγγελματιών της υγείας, τα οποία τα τελευταία χρόνια λαμβάνουν σημαντικές διαστάσεις στη Βρετανία. Η σημαντικότερη αιτία του εντεινόμενου αυτού φαινομένου είναι η περιορισμένη δυνατότητα απορρόφησης από την εγχώρια αγορά, όπως και η παροχή σημαντικών οικονομικών και άλλων κινήτρων σε άλλες χώρες. Σύμφωνα με το International Journal for Equity in Health (2003), ειδικά οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας τείνουν να μετακινούνται περισσότερο σε σχέση με άλλα επαγγέλματα, παρακινούμενοι κυρίως από την πεποίθησή τους πως η εργασία τους θα είναι επαρκώς εκτιμώμενη από τη χώρα προορισμού τους, ενώ όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο μόρφωσης τόσο πιο αυξημένες είναι και οι πιθανότητες μετακίνησης σε μία άλλη χώρα. Οι Dussault & Franceschini, (2006) σημειώνουν πως οι βασικότερες αιτίες της μετακίνησης αυτής είναι οι οργανωσιακές δομές, τα συστήματα διαχείρισης και διοίκησης, οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη, οι αυξημένοι μισθοί και οι πρακτικές συνταξιοδότησης.

Από την άλλη πλευρά, οι ανεπτυγμένες χώρες προσελκύουν επαγγελματίες υψηλής εξειδίκευσης για πολλούς λόγους, όπως είναι η υψηλή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, η ορθολογική διαχείριση της αντίστοιχης αγοράς, η έλλειψη γραφειοκρατικών εμποδίων και άλλοι κοινωνικοί και πολιτικοί λόγοι. Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι αρκετά πιθανό, παρά την υπερπροσφορά των γιατρών, ο τομέας της υγείας στη Βρετανία στο μέλλον να αντιμετωπίσει ελλείψεις σε επιστημονικό προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, διαπίστωση που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τους διαχειριστές των ανθρωπίνων πόρων και τους managers των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέλκυση και η διατήρηση του υπάρχοντος επιστημονικού προσωπικού είναι υψίστης σημασίας για το μέλλον του εθνικού συστήματος υγείας και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες της χώρας.

Επιπροσθέτως, εκτός της διαφοροποίησης των δημογραφικών, πολιτικών και άλλων χαρακτηριστικών σε κάθε χώρα, το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης είναι κοινό για όλα τα κράτη. Καθώς ο κόσμος προχωράει ολοένα προς την παγκοσμιοποίηση των αγαθών και των υπηρεσιών, οι χώρες πρέπει να είναι σε θέση να διαχειριστούν τις νέες αυτές συνθήκες στον τομέα της υγείας. Εκτός, λοιπόν, του υψηλού βαθμού κινητικότητας των επαγγελματιών της υγείας, υπάρχει πλέον έντονη τάση σύναψης εμπορικών διακρατικών συμφωνιών που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη και στα πλαίσια αυτά, χώρες οικονομικά υποβαθμισμένες είναι πιθανό να ωφεληθούν

λιγότερο από τέτοιου είδους συμφωνίες (Kabene et al, 2006). Η σημαντική αυτή διαπίστωση δεν πρέπει να παραβλεφθεί από τους υπεύθυνους διοίκησης του ανθρώπινου κεφαλαίου της υγείας κατά την εξέταση λύσεων για τα προβλήματα των συστημάτων υγείας των χωρών, ούτε και από τους ίδιους βέβαια του εργαζόμενους, οι οποίοι οφείλουν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα και να προσπαθήσουν να επαναπροσδιορίσουν την εργασία τους, μέσω της περαιτέρω επιστημονικής τους κατάρτισης.

Τέλος, πολλοί ερευνητές σημειώνουν πως είναι εξαιρετικά πιθανό, χώρες που αντιμετωπίζουν σημαντικά οικονομικά προβλήματα και έχουν να διαχειριστούν προβληματικά συστήματα υγείας να προσπαθήσουν στο μέλλον να υιοθετήσουν μοντέλα διαχείρισης που έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία σε άλλες χώρες (Kabene et al, 2006), παρά να αναδιαμορφώσουν τα ήδη υπάρχοντα. Για παράδειγμα, το σύστημα υγείας και ασφάλισης των ΗΠΑ, το οποίο αποτελεί ένα ισχυρό και προσανατολισμένο προς την επίτευξη κερδοφορίας μοντέλο, να αποτελέσει τη βάση για το σχεδιασμό των συστημάτων διαχείρισης της υγείας και σε άλλες χώρες. Ωστόσο, η ευρωπαϊκή φιλοσοφία περί υγείας και ασφάλισης απέχει αρκετά από την αντίστοιχη των ΗΠΑ, αντιμετωπίζοντας την υγεία πρωτίστως ως κοινωνικό αγαθό και για το λόγο αυτό, η επιλογή και η εφαρμογή νέων συστημάτων διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στη Βρετανία θα αποτελέσει βασικό ζήτημα διερεύνησης στο εγγύς μέλλον.

## **5.7 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ NHS**

Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από αρκετές ιδιαιτερότητες που καθιστούν την έννοια της ποιότητας ιδιαίτερα σύνθετη και πολύπλοκη από ότι η βιομηχανία. Στη βιομηχανία η ποιότητα όπως προαναφέρθηκε ταυτίζεται με την τήρηση προδιαγραφών ενός προϊόντος, την ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας ενός ασθενούς ποικίλλουν, η έννοια του μηδενικού ελαττώματος ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού που έχουν ανάγκη και επιθυμούν, η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων ερμηνεύεται ως η βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής πρακτικής» και η ενθάρρυνση της «καλής», πράγμα

που είναι δυσκολότερο από την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων της βιομηχανίας (Τούντας 2003). Επίσης στο πρότυπο της ελεύθερης αγοράς ο καταναλωτής που χρειάζεται ένα προϊόν κάνει έρευνα αγοράς, ελέγχει, κάνει σύγκριση και αποφασίζει από πού θα το αγοράσει, πότε, πόσο και πως. Στον τομέα της υγείας όμως ο χρήστης των υπηρεσιών δεν μπορεί να προβλέψει πότε και τι θα χρειαστεί, δεν μπορεί να αναβάλλει ή να ακυρώσει την αγορά και δεν γνωρίζει τι θα καταναλώσει και για ποια συγκεκριμένη αιτία. Επιπλέον δεν υπάρχει η δυνατότητα επιστροφής του προϊόντος ή διακοπής κατανάλωσης σε περίπτωση που ο χρήστης δεν μείνει ικανοποιημένος. Ακόμα επισημαίνεται ότι στον τομέα της υγείας, η παροχή της υπηρεσίας έγκειται στην εναρμόνιση και το συντονισμό όλων των πόρων.(οικονομικών, ανθρώπινων, τεχνολογικών) με στόχο την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Έτσι ο υγειονομικός τομέας έχει στραφεί από την αναίτια κλινική πράξη στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με ταυτόχρονη μείωση του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.

Οι τρεις διαστάσεις που λαμβάνουν χώρα στην παροχή της φροντίδας από το NHS είναι το τεχνικό μέρος που αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της υγείας του ασθενή, το διαπροσωπικό μέρος που αφορά την ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή που αποτελεί μια ζωτικής σημασίας παράμετρο καθώς μέσω της διαπροσωπικής σχέσης ο ασθενής μεταφέρει απαραίτητες πληροφορίες για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας και την ξενοδοχειακή υποδομή που αφορά το περιβάλλον που παρέχεται η φροντίδα. Με βάση αυτές τις διαστάσεις το NHS αντιμετωπίζει την ποιότητα στη φροντίδα ως αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Επίσης παραθέτει ,την κλινική αποτελεσματικότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την βελτιστότητα, την αποδεκτικότητα, τη νομιμότητα και τη δίκαιη κατανομή ωφελειών ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα.

Δεδομένου ότι στις υπηρεσίες υγείας εμπλεκόμενοι είναι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι επαγγελματίες και η διοίκηση, θα ήταν σκόπιμο να προσεγγίσουμε την

ποιότητα από την πλευρά του χρήστη, που αφορά το σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας από το NHS, που παρέχει στο χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά την δεδομένη χρονική στιγμή, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος. Έτσι η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι δυναμική, πολυδιάστατη και απαιτεί τη ενεργοποίηση των διοικήσεων και την εφαρμογή όλων εκείνων των παραμέτρων που θα οδηγήσουν στην εξασφάλισή της και τη διατήρησή της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς της υγείας αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα ως προς τη μεθόδευση τους να είναι αποτελεσματικοί και αποδοτικοί, το οποίο επηρεάζεται από πλήθος μεταβλητών που διαμορφώνουν παράλληλα το βαθμό οργανωσιακής ετοιμότητας. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους για τους οποίους τα προγράμματα Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού των οργανισμών υγείας δυσκολεύονται να είναι αποτελεσματικά είναι το κλίμα αβεβαιότητας και εργασιακής ανασφάλειας που χαρακτηρίζει τον κλάδο. Για το μετριασμό αυτού του φαινομένου, η διοίκηση των οργανισμών υγείας, ως μία συστηματοποιημένη και στοχευόμενη προσπάθεια θα πρέπει να εστιάζει στην αποτελεσματική διοίκηση των ανθρώπινων πόρων και στην οικοδόμηση μίας ευρύτερης συνεργατικής κουλτούρας, στην οποία μάλιστα ο ρόλος της ηγεσίας είναι ζωτικής σημασίας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση η παρουσίαση του πλαισίου λειτουργίας της διαδικασίας Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων των οργανισμών υγείας με εστίαση στο NHS που τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται από σημαντικές οργανωτικές αλλαγές. Η επιστημονικά σχεδιασμένη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί μία σύγχρονη αναγκαιότητα για τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, στην προσπάθειά τους να προσαρμόζονται στις εξωτερικές εξελίξεις, ώστε να καθίστανται ανταγωνιστικοί και μακροχρόνια βιώσιμοι. Ιδιαίτερα σήμερα, η προσαρμογή των οργανισμών σε νέα δεδομένα είναι αναπόφευκτη, καθώς οι αλλαγές του τεχνολογικού και κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος είναι ραγδαίες, ενώ παράλληλα η ψηφιακή οικονομία και η κοινωνία της γνώσης έχουν αναδειχτεί ως βασικές μεταβλητές του τρέχοντος αναπτυξιακού μοντέλου, σε συνδυασμό με την εντατικοποίηση της εργασιακής κινητικότητας στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης.

Ωστόσο, παρότι για τους οργανισμούς υγείας η αποτελεσματική διοίκηση των ανθρώπινων πόρων θεωρείται προαπαιτούμενο της βιωσιμότητάς τους, πολλές φορές παρατηρείται σημαντικές αστοχίες. Σε αυτό συμβάλλουν ποικίλοι παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται κυρίως με τον ανεπαρκή σχεδιασμό του προγράμματος διοίκησης

ανθρώπινων πόρων, καθώς και με την αντίσταση που συναντάται από την πλευρά των εργαζομένων, οι οποίοι αναπτύσσουν αμυντικούς μηχανισμούς, προσπαθώντας να διατηρήσουν το τρέχον status quo και να προστατευτούν από τη γενικότερη αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει, φύσει, τις αλλαγές.

Στην περίπτωση του NHS αλλά και γενικότερα στους οργανισμούς υγείας παγκοσμίως σημαντικός συντελεστής της αποτελεσματικότητας της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού είναι και οι προϋπάρχουσες οργανωσιακές συνθήκες και σχέσεις, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ εργαζομένων και στελεχών.

Παράλληλα, το τρέχον υφεσιακό περιβάλλον, στο οποίο λόγω της οικονομικής κρίσης και των δραματικών συνεπειών της στην απασχόληση, η αβεβαιότητα και η εργασιακή ανασφάλεια συνιστούν κύρια χαρακτηριστικά του κόσμου της εργασίας αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα της αποτελεσματικής διοίκησης ανθρώπινων πόρων καθώς σηματοδοτεί περιστολή της παρακίνησης των εργαζομένων, αύξηση του εργασιακού στρες και αύξηση της χαμηλής αποδοτικότητας τους. Για το λόγο αυτό, η επιτυχία των προγραμμάτων διοίκησης ανθρώπινων πόρων απαιτεί την προσεκτική ενημέρωση των εργαζομένων και την ανοιχτή επικοινωνία και ροή πληροφόρησης μεταξύ των ιεραρχικών επιπέδων.

Αποτελεί σήμερα κοινό τόπο πως η αποτελεσματική επικοινωνία βάσει συγκεκριμένης στρατηγικής και η ενεργός συμμετοχή όλων των εργαζομένων στις διαδικασίες αμφίδρομης πληροφόρησης είναι το «κλειδί» για την επιτυχία των οργανισμών υγείας. Ιδιαίτερα όσον αφορά τα ανώτερα στελέχη, αυτά οφείλουν να έχουν ουσιαστική εμπλοκή και να λειτουργούν άλλοτε ως πομποί και άλλοτε ως δέκτες πληροφόρησης, χωρίς να αντιλαμβάνονται την επικοινωνία ως «αγγαρεία».

Συμπερασματικά, η διοίκηση ανθρώπινων πόρων των οργανισμών της υγείας είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο και μία εξαιρετικά απαιτητική διαδικασία που εκτείνεται σε ολόκληρο το οργανωσιακό φάσμα σε ένα χρονικό συνεχές. Αυτό σημαίνει πως η εναλλαγή των ισορροπιών και η μεταβολή των εκάστοτε συνθηκών προϋποθέτει την προσεκτική εξέταση των παραγόντων που επιδρούν στην επιτυχία εφαρμογής των προγραμμάτων διοίκησης προσωπικού.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams, T. L. (2010). Gender and feminization in health care professions. *Sociology compass*, 4(7), 454-465.
- Agurto I., Sandoval J., De La Rosa M., Guardado M.E., (2006) 'Improving cervical cancer prevention in a developing country', *International Journal of Quality Health Care*, 18(2):81-86.
- Aiken L., Clarke S., Sloane D., (2002) 'Hospital staffing, organisation, and quality of care: cross national findings', *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1):5-13.
- Aiken L.H., Smith H.L., Lake E.T., (1994) 'Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care', *Medical Care*, 32(8):771-787
- Akashi H., Yamada T., Huot E., Kanal K., Sugimoto T. (2004) 'User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes', *Social Science & Medicine*, 58(3):553-564.
- Akintoye, A., Beck, M., & Hardcastle, C. (Eds.). (2008). *Public-private partnerships: managing risks and opportunities*. John Wiley & Sons.
- Alshallah, S. (2003). Job satisfaction and motivation: how do we inspire employees?. *Radiology management*, 26(2), 47-51.
- Analoui, F., & Karami, A. (2002). CEOs and development of the meaningful mission statement. *Corporate Governance: The international journal of business in society*, 2(3), 13-20
- Anson, B.R., (2003) 'Taking charge in a volatile health care marketplace', *Human Resource Planning*, 23(4):21-34.
- Antoine L., Lorant V., Deliège D. (2001) 'Charge de travail et "Mal-Emploi", des médecins. Bruxelles: *Ecole de Santé Publique*; Université catholique de Louvain.

- Appleby, J. (2015). UK NHS: Less money (but more bangs per buck)? *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 350.
- Appleby, J., Ham, C., Imison, C., & Jennings, M. (2016). Improving NHS productivity: more with the same not more of the same. King's Fund, 2010.
- Armstrong, M., & Taylor, S. (2014). *Armstrong's handbook of human resource management practice*. Kogan Page Publishers.
- Beardwell, I., Holden, L., & Claydon, T. (2004). *Human resource management A contemporary approach 4th edition*. Pearson Education Limited.
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public administration*, 84(3), 517-538.
- Bloor K., Maynard A., (2003) 'Planning human resources in health care: towards an economic approach: an international comparative review', Ottawa: *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Bojke, C., Castelli, A., Grašić, K., Howdon, D., & Street, A. (2016). Did NHS productivity increase under the Coalition government?. *Dismantling the NHS?: Evaluating the Impact of Health Reforms*, 65.
- Bolduc D., Fortin B., Fournier M., (1996) 'The effect of incentive policies on the practice location of doctors: multinomial probit analysis', *J. Labor Econ* 14:703-32.
- Bolduc, D., Fortin, B., Labrecque, F., & Lanoie, P. (2002). Workers' compensation, moral hazard and the composition of workplace injuries. *Journal of Human Resources*, 623-652.
- Bourgueil, Y. (2002). *La régulation des professions de santé: études monographiques: Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis: rapport final*. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).
- Bourne, M., Franco, M., & Wilkes, J. (2003). Corporate performance management. *Measuring Business Excellence*, 7(3), 15-21.

- Buchan J., (2004) 'What difference does ("good") HRM make?' *Human Resources for Health*, 2:6
- Buchan J., Ball J., Rafferty A., (2004) '*A Lasting Attraction?*', *The Magnet Accreditation of Rochdale Infirmary*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine;.
- Buchan, J. (2000). Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning*, 15(3), 319-325.
- Cassels, A., (1995) 'Health sector reform: key issues in developing countries' *Journal of International Development*, 7(3):329-347
- Chakraborty S., D'Souza S.A., Northrup R.S., (2000) 'Improving private practitioner care of sick children: testing new approaches in rural Bihar', *Health Policy and Planning*, 15(4):400-407
- Diallo K., Zurn P., Gupta N., Dal Poz M., (2003) 'Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective', *Human Resources for Health* 1:3. 14 April
- Dussault G., Dubois C., (2003) 'Human resources for health policies: a critical component in health policies', *Human Resources for Health* 1:1. 14 April
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4(1), 12.
- Eaton, S, (2000) 'Beyond unloving care: linking human resource management and patient care quality in nursing homes', *International Journal of Human Resource Management*, 11(3):591-616
- El Arifeen S., Blum L.S., Hoque D.M.E., Chowdhury E.K., Khan R., Black R.E., Victora C.G., Bryce J., (2004) 'Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a cluster-randomised study' *Lancet*, 364:1595-1602.

- Engelhardt, H., & Prskawetz, A. (2004). On the changing correlation between fertility and female employment over space and time. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 20(1), 35-62.
- England, N. H. S. (2016). Five year forward view. 2014.
- Exworthy, M. (2016). *Dismantling the NHS?: Evaluating the Impact of Health Reforms*. Policy Press.
- Fitz-Enz, J. (1984). How to measure human resources management.
- Fombrum, C., & Tichy, N. Y. D. Ma (1984): Strategic Human Reesource management. *Wiley: Nueva York*.
- Gold, J., & Bratton, J. (2003). The Dynamics of Professionalization: Whither the HRM Profes-sion. In *Critical Management Studies Conference* (Vol. 2, No. 3, pp. 17-22).
- Gupta N., Zurn P., Diallo K., Dal Poz M.R.,(2003) ‘Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries’, *International Journal for Equity in Health*, 2:11.
- Hanaysha, J., & Tahir, P. R. (2016). Examining the Effects of Employee Empowerment, Teamwork, and Employee Training on Job Satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 219, 272-282.
- Horn T., Decrey H., (2005) ‘Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud’, *Primary Care* 5(18):414-8. [http://www.primary-care.ch/set\\_suchen.html](http://www.primary-care.ch/set_suchen.html)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, & Gautier, A. (2005). *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003* (p. 143). INPES.
- Jacoby, H. G., & Skoufias, E. (1997). Risk, financial markets, and human capital in a developing country. *The Review of Economic Studies*, 64(3), 311-335.
- Johnson, S. (2015). NHS workforce must change to meet demands on health service. *The Guardian*, 4.

- Jones, R. (2014). The future NHS: time for another change?.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human resources for health*, 4(1), 20.
- Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663.
- Kipp W., Kamugisha J., Jacobs P., Burnham G., Rubaale T., (2001) 'User fees, health staff incentives and service utilization in Kabarole District, Uganda', *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11):1032-1037
- Kirby, M.J.L., (2002) 'The health of Canadians – the federal role', In *The Senate of the Government of Canada. Volume 6*. Ottawa, ON: Government of Canada:78.
- Lafond, S., Arora, S., Charlesworth, A., & McKeon, A. (2014). Into the red? The state of the NHS' finances. *London: Nuffield Trust*.
- Legge, K. (1995). What is human resource management?. In *Human Resource Management* (pp. 62-95). Macmillan Education UK.
- Legge, K. (1995). What is human resource management?. In *Human Resource Management* (pp. 62-95). Macmillan Education UK.
- Lewin S., Dick J., Zwarenstein M., Lombard C.J., (2005) 'Staff training and ambulatory tuberculosis treatment outcomes: a cluster randomized controlled trial in South Africa', *Bulletin of the World Health Organization*, 83:250-259
- Liu X., Martineau T., Chen L., Zhan S., Tang S. (2006) 'Does decentralization improve human resource management in the health sector? A case study from China', *Social Science & Medicine*, 63:1836-1845.
- Martinez J., Martineau T., (1998), 'Human resources in healthcare reform: a review of current issues' *Health Policy and Planning*, 13(4):345-358

- McClure M., Poulin M., Sovie M., (1983) *'Magnet Hospitals: Attraction Retention of Professional Nurses'*, Kansas City: American Nurses Association; 1983.
- Messmer, M. (2007). *Human resources kit for dummies*. John Wiley & Sons.
- Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K., (2002) 'Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals' *New England Journal of Medicine* 346:1715-1722. May 30
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Oliver, D. (2016). David Oliver: The best health system. *BMJ*, 353, i1848.
- Onyango-Ouma W., Laisser R., Mbilima M., Araoye M., Pittman P., Agyepong I., Zakari M., Fonn S., Tanner M., Vlassoff C., (2001) 'An evaluation of Health Workers for Change in seven settings: a useful management and health system development tool', *Health Policy Plan*, 16(suppl 1):24-32
- Peterson, S. J., & Luthans, F. (2003). The positive impact and development of hopeful leaders. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(1), 26-31.
- Rondeau K., Wagar T., (2001) 'Impact of human resource management practices on nursing home performance' *Health Services Management Research*, 14(3):192-202.
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the "new" NHS. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 376-396.
- Shields, J., Brown, M., Kaine, S., Dolle-Samuel, C., North-Samardzic, A., McLean, P., ... & Plimmer, G. (2015). *Managing Employee Performance & Reward: Concepts, Practices, Strategies*. Cambridge University Press.
- Simoens, S., & Hurst, J. (2004). 'Matching Supply and Demand for the Services of Physicians and Nurses. *Towards High-Performing Health Systems. Policy Studies*, 167-206.

- Snell, S. A., Morris, S. S., & Bohlander, G. W. (2015). *Managing human resources*. Nelson Education.
- Société vaudoise de médecine, Merrien, F. X., & Buttet, A. C. (2002). *Le médecin vaudois aujourd'hui: un [sic] enquête de la Société vaudoise de médecine*. Institut des sciences sociales et pédagogiques, Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne; Médecin.
- Soeters, R., & Griffiths, F. (2003). Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health policy and planning*, 18(1), 74-83.
- Sovie M., Jawad A., (2001) 'Hospital restructuring and its impact on outcomes' *Journal of Nursing Administration*, 31(12):588-600.
- Stenson B., Syhakhang L., Stalsby Lundber V., Eriksson B., Tomson G., (2001) 'Randomised trial of private pharmacy and regulation in Laos', *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17:579-589.
- Stephens, J. P., & Carmeli, A. (2016). The positive effect of expressing negative emotions on knowledge creation capability and performance of project teams. *International Journal of Project Management*, 34(5), 862-873.
- Storey, J. (2007). *Human resource management: A critical text*. Cengage Learning EMEA.
- Storey, J. (2014). *New Perspectives on Human Resource Management (Routledge Revivals)*. Routledge.
- Tourangeau A., Giovanetti P., Tu J., Wood M. (2002) 'Nursing related determinants of 30 day mortality for hospitalized patients', *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4):71-88.
- Trap B., Todd C.H., Moore H., Laing R. (2001) 'The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial', *Health Policy and Planning*, 16(3):273-280

Uzochukwu B., Onwujekwe O., (2005) 'Healthcare reform involving the introduction of user fees and drug revolving funds: influence on health workers' behavior in southeast Nigeria', *Health Policy*, 75(1):1-8.

Wagaarachchi P.T., Graham W.J., Penney G.C., McCaw-Binns A., Yeboah Antwi K., Hall M.H., (2001) 'Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 74:119-130

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *The world health report 2003: shaping the future*. World Health Organization.

Zürn, M. (2004). Global governance and legitimacy problems. *Government and Opposition*, 39(2), 260-287.