



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βασικές αρχές και προϋποθέσεις της
διαδικασίας ενοποίησης διασυνδεδεμένων νοσοκομείων:
Περίπτωση ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών των
νοσοκομειακών μονάδων Άργους - Ναυπλίου

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σταύρος Μπότσος

Τριμελής εξεταστική επιτροπή
Μαίρη Γείτονα Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)
Αγγελική Λιαριγκοβινού MSc, PhD (Μέλος)
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD (Μέλος)

Κόρινθος, Ιανουάριος 2018

Copyright © Μπότσος Σταύρος, 2018.

Με επιφύλαξη παντός 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 μόνο.

*Αφιερωμένο στην σύζυγό μου
και στα τρία παιδιά μου*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κλείνοντας το κύκλο στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών « Θεσμοί και πολιτικές υγείας» θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου που με βοήθησαν μέσα από την διδασκαλία τους να εξελιχτώ και να αποκτήσω ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης και δράσης στο χώρο της υγειονομικής φροντίδας.

Επιπρόσθετα για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, θέλω να ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Μαίρη Γείτονα καθώς και την βοηθό της κυρία Αγγελική Λιαριγκοβινού που με τη συμβουλευτική τους αρωγή και την ανεκτίμητη συμβολή τους κατάφερα να ολοκληρώσω την μεταπτυχιακή μου εργασία.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

ΕΚΕΠΥ: Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

ΕΛΙΝΥΑΕ: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας

Ε.Σ.Υ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ι.Κ.Π.Υ : Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

ΙΝΕ: Ινστιτούτο Εργασίας

ΚΕΣΥΠΕ:Κεντρικό Συμβούλιο Περιφερειών

Ν.Μ: Νοσοκομειακή Μονάδα

Ν.Π.Δ.Δ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΟΟΑΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΟΕΔΗΝ: Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων

ΣΠ: Συνήγορος Πολίτη

ΥΥ :Υπουργείο Υγείας

Υ.Υ.Κ.Α :Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Υ.ΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

Υ.Ε.Δ.Α: Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης

Φ.Ε.Κ: Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης

CDGB: Capacity Development Group Bureau

ECHI: Euro Health Consumer Index

OECD: Organization for Economic Co –operation and Development

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	13
Η οικονομική κρίση και οι συγχωνεύσεις στο χώρο της υγείας.....	13
1.1 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας σήμερα.....	13
1.2 Οι συγχωνεύσεις ως εργαλείο μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.....	19
1.3 Οι συγχωνεύσεις των μονάδων υγείας στο διεθνή χώρο (Διεθνής εμπειρία)..	21
1.4 Οι συγχωνεύσεις στην ελληνική πραγματικότητα (Ελληνική εμπειρία).....	25
1.5 Η ανάγκη για συνέχιση της μεταρρύθμισης	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	34
Η οργανωσιακή κουλτούρα της αλλαγής στα πλαίσια του νοσοκομείου.....	34
2.1. Η οργανωσιακή αλλαγή.....	34
2.2 Θεωρητικά Μοντέλα οργανωσιακής αλλαγής.....	38
2.3 Οργανωσιακή κουλτούρα	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	44
Αρχές και παράγοντες μεταρρύθμισης στο χώρο του νοσοκομείου	44
3.1 Εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες αλλαγής στο δημόσιο νοσοκομείο....	44
3.2 Ο προσδιορισμός των στόχων της αλλαγής στο χώρο του νοσοκομείου	47
3.3 Οι παράγοντες επιτυχίας των μεταρρυθμίσεων	50
3.3.1 Η ηγεσία.....	51
3.3.2 Η επικοινωνία	51
3.3.3 Η Πληροφορία	52
3.3.4 Η παρακίνηση	52

3.3.5 Ο σχεδιασμός	53
3.3.6 Η προσαρμοστικότητα	53
3.3.7 Πίεση για αλλαγή.....	54
3.3. 8 Σαφές κοινό όραμα	55
3.3.9 Ικανότητα για αλλαγή.....	55
3.3.10 Δράση.....	56
3.4 Οι ομάδες έργου.....	58
3.5 Στρατηγικός σχεδιασμός.....	59
3.6 Επιχειρησιακό Σχέδιο	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.	66
Οι τρεις φάσεις της μεταρρύθμισης σε διασυνδεδεμένο νοσοκομείο	66
4.1 Η πρώτη φάση της αλλαγής «η ανάγκη για προετοιμασία ».....	66
4.2 Δεύτερη φάση της αλλαγής «η ενημέρωση για την μεταρρύθμιση ».....	70
4.3 Η τρίτη φάση της αλλαγής «η στήριξη της μεταρρύθμισης»	74
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	77
Μελέτη περίπτωσης ενοποίησης διοικητικών υπηρεσιών.....	77
5.1 Γενικό νοσοκομείο Αργολίδας	77
5.1.1 Νοσηλευτική Μονάδα Άργους	78
5.1.2 Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου.....	79
5.1.3 Ανάλυση SWOT	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	83
Η Έρευνα περίπτωσης	83
6.1 Η έρευνα	83
6.2 Στάδια διαδικασίας	85
6.3 Αποτελέσματα Έρευνας.....	87

6.3.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	87
6.3.2 Πρώτη ενότητα- κατανόηση της υπάρχουσας κουλτούρας.....	88
6.3.3 Δεύτερη ενότητα -Η ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών	93
6.3.4 Τρίτη ενότητα - Η επιτυχία του εγχειρήματος.....	99
6.4 Συζήτηση	112
6.4.1 Ενότητα 1. Υφιστάμενη κουλτούρα	112
6.4.2 Ενότητα 2. Αντιλήψεις για την ενοποίηση	115
6.4.3 Ενότητα 3. Ανάλυση των προϋποθέσεων για την ενοποίηση.....	118
6.4.4 Αποτίμηση	121
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	128
ABSTRACT	141

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Κατάταξη συστήματος υγείας	13
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Εξέλιξη του ΑΕΠ στην Ελλάδα, 2000-2013 (δισεκ. USD).....	14
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	15
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας το 2015 στις χώρες της Ε.Ε.	15
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Νοσοκομειακές δαπάνες 2012-2014	16
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Εξέλιξη δαπανών υγείας 2009-2015	17
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Οι κατά κεφαλήν ΑΕΠ δαπάνες υγείας σε δολάρια ΗΠΑ	17
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Αριθμός κλινών 2000-2013	21

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ.....	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Η Τυπολογία των οργανωσιακών αλλαγών.....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Παράγοντες αλλαγών.....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Πλαίσιο Στρατηγικού - Επιχειρησιακού Σχεδιασμού.....	65

ΣΧΗΜΑΤΑ

ΣΧΗΜΑ 1 Εργασιακή ικανοποίηση.....	89
ΣΧΗΜΑ 2 Ψυχικά δυσάρεστες καταστάσεις.....	92
ΣΧΗΜΑ 3 Ο όγκος εργασίας.....	95
ΣΧΗΜΑ 4 Ο τρόπος λειτουργίας της διοίκησης.....	97
ΣΧΗΜΑ 5 Το όφελος της ενοποίησης υπηρεσιών.....	102
ΣΧΗΜΑ 6 Πρόταση λειτουργίας διασυνδεδεμένου νοσοκομείου.....	103
ΣΧΗΜΑ 7 Σχέδιο δράσης για συνένωση.....	105
ΣΧΗΜΑ 8 Δημιουργία ενιαίου οργανισμού.....	106
ΣΧΗΜΑ 9 Ενημέρωση προϊσταμένων.....	107
ΣΧΗΜΑ 10 Ενημέρωση των υπαλλήλων.....	108
ΣΧΗΜΑ 11 Τα νέα καθήκοντα.....	109
ΣΧΗΜΑ 12 Μηχανογραφική ενοποίηση.....	110
ΣΧΗΜΑ 13 Κοινής κωδικοποίησης δεδομένων.....	111

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των βασικών προϋποθέσεων και διαδικασιών που προωθούν την ενοποίηση υπηρεσιών διασυνδεδεμένων νοσοκομείων. Με βάση το γενικό μέρος της εργασίας που περιλαμβάνει την υφιστάμενη νομοθεσία, τις στρεβλώσεις καθώς και τις βασικές αρχές στη διαδικασία των ενοποιήσεων, προτείνονται μια σειρά από ενέργειες οι οποίες σχετίζονται με την ταχεία προώθηση των ενοποιήσεων. Επί πρόσθετα στο ειδικό μέρος επιχειρήθηκε η αξιολόγηση του εγχειρήματος της ενοποίησης των διοικητικών δομών των διασυνδεδεμένων νοσοκομειακών μονάδων Άργους και Ναυπλίου, με σκοπό να αναδειχτούν οι βασικότερες αιτίες που την ανέστειλαν. Τα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησαν στο συμπέρασμα της ισχυρής συσχέτισης της επιτυχίας του εγχειρήματος με μια σειρά από παράγοντες και συνιστώσες που αναλύονται στο γενικό μέρος της εργασίας.

Το πρόβλημα που προσεγγίζουμε είναι επίκαιρο, αφού σχετίζεται αφενός με την χρόνια παθογένεια της διασποράς και αλληλοεπικάλυψης δομών, αφετέρου δε με την συστηματική αδυναμία θεραπείας του. Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι η ενοποίηση διάσπαρτων υγειονομικών υπηρεσιών και μονάδων νοείται σαν ένα μεταρρυθμιστικό σχήμα, απαλλαγμένο από τις προκαταλήψεις και τις στρεβλώσεις του παρελθόντος που επικεντρώνεται στη διαμόρφωση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου υγειονομικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, σε κάθε πρόταση ενοποίησης τα μέτρα υλοποίησης που πρόκειται να ληφθούν ενδείκνυται να μην ακολουθούν οικείες πρακτικές του παρελθόντος ούτε να περιορίζονται σε ατελέσφορες αναλύσεις τις οποίες απουσιάζει ή έκταση σχεδίασης. Στην πραγματικότητα, η αμεσότητα και η κρισιμότητα των αποφάσεων απαιτεί αξιοποίηση εκείνων των μηχανισμών, των παραγόντων και εργαλείων που θέτουν τις βασικές προϋποθέσεις για την προώθηση και εφαρμογή του προγράμματος ενοποίησης υγειονομικών δομών.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν πως αρκετές φορές η υπερτίμηση της ετοιμότητας καθώς αντίστοιχα η υποτίμηση της τεχνικής προεργασίας υπονομεύουν την διαθρωτική προσπάθεια και καταδεικνύουν την ανάγκη η πολιτική των ενοποιήσεων να είναι ευδιάκριτη και κατανοητή με ανάλογη διοικητική και τεχνολογική προεργασία. Μέσα από αυτή την εστίαση, το περιεχόμενο της έρευνας μας

αποκτά νόημα και διαγράφει εκείνους τους προσδιοριστικούς παράγοντες, οι οποίοι εάν τηρηθούν συμβάλουν στην προώθηση της υγειονομικής ενοποίησης υπηρεσιών.

Λέξεις – κλειδιά: υγεία, διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, ενοποίηση, συγχώνευση υπηρεσιών, παράγοντες επιτυχίας, σχεδιασμός, αποτελεσματικότητα, ποιότητα, βιωσιμότητα, μετρήσιμοι στόχοι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ύφεση την οποία βιώνει από δεκαετίας η ελληνική οικονομία, σηματοδότησε στον χώρο της υγείας διαδικασίες αναζήτησης αλλαγών, οι οποίες αποσκοπούσαν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Στη περίπτωση των υγειονομικών μονάδων η προσπάθεια αυτή εκφράστηκε με την ενοποίηση των κατακερματισμένων μονάδων υγείας.

Στόχος του εγχειρήματος ήταν η ενοποίηση διάσπαρτων νοσοκομειακών μονάδων που αποσκοπούσε στην εξοικονόμηση πόρων, στον εξορθολογισμό των δαπανών και στη αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών.

Η ανάγκη της ενοποίησης νοσοκομείων παρόλο που έχει θεσμοθετηθεί με πλήθος διατάξεων δεν αντισταθμίστηκε με διαδικασίες σχεδιασμού και προγραμματισμού. Τα αρνητικά αποτελέσματα αυτής της απουσίας αποτυπώνονται στις καθημερινές αντιδράσεις για ενοποίηση υπηρεσιών και υγειονομικών δομών.

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται να γίνει επανεστίαση στο κρίσιμο ζήτημα των παραγόντων που συνεισφέρουν στην ενοποίηση υγειονομικών υπηρεσιών. Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε τους τρόπους, τις μεθόδους και τις προϋποθέσεις που ευνοούν και επιταχύνουν την ενοποίηση υπηρεσιών.

Μέσα από την έρευνα μας προκύπτει ότι η επιτυχημένη στρατηγική των ενοποιήσεων θα πρέπει να ακολουθηθεί από μία επιχειρησιακή νοοτροπία που σχετίζεται με διαδικασίες προγραμματισμού, οργάνωσης, αξιολόγησης και καταμερισμού ρόλων και ενεργειών.

Πάνω από όλα η διαδικασία της ενοποίησης οφείλει να εστιάσει στην εύρεση της χρυσής τομής μεταξύ της οικονομίας κλίμακας και της ποιοτικής διάστασης της υγείας. Προβάλλοντας αυτή την εναρμόνιση μεταξύ της βιωσιμότητας του συστήματος και της ποιοτικής λειτουργικής πραγματικότητας, η πολιτική των ενοποιήσεων αποκτά λόγο ύπαρξης.

Επομένως, η στρατηγική προώθησης χρειάζεται να εξοπλιστεί αφενός με συστηματική προετοιμασία και κατάρτιση σχεδιασμού, αφετέρου με ενιαία αξιολογημένη πρόταση για τις ανάγκες και αντοχές του συστήματος. Η πρόταση αυτή έχει τη σημασία της, δεδομένου ότι το πιο κρίσιμο ζήτημα στις ενοποιήσεις δεν είναι η κανονιστική αποτύπωση αλλά η αποτελεσματική κατανόηση.

Η παρούσα εργασία προκειμένου να πραγματοποιήσει την επισκόπηση των βασικών αρχών και προϋποθέσεων για την ενοποίηση υπηρεσιών σε διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, ακολουθεί την εξής δομή και μεθοδολογική προσέγγιση.

Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστεί το οργανωτικό φαινόμενο των ενοποιήσεων στο διεθνή και εγχώριο χώρο σε σχέση με την χρηματοδότηση της υγείας. Επίσης παρουσιάζεται η υφιστάμενη νομοθεσία και το προτεινόμενο σχέδιο νόμου καθώς και οι προβληματισμοί αναφορικά με την λειτουργία των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναπτύσσεται η έννοια της οργανωσιακής αλλαγής, παρουσιάζονται τα θεωρητικά μοντέλα και αναλύεται ο ρόλος της κουλτούρας στην προώθηση της ενοποίησης. Το τρίτο κεφάλαιο, αναφέρεται στις αρχές και τους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε υγειονομική πρόταση ενοποίησης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ένας οδικός χάρτης για την ενοποίηση των υπηρεσιών σε διασυνδεδεμένα νοσοκομεία. Στο κεφάλαιο πέντε παρουσιάζονται οι νοσοκομειακές μονάδες Άργους και Ναυπλίου του ενιαίου νοσοκομείου Αργολίδας και ακολουθεί το κεφάλαιο έξι όπου περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της πρωτογενούς έρευνας που πραγματοποιήθηκε, με σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που ανέστειλαν την ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών τους. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εμπειριστατωμένη αναφορά και αξιολόγηση καθώς και αποτίμηση των αποτελεσμάτων. Η εργασία ολοκληρώνεται με τον επίλογο όπου αποτυπώνονται τα συμπεράσματα μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

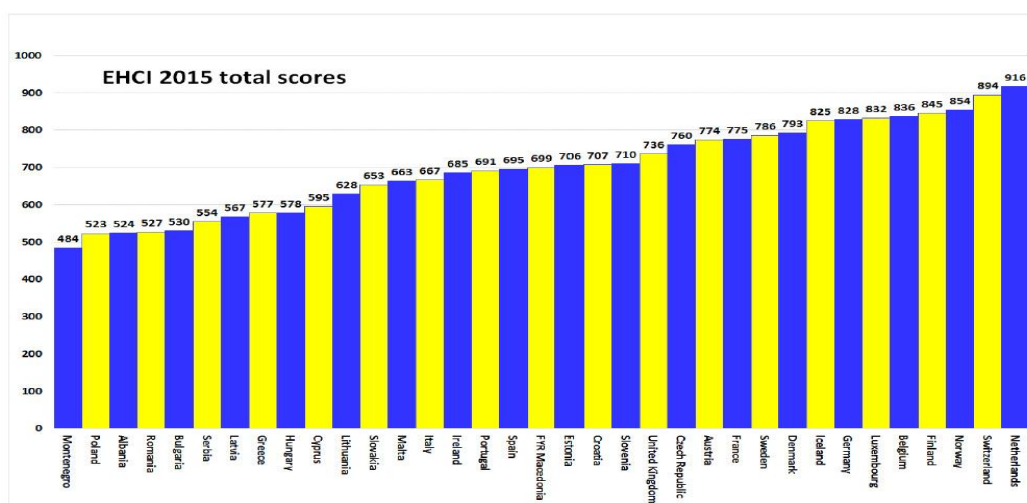
Η οικονομική κρίση και οι συγχωνεύσεις στο χώρο της υγείας

1.1 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας σήμερα

Την τελευταία δεκαετία η Ελλάδα εισήλθε σε μία κρίσιμη καμπή της σύγχρονης ιστορίας της, για την οποία χρησιμοποιήθηκε ο όρος χρηματοπιστωτική κρίση και είχε ως αποτέλεσμα τις δραματικές περικοπές στις δαπάνες για την υγεία. Η δημοσιονομική λιτότητα και η μείωση του ΑΕΠ είχαν ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν εμπόδια πρόσβασης στη δημόσια υγεία (Στάκλερ και Σάντζει 2014) και να επιδεινωθούν τα ήδη σοβαρά προβλήματα του συστήματος υγείας (Πετμετζίδου 2015).

Η φθίνουσα τάση του συστήματος υγείας (Διάγραμμα 1) κατά την περίοδο της κρίσης αποτυπώνεται στην ετήσια μελέτη της Euro Health Consumer Index (ECHI), η οποία αξιολογεί τα συστήματα υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών βάσει 48 δεικτών και η Ελλάδα βρέθηκε το 2015 να κατέχει την 28η θέση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Κατάταξη συστήματος υγείας



Πηγή : Euro Health Consumer Index, 2015 Η Υγεία των Ελλήνων στη κρίση Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής Ιατρική 2016

Παράλληλα έχουμε την υποχώρηση του εθνικού εισοδήματος και τη σημαντική επιδείνωση του ΑΕΠ. Με αφετηρία την ως άνω πραγματικότητα, η χώρα εισήλθε σε μια παρατεταμένη οικονομική κρίση η οποία χαρακτηρίζεται από διαρκή συρρίκνωση του ΑΕΠ. (Διάγραμμα 2) που διαμορφώνεται κατά 8,9% το 2011, 6,6% το 2012 και 3,9% το 2013.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Εξέλιξη του ΑΕΠ στην Ελλάδα, 2000-2013 (δισεκ. USD)

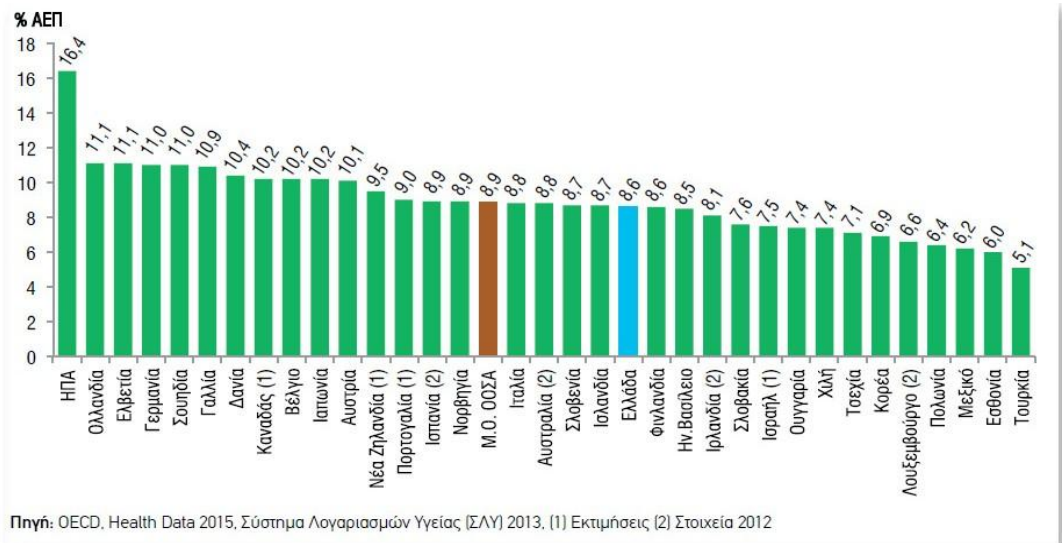


Πηγή : ΟΑΣΣΑ 2015 - Η Υγεία των Ελλήνων στη κρίση Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής 2016

Αναμενόμενο της οικονομικής κρίσης ήταν να επηρεαστούν τα δομικά χαρακτηριστικά της ελληνικής οικονομίας, και ως συνέπεια είχε να περιοριστεί η κοινωνική πολιτική, και να αυξηθεί η ανεργία και η μετανάστευση των νέων ανθρώπων (OECD 2014). Ειδικά η ανεργία κυμάνθηκε στο 26,5% και κατέληξε το Φεβρουάριο του 2017 στο 23,2%.

Αυτή η φθίνουσα πορεία του ΑΕΠ, συμπαρέσυρε τις κοινωνικές δαπάνες, και επηρέασε τα χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης. Αποτέλεσμα των μεταβολών της περιόδου 2009-2013 είναι η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα να παρουσιάσει μείωση κατά 7,2%, τη μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Το έτος 2013 ο μέσος όρος για τις δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 3) ήταν 8,9%, ενώ στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 8,6% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο τόσο από τον ΟΟΣΑ όσο και από το αντίστοιχο άλλων χωρών σε οικονομική κρίση όπως η Πορτογαλία με 9% η Ισπανία με 8,9 και η Ιταλία με 8,8.

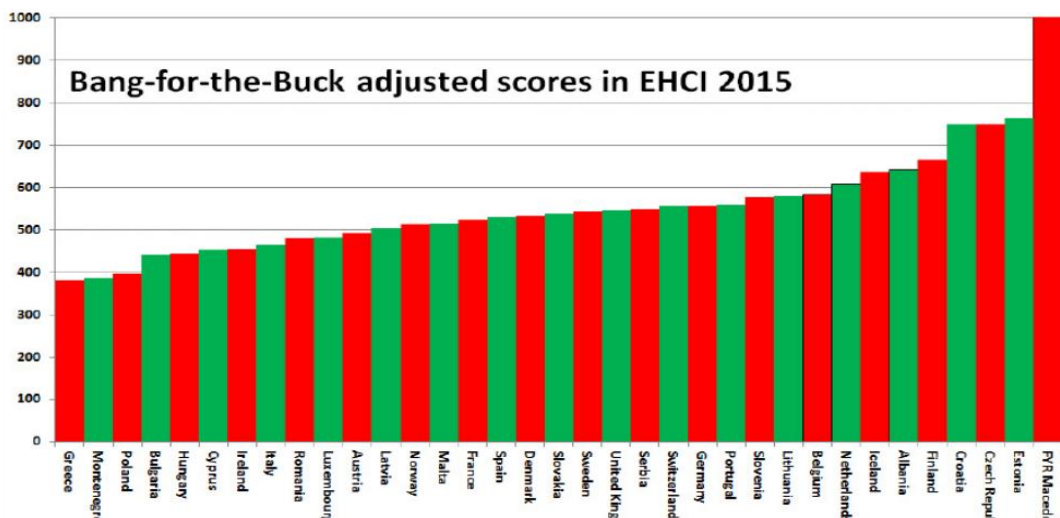
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό ΑΕΠ



Πηγή : OECD 2015 - Η Υγεία των Ελλήνων στη κρίση Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής 2016

Η δημοσιονομική επιδείνωση είχε ως αποτέλεσμα σε ότι αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (Διάγραμμα 4) η Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς βρέθηκε το 2015 να κατέχει την τελευταία θέση.

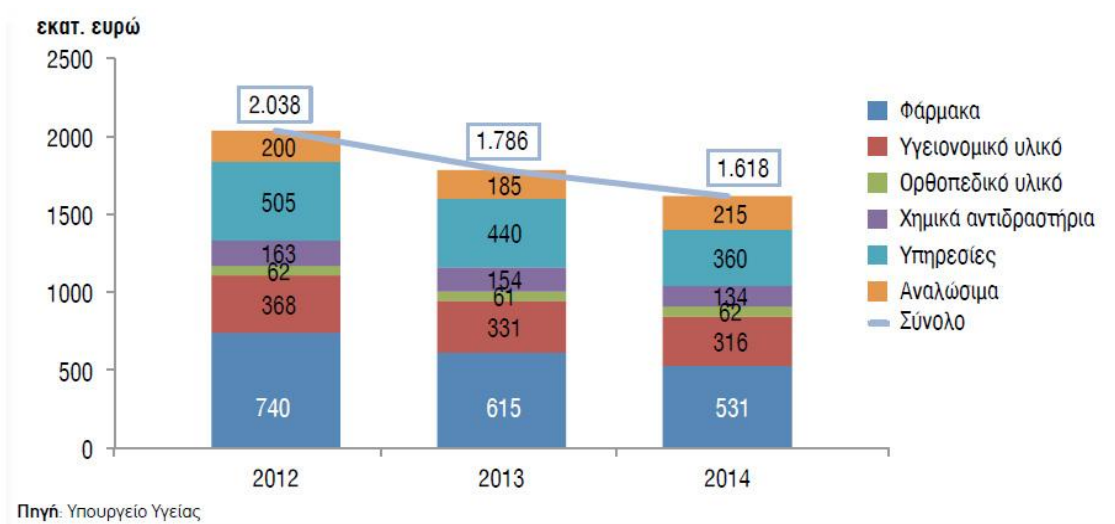
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας το 2015 στις χώρες της Ε.Ε.



Πηγή: Euro Health Consumer Index, 2015- Η Υγεία των Ελλήνων στη κρίση-Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής 2016

Όσον αφορά την ανάλυση της νοσοκομειακής δαπάνης, για την περίοδο 2012-2014 όπως απεικονίζεται (Διάγραμμα 5), οι δαπάνες για τις υπηρεσίες και τα φάρμακα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση κατά 28%, ακολουθούμενη από τις δαπάνες για τα χημικά αντιδραστήρια -18% και τις δαπάνες για υγειονομικό υλικό -14%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Νοσοκομειακές δαπάνες 2012-2014

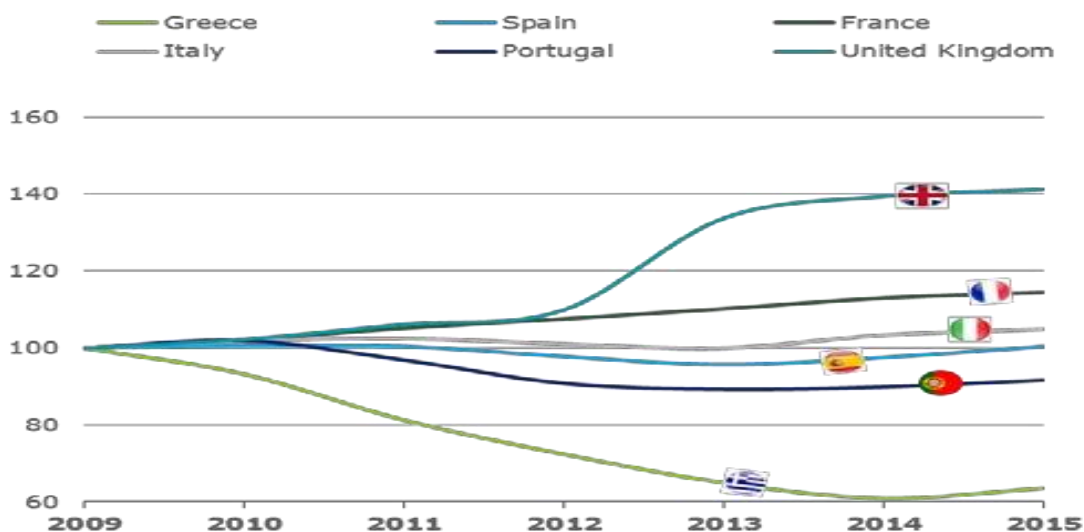


Πηγή : Υπουργείο Υγείας - Η Υγεία των Ελλήνων στη κρίση Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής 2016

Η σημερινή κατάσταση στην υγεία αποτυπώνεται στη τελευταία μελέτη της εταιρείας Deloitte (Ιούνιος 2017), όπου η συνολική δημόσια δαπάνη που αφορά τα νοσοκομεία, εμφανίζεται από τα 9 δισ. € το 2009 να φτάνει τα 6,2 δισ. € το 2015, παρουσιάζοντας μια μέση ετήσια πτώση της τάξεως του 6%. Κατά την περίοδο 2009 – 2015, παρατηρείται συνολική πτώση στις δαπάνες υγείας με ποσοστό που άγγιξε το 40% (Διάγραμμα 6). Αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση μιας αρκετά σημαντικής απόκλισης, όσον αφορά την κατά κεφαλή δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ Ελλάδας και των υπόλοιπων χωρών. Ενδεικτικά φαίνεται ότι η Πορτογαλία ξοδεύει 17% περισσότερο και η Γαλλία 96% περισσότερο από την Ελλάδα (Διάγραμμα 7). Στην ίδια έρευνα σε σχέση με την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, διαπιστώνεται πως το 59,1% προέρχεται από το κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ 35,5% αφορά έξοδα που καλύπτει ο ασθενής – καταναλωτής (ιδιωτική συμμετοχή), ποσοστό αρκετά μεγαλύτερο σε σχέση με άλλες

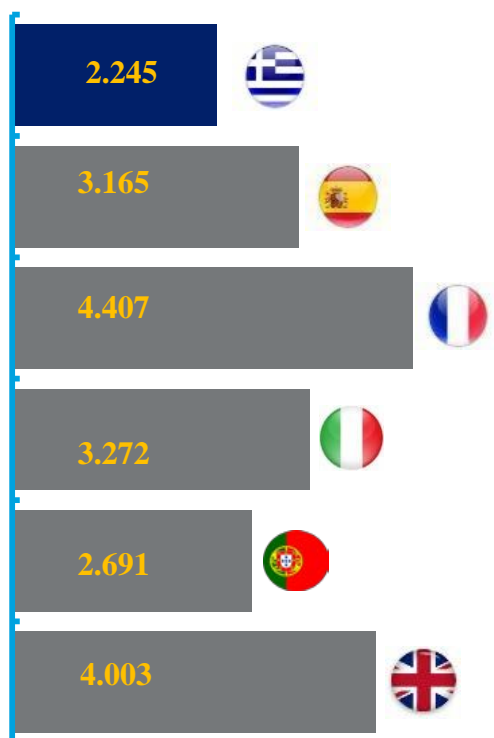
ευρωπαϊκές χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο 9,5%, Γαλλία 6,7%, Ιταλία 21,7%). Τέλος 3,7% της συνολικής δαπάνης προκύπτει από συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης(Deloitte 2017).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Εξέλιξη δαπανών υγείας 2009-2015



Πηγή: Health care in Greece Overview and Trends- Deloitte 2017

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Οι κατά κεφαλήν ΑΕΠ δαπάνες για την υγεία σε δολάρια



Πηγή: Health care in Greece Overview and Trends- Deloitte 2017

Η αδυναμία αποκατάστασης της δημοσιονομικής σταθερότητας έχει ως αποτέλεσμα να έχουμε μειώσεις της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, *«μειώσεις που δεν θα ήταν καν επαρκές για να λειτουργήσει ένα καλά οργανωμένο και λειτουργικό σύστημα υγείας»* (Υ.Υ. 2014: 11) Ενδεικτικό είναι ότι οι δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) ανά κεφαλή για το έτος 2015 ανέρχονται στη χώρα μας στα 1.663 ευρώ, όταν ο μέσος όρος είναι 2.781 ευρώ στην Ευρώπη των 28 (OECD 2016). Αυτή η σημαντική μείωση των δαπανών για την υγεία, καθώς και η αντίστοιχη των ανθρώπινων και υλικών πόρων, έχουν μειώσει σε σημαντικό βαθμό την προσφορά υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα το φαινόμενο αυτό να αυξάνει το μέγεθος των περιπτώσεων της μη ικανοποιημένης ζήτησης και των κοινωνικών ανισοτήτων (Κυριόπουλος 2017).

Επιπρόσθετα η οικονομική κρίση δημιουργεί μια επιπλέον ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχειδειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται στις δημόσιες υγειονομικές μονάδες (Κυριόπουλος και Τσιάντου 2010, ΥΥΚΑ 2012(a)). Μία άλλη παράμετρο είναι ότι η μείωση του εισοδήματος ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης οδήγησε πολλούς ασθενείς να αποφεύγουν τη λήψη υπηρεσιών υγείας (ΙΚΠΙ 2016) ενώ προκειμένου να εξασφαλίσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες παρουσιάζεται μία αυξημένη ζήτηση για άτυπες πληρωμές και μια αντίστοιχη απροθυμία των πολιτών να τις καταβάλουν (Souliotis et al. 2015).

Συμπερασματικά, οι συνολικές δαπάνες υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης ακολούθησαν την πτωτική τάση του ΑΕΠ. Αποτέλεσμα της κρίσης ήταν να δημιουργηθούν προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, και ταυτόχρονα λόγω αυξημένης ζήτησης να επιβαρυνθεί η λειτουργία των δημοσίων μονάδων παροχής υγείας. Στην πρόταση του Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής στρατηγικής 2014-2020 γίνεται σαφής αναφορά στον κίνδυνο υποβάθμισης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες από την ανεπαρκή χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Υ.Υ. 2014). Ενδεχομένως όμως, η οικονομική κρίση να έχει και θετικά αποτελέσματα, γιατί συνειδητοποιήθηκαν οι χρόνιες διαρθρωτικές αδυναμίες και οδήγησε σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση τη δημόσια υγεία (Κυριόπουλος και Τσιάντου 2010).

1.2 Οι συγχωνεύσεις ως εργαλείο μεταρρυθμιστικής προσπάθειας

Στην παγκόσμια επιχειρηματική οικονομία η ανάγκη για οικονομική επιβίωση και ευημερία, ωθεί τους οργανισμούς σε αλλαγές, ανασχηματισμούς, και σε κοινές πρακτικές με άλλους οργανισμούς. Την μορφή συνεργασίας δυο οργανισμών, οι οποίοι έχουν συναφή μεγέθη και δραστηριότητες και αποφασίζουν να συνεργασθούν δημιουργώντας ένα νέο νομικό πρόσωπο, την ορίζουμε ως «Συγχώνευση» (Κουζής 2008:25). Στον τομέα της υγείας, η αναδιοργάνωση δύο ή περισσότερων νοσοκομείων σε μια προσπάθεια μείωσης του συνολικού κόστους των υπηρεσιών τους χαρακτηρίζεται ως αναδιάρθρωση, αναμόρφωση, ανασχεδιασμός ή συχνότερα συγχώνευση(Nikolentzos 2015). Κυρίως τα προσδοκώμενα οφέλη είναι η μείωση του κόστους λειτουργίας, η καλύτερη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών , η εξειδίκευση του ιατρικού προσωπικού (Posnett 2002) η μείωση των διαδικασιών και η αύξηση του όγκου των δραστηριοτήτων(Kjekshus and Hagen 2007).

Οι συγχωνεύσεις μονάδων υγείας πρωτοεμφανίστηκαν στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης την δεκαετία του 1990 είτε με «κλείσιμο» μονάδων υγείας, είτε με αλλαγή χρήσης, είτε με μείωση υπηρεσιών και συγκέντρωση τους σε άλλη μονάδα. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι είναι αντιφατικά. Από την μία υπάρχουν απόψεις για οφέλη της συγχώνευσης λόγω της βελτίωσης της τεχνικής αποτελεσματικότητας και των οικονομιών κλίμακας και από την άλλη υπάρχουν αμφισβητήσεις για τη διαδικασία της συγχώνευσης και τα αποτελέσματα της αφού δεν λήφθηκαν υπόψη οι παράμετροι της ποιότητας και πρόσβασης(Fulop et al. 2002).

Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν έχουν πραγματοποιηθεί εμπειρικές μελέτες σχετικά με τις νοσοκομειακές συγχωνεύσεις παρά μόνο παραμετρικές μελέτες μέτρησης της αποτελεσματικότητας. Στη τελευταία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 71 ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, υποψήφια για συγχωνεύσεις διαπιστώνεται ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας, και παρουσιάζονται μεικτά αποτελέσματα. Η μελέτη περιορίζεται στον τρόπο μέτρησης των κερδών απόδοσης που επιτυγχάνουν τα νοσοκομεία με τη συγχώνευση χωρίς να προσμετρά, τις διαφορές στη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των νοσοκομείων, καθώς και τον τρόπο επίτευξης των οποιοδήποτε προσδοκώμενων κερδών (Flokou et al. 2016).

Οι συγχωνεύσεις στη χώρα μας εξαγγέλθηκαν ως μεταρρυθμιστική διαδικασία στις αρχές του 2011, προσδοκώντας την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, και στην αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών τους. Το ζητούμενο ήταν η καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ως κύριος προσδιοριστικός παράγοντας ήταν η συγχώνευση διάσπαρτων νοσοκομείων σε ένα ενιαίο ΝΠΔΔ με μία ενιαία Διοίκηση, ένα ενιαίο οργανισμό και κοινές λειτουργίες.

Παρά τα διαδοχικά κύματα νομοθετικών ρυθμίσεων για την δημιουργία ενιαίων νοσοκομείων με κοινές λειτουργίες, τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν ήταν τα επιθυμητά. Η σημερινή αντινομία αντικατοπτρίζεται στη δημιουργία ενιαίων νοσοκομείων με διαφορετικούς οργανισμούς λειτουργίας. Η σημαντική καθυστέρηση στην ενοποίηση των οργανισμών και των υπηρεσιών, έχει απομακρύνει την αρχική στοχοθεσία από το αρχικό όραμα της.

Είναι σαφές, πως οι επιχειρούμενες συγχωνεύσεις αποτελούν σύνθετες διαδικασίες που στοχεύουν στην σύσταση ενός ενιαίου οργανισμού, που για να θεωρηθούν επιτυχημένες, πρέπει να ολοκληρώσουν τον τελικό τους στόχο. Ωστόσο, η έκβαση των συγχωνεύσεων φαίνεται ότι δεν είναι πάντοτε η αναμενόμενη και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη μελέτης ή πρόβλεψης όλων των παραγόντων που συντελούν στη συνένωση δύο ή περισσότερων οργανισμών (Τσαβαλίας κ.α. 2012:234).

Όπως γίνεται κατανοητό, η παρακολούθηση της στρατηγικής των συγχωνεύσεων δημιούργησε πλέγμα θετικών και αρνητικών απόψεων.

Τα θετικά αποτελέσματα που απορρέουν από την ενοποίηση είναι τα εξής:

- 1) Οι νέοι οργανισμοί έχουν σκοπό να δημιουργήσουν λειτουργικά νοσοκομεία .
- 2) Η συγχώνευση κλινικών τμημάτων εξοικονομεί ανθρώπινο δυναμικό και δημιουργεί κλινικά τμήματα να μπορούν να αντεπεξέλθουν στην εφημερία.
- 3) Οι οργανωτικές αλλαγές συσχετίζονται με το οικονομικό κόστος και την παραγωγικότητα του νοσοκομείου.

Τα αρνητικά σημεία παραθέτονται ως εξής:

- 1) Αναστάτωση στο προσωπικό και άρνηση για αλλαγές κυρίως από το ιατρικό σώμα.
- 2) Έλλειψη εμπειρίας για αυτού του είδους οργανωτικές αλλαγές.
- 3) Χρονικές καθυστερήσεις στην μετάβαση με αρνητικά αποτελέσματα στην εν γένει λειτουργία (Πολύζος κ.α. 2014:67).

1.3 Οι συγχωνεύσεις των μονάδων υγείας στο διεθνή χώρο (Διεθνής εμπειρία)

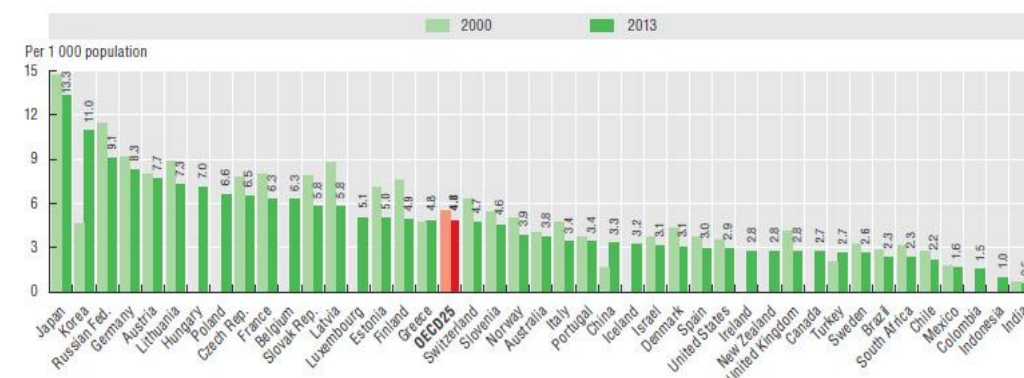
Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων εφαρμόζονται στο πλαίσιο της συνολικής αναμόρφωσης των υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη παραγωγική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, και η οικονομία κλίματος και σκοπού (Kristensen et al. 2010).

Οι οικονομίες κλίμακας πραγματοποιούνται από την μείωση του μέσου κόστους ως αποτέλεσμα της αύξησης του συνολικού παραγόμενου προϊόντος και προέρχονται από την εξάλειψη στις αλληλοεπικαλύψεις υπηρεσιών ή εξοπλισμού, με αντίστοιχη αύξηση της παραγωγικότητας.

Οι οικονομίες σκοπού πραγματοποιούνται όταν το κόστος από κοινού παραγωγής δύο προϊόντων είναι μικρότερο από την παραγωγή του χωριστά. Τέτοια κόστη θεωρούνται: το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων, τα διοικητικά έξοδα, το κοινόχρηστο προσωπικό και πρόσθετα τα κόστη από την πολλαπλή εφαρμογή πανομοιότυπων διαδικασιών.

Παράλληλα και σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ ο σύγχρονος νοσοκομειακός τομέας μέσα από διαδικασίες όπως είναι οι συγχωνεύσεις παρουσιάζει μείωση του αριθμού των νοσοκομείων και των κλινών. Η Ελλάδα διαθέτει 4,8 νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, που ταυτίζεται με τον αντίστοιχο μέσο όρο των 25 συμμετεχόντων χωρών (Διάγραμμα 8).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Αριθμός κλινών 2000-2013



Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280981>

Πηγή : OECD 2015 - Η Υγεία των Ελλήνων στη κρίση Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής 2016

Από την διεθνή εμπειρία εφαρμογής της μεταρρύθμισης, διαφαίνεται ότι δεν αποδίδουν πάντοτε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, δεδομένου ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν τη διαδικασία της συγχώνευσης ποικίλλουν και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να προβλεφθούν.

Σύμφωνα με την εμπειρία των συγχωνεύσεων στη Δανία προκύπτει ότι οι ενοποιήσεις θα μπορούσαν να φέρουν αύξηση της ποιότητας μέσω υψηλότερου όγκου ειδικευμένων χειρουργείων. Από την άλλη, οι περισσότεροι ασθενείς θα πρέπει να μετακινούνται για να λαμβάνουν αυτές τις ειδικές υπηρεσίες. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις οι συγχωνεύσεις δεν οδηγούν σε μείωση κόστους όταν οι νέοι οργανισμοί γίνονται μεγάλοι, καθότι δημιουργούνται απρόσμενα έξοδα που συσχετίζονται με την ενσωμάτωση υπηρεσιών. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου με τις συγχωνεύσεις παρατηρήθηκαν σημαντικές μειώσεις στο κόστος λειτουργίας, οι οποίες προκύπτουν από την βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας και της εξοικονόμησης πόρων μισθοδοσίας προσωπικού (Kristensen et al. 2010).

Αντίστοιχα στη Μεγάλη Βρετανία από το 1997 ξεκίνησαν 99 συγχωνεύσεις φορέων υγείας έχοντας στόχο να επιτευχθούν οικονομικά οφέλη. Τα προσδοκώμενα οφέλη της μεταρρύθμισης αυτής ήταν ότι βελτιώθηκε η κλινική ποιότητα και η ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης, αυξήθηκε η χρήση των εξειδικευμένων μονάδων και η διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού έγινε πιο αποτελεσματική.

Ωστόσο οι σκεπτικιστές των συγχωνεύσεων υποστήριξαν ότι τα αποδεικτικά στοιχεία για τα οφέλη των οριζόντιων συγχωνεύσεων ήταν αποσπασματικά, αντιφατικά και συχνά βασιζόνταν στις πεποιθήσεις των διαχειριστών. Από τη σκοπιά των ανισοτήτων υγείας, η ανωτέρω διαδικασία δημιουργούσε θέματα ισότητας και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και διοικητικά ζητήματα καθότι δεν υπήρχε πρόβλεψη των συνεπειών από τις συγχωνεύσεις (Fulop et al. 2002).

Η πλέον γνωστή μεταρρύθμιση στην Ισλανδία ήταν η απόπειρα συγχώνευσης των νοσοκομείων Landspítali - Háskólasjúkrahús (LHS), είχε θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Στα θετικά αναφέρονται:

- 1) Η απόδοση του νοσοκομείου ενισχύθηκε.
- 2) Υπήρξε επιμόρφωση του προσωπικού μέσω της συνεργασίας.
- 3) Διαπιστώθηκε ότι μειώθηκε ο χρόνος αναμονής των ασθενών.
- 4) Μείωση του αριθμού των κλινών και καλύτερη διαχείρισή.

- 5) Μειώθηκε η δαπάνη μισθοδοσίας του προσωπικού κατά 5%.
- 6) Το προσωπικό σε ένα ποσοστό 90% δήλωσε ικανοποιημένο από τη δουλειά του μετά τη συγχώνευση.

Ενώ στα αρνητικά:

- 1) Δεν υπήρξε συγκεκριμένο στρατηγικό σχέδιο για την εξέλιξη του νοσοκομείου.
- 2) Αυξήθηκε το κόστος επειδή η διαδικασία της συγχώνευσης διήρκεσε αρκετό διάστημα.
- 3) Δεν αξιοποιήθηκαν όλες οι εγκαταστάσεις του νοσοκομείου(Μπεκρή 2011).

Σε μελέτη που έγινε στην Νορβηγία, μελετήθηκαν οι συνέπειες 7 συγχωνεύσεων σε: 17 μη ψυχιατρικά νοσοκομεία την περίοδο 1992-2000, στην τεχνική αποδοτικότητα και την αποδοτικότητα κόστους, βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

- 1) Υπήρξε συνεργασία πριν της συγχωνεύσεις με αποτέλεσμα να αυξηθεί η αποδοτικότητα των νοσοκομείων από 3,6% έως 12,9% .
- 2) Με την συγχώνευση των νοσοκομείων μηδενίστηκε η τεχνική αποδοτικότητα ενώ η αποδοτικότητα κόστους μειώθηκε κατά 2-2,8% .
- 3) Υπήρξε ενοποιημένο νοσοκομείο που η τεχνική αποδοτικότητα αυξήθηκε κατά 6% και αποδοτικότητα κόστους κατά 4%.
- 4) Υπήρξε θετική αναδιαπραγμάτευση των μισθών (Τσαβαλιάς 2013, Kjekshus and Hagen 2007).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες το Σύστημα Υγείας North Shore και το Εβραϊκό Ιατρικό Κέντρο Long Island συγχωνεύθηκαν το 1997 και δημιουργήθηκε ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα υγείας της χώρας. Διερευνήθηκαν οι παράγοντες της σχετικής επιτυχίας της κλινικής συγχώνευσης και κατέληξαν ότι η επιτυχία οφειλόταν στους εξής λόγους:

- 1) Στην επικοινωνία μεταξύ της ηγεσίας και του προσωπικού.
- 2) Στην ευελιξία και στην δημιουργία πρότυπων μοντέλων διοίκησης.
- 3) Στη τήρηση ενός ευέλικτου χρονοδιαγράμματος για την επίτευξη των δράσεων δίνοντας την δυνατότητα να επιτευχθούν σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των προϊσταμένων των υπαλλήλων.
- 4) Στη σύσταση μίας ανώτερης εκτελεστικής δομής η οποία είχε αρμοδιότητα να λαμβάνει αποφάσεις και να χαράζει την διαδικασία της συγχώνευσης.

5) Ο σημαντικότερος παράγοντας για την ολοκλήρωση της κλινικής συγχώνευσης, οφειλόταν στη δυνατότητα των διευθυντών να συνεργαστούν και να ηγηθούν την διαδικασία της αλλαγής (Cohen et al. 2001).

Επιπλέον σε έρευνα που έγινε στη Σουηδία, μετά την συγχώνευση δύο νοσοκομείων και το σχηματισμό ενός νέου ενοποιημένου νοσοκομείου (Blekinge Hospital), το προσωπικό στο μεγαλύτερο ποσοστό υποστήριξε ότι δεν υπήρξε βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών (Ahgren 2008).

Συνεπώς, παρόλο που το πλαίσιο εκτέλεσης του μεταρρυθμιστικού προγράμματος για συγχωνεύσεις μονάδων υγείας διαφέρει σε κάθε χώρα, οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο ότι τα κίνητρα για τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων είναι ή εξοικονόμηση πόρων, η επίτευξη ορθολογικού management και η αύξηση της παραγωγικότητας. Από την άλλη μεριά οι Aiken and Sloane θεωρούν πως σκοπός της αναδιοργάνωσης είναι η αύξηση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας με ταυτόχρονη μείωση του ανθρώπινου δυναμικού και κυρίως του ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (Aiken and Sloane 2002:267).

Είναι προφανές ότι για μία υγειονομική συγχώνευση πρέπει να ληφθούν υπόψη αρκετοί παράγοντες και κυρίως να ενταχτεί στα πλαίσια του εθνικού περιφερειακού σχεδιασμού. Παράλληλα οι προβληματισμοί για τον αριθμό των νοσοκομείων, την αποτελεσματικότητά τους (Kounetas and Parathanassopoulos 2013) και οι υγειονομικές απαιτήσεις *«επιβάλλουν την εφαρμογή μίας στρατηγικής που θα εμπεριέχει την πρόγνωση»* (Τούντας 2006:73). Η έλλειψη ξεκάθαρων στόχων και στρατηγικής, οι πιθανές καθυστερήσεις στην εκτέλεση της δράσης, και επιπλέον οι αντιδράσεις των εργαζομένων και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν βασικές παραμέτρους που πρέπει να υπολογιστούν για την επιτυχία του εγχειρήματος (Τσαβαλιάς κ.α.2012).

1.4 Οι συγχωνεύσεις στην ελληνική πραγματικότητα (Ελληνική εμπειρία)

Με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 επιχειρήθηκε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας. Η προσπάθεια έγινε με γνώμονα την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών και των λειτουργιών, έχοντας ως βάση την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, στο οποίο όλοι έχουν ισότιμη πρόσβαση. Παρόλο που συνδυάστηκε η νέα δυναμική με ένα κύμα μεταρρυθμίσεων, κατά την διαχρονική διαχείριση της, διαπιστώθηκε μια γενικευμένη άγνοια κινδύνου.

Συγκεκριμένα, ο συνδυασμός των συνεχών διογκώσεων των υγειονομικών δαπανών και οι διαθρωτικές αδυναμίες αποτέλεσαν την μεγαλύτερη απειλή για τη δημοσιονομική βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος. Στην πράξη, αρκετά πριν χειροτερεύσει η παρούσα κρίση στην Ελλάδα υπήρχαν αρκετές ανεπάρκειες στο σύστημα (Kentikelenis et al. 2014) καθώς και σχετικές προειδοποιήσεις για τα επερχόμενα προβλήματα. Οι ελλείψεις αυτές μπορούσαν να καλυφτούν από το επίπεδο των δαπανών υγείας ωστόσο από τότε που η οικονομική κρίση έπληξε τη χώρα, αυτό δεν είναι πλέον εφικτό και τα διαρθρωτικά προβλήματα έγιναν ορατά σε όλους (Υ.Υ 2014).

Έχοντας ως προαπαιτούμενο τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις το ελληνικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της χρηματοπιστωτικής κρίσης ενόησε την προώθηση των αλλαγών (OECD 2012). Στο χώρο της υγείας αποφασίστηκαν διαρθρωτικές αλλαγές άμεσης προτεραιότητας, όπως οι συγχωνεύσεις ασφαλιστικών ταμείων και νοσοκομείων.

Με την συγχώνευση των ασφαλιστικών φορέων, το υπουργείο προσπάθησε να αντιμετωπίσει τον θεσμικό και οργανωτικό κατακερματισμό των ασφαλιστικών ταμείων και των αντίστοιχων δαπανών τους. Εξετάζοντας τις βασικές συνιστώσες της μεταρρύθμισης των ασφαλιστικών ταμείων, διαπιστώνεται ότι σε αρκετές περιπτώσεις παρά τα θετικά αποτελέσματα υπήρξαν και δυστοκίες και δυσκολίες ως προς την υλοποίηση της. Ο συνήγορος του πολίτη στην ετήσια έκθεση του 2014, αναφέρει ότι οι συγχωνεύσεις που επήλθαν στα ασφαλιστικά ταμεία, σε αρκετές περιπτώσεις οδήγησαν σε σημαντικές καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση διοικητικών διαδικασιών. Λειτουργικά θέματα των φορέων καθώς και θέματα της μηχανογραφικής μετάπτωσης των αρχείων, δημιούργησαν καθυστερήσεις και ταλαιπωρία στους πολίτες(Σ.Π 2014).

Τα αίτια που οδήγησαν στη διαμόρφωσή των ανωτέρω καταστάσεων, αποτελούν για το υπουργείο πολύτιμη πληροφορία που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί σε κάθε μελλοντική επιχειρησιακή δράση ενοποιήσεων.

Μια δεύτερη βιώσιμη αντιμετώπιση του προβλήματος των διάσπαρτων φορέων και μονάδων συνοδεύτηκε και με το δεύτερο εγχείρημα, που ήταν η σχεδίαση της ενοποίησης νοσοκομείων. Στις αρχές του 2011 συστάθηκε επιτροπή υπό το συντονισμό του Καθηγητή κ. Λιαρόπουλο, για την λειτουργική αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας. Η επιτροπή ολοκλήρωσε το έργο της τον Ιούνιο 2011 και το υπουργείο προχώρησε στην έκδοση της τελικής πρότασης που κατατέθηκε σε διαβούλευση.

Οι κυριότερες προτάσεις ήταν:

- 1) Η συν- διοίκηση Νοσοκομείων με κοινό Διοικητή και Διοικητικό Συμβούλιο.
- 2) Η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου Νοσοκομείου ή γεωγραφικά κοντινών νοσοκομείων.
- 3) Η μετατροπή μικρών μονάδων σε αντίστοιχες μονάδες εξειδικευμένης νοσηλείας.
- 4) Η μελλοντική συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές, κ.λπ.).
- 5) Η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων (ΥΥΚΑ 2011:7).

Κύριο μέλημα του όλου εγχειρήματος, ήταν η διοικητική ενοποίηση των συνδιοικούμενων ή διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων, σε ένα ΝΠΔΔ, με στόχο την ενοποίηση των διοικητικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τη πρόταση απώτερος σκοπός ήταν η διαμόρφωση μιας νέας βιώσιμης αρχιτεκτονικής των μονάδων για:

- Αύξηση παραγωγικότητας.
- Βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Παροχή υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού.
- Βελτίωση πρόσβασης.
- Αξιοποίηση βιοιατρικής τεχνολογίας .
- Αξιοποίηση ανθρώπινων οικονομικών και τεχνικών πόρων(Τζαβαλιάς 2013).

Με τις διατάξεις Ν.3918/2-3-2011 ψηφίστηκε η έναρξη των συγχωνεύσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στη χώρα μας και πραγματοποιήθηκε η ένταξη των πέντε Νοσοκομείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ. Τα νοσοκομεία με το νέο πλαίσιο

λειτουργήσαν ως παραρτήματα των νοσοκομείων όπου εντάχθηκαν. Ακολούθησε η μεταφορά των κλινικών και του προσωπικού του 1ου και 7ου Νοσοκομείων του ΙΚΑ προς ενίσχυση νοσοκομείων του Ν. Αττικής.

/28-7-2011 θεσμοθετήθηκε η σύμπτυξη των 131 νοσοκομείων του ΕΣΥ σε 83 κύρια και 48 διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, με σκοπό το καλύτερο συντονισμό των Δημοσίων Νοσοκομείων και το περιορισμό των δαπανών τους. Σύμφωνα με τα δεδομένα επιτεύχθηκε:

- 1) 20% μείωση στις οργανικές κλίνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ.
- 2) 5% μείωση των οργανικών ιατρικών τομέων.
- 3) 20% μείωση στα οργανικά ιατρικά τμήματα.
- 4) 15% μείωση στις κενές οργανικές θέσεις (ΥΥΚΑ2012:128 (b)).

Με τις διατάξεις του Ν.3984/27-6-2011 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία θα έπρεπε να διοικούνται από ενιαίο συλλογικό όργανο Διοίκησης. Το διοικητικό συμβούλιο θα ήταν πενταμελές, όταν ο συνολικός αριθμός των κλινών ήταν ως τριακόσιες ενενήντα εννέα και επταμελές για τετρακόσιες και άνω κλίνες . Επίσης συστάθηκε με απόφαση του Διοικητή της οικίας ΥΠΕ πενταμελές Συμβούλιο Διοίκησης με διετή θητεία.

- - /9-9-2011)

όπου καθορίστηκαν οι αρμοδιότητες του Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης, καθώς και οι αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου. Η διασύνδεση εστιάστηκε στο συνολι

/14-12-

2011).

Συγκεντρωτικά η διαμόρφωση των νοσοκομειακών μεγεθών μετά την αναδιάταξη σύμφωνα με την Έκθεση Αποτελεσμάτων του Υπουργείου Υγείας απεικονίζετε στο παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ

ΥΠΕ	ΣΥΝΟΛΟ	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΚΛΙΝΕΣ (ΠΡΙΝ)	40.133	
ΚΛΙΝΕΣ (ΝΕΕΣ)	32.840	-18%
ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ (ΠΡΙΝ)	392	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ (ΝΕΕΣ)	377	-4%
ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ (ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟΙ)	469	
ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ (ΝΕΟΙ)	446	-5%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ (ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟΙ)	360	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ (ΝΕΟΙ)	417	16%
ΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ& ΜΟΝΑΔΕΣ (ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΑ)	3.447	
ΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ& ΜΟΝΑΔΕΣ (ΝΕΑ)	2.786	-19%
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΕΚ ΤΩΝ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ	661	
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	111.152	
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΕΤΑ)	96.485	-13%
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	14.667	

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ, ΥΚΚΑ 2012

Το 2012 με τις διατάξεις του Ν.4025/2012 διατυπώνεται μία συγκροτημένη μεταρρυθμιστική νομοθεσία, με την οποία τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία απέκτησαν ενιαία νομική μορφή,(ένα ενιαίο ΝΠΔΔ) ενιαία διοίκηση, κοινό προϋπολογισμό, και κοινό πρόγραμμα προμηθειών. Με τις ίδιες διατάξεις του νόμου οι διασυνδεδεμένες μονάδες έπρεπε μέχρι 31.12.2012 να ενοποιήσουν τους οργανισμούς τους, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις οργανικές κλίνες και θέσεις προσωπικού. Επιπλέον το μεγαλύτερο σε δύναμη νοσοκομείο θα ήταν η έδρα του ενιαίου Ν.Π.Δ.Δ. και θα διοικούταν από το Δ.Σ. το οποίο αποτελούνταν από 9 μέλη:

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

Για την επόμενη πενταετία ενώ τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία με το Ν.4025/2012 ονομάζονται ενιαία και αποκτούν ενιαία διοίκηση, αποδείχτηκε αδύνατο να προωθηθούν οι ενοποιήσεις των οργανισμών τους. Η αναβολή της ενιαίας λειτουργίας των διασυνδεδεμένων μονάδων σε ένα οργανισμό απεκάλυψε αδυναμίες προώθησης του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος, αλλά και της συστηματικής αντιμετώπισής του.

Μια γενική διαπίστωση που προκύπτει, είναι ότι με τις ανωτέρω νομοθετικές παρεμβάσεις, το υπουργείο αποσκοπούσε στη μείωση του λειτουργικού και διοικητικού κόστους καθώς και στην επίτευξη οικονομίας κλίμακας. Η πιο σημαντική πρόοδος, σημειώθηκε με την κατάργηση των δομών του ΙΚΑ και ενσωμάτωσης του προσωπικού στο ΕΣΥ και σε νοσοκομειακές δομές. Παράλληλα όμως οι προσπάθειες ενοποίησης των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων αποκάλυψαν και σημαντικές μεθοδολογικές υστερήσεις, σε επίπεδο σχεδιασμού που οδήγησαν σε ένα βαθύ σκεπτικισμό και προβληματισμό για αναθεώρηση της υφιστάμενης νομοθεσίας.

1.5 Η ανάγκη για συνέχιση της μεταρρύθμισης

Από τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας δεσπόζουσα θέση κατέχει η μεταρρυθμιστική προσπάθεια για τις ενοποιήσεις νοσοκομείων.

Καθοριστικό και αποφασιστικό βήμα διαδραματίζει η διασύνδεση νοσοκομείων όπου είχε ως κύριο σκοπό να καταστήσει τον καλύτερο συντονισμό των νοσοκομείων, τον περιορισμό των δαπανών τους και την εφαρμογή κοινών λειτουργιών (ΦΕΚ 1681B 28/7/11).

Το ζητούμενο από πλευράς πολιτικής ηγεσίας σύμφωνα με τον πρώην υπουργό Υγείας κ. Λοβέρδο ήταν οι πολίτες να εισπράττουν το αντίστοιχο των πόρων που δαπανούν στην υγεία <https://www.newsbeast.gr/health/arthro/147999/xekina-o-dialogos-gia-ti-sughoneusi-ton-dimosion-nosileutikon-monadon> (πρόσβαση 10/6/2017).

Επιπλέον πρέπει να επισημανθεί ότι σύμφωνα με την πρόταση του Υπουργείου Υγείας που είχε ως βάση την μελέτη του καθηγητή Λιαρόπουλου σκοπός του όλου εγχειρήματος ήταν η ενοποίηση των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων σε ένα ΝΠΔΔ.

Συνεπώς, βασική επιδίωξη των συγχωνεύσεων ήταν να υπάρχει όχι μόνο ενιαία διοίκηση, αλλά και ενιαίος προϋπολογισμός και φορέας.

Με το νόμο Ν.4052/2012 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία απέκτησαν ενιαία νομική μορφή (ΝΠΔΔ), ενιαία ηγεσία, κοινό προϋπολογισμό, κοινό πρόγραμμα προμηθειών και καθορίστηκε έως 31.12.2012 οι οργανισμοί των μονάδων να ενοποιηθούν σε ένα ενιαίο οργανισμό. Ως εκ τούτου οι νοσοκομειακές μονάδες που είχαν διασυνδεθεί αναμεταξύ τους και αποτελούσαν μονάδες του νέου ενιαίου υγειονομικού φορέα, θα έπρεπε να προχωρούσαν στη σύσταση ενιαίου οργανισμού συμπεριλαμβάνοντας όλες τις οργανικές τους θέσεις. Παρόλο αυτά, αρκετές μονάδες, διατηρούν έως σήμερα τους οργανισμούς τους και λειτουργούν με το «καθεστώς» των διασυνδεδεμένων. Παρά τις όποιες συντεχνιακές αντιδράσεις, η αναντιστοιχία αυτή ανέδειξε την απουσία προετοιμασίας και σχεδίασης της μεταρρυθμιστικής δράσης.

Από την ανωτέρω επισκόπηση προκύπτει ότι κατά τη αρχική πρόταση σχεδίασης – Λιαρόπουλου-για την εφαρμογή των ενοποιήσεων υπήρξαν αρχικά θετική ανταπόκριση όμως κατά την πορεία εμφανίστηκαν ορισμένα παράδοξα, διλήμματα, και αντινομίες. (Λιαρόπουλος κ.α. 2012).

Ως συνέπεια της απόκλισης αυτής, οι νοσοκομειακές μονάδες λειτουργούν ως διασυνδεδεμένες και διατηρούν τους οργανισμούς τους, ενώ ανήκουν σε ένα ενιαίο νοσοκομείο που έχει κοινό Διοικητικό συμβούλιο και κοινό Διοικητή .

Παρά τη σχετική βελτίωση σε ορισμένους τομείς λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων οι οποίες διασυνδέθηκαν, η εγγενή αντίφαση του στόχου για μείωση των λειτουργικών δαπανών καθώς και ο στόχος για ενιαίο σχεδιασμό κοινών υπηρεσιών με παράλληλη λειτουργία δύο μονάδων, σε αρκετές περιπτώσεις επέφερε γραφειοκρατική δυστοκία, συγκρούσεις ρόλων και αρμοδιοτήτων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι ενώ με τη δημιουργία των ενιαίων νοσοκομείων οι «διασυνδεδεμένες» νοσοκομειακές μονάδες θα έπρεπε να έχουν ενιαίο προϋπολογισμό, με την εγκύκλιο 9849/25-1-2012 για την οικονομική διαχείριση των μονάδων υγείας, υπήρξε σύγχυση και αντιφατικότητα. Με την εγκύκλιο αυτή ορίζεται πως η κάθε νοσοκομειακή δομή που διατηρεί τον οργανισμό της στο ενιαίο νοσοκομείο, παρακολουθεί ξεχωριστά την εκτέλεση του προϋπολογισμού της. Κατά συνέπεια, όλα τα κόστη λειτουργίας των μονάδων υγείας διατηρούνται και ενοποιούνται μόνο για λογιστική απεικόνιση. Περαιτέρω, η ενιαία διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων, δεν έχει τη δυνατότητα διαχείρισης του ενιαίου προϋπολογισμού όπως για παράδειγμα να μεταφέρει κονδύλια του ίδιου ΚΑΕ από τη μία νοσηλευτική μονάδα στην άλλη. Σε αυτό το πλαίσιο σκέψης, η ενοποίηση προϋπολογισμών γίνεται αντιληπτή ως απεικονιστική διαδικασία και όχι ως ουσιαστική. Παρόμοια προβλήματα με τους δύο προϋπολογισμούς παρουσιάστηκαν και σε άλλες διοικητικές λειτουργίες.

Επιπλέον ανασταλτικός παράγοντας υπήρξε ότι δεν προβλέφθηκαν οι αντίστοιχοι πόροι. Αξίζει, να σημειωθεί ότι στην ίδια εγκύκλιο αναφέρεται ότι η μηχανογραφική διασύνδεση των μονάδων υγείας θα υλοποιηθεί όπου είναι δυνατόν χωρίς να προκληθεί επιπλέον οικονομική επιβάρυνση προς τις αντίστοιχες μονάδες υγείας.

Συναφές είναι το ζήτημα που προέκυψε με το νόμο 3984/2011 όπου ο συντονισμός των υπηρεσιών ασκείται από το αντίστοιχο προϊστάμενο των υπηρεσιών του μεγαλύτερου νοσοκομείου. Από μόνη της η ανωτέρω νομοθετική ρύθμιση, δεν αποτελεί την αναγκαία και ικανή συνθήκη για να διασφαλίσει την αποφυγή συγκρούσεων και ρόλων με τον αντίστοιχο προϊστάμενο της έτερης οργανικής νοσοκομειακής μονάδας.

Εκ των ανωτέρω, γίνεται κατανοητό πως η επιτυχία οποιασδήποτε μεταρρυθμιστικής πρότασης δεν εξαρτάται μόνο από τον αρχική της επιχειρηματολογία, αλλά πολύ περισσότερο από την παρακολούθηση και αξιολόγησή της υλοποίησής της.

Η αλήθεια είναι πως το μεταρρυθμιστικό εγχείρημα της διασύνδεσης ως πρώτο βήμα της ενοποίησης των νοσοκομείων σε επίπεδο λειτουργικότητας δομών και διαδικασιών, έχει δημιουργήσει την ανάγκη της επανεξέτασης του από τη κεντρική διοίκηση. Η σημερινή κατάσταση αποτυπώνεται στην αγωνία που εκφράζεται με αντικρουόμενες απόψεις, από τους φορείς υγειονομικής φροντίδας.

Από την μία πλευρά, υπάρχουν απόψεις ότι η λειτουργία των διασυνδεόμενων μονάδων δεν έχει επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και μόνο οι συνενώσεις των νοσοκομείων σε ενιαίο οργανισμό θα επιφέρουν οικονομίες κλίμακας. Συμφωνώντας με αυτή την άποψη ο κ. Θεόδωρος Πισιμής ο Διοικητής του Νοσοκομείου Πατρών, θεωρεί απαραίτητη την ενοποίηση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών με το νοσοκομείο Αγίου <http://www.ert.gr/perifereiakoi-tathmoi/patra/protasi-gia-enosi-nosokomiou-riou-ke-egiou/> (πρόσβαση στις 18/9/2017).

Από την άλλη, υπάρχουν δηλώσεις του πρώην διοικητή της 6Η ΥΠΕ που σε αναφορά του για τα διασυνδεόμενα νοσοκομεία Πρέβεζας –Λευκάδας αναφέρει ότι οι συγχωνεύσεις και οι διοικητικές ενοποιήσεις νοσοκομείων σε αρκετές περιπτώσεις δεν ωφελούν <http://www.atpreveza.gr/index.php/news/koinonia/item/22822-dioikits6is-ype-nikolopoulos.html> (πρόσβαση στις 21/9/2017).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο ίδιο πνεύμα, ο Υπουργός Υγείας κ. Ανδρέας Ξανθός δήλωσε ότι το Υπουργείο θα αξιολογήσει τις διασυνδέσεις που έγιναν την προηγούμενη περίοδο καθότι στην πλειονότητα τους ως προς την λειτουργία τους είχαν αρνητικά αποτελέσματα. <http://www.agriniculture.gr/2017/02/08/nosokomia-protinoun-sigchonefsi-tazoun-omos-aposindesi/> (πρόσβαση στις 21/9/2017).

Οι ανωτέρω διαπιστώσεις ώθησαν την έναρξη διαδικασιών και την κατάθεση σχετικού σχεδίου νόμου για την αναμόρφωση της οργάνωσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ όπου δημοσιοποιήθηκε στις 2 Φεβρουαρίου του 2017 ως απόφαση του ΚΕΣΥΠΠΕ <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/4439-pronomothetikh-diaboyleysh-panw-sthn-protash-toy-yπουργειoy-ygeias-kai-toy-yπουργειoy/> (πρόσβαση στις 2/9/2017). Το σχέδιο νόμου, μεταξύ άλλων ρυθμίσεων προτείνει οι νοσηλευτικές μονάδες που βρίσκονται στα όρια της ίδια περιφερειακής

ενότητας (νομού) ή μονάδες όμορων νομών, σε περίπτωση που οι γεωγραφικές αποστάσεις το επιτρέπουν να ενοποιούνται ή να διασυνδέονται μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥΠΕ και του υπουργείου Υγείας. Τα εν λόγω νοσοκομεία θα έχουν ενιαία Διοίκηση και ενιαίες Διευθύνσεις/Υπηρεσίες. Το σχέδιο νόμου που παραμένει σε διαβούλευση, ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων αφού δεν αντιμετώπιζε τις ουσιαστικές διαρθρωτικές αδυναμίες, ενώ παράλληλα απουσίαζε η τεκμηριωμένη αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης και η θεσμική θωράκιση για τον τρόπο λειτουργίας των νέων δομών. Κυρίως η πρόταση κατανοήθηκε από τους συνδικαλιστές ως συρρίκνωση των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων, καθώς οι γενικότερες ενοποιήσεις θεωρήθηκαν πως θα επιφέρουν την κατάργηση ή απορρόφηση των μικρών Νοσοκομείων. ΠΟΕΔΗΝ <http://www.poedhn.gr/deltia-tyroy/item/2157-katargiseis---enopoiiseis-nosokomeion---katargiseis-tmimaton-klinikon>(πρόσβαση στις 21/9/2017). Επιπρόσθετα διάχυτη είναι η αντίληψη ότι οι μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας αντανακλούν δεσμεύσεις της «συμφωνίας διάσωσης» που δίνουν προτεραιότητα σε οικονομικά κριτήρια σε βάρος της καθολικής πρόσβασης και της ποιότητας των παροχών(Πετμεζίδου κ.α. 2015:71).

Από τις μέχρι τώρα πρωτοβουλίες του Υπουργείου διαφαίνεται ότι προετοιμάζεται μια σημαντική μεταρρύθμιση, που όμως δεν κατανοείται ως παροχή προς τον πολίτη αλλά ως προτεραιότητα οικονομίας κλίμακας και σκοπού. Υπό μια διαφορετική οπτική ο βασικός άξονας της κατανόησης αυτής της προσπάθειας, προϋποθέτει την ενεργοποίηση των βασικών παραγόντων της αλλαγής. Επιπρόσθετα, προβάλλοντας την κατάργηση τμημάτων με την αντικατάστασή νέων που θα υπηρετούν τις υγειονομικές ανάγκες (Πολύζος κ.α 2014), την δικτύωση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης με την πρωτοβάθμια φροντίδα (Κυριόπουλος 2017), την συγκριτική αξιολόγηση των δομών υγείας με δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και επάρκειας(Καστανιώτης και Πολύζος 2016), θα επιτρέψουν την κατανόηση της προσπάθειας, ως ποιοτική διαδικασία που υπηρετεί τον πολίτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η οργανωσιακή κουλτούρα της αλλαγής στα πλαίσια του νοσοκομείου

2.1. Η οργανωσιακή αλλαγή

Η «αλλαγή» σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη, σχετίζεται με τη μεταβολή, τη μετατροπή, τη μετάβαση και την μεταλλαγή. (Μπαμπινιώτης 2002:121)

Η αλλαγή στο πεδίο των οργανισμών προσδιορίζεται η μετάβαση από μια κατάσταση σε μια άλλη. Πρόκειται δηλαδή για την προσπάθεια του οργανισμού να αυξήσει την αποδοτικότητα του, σχεδιάζοντας αλλαγές στη οργάνωση των υπηρεσιών, στην διεκπεραίωση των διαδικασιών και την λειτουργία των υπηρεσιών του (Κέφης 2005).

Οι περισσότερες αλλαγές στο νοσοκομείο στοχεύουν να αντικαταστήσουν κάποιες άλλες προηγούμενες ρυθμίσεις ή δυσλειτουργίες που παρουσιάζονται την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Καμία μεταρρυθμιστική αλλαγή δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνιμη, αλλά σχεδόν όλες είναι προσωρινές και εμφανίζονται σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους για να αντιμετωπίσουν, να ρυθμίσουν και να μεταβάλουν την παρούσα κατάσταση του οργανισμού. Συνολικά, η λειτουργία του υγειονομικού οργανισμού μέσα στη δυναμική του χώρου και του χρόνου επηρεάζεται από παράγοντες που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για οργανωσιακή αναδιάταξη και εκσυγχρονισμό. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που πυροδοτούν μία οργανωσιακή αλλαγή στον υγειονομικό χώρο είναι:

Εξωτερικοί παράγοντες και προέρχονται από εξωγενείς πιέσεις και αναλύονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- 1) Πολιτικοί παράγοντες: Κυβερνητικές ρυθμίσεις, αλλαγές στη νομοθεσία.
- 2) Οικονομικοί παράγοντες: Ύφεση, ανταγωνισμός, οικονομική πολιτική, ορθολογική κατανομή των σπάνιων πόρων.
- 3) Κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες: Ήθη, έθιμα, αλλαγές στον τρόπο ζωής, η ισονομία και ισότητα στην υγεία, οι ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών υγείας, επιδημιολογικοί κ.α.
- 4) Τεχνολογικοί παράγοντες: Διαδίκτυο, τηλεϊατρική, βιοιατρική τεχνολογία,

διαδικτυακές εφαρμογές κ.α (Πολύζος 2014).

Εσωτερικοί παράγοντες και προέρχονται από εσωτερικούς παράγοντες και αναλύονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Η διοίκηση της οργάνωσης: Αποφάσεις που προέρχονται από την ανώτατη διοίκηση του οργανισμού προκειμένου να αντιμετωπιστούν δυσλειτουργίες .
- 2) Τα μεσαία διοικητικά στελέχη: Δράσεις από τα μεσαία διοικητικά στελέχη (προϊστάμενοι) που επιδιώκουν να συμβάλουν στην οργανωσιακή αλλαγή, με τις ιδέες τους και τις απόψεις τους για να αντιμετωπιστούν δυσλειτουργίες του οργανισμού (Πολύζος 2014).
- 3) Οι εργαζόμενοι: Ενέργειες που προέρχονται από τους εργαζόμενους και μπορούν να προκαλέσουν μεταβολή για αλλαγή. Καινοτόμες δράσεις που μπορούν να συμβάλουν με τρόπο αποτελεσματικό για την προώθηση των καινοτομιών .

Παράλληλα στην επιστημονική κοινότητα έχουμε σχετικές θεωρίες που θεωρούν, ότι ένας οργανισμός είναι μια κοινωνική οντότητα ή δομή, που διατηρεί την δική του ταυτότητα ενώ αλλάζει από τη μια κατάσταση στην άλλη με την πάροδο του χρόνου. Άρα η οργάνωση είναι μια διαδικασία που συνεχώς μεταβάλλεται (Van de Ven and Poole 2005). Οι πιο συχνές μεταβολές που επιδρούν σε ένα οργανισμό αφορούν θέματα συγχωνεύσεων, ποιότητας, αλλαγής σε θέματα τεχνολογίας, κουλτούρας, διαδικασιών και οργανωτικής δομής (Βάκολα 2005).

Με αυτή την έννοια, η αλλαγή στον οργανισμό είναι η συνειδητοποίηση της ανάγκης για ανατροπή του παλαιού και εισαγωγή του νέου και τροποποιεί βασικούς τομείς της οργάνωσης όπως στρατηγική, δομές, διαδικασίες παραγωγής, σύστημα αμοιβών, κουλτούρα, περιβάλλον κ.α (Κέφης 2005).

Στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνονται διάφορες τυπολογίες των οργανωσιακών αλλαγών. Με βάση τα κριτήρια για το διαχωρισμό των αλλαγών, η οργανωσιακή αλλαγή κατηγοριοποιείται στους εξής τύπους (Πίνακας 2):

Με βάση τη δυνατότητα αντίδρασης

Κριτήριο είναι οι πιέσεις που δέχεται ο οργανισμός από το εσωτερικό και το εξωτερικό του περιβάλλον, καθώς και το μέγεθος της αντίδρασης, και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες αλλαγών:

Η προγραμματισμένη ή φυσιολογική αλλαγή. Πραγματοποιείται σύμφωνα με το σχεδιασμό ή την εκτέλεση μελέτης για κάποιες συγκεκριμένες αλλαγές που θα γίνουν στον οργανισμό. Το προσωπικό είναι ενημερωμένο για την εφαρμογή της αλλαγής και η αντίδραση είναι ελεγχόμενη.

Η απρογραμμάτιστη ή επιβαλλόμενη αλλαγή. Πραγματοποιείται ύστερα από κάποιο εξωτερικό ερέθισμα- απόφαση-που δέχεται ο οργανισμός. Είναι η απρογραμμάτιστη αλλαγή και κρίνεται απαραίτητη για την βιωσιμότητα του οργανισμού. Σε αυτήν την περίπτωση αλλαγής, πολλές φορές έχουμε αντιδράσεις (απρογραμμάτιστη αλλαγή ωραρίου εργασίας) ή η αντίδραση είναι ανύπαρκτη διότι επιβάλλεται (νομοθεσία).

Η διαπραγματεύσιμη αλλαγή. Η αλλαγή που πρέπει να υιοθετηθεί αποτελεί αντικείμενο συζήτησης και συνδιαλλαγής. Εξετάζονται τα οφέλη και η σκοπιμότητα της αλλαγής και είναι διαπραγματεύσιμη η αντίδραση του οργανισμού και των εργαζομένων απέναντι στην αλλαγή.

Με βάση την ένταση και την έκταση

Κριτήριο είναι ο αριθμός των τμημάτων που εκτελείται η αλλαγή και η χρονική στιγμή, και διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

Η σταδιακή αλλαγή. Εκτελείται σε προκαθορισμένες φάσεις σταδιακά σε τμήματα του οργανισμού ή σε ένα τμήμα καθώς εξετάζεται ή αποτελεσματικότητα της αλλαγής προτού υλοποιηθεί στο σύνολο του οργανισμού.

Η ριζοσπαστική αλλαγή. Πραγματοποιείται άμεσα και περιλαμβάνει όλο τον οργανισμό.

Με βάση το ερέθισμα για αλλαγή

Κριτήριο είναι η αφορμή που θα δώσει το ερέθισμα στον οργανισμό, για να οδηγηθεί στην αλλαγή, και διακρίνονται δυο κατηγορίες:

Η προβλέψιμη αλλαγή. Εκτελείται στον οργανισμό όταν έχει γίνει κάποιος προγραμματισμός .

Η αντιδραστική αλλαγή. Προκύπτει από κάποιο εξωτερικό ερέθισμα που δέχεται η οργάνωση.

Κυρίως δύο διακριτά επίπεδα συναντάμε στις αλλαγές που συμβαίνουν στους οργανισμούς:

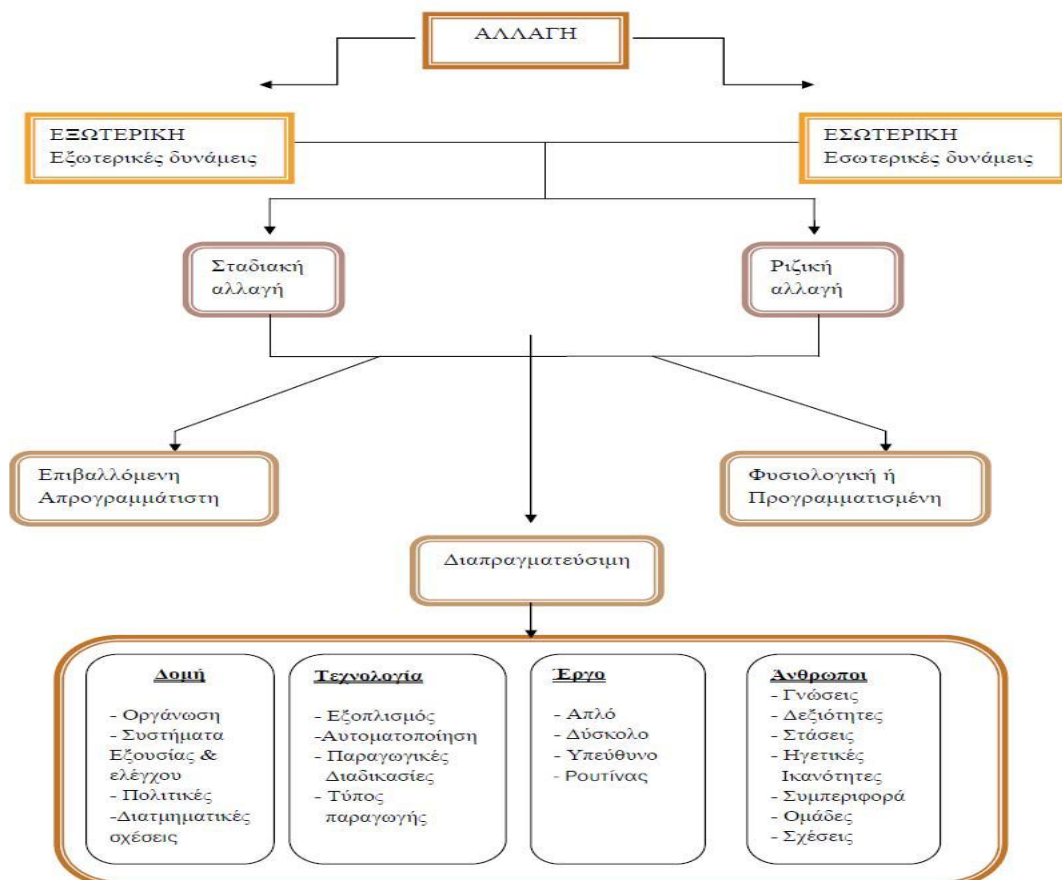
α) Το σύστημα παραγωγής που περιλαμβάνει τους εξής παράγοντες:

- δομής
- τεχνολογικό
- έργου

β) Το σύστημα ανθρώπινος παράγοντας που περιλαμβάνει τους ανθρώπινους πόρους και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.

Ακολουθεί η σχεδιαστική απεικόνιση της τυπολογίας των οργανωσιακών αλλαγών

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Η Τυπολογία των οργανωσιακών αλλαγών



Πηγή: Οργανωσιακή Συμπεριφορά. Χυτήρης, Λ. (2001).

2.2 Θεωρητικά Μοντέλα οργανωσιακής αλλαγής

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι σχεδιασμένες διαδικασίες ενοποίησης οργανισμών που παρόλο που αποσκοπούσαν σε αναπτυξιακές δράσεις αναφέρουν πως μόνο το 20% είχαν θετικά αποτελέσματα. Επιπρόσθετα ένα ποσοστό 48% των συγχωνεύσεων, μετά από ένα χρονικό διάστημα τριών χρόνων έχουν χαμηλό ποσοστό απόδοσης λόγω αποτυχίας ενσωμάτωσης των διαδικασιών. Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ότι δεν αποδόθηκε η ιδιαίτερη προσοχή στους εξής παράγοντες:

1. Στη σημασία των θεμάτων και διαδικασιών που αφορούν στη διαχείριση του ανθρώπινου παράγοντα των οργανισμών.
2. Δόθηκε η προτεραιότητα στα οικονομικά μεγέθη και τη νομική διαδικασία, παραβλέποντας βασικές αρχές της ενοποίησης όπως για παράδειγμα την ενσωμάτωση της κουλτούρας.
3. Υπήρξε παράβλεψη των διαφορών ανάμεσα στις κουλτούρες των προ-συγχώνευσης οργανισμών (Μακρή 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω προσέγγιση, η άρση των αγκυλώσεων στη διαδικασία των συγχωνεύσεων, προϋποθέτει να λαμβάνονται υπόψη τα θεωρητικά μοντέλα οργανωσιακής αλλαγής.

Στο ερώτημα εάν τα υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα οργανωσιακής αλλαγής επηρεάζουν την πρακτική των μεταρρυθμίσεων, ή απάντηση είναι πως μια καλή μεταρρυθμιστική στρατηγική είναι εκείνη, αφενός αυτή που λαμβάνει υπόψη της τη θεωρητική προσέγγιση, αφετέρου προωθεί την ενεργό και δημιουργική συμμετοχή εκείνων που καλούνται να την εφαρμόσουν. Ακολουθεί η παρουσίαση των δύο πιο διαδεδομένων θεωρητικών μοντέλων για τη διοίκηση της αλλαγής.

Το μοντέλο του Kotter.

Αναφέρεται στη διαδικασία της αλλαγής σε στρατηγικό επίπεδο και δημιουργήθηκε μετά από μελέτη σε οργανισμούς με διαφορετικά μεγέθη και σε διαφορετικούς τομείς. Οι οκτώ φάσεις για την επίτευξη σημαντικών αλλαγών είναι:

1) Δημιουργία της αίσθησης του επείγοντος.

Η διοικητική ομάδα ενός οργανισμού εξαλείφει τους παράγοντες εφησυχασμού, και αποδεικνύει την χρησιμότητα και αναγκαιότητα της αλλαγής. Η όλη διαδικασία προϋποθέτει ότι όλα τα μέλη πρέπει να αντιληφθούν την επιτακτική ανάγκη της αλλαγής.

2) Δημιουργία ενός κατάλληλου καθοδηγητικού συνασπισμού.

Είναι απαραίτητη η συγκρότηση μιας ηγετικής ομάδας η οποία θα έχει το όραμα, τις ηγετικές και διοικητικές ικανότητες, και την εξουσία ώστε να προχωρήσει στην υλοποίηση της αλλαγής.

3) Διαμόρφωση ενός ισχυρού οράματος.

Η ανάπτυξη ενός οράματος και στρατηγικής που θα εμπνέει όλο το εύρος του οργανισμού. Απουσία οράματος ή αστοχία προς την κοινοποίηση του μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικά προγράμματα.

4) Διάδοση του οράματος στους εργαζόμενους για αλλαγή.

Οι εργαζόμενοι μέσω της επικοινωνίας πρέπει να κατανοήσουν τα οφέλη της αλλαγής καθώς και την αναγκαιότητα της.

5) Ενδυνάμωση με σκοπό την ευρεία υποστήριξη του οράματος.

Κατά την διάρκεια της αλλαγής για να εξαλειφθούν οι αντιστάσεις που μπορούν να βλάψουν την καινοτομία πρέπει να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή μέσα από τη δημιουργία ενός θετικού οργανωσιακού κλίματος.

6) Δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών.

Η επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων τονώνουν το ηθικό αυτών που συμμετέχουν ή υφίστανται την αλλαγή. Η παγίωση της αξιοπιστίας των επιτυχιών, είναι απαραίτητη για να υποκινεί τους εργαζομένους και να προωθεί την διαδικασία απέναντι στην αλλαγή.

7) Παγιοποίηση των αλλαγών και ξεκίνημα νέων.

Η προώθηση της διαδικασίας των αλλαγών θα πρέπει να ενεργοποιήσει ακόμα περισσότερο την υλοποίηση της. Η διαδικασία θα πρέπει να συνδυαστεί με την εμπλοκή όσων μπορούν να συμβάλουν στο όραμα της αλλαγής και επιβράβευση των πλέον επιτυχημένων εργαζομένων και τμημάτων.

8) Ενστέρνιση της αλλαγής στην κουλτούρα.

Η θεσμοποίηση της διαδικασίας αλλαγής ως μια νέα κουλτούρα και μετατροπή της καινοτομίας της αλλαγής σε μια καινούργια λειτουργία του οργανισμού (Kotter 1998).

Το μοντέλο του Lewin .

Ο Lewin διαπίστωσε ότι η αλλαγή περνάει μέσα από τρεις φάσεις, τη φάση ξεπαγώματος (*unfreeze*), την φάση της αλλαγής (*change*) και την φάση της παγιοποίησης (*refreezing*).

Η φάση του *ξεπαγώματος (unfreeze)* αποτελεί το πρώτο στάδιο της κινητοποίησης/αποδέσμευσης που έχουμε την αμφισβήτηση της υφιστάμενης κατάστασης και την κατανόηση της ανάγκης για αλλαγή.

Η δεύτερη φάση της *αλλαγής (change)* περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες και ενέργειες που χρειάζονται για τη μετακίνηση στη καινούργια κατάσταση. Η νέα κατάσταση διαμορφώνεται μέσα από την εμπλοκή και αλλαγή συμπεριφορών και διαδικασιών.

Τέλος, κατά την φάση *παγιοποίησης (refreezing)* η αλλαγή εξαρτάται άμεσα από την παγίωση της νέας κατάστασης τόσο σε στα μέλη του οργανισμού όσο και σε επίπεδο οργανισμού. Κατά την διάρκεια της φάσης αυτής εισάγονται και υιοθετούνται καινούργιοι κανόνες εργασίας, επικοινωνίας, αξιολόγησης, επιβράβευσης και ηγεσίας (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή 2003).

2.3 Οργανωσιακή κουλτούρα

Σε μια εποχή που η απαίτηση για καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών φορέων γίνεται πιο έντονη, η μεταρρυθμιστική στρατηγική αναδεικνύεται ως καθοριστικός παράγοντας αναδιαμόρφωσης και βελτίωσης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Επομένως, τα νοσοκομεία αποτελούν μια ευμετάβλητη περιοχή, όπου προσαρμόζονται στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, έχοντας σκοπό να προσφέρουν καλύτερες ποιοτικές υπηρεσίες.

Παρόλο που η ποιότητα δεν αποτελεί μία αφηρημένη έννοια, υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις από όσους εμπλέκονται στην σχεδίαση, την παραγωγή, παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς κάθε προσπάθεια επίτευξής της, συνδέεται άρρηκτα με το σύστημα αξιών και πεποιθήσεων που οριοθετούν ένα τρόπο ζωής μέσα στον οργανισμό (Ματάκος 2012). Βασική επιδίωξη της διοίκησης κάθε νοσοκομείου, πρέπει να είναι η διαμόρφωση κοινής αντίληψης για την έννοια της ποιότητας, καθώς και της ετοιμότητας για τις αλλαγές στο χώρο εργασίας. Μόνο εάν διαμορφωθεί η κατάλληλη κουλτούρα στο χώρο εργασίας, οι ποιοτικές αλλαγές θα έχουν πιθανότητες επιτυχίας. Σε διαφορετική περίπτωση είναι καταδικασμένες να αποτύχουν.

Συνεπώς ο βαθμός δεκτικότητας των αλλαγών στο νοσοκομείο έχει να κάνει με την προσαρμοστικότητα του κάθε οργανισμού. Επομένως, ταυτίζεται με την κουλτούρα του ευρύτερου περιβάλλοντος που ονομάζεται οργανωσιακή κουλτούρα. Ο όρος οργανωσιακή κουλτούρα, χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις αντιλήψεις και προσδοκίες των μελών του οργανισμού (Καστανιώτη κ.α 2011). Όλα αυτά, αντιπροσωπεύουν την καθημερινότητα του κάθε μέλους μέσα στον οργανισμό και αποτελούν συγχρόνως και την σιωπηλή δέσμευση του προς αυτόν. Ο Edgar H. Schein παρατηρεί πως εάν κάποιος μας ζητήσει να αλλάξουμε τον τρόπο σκέψης ή τις αντιλήψεις μας που βασίζονται σε αυτά που έχουμε μάθει από την ομάδα στην οποία ανήκουμε, θα αντισταθούμε στην αλλαγή, γιατί δεν θα θέλουμε να αποκλίνουμε από την ομάδα μας, ακόμη και αν πιστεύουμε ότι η ομάδα έχει λανθασμένη αντίληψη (Schein 2004).

Ειδικότερα στο περιβάλλον του νοσοκομείου όπου η ηγεσία δεν έχει λόγο για θέματα οργανωτικής δομής (προσλήψεις, αμοιβές, κρίσεις προϊσταμένων κ.α) και τα περισσότερα καθορίζονται από την πολιτεία με νομοθετικές ρυθμίσεις

(δημοσιουπαλληλικός κώδικας, αποφάσεις για μετακινήσεις προσωπικού κ.α) οι στάσεις και οι απόψεις των εργαζομένων αποτελούν μονόδρομο για να εξασφαλιστεί οποιαδήποτε επίτευξη μεταρρύθμισης.

Η προγραμματισμένη αλλαγή υγειονομικού οργανισμού περιλαμβάνει μια διαδικασία τροποποίησης συμπεριφοράς και επιφέρει συχνά αντίσταση τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε οργανωτικό. Η αντίσταση στην αλλαγή μπορεί να λάβει πολλές μορφές και δεν είναι πάντα εύκολο να εντοπιστούν οι ακριβείς λόγοι. Αρκετές φορές ένα άτομο αντιστέκεται στην καινοτομία της αλλαγής εξαιτίας της αβεβαιότητας που του δημιουργεί η αλλαγή, της συνήθειας, της ασφάλειας του παρελθόντος, του φόβου για το άγνωστο, και των οικονομικών επιπτώσεων (Mulins 2010).

Μια δεύτερη πηγή αντίστασης στις αλλαγές αναδύεται από την ανάγκη των οργανισμών να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον. Για να εξασφαλιστεί η λειτουργική αποτελεσματικότητα, οι οργανισμοί συχνά δημιουργούν άμυνες κατά της αλλαγής και προτιμούν να επικεντρωθούν στη ρουτίνα των πραγμάτων που εκτελούν. Μερικοί από τους κύριους λόγους οργανωτικής αντίστασης κατά της αλλαγής είναι η διατήρηση της σταθερότητας, της οργανωτικής του κουλτούρας, οι συμφωνίες με τους κοινωνικούς εταίρους και η ανάγκη για περισσότερους πόρους.

Είναι επομένως φανερό πως για να εξακολουθούν οι διαρθρωτικές μεταβολές και μεταρρυθμίσεις να αποτελούν το ζητούμενο, η διοίκηση πρέπει να υιοθετήσει μια σαφώς καθορισμένη στρατηγική συμπεριλαμβάνοντας τους ανθρώπινους και τους κοινωνικούς παράγοντες της αλλαγής (Mulins 2010).

Σε αυτή τη διαδικασία, η ηγεσία, καλείται να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο μετασχηματισμό της κουλτούρας. Όπως διαπιστώνεται «*any successful leadership strategy involves culture change*» (OECD 2001:3). Ο μετασχηματισμός σε αντίθεση με την αλλαγή δεν αφορά τη βελτίωση των όσων υπάρχουν αλλά τη δημιουργία των όσων δεν υπάρχουν. Σημαντική προτεραιότητα του κάθε ηγέτη είναι να δημιουργήσει ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και κοινής δέσμευσης, και να διαμορφώσει μία ικανότητα του οργανισμού να απορροφά τις αντιδράσεις από τις αλλαγές που θα προκληθούν στη δομή και τη λειτουργία του. Ο τρόπος με τον οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται τον οργανισμό τους πριν από τη συγχώνευση είναι πολύ σημαντικός κατά τη διάρκεια της συγχώνευσης. Στη βιβλιογραφία για την οργανωτική αλλαγή, είναι καλά τεκμηριωμένο

ότι η οργανωτική κουλτούρα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην επιτυχία ή την αποτυχία μιας μεγάλης κλίμακας οργανωτική αλλαγή (Min 2017, Andrews 2008).

Παράδειγμα αυτής της προσέγγισης, είναι τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία ,όπου πιο εύκολο είναι να ενοποιείς προϋπολογισμούς, παρά να ενοποιήσεις κουλτούρες διαφορετικών φορέων καθώς απουσιάζουν οι οργανωτικές δομές και οι διαδικασίες. Εξάλλου η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η ανικανότητα των συγχωνευμένων οργανισμών να επιτύχουν τους στόχους τους, συνήθως οφείλεται στην αποτυχία συνένωσης και συνύπαρξης των κουλτούρων (Γίοβα 2007). Επιπλέον στη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιρλανδίας και των ΗΠΑ, η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας αποτέλεσε απαραίτητο εργαλείο για την βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων(Γούλα κ.α2014).

Ιδιαίτερα η υποτίμηση του επικοινωνιακού παράγοντα, καθώς και της ικανότητας του οργανισμού για αλλαγή και μάθηση, αποσυνδέουν το όραμα της αλλαγής από τους εκτελεστές της. Από την άλλη πλευρά, η δημιουργία συναίνεσης και εμπλοκής των εργαζομένων σε διαδικασίες, περιορίζει οποιαδήποτε αρνητική στάση και τους δημιουργεί ένα αίσθημα ιδιοκτησίας της αλλαγής (Μπουραντάς και Παπαλεξανδρή 2003).

Συνεπώς για την επιτυχή υλοποίηση της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας των ενοποιήσεων, είναι απαραίτητη η ηγεσία με το ρεαλιστικό σχεδιασμό της, να εμπνεύσει και να συντονίσει ολόκληρο τον οργανισμό. Το αρχικό αίσθημα της ανασφάλειας, ως αποτέλεσμα της εξαγγελίας, πρέπει να το μετατραπεί σε αίσθημα αναγκαιότητας, για το καλό του οργανισμού και της δημόσιας υγείας Αν η μεταρρυθμιστική κουλτούρα αποτελεί το σημείο αναφοράς, οι διοικήσεις των μονάδων υγείας θα πρέπει να επιδιώξουν την καινοτομία, την πρωτοβουλία και το ρίσκο απεγκλωβίζοντας τα μέλη του οργανισμού από τούς περιττούς κανόνες και τις γραφειοκρατικές διαδικασίες(Παπαγεωργίου 2011).

Στην ανωτέρω συνοπτική επισκόπηση δεν σημαίνει ότι θα υπάρχει έλλειψη καθοδήγησης, υπευθυνότητας και ελέγχου. Αντίθετα, η διαδικασία αποσκοπεί να αναδείξει την προσήλωση της κουλτούρας του οργανισμού στις βασικές αρχές της υγείας, όπου δίχως εξαιρέσεις, καινοτομεί, αξιολογεί και μεταρρυθμίζει έχοντας σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αρχές και παράγοντες μεταρρύθμισης στο χώρο του νοσοκομείου

3.1 Εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες αλλαγής στο δημόσιο νοσοκομείο

Είναι γνωστό και έχει επισημανθεί, ότι η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης υπήρξε εφελκυστήριο για διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο του δημοσίου. Αυτές οι αλλαγές στους φορείς υγείας στοχεύουν σε βελτίωση της κατανομής των διαθέσιμων πόρων και σε αυξημένη αξιοποίηση των συντελεστών παραγωγής. Ανάλογα με το αντικείμενο της αλλαγής, διακρίνονται σε αποφάσεις που επηρεάζουν την οργάνωση και λειτουργία της μονάδας υγείας και σε αποφάσεις για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων που δημιούργησε η οικονομική κρίση. Είναι ευνόητο πως οι αποφάσεις για κάθε αλλαγή λαμβάνουν υπόψη ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και οι μονάδες υγείας έχουν σκοπό την ισότιμη κάλυψη της πρόσβασης σε ολοκληρωμένες και ποιοτικές υπηρεσίες. Ειδικότερα η λειτουργική αλλαγή των μονάδων υγείας στοχεύει στην βέλτιστη κατανομή των εισροών τους, την μείωση των ανισοτήτων, και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού (Τούντας 2006).

Επομένως, η μεταρρύθμιση στα δημόσια νοσοκομεία στοχεύει σε ένα πλαίσιο αλλαγών που έχει ως αποτέλεσμα την ισότιμη πρόσβαση και περίθαλψη των πολιτών, καθώς και την μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.

Παρόλο που η πραγμάτωση της μεταρρύθμισης στο δημόσιο νοσοκομείο είναι μια περίπλοκη διαδικασία, συνήθως πυροδοτείται από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες, που αφορούν την οργάνωση, την στρατηγική, και τον τρόπο λειτουργίας του. Κυριότερος εξωτερικός παράγοντας επιρροής για το νοσοκομείο αποτελεί ο κεντρικός υγειονομικός σχεδιασμός του υπουργείου όπου οι μονάδες υγείας εναρμονίζονται με την πολιτική επιταγή και εντάσσονται στο πλαίσιο του υγειονομικού σχεδιασμού της χώρας. Για την υλοποίηση του κεντρικού σχεδιασμού, οι μονάδες καταρτίζουν τεχνο-οικονομική μελέτη και σχέδιο δράσης το οποίο αξιολογείται από το Υπουργείο Υγείας κατά την διάρκεια της εφαρμογής και στο τέλος της δράσης του. Υπό την έννοια αυτή, παρόλο που ο κύριος συντονισμός για την προαγωγή υγείας ανήκει στην κυβέρνηση (Αλεξιάδης κ.α, 1999), οι απόπειρες για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων κατέδειξαν την διασύνδεσή τους με την επιχειρησιακή ετοιμότητα

(γνώση και εμπειρία) του νοσοκομείου για την αφομοίωση της αλλαγής (Πολύζος κ.α 2014).

Παράλληλα ένας δεύτερος προσδιοριστικός παράγοντας που επηρεάζει την πρακτική των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό χώρο είναι ότι το σύστημα υγείας αποτελεί ένα υποσύστημα του ευρύτερου κοινωνικο-οικονομικού συστήματος (Ρομπόλης 1999). Οι κρίσεις και οι αντιλήψεις του εξωτερικού παράγοντα, τα οικονομικά συμφέροντα, τα πολιτικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της τοπικής κοινότητας καθώς και οι επαγγελματικοί σύνδεσμοι, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι συντεχνίες, ο τοπικός κοινωνικός παράγοντας, αρθρώνουν λόγο για την κάθε καινοτομία και αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον μία τρίτη δύναμη ως παράγοντας επίδρασης, στην οργάνωση και διαχείριση υπηρεσιών υγείας είναι η τεχνολογία (Γείτονα 2004, Montana and Charnov 2000).

Όπως διαπιστώνεται, το σύστημα υγείας αποτελεί ανοικτό σύστημα, λόγο των εξωτερικών επιδράσεων που του ασκούνται. Αυτές οι επιδράσεις είναι αρκετές φορές αρνητικές και δημιουργούν εμπόδια στο να προωθηθούν οι μεταρρυθμιστικές δράσεις. Όταν οι ομάδες που ασκούν τις επιδράσεις έχουν μεγαλύτερη πολιτική δύναμη μπορούν και να μεταλλάξουν ή ακόμα και να αναστείλουν μία μεταρρύθμιση. Για τους λόγους αυτούς, αν η απόφαση για μεταρρύθμιση που παραμένει πρωτίστως μια πολιτική διαδικασία, είναι άρτια σχεδιασμένη, τεκμηριωμένη, και λαμβάνει υπόψη της, τις βασικές αρχές για την υγεία, επιφέρει μηδενική επιχειρηματολογία αντίστασης .

Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι εκτός από τον εξωτερικό παράγοντα που υποστηρίζει ή αντιστέκεται στην εφαρμογή μιας μεταρρύθμισης, υπάρχουν και οι εσωτερικές δυνάμεις που συμβάλουν στην επιτυχία ή αποτυχία των αλλαγών και είναι η «δομή εξουσίας» και το προσωπικό του οργανισμού (Montana and Charnov 2000).

Στο νοσοκομείο ως ιδιότυπη μορφή οργάνωσης, η ευθύνη εξουσίας επιμερίζεται στη βάση του ειδικού ρόλου που έχουν οι διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, στο σύγχρονο νοσοκομείο να συναντάμε δύο μορφές εξουσίας που επεκτείνει περισσότερο την πολυπλοκότητα του. Η μία είναι η εκτελεστική η οποία ασκείται από την διεύθυνση –διοίκηση και η δεύτερη είναι η επαγγελματική που ασκείται από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο (Αλεξιάδης κ.α, 1999). Οι δύο διαφορετικές μορφές εξουσίας πολλές φορές συγκρούονται, αφού για τις κλινικές μεταρρυθμίσεις οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν το ενδιαφέρον τους

στη καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη το οικονομικό κόστος. Στο πλαίσιο αυτό, η διαχείριση αλλαγών μετατρέπει τους ρόλους και τις ικανότητες διαφόρων παραγόντων, και μετατοπίζει τις υπάρχουσες βάσεις της εξουσίας(CDGB 2006).

Συνάμα η οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στον οργανισμό σημαίνει τροποποίηση των γνωστικών λειτουργιών και αντιλήψεων των εργαζομένων. Αυτοί που καλούνται να εκτελέσουν την καινοτομία αποτελούν και τον δεύτερο εσωτερικό παράγοντα αλλαγής που είναι απαραίτητος στη λειτουργία του οργανισμού. Κάθε αλλαγή προκαλεί μία σειρά συμπεριφορών, για αυτό και πρωτεύουσα σημασία έχει να επιτευχθούν εκείνες οι συμπεριφορές που προωθούν την αλλαγή.

Είναι ξεκάθαρο, πως κάθε ριζοσπαστική καινοτομία επιφέρει διάσταση απόψεων. Εφόσον οι προοπτικές της μεταρρύθμισης κατανοηθούν ως αναγκαίες για την ποιοτική διαδικασία, την λειτουργικότητα και βιωσιμότητα του οργανισμού, τόσο ευκολότερη γίνεται η επίτευξη θετικών συμπεριφορών για την στήριξη της αλλαγής. Ακόμα και αν με όρους πολιτικής η μεταρρύθμιση στοχεύει στο περιορισμό των δαπανών, η κατανόηση της ως διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προσδιορίζει την επιτυχία της.

3.2 Ο προσδιορισμός των στόχων της αλλαγής στο χώρο του νοσοκομείου

Οι μεταρρυθμίσεις στο υγειονομικό χώρο παρουσιάζουν μια ιδιομορφία σε σχέση με τις αλλαγές στον ευρύτερο δημόσιο τομέα λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών της οργάνωσής τους, αλλά και της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας. Η επιτυχία τους εξαρτάται από την επιθυμία των οργανισμών και των ηγετικών παραγόντων να υπάρξει μια πραγματική αλλαγή στο περιβάλλον της υγειονομικής μονάδας. Ενισχυτικός παράγοντας στην διαδικασία αλλαγής αποτελεί η περιγραφή των στόχων των πραγματικών αποτελεσμάτων και των δεικτών μέτρησης και παρακολούθησης .

Προϋπόθεση, σε κάθε πρόγραμμα αλλαγών, είναι η ηγεσία να θεσπίσει ένα πλαίσιο αρχών, δράσεων και ξεκάθαρων διαδικασιών με την συμμετοχή των εμπλεκόμενων μελών. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της ετήσιας περιγραφής της στοχοθεσίας των μονάδων υγείας αποσκοπώντας στη προώθηση των αλλαγών, στο μετασχηματισμό των διαδικασιών, και στον τρόπο που θα κατανοήσει το προσωπικό το ρόλο του στη νέα κατεύθυνση του οργανισμού.

Η Γενική Διεύθυνση μεταρρυθμιστικής πολιτικής του Υπουργείου Εσωτερικών με το υπ αριθμό 12972/10-5-2016 έγγραφο με θέμα «Εφαρμογή Συστήματος Διοίκησης με Στόχους για το έτος 2017» αναφέρει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των τιθέμενων στόχων, που πρέπει να είναι:

- 1) Συγκεκριμένοι: Οι προγραμματισμένοι στόχοι θα πρέπει να είναι με σαφήνεια και ακρίβεια προσδιορισμένοι, να μην δημιουργούν εννοιολογική σύγχυση και να είναι κατανοητοί .
- 2) Μετρήσιμοι: Να προσδιορισθούν ποσοτικά και ποιοτικά τόσο οι στόχοι όσο και τα οφέλη.
- 3) Εφικτοί και συμφωνημένοι: Να είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν (γνωρίζοντας τους πόρους και τις δυνατότητες που έχει ο φορέας στη διάθεσή του) καθώς και να έχουν συμφωνηθεί μεταξύ προϊσταμένων και υπαλλήλων που θα εργαστούν για την επίτευξή τους .
- 4) Ρεαλιστικοί: Να είναι δυνατόν να αποτυπωθεί το επίπεδο αλλαγής που περιγράφεται και πως αυτό μπορεί να επιτευχθεί .
- 5) Χρονικά Δεσμευτικοί: Να δηλώνεται καθαρά η χρονική περίοδος που θα ολοκληρωθεί ο κάθε στόχος (ΥΕΔΑ 2016).

Έχει επίσης υποστηριχτεί, πως η έντονη γραφειοκρατική δομή καθώς και η γενικότερη κουλτούρα του νοσοκομείου, δεν ευνοεί τους καινοτόμους στόχους. Αυτό οφείλεται στο ότι το νοσοκομείο αποτελεί ένα σύνθετο γραφειοκρατικό θεσμό, αλλά

συγχρόνως και ένα σύμβολο κοινωνικής ισχύς. Ως εκ τούτου, το νοσοκομείο αποτελεί ένα πολυσύνθετο περιβάλλον, όπου η κάθε ομάδα – ηγεσία, ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι- κατανοεί με βάση την θέση της και την δύναμη της, διαφορετικά το αποτέλεσμα σε κάθε στόχο.

Ενώ οι προτεινόμενοι στόχοι, για καλύτερο συντονισμό των υπηρεσιών φαίνονται απλές τεχνικές λύσεις, επί της ουσίας, αποτελούν σύνθετες διαδικασίες και αρκετές φορές είναι δύσκολο να προβλεφθούν οι αντιδράσεις των εμπλεκόμενων ομάδων. Εάν στο παράδειγμα της συγχώνευσης των διοικητικών υπηρεσιών δύο διασυνδεδεμένων νοσοκομειακών μονάδων, είναι αναγκαία η μετακίνηση υπαλλήλων ή και ολόκληρων τμημάτων από μία νοσοκομειακή μονάδα προς μία άλλη, χωρίς να έχει προβλεφθεί ποιες οργανωτικές δομές θα υποστηρίζουν την κλινική διαδικασία και την οργανωτική λειτουργία, τότε θα υπάρξει σθεναρή αντίδραση από τις άλλες υπηρεσίες. Στη πραγματικότητα οι ίδιοι στόχοι κατανοούνται διαφορετικά από την ηγεσία, την ανωτέρω διοίκηση, τα στελέχη του μεσαίου χώρου, και από τα κατώτερα στελέχη (Montana and Charnov 2000). Η απώτερη επιδίωξη ενός στόχου μπορεί να έχει σημαντικές διαφορές κατανόησης και αρκετές φορές δημιουργείται πρόβλημα με τη σύγκυση μεταξύ των στόχων και των μέσων πραγματοποίησης (Σαρμανιώτης 2011).

Προφανές είναι, πως κάθε στόχος για μία διαθρωτική αλλαγή θα επιφέρει αλλαγές και σε άλλους τομείς και θα προκαλέσει ανακατατάξεις στη δομή και τη λειτουργία του οργανισμού. Στην πραγματικότητα αυτή η ασυμβατότητα κατανόησης των στόχων αποτελεί την κύρια αιτία αμφισβήτησης της μεταρρύθμισης. Επιπρόσθετα, η έλλειψη επικοινωνίας και η παρανόηση πληροφοριών εντείνει την αμφισβήτηση και την αντίδραση. Για αυτό και η επιτυχία της προσπάθειας, συνδέεται αφενός με την ενημέρωση και αφετέρου εξαρτάται από την ύπαρξη ξεκάθαρων στόχων και κριτηρίων ελέγχου και επαλήθευσης. Όπως διαπιστώνεται προϋπόθεση για την επίτευξη των αντικειμενικών στόχων είναι να προσδιοριστούν οι εργασίες και τα αποτελέσματα αυτών σε συνδυασμό με τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση της διαδικασίας με δείκτες μέτρησης (Καθαράκης 2012).

Συνεπώς, οι παρεχόμενες υπηρεσίες συγκρίνονται με βάση την ανταπόκριση στους προκαθορισμένους ποιοτικούς δείκτες και μέσω αυτής της διαδικασίας οι τμηματάρχες αποκτούν ικανότητα λογοδοσίας και εμπλοκής για τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης. Οι συνθήκες αυτές συντελούν η αξιολόγηση της επίδοσης, να αποτελεί

ουσιώδες συστατικό για το βαθμό επίτευξης ενός προκαθορισμένου στόχου (Καστανιώτης και Πολύζος 2016). Αντίστοιχα η επίτευξη του στόχου αξιολογείται με βάση την ανταπόκριση των υπηρεσιών στα προκαθορισμένα κριτήρια που μπορούν να διακριθούν σε:

Κριτήρια δομικά τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής υγειονομικής φροντίδας .

Κριτήρια διαδικασιών τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Κριτήρια αποτελεσμάτων τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας (Αλεξιάδης κ.α 1999).

Τα παραπάνω κριτήρια μπορούν να προσδιορίσουν κατά πόσον η διαδικασία της αλλαγής είναι επιτυχής και συνεχίζει να υπηρετεί τις αξίες της υγείας. Η στρατηγική προώθησης των μεταρρυθμίσεων μετριέται και αξιολογείται, επιτρέποντας έτσι την σαφή κρίση για την πρόοδο των μεταρρυθμίσεων ανά τομέα, με αναφορά σε κάθε έναν από τους σχετικούς δείκτες. Προσόν της ανάλυσης αυτής, είναι ότι επιτρέπει να διερευνηθεί σε ποιους τομείς οι μεταρρυθμιστικές ενέργειες αδυνατούν να είναι παραγωγικές και κατά πόσο το μέσο υλοποίησης του στόχου υπηρετεί τις αξίες του αγαθού της υγείας. Είναι γεγονός πως αφενός η μέτρηση της προόδου των μεταρρυθμίσεων είναι μια δύσκολη διαδικασία, αφετέρου η χρησιμότητα της είναι προφανής.

3.3 Οι παράγοντες επιτυχίας των μεταρρυθμίσεων

Οι παράγοντες αλλαγών είναι αυτοί που προσδιορίζουν την επιτυχία των μεταρρυθμίσεων και αφορούν τον τρόπο υλοποίησης της μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού. Επομένως, μια λεπτομερής ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη υγειονομική μεταρρύθμιση είναι αναγκαία για την κατανόηση της μεταρρυθμιστικής δυνατότητας του οργανισμού. Αρκετές φορές η υπερβολική προσήλωση στην εξαγγελία της μεταρρύθμισης, έχει ως συνέπεια να αγνοούνται οι παράγοντες που προσδιορίζουν την αλλαγή. Αυτό το τελευταίο σημαίνει, ότι κάθε παράγοντας είναι προσδιοριστικός της αλλαγής, και ενδέχεται να συνεισφέρει στην επιτυχή ή μη έκβαση της αλλαγής όχι από μόνος του, αλλά σε συνάρτηση με τους υπόλοιπους παράγοντες (Femander and Rainey 2006).

Ο κ.Πολύζος στο σύγγραμμα για το επιχειρησιακό σχέδιο διοίκησης νοσοκομείου, αναφέρεται στους αναγκαίους παράγοντες που ορίζουν και επηρεάζουν τη μεταρρυθμιστική δυνατότητα σε συστημικό επίπεδο και είναι οι εξής(Πίνακας 3) :

- Η Ηγεσία
- Η Επικοινωνία
- Η πληροφορία
- Η παρακίνηση
- Ο σχεδιασμός
- Η προσαρμοστικότητα

Καθώς και σε λειτουργικό επίπεδο και είναι οι εξής :

- Πίεση για αλλαγή
- Σαφής κοινό όραμα
- Ικανότητα για αλλαγή
- Δράση

(Πολύζος κ.α2014) .

Σύμφωνα με την ανωτέρω μελέτη, οι παράγοντες αποτελούν αναγκαία συστατικά του μεταρρυθμιστικού προγράμματος κάθε υγειονομικού φορέα, για αυτό κρίνεται σκόπιμο να παρουσιασθούν αναλυτικά.

3.3.1 Η ηγεσία

Η ηγεσία, αποτελεί τον βασικό παράγοντα για την επιτυχία της αλλαγής αφού είναι σε θέση να συμβάλλει στην διαμόρφωση της συμπεριφοράς των ατόμων και να εμπνεύσει την διαδικασία της αλλαγής. (CDGB 2006:12)

Αντιλαμβάνεται την χρονική περίοδο που θα εκτελεστεί η αλλαγή, δημιουργεί διοικητικούς μηχανισμούς, προγραμματίζει και προτείνει τρόπους υλοποίησης εξασφαλίζοντας μία οργανωσιακή κουλτούρα αλλαγής. Θέτει στόχους, δρομολογεί διαδικασίες και παρακολουθεί την πορεία της καινοτόμας δράσης. Επιπλέον αναθέτει με σύνεση δραστηριότητες και ενδυναμώνει τους εργαζόμενους στο να συμμετάσχουν στην καινοτομία της αλλαγής. Σχετική αυτής της προσέγγισης αποτελεί μία σειρά μελετών που έγιναν από το πανεπιστήμιο του Michigan που υπέδειξαν ότι είναι πιο αποτελεσματικοί οι «ανθρωποκεντρικοί ηγέτες» που ενθαρρύνουν την συμμετοχή των εργαζομένων από τους «εργασιοκεντρικούς» που θέτουν αυστηρούς κανονισμούς και πρότυπα εργασίας (Σαρμανιώτης 2011).

3.3.2 Η επικοινωνία

Η επικοινωνία ως στρατηγική αντιμετώπιση των αναγκών μίας αλλαγής ,πρέπει να έχει καθοριστεί εγκαίρως. Η υιοθέτηση διαύλων επικοινωνίας αποτελεί το μέσο επιτυχίας των διοικητικών λειτουργιών. Ο μηχανισμός επικοινωνίας, προβλέπει αρχικά την δημιουργία ομάδων διεργασιών που θα αναλάβουν την προώθηση του σχεδίου της διοίκησης και τη συνειδησιακή σύνδεση των μελών. Κάθε μέλος που εμπλέκεται σε μία ομάδα έχει διαφορετικές προσδοκίες και στόχους. Για αυτό και θεμιτό είναι η σύσταση της ομάδας να συμπεριλαμβάνει μέλη του οργανισμού από διάφορες ειδικότητες και διαφορετικής ιεραρχίας. Στόχος είναι ή εμπλοκή των υπαλλήλων στην διαδικασία, καθώς και η συναλλαγή με τις δυνάμεις της αντίστασης κατά της αλλαγής. Σημαντικό ρόλο στο στάδιο αυτό, διαδραματίζουν οι ομάδες διεργασιών που διευκολύνουν την εκκίνηση, την σχεδίαση και εκτέλεση της αλλαγής (Min 2017).

Οι στόχοι της εσωτερικής επικοινωνίας σε ένα πλαίσιο αλλαγών είναι:

- 1) Η αναγκαιότητα της αλλαγής.
- 2) Η «αίσθηση του επείγοντος» και του οράματος της αλλαγής.
- 3) Η ενημέρωση των εργαζομένων για τις επιπτώσεις της αλλαγής.
- 4) Να δημιουργηθεί θετικό κλίμα για την αλλαγή.

- 5) Να ενισχυθεί η συνειδησιακή σύνδεση των μελών μέσω της εμπιστοσύνης και της ομαδικότητας.
- 6) Να αξιοποιηθούν και να ενισχυθούν μέσω της διαδικασίας της ανατροφοδότησης οι γνώσεις και οι εμπειρίες των υπαλλήλων του οργανισμού (Παπαδόπουλος 2011).

3.3.3 Η Πληροφορία

Πληροφορία είναι οποιοδήποτε δεδομένο ή ερέθισμα που μπορεί να προκαλέσει κάποια ανταπόκριση. Η πληροφορία έχει στόχο να υπάρχει άμεση γνώση της πορείας ενός έργου, και εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Οι συνηθέστεροι τρόποι μεταφορά της πληροφορίας είναι: γραπτά, προφορικά και οπτικά. Τα στελέχη ενός οργανισμού, επιλέγουν τι θέλουν να μεταδώσουν και αποφασίζουν τον τρόπο επικοινωνίας. Μέσα από αυτή τη διαδικασία οι εταίροι σε ένα οργανισμό αντλούν πληροφορίες, τις επεξεργάζονται, τις αξιολογούν, τις συσχετίζουν με την υπάρχουσα γνώση και τις χρησιμοποιούν για να λάβουν αποφάσεις. Οι πομποί αποκωδικοποιούν τις αντιφατικές πληροφορίες και περιορίζουν οποιοδήποτε εξωτερικό παράγοντα που μπορεί να παραμορφώσει το περιεχόμενο της πληροφορίας. Επομένως η πληροφορία προϋποθέτει δύο διαφορετικά στοιχεία. Το καθορισμό του περιεχομένου και το μέσο μετάδοσης. Αν κάποιο από τα δύο δεν είναι κατάλληλο, τότε μπορεί να αλλοιωθεί η πληροφορία (Montana and Charnov 2000).

3.3.4 Η παρακίνηση

Η παρακίνηση των υπαλλήλων, αφενός και είναι μια δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία, αφετέρου είναι απαραίτητη για την επιτυχή υλοποίηση μίας αλλαγής. Η ενδυνάμωση των εμπλεκόμενων και η καθοδήγηση τους σύμφωνα με το όραμα της αλλαγής, αποτελεί βασικό παράγοντα επιτυχίας. Μια καινοτομία γίνεται αποδεκτή, όταν οι εργαζόμενοι έχουν κατανοήσει τους λόγους της αλλαγής καθώς και τις βελτιώσεις που επιφέρει σε οργανωτικό και προσωπικό επίπεδο. Μέσα από αυτή την διαδικασία το στοιχείο του κινήτρου «είναι το οδηγούν εις την πραγματοποίησιν συμπεριφορά» (Γιανουζά και Ρόκκο1968:253)

Αρκετές φορές το ζήτημα των κινήτρων στις οργανώσεις του δημόσιου τομέα δεν μπορεί να προσδιοριστεί επειδή υπάρχει μία δυσκολία να οριστούν μετρήσιμοι στόχοι. Συνεπώς η κινητοποίηση απαντάει στα τρία βασικά ερωτήματα των εμπλεκόμενων:

Πού είστε τώρα;.

Πού πηγαίνετε;.

Πού θέλετε να είστε;

Πώς θα φτάσετε εκεί; (CDGB 2006)

Έχει διαπιστωθεί ότι παράγοντες κλειδιά για την υποκίνηση είναι η ψυχολογική ασφάλεια και η σημαντικότητα της εργασίας (Ξηροτύρη-Κουφίδου 1995). Ενισχυτικές ενέργειες που οδηγούν στην υποστήριξη των υπαλλήλων σε νέες καταστάσεις, αποτελούν η εκπαίδευση τους σε νέες ικανότητες, η συμβουλευτική και συναισθηματική τους υποστήριξη, οι χρόνιες διευκολύνσεις, η ενίσχυση των ατομικών δεξιοτήτων κ.α

3.3.5 Ο σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός, θεωρητικά θεμελιωμένος και εμπειρικά τεκμηριωμένος, θέτει τις γραμμές πλεύσης για την εκτέλεση ενός σχεδίου δράσης, το οποίο μας δείχνει την κατεύθυνση που θέλει να ακολουθήσει ένας οργανισμός.

Ο σχεδιασμός αναθεωρεί την πολιτική του οργανισμού και τον οδηγεί σε ένα διαφορετικό τρόπο λειτουργίας. Είναι η κατεύθυνση και το είδος των δραστηριοτήτων που μειώνει την αβεβαιότητα του περιβάλλοντος σε περίοδο αλλαγών. Απαντά πως θα πραγματοποιηθεί το όραμα αφού η μετουσίωση των στόχων σε ανασχεδιασμό επιχειρησιακών διαδικασιών, συνιστά ριζική επανεξέταση διαδικασιών λειτουργίας. Αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία, καθώς προϋποθέτει την υιοθέτηση μιας διαφορετικής οργανωτικής δομής. Με το σχεδιασμό επιλέγεται το είδος της στρατηγικής αλλαγής, και κυρίως φιλοδοξεί να αντιμετωπίσει τις ανεπάρκειες του συστήματος διασφαλίζοντας την οικονομική και λειτουργική βιωσιμότητα του (Παπαδάκης 2012).

3.3.6 Η προσαρμοστικότητα

Η σημασία της προσαρμοστικότητας, είναι τόσο σημαντική όσο και ο σχεδιασμός. Συχνά η μεταρρύθμιση αν δεν έχει κατανοηθεί, αγνοείται ή κατακρίνεται και προκαλεί διαμάχες και άρνηση. Αρκετές φορές τα άτομα ενεργούν εγωιστικά γιατί προτιμούν να διατηρηθεί η υφιστάμενη κατάσταση και δεν προσαρμόζονται στην νέα κατάσταση.

Αυτή η νοοτροπία ονομάζεται παρωχημένη αντίληψη (Montana and Charnov 2000:412) .Έχουμε όμως και τις αντιδράσεις που οφείλονται στην ελλιπή ενημέρωση.

Και στις δύο περιπτώσεις το πλαίσιο των αλλαγών δημιουργεί αντιδράσεις. Από την άλλη πλευρά, εάν οι εμπλεκόμενοι κατανοήσουν τις νέες διαδικασίες λειτουργίας, αποτελεί για αυτούς κίνητρο να προσαρμόσουν την στάση τους στα πλαίσια του ομαδικού πνεύματος. Η προσαρμοστικότητα στο νέο περιβάλλον, αφενός ενδυναμώνει τον οργανισμό, αφετέρου οι εμπλεκόμενοι υιοθετούν νέες διαδικασίες εξασφαλίζοντας την οργανωσιακή τους συνέχεια .Στόχος των μεταρρυθμίσεων είναι η δημιουργία νέων διαδικασιών, έτσι ώστε να έχουμε ένα σύγχρονο μοντέλο διοίκησης του νοσοκομείου που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εποχής του. Συνεπώς η επιτυχή έκβαση μίας αλλαγής ορίζεται από την ικανότητα του οργανισμού και των μελών του να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον.

Όσο αφορά τους παράγοντες αλλαγών σε λειτουργικό επίπεδο, σε σχέση με το βαθμό δεκτικότητας των μεταρρυθμίσεων, σύμφωνα με το κ Πολύζο χωρίζονται στους εξής:

3.3.7 Πίεση για αλλαγή

Κατά το αρχικό στάδιο μιας αλλαγής, είναι αναγκαία κάποια κινητήρια δύναμη να δημιουργήσει ένα κλίμα υπέρ του επείγοντος χαρακτήρα αντιμετώπισης μίας δυσλειτουργίας. Η αναγκαιότητα αντιμετώπισης της οξύτητας της κρίσης πρέπει να συνδυαστεί με την αποδοχή και υποστήριξη όσων εμπλέκονται. Στο στάδιο αυτό πρέπει να κατανοηθούν οι νέες ευκαιρίες και οι απαιτήσεις, καθώς και οι μελλοντικές απειλές του περιβάλλοντος από τον εφησυχασμό και την στασιμότητα. Το προσωπικό πρέπει να αντιληφθεί την αναγκαιότητα για αλλαγή, τη σπουδαιότητα της συγκεκριμένης καινοτομίας καθώς και να συνειδητοποιήσει την ανάγκη για μεταρρύθμιση. Η περιορισμένη αντίληψη ότι η αλλαγή είναι απαραίτητη, υλοποιήσιμη και αναγκαία για τον οργανισμό θα δημιουργήσει στο μέλλον μεγαλύτερες πιέσεις και θα χρειαστεί πιο επίπονη προσπάθεια για την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης. Η όλη διαδικασία προϋποθέτει την πολιτική στήριξη της ηγεσίας, καθώς και την ενεργό συμμετοχή όλων των ανθρώπινων δυνάμεων του οργανισμού που θα διευκολύνουν την αλλαγή. Συνεπώς η αποφασιστικότητα της πολιτικής ηγεσίας να εξαγγείλει να στηρίξει και να προωθήσει την μεταρρύθμιση καθώς και η χρονική αίσθηση του επείγοντος αποτελεί καθοριστικό

παράγοντα επιτυχίας. Η εφαρμογή της δεν πρέπει να εξαντλείτε σε επίπεδο σχεδιασμού, αλλά σε διαδικασία συντονισμού και υποστήριξης έτσι ώστε να κατανοηθεί ότι είναι μια διαδικασία συνεχής, όπου η αδράνεια της πρόσκαιρης επιτυχίας, μπορεί να υπομονεύσει την συνολική προσπάθεια(Ακαδημία Αθηνών 2012).

3.3. 8 Σαφές κοινό όραμα

Η δημιουργία και προώθηση ενός ξεκάθαρα οράματος που θα εμπνεύσει όλα τα επίπεδα του οργανισμού και θα ενσωματωθεί στην κουλτούρα του, αποτελεί βασικό παράγοντα αλλαγής. Η διαμόρφωση ενός κοινού οράματος, προϋποθέτει την ενημέρωση των εμπλεκόμενων που τους βοηθά να κάνουν τους κατάλληλους συμβιβασμούς (Kotter 1998). Επιπλέον η ενημέρωση θα γίνει μέσα από το διάλογο με τους κοινωνικούς φορείς καθώς και τον εργαζόμενο που αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχίας της μεταρρύθμισης. Ο κ. Πολύζος ως πρώην γραμματέας του Υπουργείου Υγείας θεωρεί πως οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια δεν μπορούσαν να έχουν επιτυχία χωρίς την κινητοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα (Πολύζος κ.α 2004).

Στην πολυπλοκότητα της διαδικασίας της θεσμικής αλλαγής στα πρώτα στάδια απαιτείται η δέσμευση των εμπλεκόμενων, για να γίνει αντιληπτό το όραμα της αλλαγής. Παρόλο που η διαδικασία έχει σημαντικά πλεονεκτήματα, εντούτοις ενέχει τον κίνδυνο και να ανατραπεί πλήρως. Αυτό μπορεί να συμβεί αν δεν έχουμε σαφή προσδιορισμό του προβλήματος και των αποτελεσμάτων που αναμένονται να επιφέρει η αλλαγή. Είναι κατανοητό ότι *«αν το αντικείμενο του προβλήματος διατυπωθεί εσφαλμένα οι εναλλακτικές προτάσεις και η ανάλυση τους θα αφορούν ένα λάθος πρόβλημα»*(Montana and Charnov 2000:393).

Αυτό θα αποτραπεί, εάν γίνει από την αρχή σαφές ότι το ξεκάθαρο όραμα της αλλαγής, υπηρετεί της βασικές αρχές της υγείας και απλοποιεί την λειτουργία του οργανισμού.

3.3.9 Ικανότητα για αλλαγή

Με τον όρο «ικανότητα», περιγράφεται η διαθεσιμότητα των απαιτούμενων πόρων για την εφαρμογή της αλλαγής, δηλαδή χρόνου, χρήματος, υλικών και ανθρώπινων πόρων. Είναι ξεκάθαρο πως σε κάθε μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα εάν δεν διασφαλιστούν οι

απαιτούμενοι πόροι, τότε κινδυνεύει η μεταρρύθμιση να είναι ημιτελείς. Είναι σημαντικό να αποσαφηνιστούν τα βασικά στοιχεία για τους πόρους που απαιτούνται καθώς η εξασφάλιση τους, ενδυναμώνει την πεποίθηση για την υποστήριξη της αλλαγής. Με την θεσμική αξιοπιστία και τις δημοσιονομικές εγγυήσεις, δημιουργούνται κατάλληλες συνθήκες αποδοχής των μεταρρυθμιστικών ενεργειών από τους εμπλεκόμενους.

Αρκετές φορές ο σχεδιασμός μιας μεταρρύθμισης, υπερεκτιμά τους διαθέσιμους πόρους με αποτέλεσμα η προώθηση των μεταρρυθμίσεων να είναι εξαιρετικά δυσχερής. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι αποκλίσεις σε θέματα πόρων και κόστους προκαλούν προβλήματα *«ποιότητας ή χρονικού προγραμματισμού ή παράγουν ένα απαράδεκτο επίπεδο κινδύνου στο έργο μελλοντικά»* (Εμίρης 2006:238).

Η σημερινή ύφεση στην οποία έχει βυθιστεί η ελληνική οικονομία, έχει ως συνέπεια οι μεταρρυθμίσεις να δίνουν έμφαση στο περιορισμό των δαπανών και πολλές φορές οι διοικήσεις δεν διαθέτουν τους κατάλληλους πόρους για τις ποιοτικές αλλαγές. Παρόλα αυτά το γεγονός ότι προ κρίσης ακόμα και όταν υπήρχαν ευνοϊκές συνθήκες με διαθέσιμους πόρους υπήρχε αδυναμία στην προώθηση των μεταρρυθμίσεων, σημαίνει αδυναμία του πολιτικού συστήματος να ενημερώσει και να πείσει το κοινωνικό σύνολο και τους υγειονομικούς φορείς για την ανάγκη μεταρρυθμίσεων.

Ωστόσο όσοι εμπλέκονται στην υγεία διαθέτουν εμπειρία και άποψη, για πρακτικές που μπορούν να εφαρμοστούν για την προώθηση της μεταρρύθμισης. Η απόπειρα προσαρμογής του διοικητικού συστήματος στα νέα δεδομένα που θέλει περιορισμό των ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ανεύρεση μηχανισμών υποστήριξης των αλλαγών ,αξιοποιώντας τον ανθρώπινο παράγοντα και την διοικητική εμπειρία του (Πολύζος 2014:123).

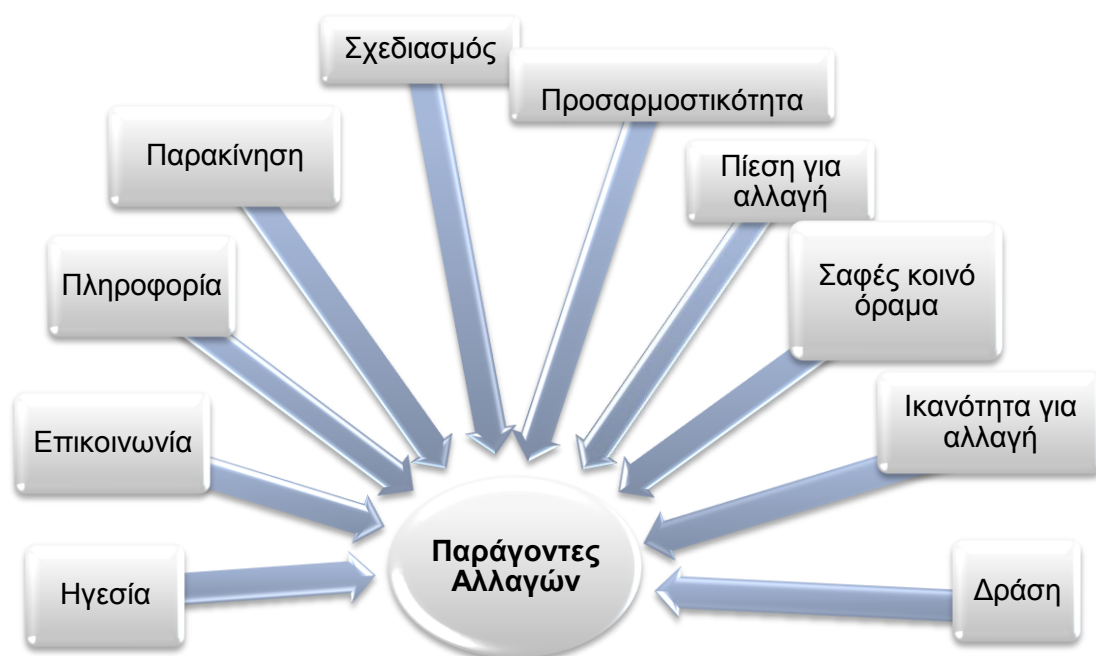
3.3.10 Δράση

Εξασφαλίζοντας τους ανωτέρω παράγοντες και ανεξαρτήτως της αφορμής που προκάλεσε την ανάγκη για αλλαγή, η μεταρρυθμιστική δυνατότητα πρέπει να διαχειριστεί το περιβάλλον της αλλαγής και να συντάξει τεχνικές εκτέλεσης της αλλαγής. Ο ρόλος της διοίκησης σε κεντρικό επίπεδο, είναι να δημιουργήσει το κατάλληλο περιβάλλον για την αλλαγή, να αναλύσει το γενικό πλαίσιο της αλλαγής και κυρίως να την εφαρμόσει. Η σημασία του ανθρώπινου παράγοντα φαίνεται κυρίως σε

αυτό το στάδιο με την εφαρμογή των νέων διαδικασιών (Πολύζος κ.α 2014). Το αρχικό όραμα θα πρέπει να εξειδικευτεί σε λειτουργικά μετρίσιμα προγράμματα δράσης. Ο σχεδιασμός των δραστηριοτήτων θα περιλαμβάνει τους σκοπούς, τις πολιτικές και τους πόρους που πρέπει να χρειαστούν, ενώ ο λειτουργικός σχεδιασμός θα ασχολείται με την επίλυση των προβλημάτων που αναφέρονται στη πορεία της υλοποίησης του στρατηγικού σχεδιασμού. Η σημασία της στρατηγικής ικανότητας σχεδιασμού είναι τόσο απαραίτητη, όσο και η ικανότητα του λειτουργικού σχεδιασμού να επιλύει τις δυσκολίες και προκλήσεις που επιφέρει η αλλαγή. Αρωγός σε αυτή την προσπάθεια είναι ο έλεγχος που αποτελεί τον τελευταίο κρίκο στη λειτουργική αλυσίδα του σχεδιασμού. Η σπουδαιότητα του, συνίσταται στη διασφάλιση ότι οι δραστηριότητες του οργανισμού πραγματοποιούνται σύμφωνα με τη σχεδιασμένη αλλαγή. Παρακολουθεί και αξιολογεί τις δράσεις και σημειώνει τις σημαντικές αποκλίσεις για να γίνουν οι διορθωτικές ενέργειες. (Σαρμανιώτης 2011).

Ακολουθεί η σχεδιαστική απεικόνιση των παραγόντων (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Παράγοντες αλλαγών



3.4 Οι ομάδες έργου

Οι ομάδες έργου έχουν κύριο σκοπό να συμβάλλουν στην προώθηση της διαδικασίας της αλλαγής. Κυρίως είναι επιφορτισμένες για την ανάπτυξη των διαδικασιών, την αντιμετώπιση δυσχερειών και παρακολούθηση των αλλαγών.

Καθοριστικός παράγοντας είναι τα άτομα που στελεχώνουν τις ομάδες έργου να επιλεγούν προσεκτικά. Ειδικότερα η στελέχωση των ομάδων έργου, θα πρέπει να εξισορροπεί την αναλογική εκπροσώπηση των κλάδων με άτομα που θα έχουν διοικητική και τεχνική κατάρτιση(Πολύζος κ.α 2014).

Οι ομάδες έργου απαιτούνται για οποιαδήποτε σχεδιασμένη δράση και είναι οι εξής:

1) *Ομάδα διεργασιών εκκίνησης.*

Έχει ως κύριο σκοπό να διευκολύνει την τυπική εκκίνηση του έργου. Έργο της είναι να καταγράφει τις επιχειρηματικές ανάγκες και απαιτήσεις του οργανισμού καθώς και των στόχων της αλλαγής. Σε αυτό το στάδιο η εμπλοκή διάφορων εταίρων βελτιώνει τις πιθανότητες αποδοχής των παραδοτέων.

2) *Ομάδα διεργασιών σχεδιασμού και προγραμματισμού.*

Καθορίζει τους τελικούς στόχους, αποσαφηνίζει το σχέδιο διοίκησης έργου και σχεδιάζει τις δράσεις εμπλέκοντας όλους τους κατάλληλους συμμετόχους.

3) *Ομάδα διεργασιών εκτέλεσης.*

Ενσωματώνει το ανθρώπινο δυναμικό ώστε να εκπονηθεί το σχέδιο έργου. Προσδιορίζει ποιες διαδικασίες είναι απαραίτητες και προτείνει αναγκαίες τροποποιήσεις .

4) *Ομάδα διεργασιών παρακολούθησης και ελέγχου.*

Παρακολουθεί την πρόοδο της αλλαγής προκειμένου να αναγνωρισθούν προβλήματα και να ληφθούν διορθωτικές ενέργειες στην εκτέλεση του έργου. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει αναφορές κατάστασης, μετρήσεις προόδου και προβλέψεις με αντίστοιχη εμπλοκή του ανθρώπινου παράγοντα

5) *Ομάδα διεργασιών κλεισίματος .*

Εκτελεί τις διεργασίες για τον τερματισμό και ολοκλήρωση της αλλαγής(Εμίρης 2006).

3.5 Στρατηγικός σχεδιασμός

Στην επιστημονική κοινότητα η ανάγκη στρατηγικού σχεδιασμού –προγραμματισμού αποτελεί την πρώτη λειτουργία της διοίκησης και αποτελεί τη διαδικασία προσδιορισμού των στόχων και των μέσων επίτευξης (Montana and Charnov 2000).

Στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ο σχεδιασμός -προγραμματισμός κάθε μονάδας υγείας εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού σχεδιασμού του υπουργείου, και είναι εναρμονισμένος με τους τρεις αλληλοσχετιζόμενους σκοπούς, που είναι, η προαγωγή υγείας του πληθυσμού, η πρόληψη της ασθένειας, και η αποκατάσταση της υγείας.

Ουσιώδης παράγοντας μεταρρυθμιστικών αλλαγών δεν αναδεικνύεται μόνο η στρατηγική σκέψη αλλά και η ικανότητα εφαρμογής της μέσω ενός υλοποιήσιμου ρεαλιστικού στρατηγικού σχεδίου. Αν η στρατηγική περιλαμβάνει τις ενέργειες για την μακροχρόνια επίδοση του οργανισμού, ο στρατηγικός σχεδιασμός ως υποσύνολο της στρατηγικής σκέψης ακολουθεί προκαθορισμένες διαδικασίες και προσπαθεί να βελτιώσει τον τρόπο που ο οργανισμός ανταποκρίνεται στις αλλαγές του περιβάλλοντος. Συνεπώς ο στρατηγικός σχεδιασμός δεν μπορεί να είναι επιτυχημένος αν δεν μπορεί να υποστηρίζεται από μία υγιή στρατηγική σκέψη (Παπαδάκης 2012).

Το χάσμα που μπορεί να υπάρξει ανάμεσα στο στρατηγική σκέψη και στο σχεδιασμό δεν εξαντλείται στην αδυναμία της διοικητικής υλοποίησης, αλλά συνδέεται με τα ευρύτερα κοινωνικά, οικονομικά, πολιτικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας. Οι οποιεσδήποτε στρεβλώσεις και συγκρούσεις εμφανίζονται κατά την διαδικασία του σχεδιασμού, προέρχονται από διαφορετικές αντιλήψεις και αλληλοσυγκρουόμενους στόχους και από μη αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας (Σαρμανιώτης 2011:147). Χωρίς στρατηγική το ίδιο ερέθισμα για αλλαγή θα μπορούσε να εκλαμβάνεται από κάποιους ως ευκαιρία και από άλλους ως απειλή. Αυτή είναι που εξασφαλίζει ότι όλες οι αποφάσεις παίρνονται προς την ίδια συγκεκριμένη κατεύθυνση και δεν αντιμάχονται ή μία την άλλη (Παπαδάκης 2012). Κατά συνέπεια η "καλή" στρατηγική απαιτεί τρία πράγματα:

- Μία σωστή διάγνωση
- Κατευθυντήρια πολιτική
- Συνεκτικές δράσεις (Wauters 2017)

Από την άλλη πλευρά, παρόλο που ο σχεδιασμός είναι απαραίτητος για την αποτελεσματική διοίκηση, φαίνεται πως η σημασία του δεν έχει κατανοηθεί από την διοικήσεις και τα στελέχη των νοσοκομείων. Αρκετές φορές αγνοείται η βαθύτερη κατανόηση του ως συστηματική, οργανωμένη λειτουργία. Ένα μεγάλο μέρος προβλημάτων και δυσλειτουργιών που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία δεν θα υπήρχε αν λειτουργούσε ένας καλός σχεδιασμός δραστηριοτήτων και της ανάπτυξης του(Δικαίος κ.α 1999). Αυτή η περιορισμένη ικανότητα στρατηγικού σχεδιασμού, συντελεί, στην απώθηση των μεταρρυθμίσεων. Αντιθέτως, η προϋπαρξη ενός καλά προετοιμασμένου στρατηγικού σχεδίου δράσης στηριζόμενο σε υγιή στρατηγική σκέψη, χρησιμοποιείται για τη συλλογική δράση της προώθησης της αλλαγής. Αποτελεί την κύρια γραμμή πλεύσης και εξασφαλίζει την ομοιομορφία των αποφάσεων που λαμβάνονται. Μέσα από αυτή τη διαδικασία διασφαλίζεται η θεσμική θωράκιση της κάθε αλλαγής και μειώνει την αβεβαιότητα καθώς οριοθετείται η στοχοθεσία του οργανισμού.

Κάθε σχεδιασμός(Πίνακας 4) περιλαμβάνει το στρατηγικό σχέδιο, που περιέχει τους μακροπρόθεσμους στόχους σε βάθος χρόνου έως μία πενταετία και το επιχειρησιακό σχέδιο που ειδικεύει τους βασικούς στόχους και συμπεριλαμβάνει σχέδια δράσης για κάθε ένα τομέα και για κάθε χρόνο ξεχωριστά. Η στρατηγική κάθε νοσοκομείου ως αναπόσπαστο «λειτουργικό κομμάτι» του ευρύτερου σχεδιασμού του υπουργείου αλλά και της Υγειονομικής Περιφέρειας στην οποία ανήκει, πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά :

1. Να ακολουθεί τις γενικές αλλά και ειδικές επιλογές του «Επιχειρησιακού Σχεδίου» της Υγειονομικής Περιφερειακής Στρατηγικής.
2. Να προσδιορίζει το χρονικό ορίζοντα .
3. Να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι της υγειονομικής μονάδας με τους σκοπούς και στόχους του υγειονομικού περιφερειακού σχεδιασμού .
4. Ο σχεδιασμός της υγειονομικής μονάδας να εντάσσεται στο πλαίσιο της πολιτικής που ακολουθεί το Υπουργείο Υγείας (Σισσούρας κ.α 2002).

Στο πλαίσιο αυτό η επιτυχή υλοποίηση του σχεδιασμού προϋποθέτει:

- 1) Να έχουν διατυπωθεί με σαφήνεια οι προβλέψεις για το μέλλον.
- 2) Να υπάρχει συγκεκριμένο πρόγραμμα δράσης.

- 3) Να έχουν τεθεί μετρήσιμοι και ρεαλιστικοί στόχοι.
- 4) Να υπάρχει αποδοχή και εμπλοκή του ανθρώπινου δυναμικού.
- 5) Πρόβλεψη του κοινωνικού ,οικονομικού και ποιοτικού αποτελέσματος.
- 6) Πρόβλεψη ενός έγκυρου συστήματος ελέγχου.
- 7) Να προβλεφθεί το οικονομικό και ποιοτικό αποτέλεσμα (Πολύζος 2014).

Η ως άνω διαπίστωση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι δραστικές μεταρρυθμίσεις συνδέονται με την πολιτική της υγειονομικής περιφέρειας. Επιπρόσθετα, αναγκαίο είναι η χάραξη του στρατηγικού σχεδιασμού του νοσοκομείου να συμπεριλάβει και τα εξής:

Ανάλυση Εσωτερικού Περιβάλλοντος που αφορά:

- *Λειτουργίες:* Υπηρεσιών.
- *Πόρους :* Οικονομικοί ,Τεχνικοί ,Ανθρώπινοι.
- *Συστήματα:* Συστήματα μηχανογράφησης, Επικοινωνίας, Ελέγχου, Ποιότητας, Δομής κ.α.

Ανάλυση Εξωτερικού Περιβάλλοντος :

- επιδημιολογικοί παράγοντες
- πολιτικοί
- οικονομικοί
- κοινωνικοί
- τεχνολογικοί
- φορείς

Αξιολόγηση Λειτουργίας του νοσοκομείου:

Η ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου , των πόρων και των δυνατοτήτων, των ισχυρών και αδύνατων σημείων, των ευκαιριών και των απειλών.

Είναι ξεκάθαρο πως η ανάλυση στους παραπάνω τομείς είναι στην ουσία η απάντηση σε μια «ενδοσκόπηση» που παρέχει διαυγή εικόνα για τη μελλοντική πορεία του οργανισμού. Επί της ουσίας, η αξιολόγηση είναι η εξέταση του βαθμού επίτευξης των αρχικών τεθέντων στόχων σε σχέση και με τον τρόπο επίτευξης αυτών. Ο προσδιορισμός της ξεχωριστής ικανότητας της υγειονομικής μονάδας καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα,

αποτελούν σημαντικό στοιχείο για τον σχεδιασμό της βελτιωτικής λειτουργίας του (Καθαράκης 2012). Κυρίως όμως θα πρέπει να υπογραμμιστεί, ότι όσο χρήσιμη και αναγκαία είναι η στρατηγική, άλλο τόσο επικίνδυνη μπορεί να υπάρξει εάν δεν έχουν διατυπωθεί με σαφήνεια οι προβλέψεις για το μέλλον, και δεν συνδέεται με την πραγματικότητα που προσπαθεί να μεταβάλει.

Συνεπώς, ο προσδιορισμός των βημάτων που θα πρέπει να ακολουθηθούν κατά την ανάπτυξη του υγειονομικού σχεδιασμού προγραμματισμού πρέπει να είναι τα εξής :

- 1) Αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης.
- 2) Σύλλογή επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων.
- 3) Σχεδιασμός υγειονομικού προγράμματος.
- 4) Εκπόνηση τεχνοοικονομικής μελέτης.
- 5) Εφαρμογή σχεδιασμού προγραμματισμού .
- 6) Αξιολόγηση σχεδιασμού (Αλεξιάδης κ.α 1999).

3.6 Επιχειρησιακό Σχέδιο

Κάθε νοσοκομειακή μονάδα καταρτίζει στρατηγικό σχέδιο στο πλαίσιο της περιφερειακής και εθνικής πολιτικής για την υγεία αλλά και Επιχειρησιακό Σχέδιο όπου εξειδικεύονται οι στόχοι του στρατηγικού σχεδίου και προσδιορίζεται η χρονική ανάπτυξη, οι δράσεις, οι πόροι, το κόστος, ο τρόπος παρακολούθησης και πραγματοποίησής του.

Ειδικότερα το κάθε επιχειρησιακό σχέδιο δράσης θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- 1) Περιγραφή των στόχων.
- 2) Χρονικό προσδιορισμό για την πραγματοποίησή τους.
- 3) Ενέργειες για κάθε συγκεκριμένο στόχο.
- 4) Αποτίμηση του κόστους πραγματοποίησης των στόχων.
- 5) Καθορισμό εσωτερικών διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου της πραγματοποίησης των στόχων προκειμένου να διαπιστωθούν παρεκκλίσεις (Σισσούρας κ.α 2002).

Η πεμπουσία της δράσης του επιχειρησιακού σχεδίου είναι ότι χαρτογράφει και σχεδιάζει τη διαδικασία, βήμα προς βήμα και αποτελεί τον οδηγό για την παρακολούθηση, καθοδήγηση, διευκόλυνση και αξιολόγηση της διαδικασίας. Η αξιολόγηση ως διαδικασία για την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών λειτουργεί ενισχυτικά ως προς τη δέσμευση των υπαλλήλων απέναντι στην στοχοθεσία της αλλαγής. Η ακριβής μέτρηση μέσω δεδομένων καθώς και η επικέντρωση στους δείκτες που αντικατοπτρίζουν τους στόχους της αλλαγής κατανοείται ως άμεση και προσωπική ευθύνη για την επιτυχία του στρατηγικού σχεδιασμού. Μέσα από την διαδικασία αυτή αναδεικνύονται αφενός αδυναμίες και αστοχίες στην σχεδίαση, αφετέρου η πραγματική οργανωτική ετοιμότητα για αλλαγή. Παρόλα αυτά, ο καθορισμός των στόχων και των κριτηρίων αξιολόγησης προϋποθέτει την πολύ καλή γνώση των δυνατοτήτων των οργανωτικών δομών και της επιχειρησιακής ικανότητας του ανθρώπινου παράγοντα. Αυτή η γνώση περιλαμβάνει πεποιθήσεις, στάσεις, συμπεριφορές, ικανότητες καθώς και την ετοιμότητα των μελών του οργανισμού. Επομένως, η ετοιμότητα για αλλαγή γίνεται αντιληπτή ως ευρεία δομή του επιχειρησιακού σχεδιασμού και διακρίνεται σύμφωνα με την M. Vakola στην:

Ατομική ετοιμότητα

Έχει να κάνει με την προθυμία και ικανότητα του υπαλλήλου να υποστηρίξει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης. Η απόφαση του να αναλάβει ένα συγκεκριμένο ρόλο σε μια διαδικασία, εξαρτάται από την εμπιστοσύνη που έχει στην ηγεσία, την οργανωτική του δέσμευση, την αυτοεκτίμηση, την ενημέρωση του για τον αντίκτυπο των αλλαγών και τις εμπειρίες του από προηγούμενα προγράμματα διοικητικών μεταβολών.

Ομαδική ετοιμότητα αλλαγής

Η ετοιμότητα αλλαγής ομάδας βασίζεται σε συλλογικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις ότι:

- 1) Απαιτείται η αλλαγή.
- 2) Ο οργανισμός έχει την ικανότητα να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την αλλαγή.
- 3) Η ομάδα θα επωφεληθεί από τα αποτελέσματα της αλλαγής.
- 4) Η ομάδα έχει την ικανότητα αντιμετώπισης των απαιτήσεων αλλαγής.

Η ομαδική ετοιμότητα ως διαδικασία προϋποθέτει την εμπλοκή των μελών στην κατανόηση της ανάγκης της επιχειρησιακής αλλαγής και την εμπλοκή τους στις φάσεις σχεδιασμού και υλοποίησης. Το ζήτημα που ανακύπτει, είναι να κατανοηθεί από τα μέλη του οργανισμού, κατά πόσο το επιχειρησιακό σχέδιο αλλαγής είναι ρεαλιστικό, εφαρμόσιμο και λειτουργικό. Αυτό αποτελεί το κύριο έργο της ηγεσίας όπου η έμπνευση και η ενορχήστρωση των αλλαγών θα πρέπει να συνδυαστεί με την ενημέρωση και την ετοιμότητα των μελών του οργανισμού.

Οργανωτική ετοιμότητα για αλλαγή

Η οργανωτική ετοιμότητα αναφέρεται στους υπάρχοντες μηχανισμούς, διαδικασίες και πολιτικές που μπορούν να ενθαρρύνουν ή να διαταράξουν την αλλαγή. Είναι η ετοιμότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού για την αποδοχή και υποστήριξη της αλλαγής. Συνδέεται με την αντίληψη που απολαμβάνει το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα από μέρους εκείνων που επηρεάζονται καθώς και με τις εσωτερικές δομές και λειτουργίες.

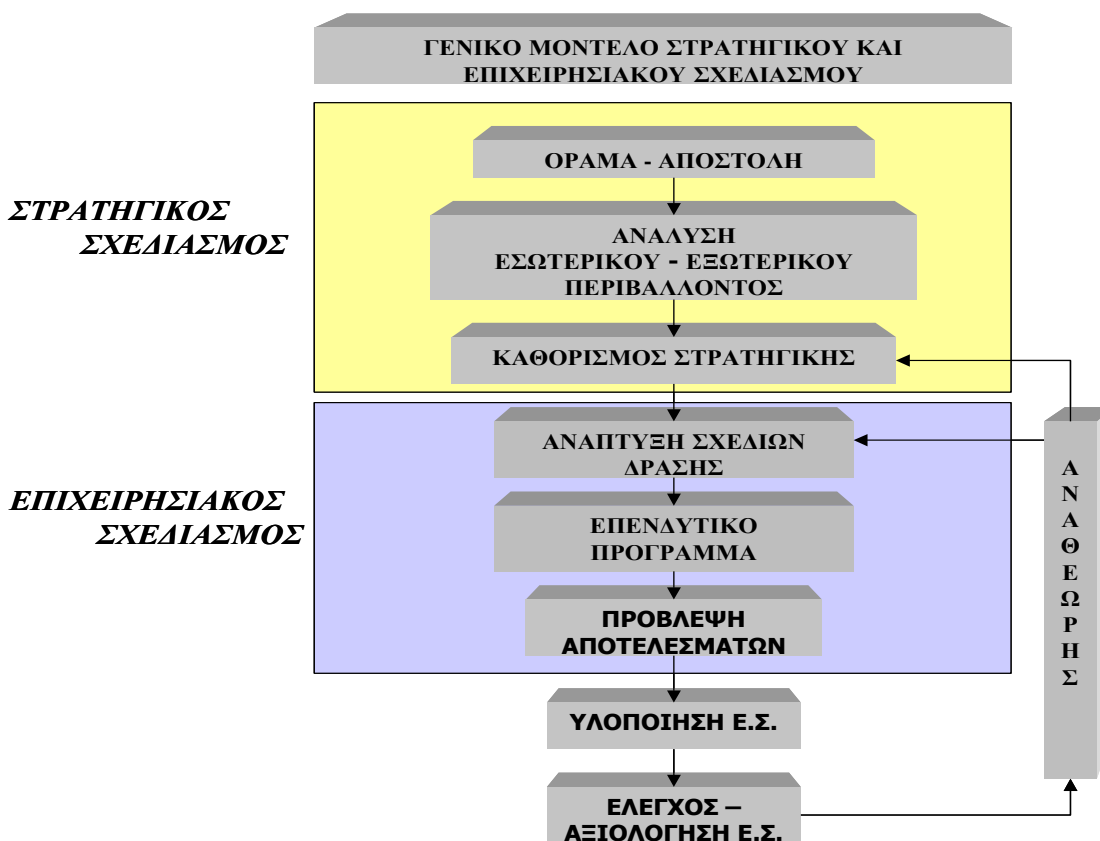
Επομένως, ο βαθμός δεκτικότητας της αλλαγής συνδέεται με την ατομική και ομαδική ετοιμότητα του ανθρώπινου παράγοντα και την οργανωτική ετοιμότητα του οργανισμού. Η ετοιμότητα πρέπει να αντιληφθεί και να «επενδυθεί» ως μια σταθερή

κατάσταση, η οποία θεωρείται ως βασική ικανότητα του οργανισμού να υλοποιεί τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης, και να αντιμετωπίζει τις συνεχείς μεταβολές των δομών του (Vakola 2013).

Αντί, λοιπόν ο σχεδιασμός να εξαντλείται στο δεσμευτικό, ιεραρχικό και ορθολογικό προγραμματισμό θα πρέπει να οικοδομεί ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης, ευελιξίας και συνεργασίας. Συνέπεια είναι, να δημιουργούνται οργανισμοί με καλύτερες δομές, διαύλους επικοινωνίας και μεγαλύτερης δεκτικότητας για καινοτόμες δράσεις. Το πλεονέκτημα της ετοιμότητας σε συνδυασμό με την χρονική αναγκαιότητα της αλλαγής αποτελούν δύο βασικές προϋποθέσεις τις επιτυχίας του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης.

Στο πίνακα (4) που ακολουθεί, παρουσιάζεται το γενικό πλαίσιο του στρατηγικού και - επιχειρησιακού σχεδιασμού των μονάδων υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Πλαίσιο Στρατηγικού - Επιχειρησιακού Σχεδιασμού



Πηγή: Υπουργείο υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

Οι τρεις φάσεις της μεταρρύθμισης σε διασυνδεδεμένο νοσοκομείο

4.1Η πρώτη φάση της αλλαγής «η ανάγκη για προετοιμασία»

Η διασπορά των νοσοκομείων που δεν ήταν προϊόν στρατηγικού σχεδιασμού, καθιστά αναγκαία τη συνέχιση της μεταρρύθμισης και την μη περαιτέρω αναβολή της νομοθέτησης μέτρων για την ουσιαστική αναδιάταξη των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων. Η καθυστέρηση της αντιμετώπισης των αγκυλώσεων της διαδικασίας ενοποίησης των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων δημιούργησε την ανάγκη αναζήτησης ενός νέου μοντέλου λειτουργίας τους.

Ο κ Μανιτάκης ως πρώην Υπουργός διοικητικής μεταρρύθμισης αναφέρει με βάση την εμπειρία του, ότι *«ως προαπαιτούμενη ενέργεια κάθε μεταρρύθμισης την αντιστροφή της φοράς των μεταρρυθμιστικών δράσεων με την πρόταξη της διοικητικής και τεχνοκρατικής προεργασίας ή και δοκιμασίας κάθε μεταρρυθμιστικής δράσης πριν από κάθε νομοθετικό σχεδιασμό. Πρέπει να προηγηθεί η διοικητική προεργασία και πρακτική και μετά, στο τέλος ως επιστέγασμα να ακολουθήσει ή νομοθέτηση.»* (Μανιτάκης 2015:1).

Είναι επομένως φανερό, ότι ένας σοβαρός λόγος της δραματικής καθυστέρησης στη συνέχιση της ενοποίησης των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων, οφείλεται στην αντίληψη *«τα πάντα μπορεί να γίνουν αρκεί να υπάρχει η πολιτική βούληση»*. Αυτή η αντίληψη που από την μεταπολίτευση έως σήμερα έχει εγκατασταθεί ως κοινωνική μνήμη για τις αλλαγές στην δημόσια διοίκηση, έχει αποτέλεσμα αρκετές φορές να αγνοείται η σημασία της πλημμελής προετοιμασίας και να απουσιάζει κάθε είδους αξιολόγησης και τεχνοκρατικής μελέτης.

Μια εξίσου σημαντική αδυναμία, είναι ότι το πολιτικό σύστημα αδυνατεί να ενημερώσει και να πείσει το κοινωνικό σύνολο για την ανάγκη των ενοποιήσεων, διαμορφώνοντας παράλληλα ένα συγκροτημένο, ρεαλιστικό και υλοποιήσιμο πρόγραμμα. Επιπλέον όλα τα προηγούμενα δημιουργούν και μια άλλη δυσμενή συνέπεια: εντείνουν το κλίμα της αβεβαιότητας, της διοικητικής ακινησίας και της έντονης αντίδρασης σε κάθε αλλαγή.

Για τους λόγους αυτούς, « στο χώρο της υγείας βιώνουμε μία μεγάλη αντίφαση. Από τη μια μεριά έχουμε δημιουργήσει ένα σχετικά επαρκέστατο δίκτυο υποδομών υγείας από την άλλη μεριά, υπάρχει πλήρης αδυναμία οριστικοποίησης ενός μοντέλου διοίκησης – οργάνωσης – λειτουργίας του δημοσίου τομέα υγείας, τόσο σε κεντρικό όσο και περιφερειακό επίπεδο»(Νεκταρίου 2016:3).Την ίδια αντίληψη ακολούθησε και η εισαγωγή της βιοιατρικής τεχνολογίας η οποία ήταν ανεξέλεγκτη, χωρίς να υπακούει σε κάποια διαδικασία διερεύνησης των αναγκών, ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας(Οικονόμου 2012:76).

Η ιδέα ή αντίληψη της αλλαγής «που αναφέρεται μερικές φορές σαν αντιληπτή ανάγκη» (Montana and Charnov 2000: 381)έχει δείξει πως η μεταρρύθμιση από την φύση της συνδέεται με την αμφισβήτηση και την μεταβλητότητα, ωστόσο η καθυστέρηση και διστακτικότητα, είναι συνέπεια έλλειψης τεκμηριωμένου «λόγου».

Το ίδιο το Υπουργείο Υγείας με μία διάθεση αυτοκριτικής, στην έκθεση του για την εθνική στρατηγική 2014-2020 αναφέρεται στην έλλειψη κουλτούρας που έχουν οι υπηρεσίες του και οι φορείς υγείας για λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων (Υ.Υ.Κ.Α 2014:20). Η υποτίμηση της τεχνολογικής προεργασίας αποδυναμώνει κάθε θεσμική αλλαγή από την δυνατότητα κατανόησης της. Ως εκ τούτου, προϋπόθεση για κάθε πρόταση νόμου η οποία αφορά την ενοποίηση στα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, είναι η αρτιότητα της τεχνολογικής προετοιμασίας και η σύνδεση της με την κοινωνική πραγματικότητα.

Συνεπώς η οποιαδήποτε εξαγγελία για την ενοποίηση νοσοκομειακών μονάδων δεν εξασφαλίζει την επιτυχία, καθότι ο ουσιώδης παράγοντας για την προώθησή της οφείλεται στην αρτιότητα της προεργασίας και προετοιμασίας. Επιπλέον είναι πιο εύκολο να ασχολούμαστε μόνο «με τους νέους και καινοτόμους στόχους και να αγνοούμε τις τακτικές ευθύνης και την υποχρέωση να τους εκτελέσουμε ικανοποιητικά» (Montana and Charnov 2000: 173).

Μέσα από αυτή τη διάσταση, η πρόταση του Υπουργείου Υγείας για την συγχώνευση υγειονομικών μονάδων δεν πρέπει να κατανοηθεί ως μια ανάλογη πολιτική ρητορική εξαγγελία του παρελθόντος, αλλά ως ένας εφαρμόσιμος λειτουργικός οδικός χάρτης ενοποιήσεων. Μέσω των γνώσεων που έχει αποκομίσει το υπουργείο από την συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων, από τις δυσλειτουργίες των διασυνδεδεμένων νοσοκομειακών μονάδων, από δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης των νοσοκομειακών

δομών, το περιεχόμενο του στρατηγικού σχεδιασμού δεν μπορεί να εξαντλείται σε μια ιεραρχική δεσμευτική γενική εξαγγελία αλλά σε ανάπτυξη ρεαλιστικής μεθοδολογίας. Εξάλλου αυτό που θεωρείται αποτέλεσμα για το υπουργείο (η ενοποίηση υπηρεσιών) αποτελεί δραστηριότητα για την υγειονομική μονάδα (σχέδιο δράσης). Γιαυτό όταν ο στόχος δεν είναι ρεαλιστικός δίνεται λάθος μήνυμα στη διοίκηση του φορέα (Montana and Charnov 2000) και ρεαλιστικός στόχος σημαίνει « να αποτυπωθεί το επίπεδο αλλαγής που περιγράφεται και πως αυτό μπορεί να επιτευχθεί»(ΥΕΔΑ 2016:3).

Παράλληλα, οποιοσδήποτε νέος τρόπος λειτουργίας υιοθετηθεί πρέπει να θωρακιστεί με θεσμικό πλαίσιο κανόνων και διαδικασιών. Μέσα από αυτή την οπτική μπορεί να προσεγγιστεί οποιαδήποτε πρόταση για το μέλλον των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων καθώς όλοι θα γνωρίζουν τους βασικούς άξονες ανάπτυξης. Επιπλέον και σε συνέχεια του πρώτου σχεδιασμού για την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ (Σχέδιο ανασυγκρότησης του ΕΣΥ 2011) ο επιτελικός, εποπτικός ρόλος του υπουργείου δεν θα κατανοείται ως ιεραρχικός ρυθμιστικός έλεγχος, αλλά ως ο θεσμικός παράγοντας της ενίσχυσης των σχετικών μηχανισμών και θεσμών για την βελτιστοποίηση των διαδικασιών του εγχειρήματος των ενοποιήσεων. Για το λόγο αυτό καθίστανται σαφές πως ο σχεδιασμός συνδέεται με επιλογές, όπως η επιλογή των επιθυμητών στόχων και προτεραιοτήτων που αποσκοπεί στην κατανομή των σπάνιων πόρων ανά γεωγραφική περιφέρεια (Τούντας 2006:74).

Οποιαδήποτε ασαφής πληροφόρηση για την βιωσιμότητα του συστήματος, καθώς και η άγνοια των υγειονομικών αναγκών ανά γεωγραφική περιφέρεια, αρκετές φορές οδηγεί τους τοπικούς παράγοντες σε ένα παραλογισμό να διατηρηθεί η υφιστάμενη κατάσταση. Η αναγκαιότητα της ενοποίησης θα κατανοηθεί όταν το άγχος της επιβίωσης - την τρομερή συνειδητοποίηση ότι πρέπει να αλλάξουμε για να επιβιώσουμε- είναι μεγαλύτερο από το άγχος της μάθησης -κατανόηση της απειλής ότι θα πρέπει να χωριστούμε από τις παλιές συνήθειες (Schein 2002).

Αν προσθέσει κανείς και τις πολλαπλές απαιτήσεις για πρόσθετες υγειονομικές παροχές, η ενημέρωση για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων θεωρείται επιτακτική και αναγκαία. Στα πλαίσια αυτά, οι προτεραιότητες σχετικά με το είδος και το μέγεθος υγειονομικών παροχών, πρέπει να έχουν συνάρτηση με τα επερχόμενα κόστη και τα αναμενόμενα οφέλη (Γείτονα 2004).

Οι πιο κρίσιμες μεταρρυθμίσεις στην υγεία, η συσσωρευμένη διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι συσχετίζονται με την επαναδιαμόρφωση των σπουδαιότερων δομικών χαρακτηριστικών του συστήματος σε εθνικό επίπεδο (Ματάκος 2012). Δεδομένου ότι ο σχεδιασμός και η χρηματοδότηση κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού σχεδιασμού, απαιτεί από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, αφενός να διευκρινίσουν πώς πρέπει να χρησιμοποιούνται τα νοσοκομεία και τι πρέπει να επιτυγχάνουν και αφετέρου να παρακολουθούν τα αποτελέσματα (McKee and Healy 2002(b)).

Ταυτόχρονα, επιβάλλεται σε κάθε πρόταση ενοποίησης να δοθεί έμφαση στους παράγοντες που θα ληφθούν υπόψη καθώς και στην διερεύνηση των επιπτώσεων που θα επιφέρει η αλλαγή στην διοίκηση, στην κλινική διαχείριση, και στην καθημερινότητα του ασθενή. Αφενός η αποτελεσματικότητα μπορεί να είναι το κυρίαρχο κριτήριο στη διαδικασία συγχώνευσης και αφετέρου ο ευαίσθητος χαρακτήρας της υγείας απαιτεί από τους υπεύθυνους της χάραξης πολιτικής να εκτιμούν εξίσου το κριτήριο που είναι συνήθως αντιφατικό (προς την αποτελεσματικότητα) το δικαίωμα της πρόσβασης (Nikolentzos κ.α 2015).

Σχετική με αυτή την προσέγγιση είναι η άποψη του πρώην κοσμήτορα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. Ι. Κυριόπουλου, όπου αναφέρει πως η απόφαση για τη συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων δεν πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε οικονομικά μεγέθη και εκτιμήσεις. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως το οικονομικό κόστος μετακίνησης των ασθενών, το χρονικό κόστος μετακίνησης, και το φορτίο νοσηρότητας σε μία περιοχή. www.eleftheriaonline.gr/local/koinonia/item/8363-(πρόσβαση στις 21/9/2017). Συναφές είναι και οι απόψεις των καθηγητών πανεπιστημίου κ. Π. Τήνιου, Π.Ξένου, Μ.Νεκτάριου, Γ. Υφαντόπουλου, που αναφέρουν ότι «*οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να γίνονται με κύριο στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, καθότι βασικός παράγων επιτυχίας στις συνενώσεις δομών, είναι η επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού και οι συνθήκες εργασίας προκειμένου η νέα δομή να λειτουργεί με επιτυχία.*» [Huffpost http://www.huffingtonpost.gr/platon-thnios/_11649_b_16641584.html](http://www.huffingtonpost.gr/platon-thnios/_11649_b_16641584.html)(πρόσβαση στις 21/9/2017).

4.2 Δεύτερη φάση της αλλαγής «η ενημέρωση για την μεταρρύθμιση»

Παγκοσμίως προτείνονται διάφορα μοντέλα αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στο χώρο του νοσοκομείου. Ωστόσο αρκετές αλλαγές δεν έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτό οφείλεται στο ότι η γοητεία της μεταρρυθμιστικής εξαγγελίας δεν κατανοεί το περιβάλλον που λειτουργεί το νοσοκομείο χρονικά, χωρικά και κυρίως κοινωνικά. Κατά συνέπεια, το κεντρικό ερώτημα που πρέπει να τίθεται στους μεταρρυθμιστές δεν είναι τόσο η απουσία οράματος αλλαγής, όσο ο τρόπος μετατροπής του σε γόνιμη διαδικασία εφαρμογής.

Οι έννοιες της αλλαγής και της μεταρρύθμισης δεν ταυτίζονται απόλυτα. Στη μεν πρώτη περίπτωση, η μεταβολή γίνεται σε ένα τμήμα του οργανισμού καθότι έχουμε μικρής κλίμακας καινοτομίες που οριοθετούν νέες λειτουργίες της διοικητικής καθημερινότητας, ενώ στη δεύτερη περίπτωση παρατηρούνται ευρείας κλίμακας αλλαγές, που αγγίζουν τις δομές και τις λειτουργίες του συστήματος και συνήθως είναι προϊόντα κυβερνητικού σχεδιασμού.

Και στις δύο περιπτώσεις, ανταποκρινόμενη στα αιτήματα των καιρών, η υγειονομική μονάδα αναδιαμορφώνει τα δομικά χαρακτηριστικά της προσαρμοζόμενη στις απαιτήσεις του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβαλλοντός της. Υπό την έννοια αυτή, οι προτεινόμενες αλλαγές θα πρέπει να συνιστούν αναδιάρθρωση και όχι συρρίκνωση (Healy and McKee 2002).

Με αυτό τον τρόπο, μπορεί να κατανοηθεί και η συνέχιση της προσπάθειας στα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, αφού κάθε νέα πρόταση, καταργεί ή διορθώνει μια προηγούμενη ρύθμιση και με την εφαρμογή της δημιουργεί νέες ανάγκες αναδιάρθρωσης. Για αυτό και η διαπίστωση της ανάγκης για αλλαγή στα διασυνδεδεμένα, θα πρέπει να αποτελεί μια μόνιμη αναζήτηση για τη βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας, που εξαγγέλλεται σε πολιτική πρόταση, σε επίπεδο κυβερνητικής πολιτικής και διαμορφώνεται σε επιχειρησιακό σχέδιο, στο χώρο του νοσοκομείου.

Έντονος προβληματισμός δημιουργείται, όταν η εξαγγελία αντιμετωπίζεται ως μία αρκετά εύκολη υπόθεση που παίρνεται εσπευσμένα, χωρίς να υπάρχει η αντίστοιχη τεκμηρίωση και στήριξη με οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους. Μία ενδεικτική έρευνα που έγινε στην Αμερική σε 750 ενοποιημένα νοσοκομεία, διαπίστωσε ότι για

την εύρυθμη λειτουργία των συγχωνευμένων νοσοκομείων απαιτήθηκαν επιπλέον πόροι σε προσωπικό και επενδύσεις (Burill 2017).

Ένας επιπλέον παράγοντας προβληματισμού είναι ότι το σύστημα υγείας ως υποσύστημα του ευρύτερου κοινωνικο-οικονομικού συστήματος συγκροτείται από την ανάπτυξη των λειτουργικών σχέσεων των τριών αυτών υποσυστημάτων (Ρομπολής 1999:19). Το νοσοκομείο ως ανοιχτό σύστημα, δέχεται εξωτερικές κοινωνικο-οικονομικές επιδράσεις και επιρροές στη δομή και στη λειτουργία του (ΥΥΚΑ 2012(a)). Αυτό έχει να κάνει κυρίως με την φύση του αγαθού «της υγείας» που αφενός αποτελεί κοινωνικό αγαθό με αυξημένες τις προσδοκίες των χρηστών για ποιοτική υγεία, αφετέρου ορισμένα κοινωνικοοικονομικά συμφέροντα προσπαθούν να επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τις αποφάσεις του οργανισμού προς όφελος τους. Για το λόγο αυτό καθίσταται αναγκαίο η πρόταση των ενοποιήσεων να συνδέεται με την κοινωνική πραγματικότητα και το συγκεκριμένο χωροχρόνο.

Επομένως καθήκον της πολιτικής και διοικητικής ιεραρχίας -σε όποιο επίπεδο και αν βρίσκεται- είναι να επαληθεύσουν την ανάγκη για αλλαγή στα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία και να ενημερώνουν για την ποιοτική κατεύθυνση της αλλαγής. Το βάρος της απόδειξης πρέπει να είναι σε εκείνους που προτείνουν την ενοποίηση οι οποίοι πρέπει να ποσοτικοποιήσουν τα αναμενόμενα οφέλη και κόστη καθώς και να εξηγήσουν τη διαδικασία με την οποία τα οφέλη θα υλοποιηθούν στην πράξη (Posnett 2002:115).

Είναι προφανές ότι κεντρικός ρόλος του νοσοκομείου, είναι να προχωρήσει στην βελτίωση της κλινικής απόδοσης του προσωπικού και η πρόκληση των καιρών είναι να εκτιμηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και να αλλάξει προς το καλύτερο. (McKee and Healy 2002(a)). Γεγονός όμως, είναι ότι αρκετές φορές οι επιχειρούμενες αλλαγές δεν εξετάζουν τις σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ των στοιχείων που συνθέτουν. Αποτέλεσμα είναι το εξαγγελθέν πρόγραμμα αλλαγής να μην κατανοείται και να συναντά αντίσταση είτε ως έλλειψη στήριξης, είτε ως σιωπηλή αδράνεια (Μπουραντάς και Παπαλεξανδρή 2003).

Μία επιπλέον διαπίστωση, είναι ότι η πραγμάτωση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων κατανοείται ως δέσμευση δημοσιονομικής εξυγίανσης που έχει ως πιο κρίσιμη μεταβλητή τον ορθολογικό περιορισμό των δαπανών σε βάρος της ποιότητας των παροχών (Πετμεζίδου κ.α. 2015). Επιπλέον η διεθνής εμπειρία έχει δείξει πως σε

περίοδο οικονομικής αναταραχής, οι αυξανόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και ζήτησης έρχονται σε αντίθεση με την πολιτική εξοικονόμησης πόρων, επηρεάζοντας με αρνητικό πρόσημο την υγεία του πληθυσμού (Kondilis et al. 2013). Επιπρόσθετα το Υπουργείο υγείας αναλύοντας την σημερινή κατάσταση στο σύστημα υγείας διαπιστώνει ότι οι μειώσεις της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, υποβαθμίζουν την ποιότητα, περιορίζουν την πρόσβαση και υπονομεύουν την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (ΥΥΚΑ 2014). Όλα αυτά οδηγούν το κοινωνικό σύνολο, να βλέπει με καχυποψία την εξαγγελία για ενοποιήσεις νοσοκομείων και να θεωρεί πως οι δράσεις αυτές στοχεύουν στην δημοσιονομική προσαρμογή σε βάρος της ποιότητας.

Μια διαφορετική διάσταση που θα μπορούσε να δοθεί από την ηγεσία, είναι πως η οικονομική κρίση είναι μια ευκαιρία για μία μακροπρόθεσμη βιώσιμη αναδιάρθρωση του υγειονομικού χώρου (Κυριόπουλος και Τσιάντου 2010). Το εγχείρημα και η εφαρμογή της προγραμματισμένης αλλαγής, όχι μόνο θα πρέπει να κατανοηθεί από τους ηγέτες αλλά και από το κοινωνικό περίγυρο ως ρεαλιστικό όραμα που ξεπερνά τις προσδοκίες. Επιπλέον, η εμπειρία της μνημονικής περιόδου, απέδειξε ότι η αναβολή της συνέχισης των μεταρρυθμίσεων και η αδυναμία κατανόησης της μεταρρύθμισης ως επιβεβλημένης διαθρωτικής αλλαγής, θα έχει ως συνέπεια να εκδηλωθούν στο άμεσο μέλλον δράσεις που θα είναι πιο επώδυνες, βίαιες και κοινωνικά αδικίες (Ακαδημία Αθηνών 2002).

Ως εκ τούτου, η κοινωνική αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο νοσοκομείο και τους εξωτερικούς φορείς, πρέπει να περιλαμβάνει την χρονικά οριοθετημένη ενημέρωσή τους, για το ότι η αλλαγή είναι αναγκαία, απαραίτητη και χρονικά κατάλληλη.

Παράλληλα αυτή η προτεραιότητα της αλλαγής για την δημιουργία του υγειονομικού ενοποιημένου φορέα θα πρέπει να διοχετευτεί και στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Το περιβάλλον υποδοχής της αλλαγής, ως ο βασικός συντελεστής της υλοποίησης για την επιτυχημένη συνέχιση της, πρέπει «να γνωρίζει» τους όρους της εφαρμοσιμότητας της εξαγγελίας. Αυτό είναι που πρέπει να αλλάξει τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά του.

Εκ των ανωτέρω προκύπτει ότι κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα νοσοκομεία, ο υπεύθυνος χάραξης πολιτικής για την υγεία πρέπει να εμπλέξει ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερομένων (McKee and Healy 2002(b)).

Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι για να είναι μια πρωτοβουλία αλλαγής κατάλληλη, πρέπει να υπάρχουν αποδεικτικά κριτήρια που προσδιορίζουν την οργανωτική αποτελεσματικότητα της επιλογής (Armenakis et.al 2007). Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι πεπεισμένοι ότι η αλλαγή που εφαρμόζεται είναι κατάλληλη για το πλαίσιο της οργάνωσης του φορέα τους (Holt et.al 2007).

Προφανώς και η έγκυρη πληροφόρηση για την κατανόηση των λόγων που επιβάλλουν την αλλαγή, ενισχύουν την αντίληψή για την αξιοπιστία των μεταρρυθμιστικών ενεργειών (Armenakis et.al 1999) που μπορούν να προαχθούν με την επιστημονική τεκμηρίωση της αξιολόγησης μέσω δεικτών (Hollingsworth 2008).

Ωστόσο, η σημασία της ενημέρωσης του ανθρώπινου παράγοντα, για την αναγκαιότητα της μεταρρυθμιστικής πρότασης, αρκετές φορές λησμονείται, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα επικοινωνιακό κενό. Οι απόπειρες για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας κατέδειξαν ότι η ενημέρωση για την ανάγκη της μεταρρύθμισης προς όλες τις κατευθύνσεις, συμβάλει στη μείωση της αβεβαιότητας και περιορίζει το αίσθημα της απειλής καθώς μετατρέπει την αντίδραση και αδράνεια σε δράση και ενεργή συμμετοχή. Σε μία αποτίμηση των αποτελεσμάτων του σχεδίου ανασυγκρότησης του ΕΣΥ 2011 ο πρώην γενικός γραμματέας του Υπουργείου κ Πολύζος αναφέρει ότι στα αρνητικά σημεία του είναι ο ελλιπής τρόπος με τον οποίο σχεδιάστηκε και ανακοινώθηκε κυρίως στο κομμάτι της επικοινωνίας. Η προσπάθεια που έγινε κατανοήθηκε ως βίαια ανατροπή του δικαιώματος στην πρόσβαση με αποτέλεσμα μην έχει υλοποιηθεί το μεγαλύτερο μέρος της (Πολύζος κ.α 2014:116).

4.3 Η Τρίτη φάση της αλλαγής «η στήριξη της μεταρρύθμισης»

Ένα από τα σημαντικά προβλήματα των μεταρρυθμίσεων είναι ότι ο «μεταρρυθμιστικός ζήλος» την πρώτη χρονική περίοδο συνήθως μπορεί να τύχει ευρύτερης αποδοχής, που όμως με την πάροδο του χρόνου μειώνεται και έχουμε απόκλιση στην πορεία της. Αν δεν υπάρχει ή ανάλογη στήριξη, η μεταρρύθμιση μένει ορφανή από ιδέες και πρόσωπα και βαλτώνει στην στασιμότητα. Οι οργανώσεις όμως μπορούν να αποκτήσουν γνώση μέσα από την αποτυχία, κυρίως μέσω τριών βασικών δραστηριοτήτων: της ανίχνευσης, της ανάλυσης και του πειραματισμού.(Edmondson 2011).

Προφανώς και το αρνητικό πρόσημο της αποτυχίας μίας προσπάθειας αποτελεί αξιοποιήσιμη γνώση για την ηγεσία. Επιπρόσθετα κάθε σχεδιασμός προϋποθέτει η ηγεσία να είναι αφοσιωμένη στην αλλαγή (Holt et.al. 2007), να έχει ένα ρεαλιστικό όραμα, να αποτελέσει πηγή έμπνευσης για τους εργαζόμενους και επιπλέον να τους εξουσιοδοτήσει να πραγματοποιήσουν την αλλαγή (Wauters2017). Ο ρόλος της είναι να προωθεί τις θεσμικές προσαρμογές, να εμπνεύσει την ανάγκη ορισμένων θεμελιωδών αξιών και να καθοδηγήσει τις ενέργειες του προσωπικού (OECD 2011). Υπό τη σκοπιά αυτή η στήριξη της διαδικασίας μπορεί να απαιτήσει την συμμετοχή από τη βάση προς την κορυφή (όπως η ανάθεση της λήψης αποφάσεων στη μεσαία διοίκηση) καθώς και την αντίστροφη διαδικασία, και επιπλέον την δέσμευση της ηγεσίας προς τους εργαζόμενους για καθοδήγηση και υποστήριξη. Στη περίπτωση της προώθησης της ενοποίησης υγειονομικών υπηρεσιών ή υποτίμηση του υποστηρικτικού επικοινωνιακού παράγοντα, δυσχεραίνει κατά πολύ τη δημιουργία ενός κλίματος που θα ευνοήσει τη δημιουργία μιας συμμαχίας υπέρ της συνέχισης της αλλαγής.

Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι από την μία πλευρά το προσωπικό των οργανισμών αντιδρά όταν διακυβεύεται η θέση και τα συμφέροντα του και νοιώθουν αβεβαιότητα και ανασφάλεια για το μέλλον (Kjekshus 2014). Όμως από την άλλη πλευρά, εάν συμμετέχουν στις διαδικασίες της αλλαγής αντιλαμβάνονται ότι μπορούν να επηρεάσουν τις όποιες αλλαγές και έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν καθοριστικά την ταχύτητα της εξέλιξης. Με αυτή την μέθοδο τείνουν να νιώθουν μεγαλύτερη δέσμευση απέναντι στον οργανισμό, την ηγετική ομάδα και την μεταρρυθμιστική προσπάθεια. Υπό μια διαφορετική οπτική, οι αρνητικές στάσεις που

εκδηλώνονται στην αλλαγή, συνδέονται με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και περιορισμένη οργανωτική δέσμευση (Vakola 2013).

Όπως διαπιστώνεται, κάθε ηγεσία υγειονομικού φορέα που αντιλαμβάνεται τις βασικές αρχές ενοποίησης των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων ως μία διαδικασία συνεχής στήριξης και βελτίωσης, πρέπει να καταβάλει προσπάθεια για να αξιοποιήσει θετικά τον ανθρώπινο παράγοντα, αφού η στήριξη των θεσμικών αλλαγών είναι εφικτή κυρίως όταν εμπλέκει εκείνους που καλούνται να την εφαρμόσουν. Επιπλέον η ενίσχυση της συναισθηματικής δέσμευσης για αλλαγή, ελαχιστοποιεί τις αρνητικές τις αρνητικές στάσεις και αντιδράσεις (Armenakis et.al 1999, Naotunna 2015).

Τελικά η επιτυχία ενός οργανισμού συνίσταται στην ύπαρξη εκείνων των μηχανισμών και εργαλείων, που θα αναλύσουν και θα μετατρέψουν τους παράγοντες της αλλαγής σε επιχειρησιακή λειτουργία (Αρβανίτη 2004). Η δυνατότητα αυτή να επαναπροσδιορίζεται το εσωτερικό περιβάλλον στα νέα δεδομένα της αλλαγής και να προσαρμόζεται στις νέες απαιτήσεις, προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλου κλίματος, ικανοτήτων και μηχανισμών. Αυτή η διαδικασία, που σημαίνει τη δυνατότητα της οργάνωσης να αποκτά νέα γνώση και να επαναπροσδιορίζεται στα νέα δεδομένα, την ονομάζουμε οργανωσιακή μάθηση (Μπουραντάς και Παπαλεξανδρή2003) και συνιστά απόκριση στην απόκλιση(Ματάκος 2012).

Επιπλέον αποτελεί διακριτή αναγκαιότητα για την στήριξη της μεταρρύθμισης, να παρέχεται η δυνατότητα γνωστικής και επαγγελματικής κατάρτισης στο εμπλεκόμενο προσωπικό, ούτως ώστε να ανταπεξέλθει στην πρόκληση υλοποίησης του σχεδιασμού (Ακαδημία Αθηνών 2012). Η προσέγγιση αυτή ισχυροποιεί την άποψη ότι σε μια υγειονομική μεταρρύθμιση, το προσωπικό που εμπλέκεται στο σχεδιασμό, εάν δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και γνωστικά καταρτισμένο, δεν θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί θετικά στις απαιτήσεις του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος. Η ανωτέρω διάσταση αναδεικνύει την αμφίδρομη σχέση της ετοιμότητας του εσωτερικού παράγοντα, με την επιστημονική τεχνοκρατική προετοιμασία που έχει γίνει από ανώτερη ιεραρχική βαθμίδα.

Αξίζει επίσης να παρατηρηθεί ότι, όσο χρήσιμος και αναγκαίος είναι ο ανθρώπινος παράγοντας άλλο τόσο, είναι η εμπλοκή του να προσδιορίζεται με μετρήσιμους στόχους προόδου. Είναι ξεκάθαρο πως πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάγκη συλλογής δεδομένων και παρακολούθησης της διαδικασίας υλοποίησης, ως διαδικασία

ανατροφοδότησης και ελέγχου. Η διαδικασία της αξιολόγησης και καταγραφής των προσπαθειών πρέπει να συνεχιστεί και μετά την αρχική εφαρμογή της αλλαγής, για να αποφευχθεί η οπισθοδρόμηση σε παλιά πρότυπα συμπεριφοράς από τα μέλη (Fernandez and Rainey 2006). Αυτή η συστηματική παρακολούθηση του περιβάλλοντος του οργανισμού μέσω της συγκέντρωσης, επεξεργασίας και ερμηνείας πληροφοριών επιτρέπει στον οργανισμό να μεταβάλει συμπεριφορές, να επαναπροσδιορίζεται στις νέες προκλήσεις και να δημιουργεί νέα γνώση .

Μέσω αυτής της διαδικασίας έχουμε την τακτική ενεργητική συμμετοχή των υπαλλήλων, που κατανοούν την διαδικασία της ενοποίησης ως συνεχής διαδικασία στήριξης, που αντικαθιστά μια προηγούμενη ρύθμιση προς όφελος του οργανισμού.

Παράλληλα η στήριξη της διαδικασίας, γίνεται μια εσωτερική υπόθεση όπου το κάθε τμήμα λογοδοτεί για την πορεία της και η ηγεσία έχει την επίβλεψη της. Όπως παρατηρείται από την Ακαδημία Αθηνών σε μία μεταρρύθμιση « είναι σκόπιμο να τονιστεί η σημασία της μέτρησης, η ανάγκη για δείκτες προόδου και παρακολούθηση της πορείας των μεταρρυθμίσεων προς τους μετρήσιμους στόχους. Ένα πρόγραμμα, γενικά διατυπωμένο, χωρίς συγκεκριμένους μετρήσιμους στόχους, χωρίς παρακολούθηση, χωρίς επιβράβευση και τιμωρία, είναι, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, καταδικασμένο σε αποτυχία» (Ακαδημία Αθηνών 2012:350).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Μελέτη περίπτωσης ενοποίησης διοικητικών υπηρεσιών

5.1 Γενικό νοσοκομείο Αργολίδας

Ο νομός Αργολίδας καταλαμβάνει το ανατολικό άκρο της Πελοποννήσου. Συνορεύει στα βόρεια με το νομό Κορινθίας και στα δυτικά και νότια με το νομό Αρκαδίας και βρέχεται στα νότια από τον Αργολικό Κόλπο και στα ανατολικά από τον Σαρωνικό κόλπο. Είναι ο μικρότερος νομός της Πελοποννήσου και έχει έκταση 2.154 τετραγωνικά χιλιόμετρα, η οποία αντιστοιχεί στο 13,51% της έκτασης της Πελοποννήσου και στο 1,63% της χώρας. Ο πληθυσμός του νομού είναι 97.044 κάτοικοι και δέχεται πλήθος επισκεπτών κατά την διάρκεια όλου του χρόνου.

Οι ανάγκες για δευτεροβάθμια περίθαλψη στο νομό καλύπτονται από τα δύο πρώην μεσαία σε μέγεθος (ΕΣΔΥ 2012) Γενικά Νοσοκομεία Άργους και Ναυπλίου που έχουν χιλιομετρική απόσταση 12 χιλιόμετρα το ένα από το άλλο και ανήκουν στην 6η Υγειονομική Περιφέρεια.

Αρχικά μ /28-7-2011 τα ανωτέρω νοσοκομεία διασυνδέθηκαν και στη συνέχεια με το ΦΕΚ 3486/31-12-2012 ενοποιήθηκαν σε ενιαίο ΝΠΔΔ με την επωνυμία “Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας”. Η δυναμικότητα του νέου ενιαίου νοσοκομείου είναι 250 κλίνες με έδρα τη νοσοκομειακή μονάδα Άργους. Σύμφωνα με την ΚΥΑ αρ υ4α/οικ123789 (ΦΕΚ3486/31-12-2012) προβλέπεται ένας κοινός Διοικητής και Διοικητικό Συμβούλιο καθώς και η ενοποίηση των οργανισμών των νοσηλευτικών μονάδων. Ωστόσο, έως σήμερα δεν έχει συσταθεί ενιαίος οργανισμός με αποτέλεσμα σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα να υφίσταται ο δικός της οργανισμός, και οι δικές της αυτόνομες οργανικές υπηρεσίες και τμήματα. Το ζήτημα των δύο διοικητικών υπηρεσιών σε ένα ενιαίο νοσοκομείο, προσπάθησε η 6^η ΥΠΕ να το αντιμετωπίσει μέσω μίας διαδικασίας ενοποίησης τμημάτων των αντίστοιχων διοικητικών υπηρεσιών. Παρά τις προθέσεις για εξοικονόμηση ανθρώπινου δυναμικού και περιορισμό αλληλοεπικάλυψης λειτουργιών, η ενοποίηση η οποία εξαγγέλθηκε δεν τελεσφόρησε.

5.1.1 Νοσηλευτική Μονάδα Άργους

Το 1942 δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 299/26-11-1942 το «Κανονιστικό Διάταγμα» του Γ. Τσολάκογλου, με το οποίο ιδρύεται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, το αποκαλούμενο «Γενικόν Κρατικόν Νοσοκομείο Άργους» δυναμικότητας 50 κλινών. Ακολούθησαν κτιριακές επεκτάσεις, στο υφιστάμενο κτιριακό συγκρότημα, οι οποίες οδήγησαν στην διαμόρφωση της σημερινής δυναμικότητας της νοσηλευτικής μονάδας σε 140 κλίνες.

Με το ΦΕΚ 3284/10-12-12 και τις τροποποιήσεις του, συστάθηκε ο οργανισμός του Νοσοκομείου Άργους στο οποίο οι επιμέρους μονάδες του νοσοκομείου χωρίζονται σε τρεις αυτόνομες υπηρεσίες και περιλαμβάνουν: α) την ιατρική υπηρεσία, β) τη νοσηλευτική υπηρεσία και γ) τη διοικητική υπηρεσία. Επίσης έχουμε και αυτοτελή τμήματα και γραφεία που ανήκουν απευθείας στο Διοικητή.

Η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται στους εξής τομείς, στους οποίους λειτουργούν ως εξής:

α) *Παθολογικός Τομέας* με δυναμικότητα εξήντα (60) κλινών. Αποτελείται από τα εξής τμήματα: Παθολογικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό και τις μονάδες: Μονάδα Εμφραγμάτων ,και Τεχνητού Νεφρού - Χρόνιας Φορητής Περιτοναϊκής Διύλισης.

β) *Χειρουργικός Τομέας* με δυναμικότητα εξήντα έξι (66) κλινών. Αποτελείται από τα εξής τμήματα: Γενικής Χειρουργικής, Ορθοπεδικό, Ουρολογικό, Μαιευτικό – Γυναικολογικό, Αναισθησιολογικό και την μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας.

γ) *Τομέας Ψυχικής Υγείας* με δυναμικότητα δέκα τεσσάρων (14) κλινών. Αποτελείται από το τμήμα Ψυχιατρικό.

δ) *Εργαστηριακός Τομέας*. Αποτελείται από τα εξής τμήματα: Βιοχημικό, Αιμοδοσίας, Βιοπαθολογικό, Ακτινοδιαγνωστικό, Αιματολογικό –Παθολογοανατομικό, Φαρμακευτικό.

Επίσης υπάρχουν και :

- *Διατομεακά τμήματα* Το Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), το Ημερήσιας Νοσηλείας, και το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)
- *Λοιπά τμήματα*: Κοινωνικής Εργασίας, Παραϊατρικού Προσωπικού, Διαιτολογίας – Διατροφής .

Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων .

5.1.2 Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου

Στις 31/12/1941 ιδρύθηκε με κανονιστικό διάταγμα, το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Ναυπλίου, με σκοπό τη νοσηλεία των πασχόντων της περιοχής και ιδιαίτερα των απόρων. Ο οργανισμός του νοσοκομείου κυρώθηκε στις 5/10/1942 και δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με το ΦΕΚ 1158 /10-4-2012 και τις τροποποιήσεις του, έχουμε τον εν ενεργεία οργανισμό του νοσοκομείου Ναυπλίου που προβλέπει 110 αναπτυγμένες κλίνες και τρεις αυτόνομες υπηρεσίες: α) την ιατρική υπηρεσία, β) τη νοσηλευτική υπηρεσία και γ) τη διοικητική υπηρεσία. Επίσης υπάρχουν και αυτοτελή τμήματα και γραφεία που ανήκουν απευθείας στο Διοικητή. Η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται στους εξής τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες κατά ειδικότητα και Διατομεακά Τμήματα ως εξής:

α) *Παθολογικός Τομέας* με δυναμικότητα εξήντα (60) κλινών. Αποτελείται από τα εξής τμήματα: Παθολογικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό και τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).

β) *Χειρουργικός Τομέας* με δυναμικότητα σαράντα πέντε (45) κλινών. Αποτελείται από τα εξής τμήματα: Γενικής Χειρουργικής, Οφθαλμολογικό, Μαιευτικό – Γυναικολογικό, Αναισθησιολογικό και τη Μονάδα Ανάληψης -Μεταναισθητικής Φροντίδας. Επίσης συμπεριλαμβάνει την ειδικότητα ειδική μονάδα: ΩΡΛ

γ) *Εργαστηριακός Τομέας*. Αποτελείται από τα εξής τμήματα: Βιοχημικό, Αιματολογικό, Βιοπαθολογικό, Ακτινοδιαγνωστικό, Παθολογικής Ανατομικής, Φαρμακευτικό.

Επίσης υπάρχουν:

- *Διατομεακά τμήματα* με δυναμικότητα πέντε (5) κλινών: Επειγόντων Περιστατικών και Ημερήσιας Νοσηλείας .
- *Λοιπά τμήματα*: Κοινωνικής Εργασίας, Παραϊατρικού Προσωπικού , Διαιτολογίας – Διατροφής .

Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των ιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

5.1.3 Ανάλυση SWOT

Στα πλαίσια της ερευνάς για ενιαία λειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών των νοσηλευτικών μονάδων Άργους και Ναυπλίου καταρτίστηκε ανάλυση SWOT για τη σύγκριση των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών καθώς και την εξέταση των μελλοντικών απειλών και την αξιολόγηση των ευκαιριών που παρουσιάζονται.

ΔΥΝΑΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (Strengths)	ΣΗΜΕΙΑ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (Weaknesses)
<p>Συνεχής βελτίωση. Διοικητική εμπειρία. Σύγχρονες κτηριακές εγκαταστάσεις στη ΝΜ Άργους. Δυνατότητα επέκτασης των υποδομών στο νοσοκομείο Άργους Νέα σύγχρονο διοικητήριο στο νοσοκομείο Άργους. Κατανόηση της ανάγκης για ενοποίηση των μονάδων ως διαδικασία αξιοποίησης του προσωπικού. Θέληση για συνεργασία. Συνεργασία μεταξύ των διοικήσεων. Ενιαίος Διοικητής – Διοικητικό Συμβούλιο. Κατανόηση δυσκολιών και δυσχερειών από την λειτουργία των Νοσοκομειακών μονάδων ως διασυνδεδεμένα νοσοκομεία. Κοινή κουλτούρα εργασίας. Κοινή εταιρεία μηχανογράφησης. Κοντινή χιλιομετρική απόσταση των δύο νοσοκομείων.</p>	<p>Έλλειψη προσωπικού λόγω συνταξιοδοτήσεων. Δεν υπάρχει μηχανογραφική ενοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων των δύο νοσοκομείων. Δεν υπάρχει ενιαίο λογιστικό σχέδιο. Ακατάλληλο λειτουργικό οργανωτικό πλαίσιο. Η ύπαρξη δύο οργανισμών. Ανεπαρκής χρηματοδότηση. Παράλληλη λειτουργία των δύο μονάδων υγείας. Κατακερματισμός της κλινικής φροντίδας σε δύο υγειονομικούς φορείς με αποτέλεσμα την αντίστοιχη διοικητική υποστήριξη. Η ενοποίηση των νοσηλευτικών μονάδων κατανοείται ως συρρίκνωση της ΝΜ Ναυπλίου. Έλλειψη πρότασης ανάπτυξης της ΝΜ Ναυπλίου. Έλλειψη γνώσης της βιωσιμότητας του συστήματος. Έλλειψη τεχνογνωσίας για ενοποίηση</p>

	<p>υπηρεσιών.</p> <p>Έλλειψη μοντέλου λειτουργίας ενοποιημένης διοικητικής υπηρεσίας.</p> <p>Αδυναμία κατανόησης των ποιοτικών χαρακτηριστικών της ενοποίησης.</p> <p>Αδυναμία κατανόησης του τρόπου λειτουργίας της ΝΜ Ναυπλίου σε ενδεχόμενη ενοποίηση υπηρεσιών.</p> <p>Αδυναμία μέτρησης των αλλαγών.</p> <p>Αδυναμία παροχή υποστήριξης.</p> <p>Κατανόηση της ενοποίησης ως μνημονική δέσμευση που δεν υπηρετεί την ποιοτική της διάσταση.</p>
--	---

ΜΕΛΛΟΝ

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (opportunities)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΕΙΛΕΣ (threats)
----------------------------------	-----------------------------------

<p>Η αναζήτηση καινοτομίας.</p> <p>Η ανάγκη για συνεργασία.</p> <p>Η καλύτερη λειτουργία των δύο νοσοκομειακών μονάδων.</p> <p>Συμμετοχή του ενοποιημένου Νοσοκομείου σε ενέργειες με φορείς.</p> <p>Γόνιμη επικοινωνία .</p> <p>Ώθηση μέσω μέτρησης της βελτίωσης.</p> <p>Μεταρρύθμιση με χρονικό βάθος.</p> <p>Η επιβίωση και των δύο νοσηλευτικών μονάδων.</p> <p>Διαβούλευση για την βελτίωση της υγείας στο νομό Αργολίδας.</p> <p>Δυνατότητα αξιοποίησης του</p>	<p>Μείωση της Κρατικής χρηματοδότησης</p> <p>Συνταξιοδοτήσεις προσωπικού (Μη πλήρωση κενών θέσεων).</p> <p>Ανεπαρκής χρηματοδότηση.</p> <p>Αύξηση ροής διοικητικής εργασίας.</p> <p>Απόσπαση προσωπικού σε άλλες υπηρεσίες.</p> <p>Δομικά προβλήματα συστήματος.</p> <p>Χωροταξικά προβλήματα των νοσοκομειακών μονάδων.</p> <p>Γραφειοκρατία.</p> <p>Έλλειψη υποστήριξης.</p> <p>Χρονική επιλογή της μεταρρύθμισης.</p> <p>Αντιδράσεις τοπικής κοινωνίας.</p>
--	--

ανθρώπινου δυναμικού. Δυνατότητα παροχής κινήτρων στους εργαζόμενους. Ανάγκη επιβίωσης του συστήματος.	Αποσπασματική εφαρμογή αλλαγών. Καθυστερήσεις στην διαδικασία αλλαγής. Άγνοια σχεδίου δράσης. Άγνοια για το μέλλον των Νοσοκομειακών Μονάδων.
--	--

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η Έρευνα περίπτωσης

6.1 Η έρευνα

Το σημαντικότερο κεφάλαιο ενός οργανισμού υγείας είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι οι ενοποιήσεις στο χώρο της υγείας δεν υλοποιούνται διότι συναντούν την αντίδραση οργανωμένων συντεχνιών για διαφύλαξη κεκτημένων. Κάποιοι άλλοι προβάλλουν το επιχειρήμα, πως η επιτυχία μιας μεταρρυθμιστικής στρατηγικής, προϋποθέτει την ενεργό και δημιουργική συμμετοχή εκείνων που καλούνται να την εφαρμόσουν.

Αρκετά εύστοχα παρατηρεί ο πρώην γενικός γραμματέας του Υπουργείου Υγείας κ. Πολύζος ότι ο ανθρώπινος παράγοντας, είναι το πιο σημαντικό στοιχείο στην εκπλήρωση της αποστολής μίας υγειονομικής μονάδας (Πολύζος 2014). Είναι, επομένως, ιδιαίτερα κρίσιμο να γίνει κατανοητό ότι η αποτελεσματική μετάβαση ενός οργανισμού, από μια υπάρχουσα σε μια νέα επιθυμητή κατάσταση, προϋποθέτει τον ανθρώπινο παράγοντα.

Στο νοσοκομείο Αργολίδας η διαπίστωση της ανάγκης για μία καλύτερη και πιο αποτελεσματική λειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών της Ν.Μ Άργους και της Ν.Μ Ναυπλίου ώθησε την ηγεσία της 6^η Υπε και του ενιαίου νοσοκομείου, το καλοκαίρι του 2016 να προβεί στην έναρξη διαδικασιών προς μια ριζική ενοποίηση. Πρόθεση του σχεδιασμού ήταν η ενοποίηση των οικονομικών τμημάτων της διοικητικής υπηρεσίας με σκοπό την εξοικονόμηση ανθρώπινου δυναμικού και τη βελτίωση της διοικητικής λειτουργίας. Επιπλέον, στα πλαίσια της ενοποίησης προβλεπόταν η μετακίνηση κάποιων διοικητικών υπαλλήλων από τη Ν.Μ Ναυπλίου στη δομή της Ν.Μ Άργους που αποτελεί την έδρα του ενιαίου νοσοκομείου Αργολίδας. Ειδικότερα η διαδικασία της διαρθρωτικής αλλαγής προϋπόθετε αφενός την μετακίνηση κάποιων υπάλληλων από τη Ν.Μ Ναυπλίου στη Ν.Μ Άργους, αφετέρου την διαφορετική λειτουργία της διοίκησης.

Αυτή η πρόκληση της ενοποίησης υπηρεσιών, αποτέλεσε την αφορμή της ερευνάς για καταγραφή, ανάλυση και ερμηνεία των παραγόντων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε εγχείρημα ενοποίησης υγειονομικών υπηρεσιών. Στόχος της παρούσας μελέτης, που πραγματοποιήθηκε το καλοκαίρι του 2017, είναι να αναδείξει το μέγεθος δεκτικότητας της πρότασης από τους εργαζομένους, τις συνιστώσες που έπρεπε να

ληφθούν υπόψη και αντιστρόφως, την υποτίμηση εκείνων των παραγόντων που έχουν ως αποτέλεσμα, να μην έχει υλοποιηθεί έως σήμερα, η εξαγγελλλόμενη ενοποίηση.

Η μελέτη διεξήχθη σε 48 υπαλλήλους με την ποιοτική και την ποσοτική μέθοδο. Η επιλογή και των δύο μεθόδων έγινε με γνώμονα ότι και οι δύο συνεισφέρουν ισόποσα στην έρευνα. Η ποιοτική μέθοδος επιλέχτηκε για να προσδιοριστούν οι απόψεις των εργαζομένων αναφορικά με την ενοποίηση των υπηρεσιών καθώς οι ιδέες τους για τις συνιστώσες που επιδρούν σε μία διαδικασία ενοποίησης. Η ποσοτική μέθοδος εφαρμόστηκε για να υπάρξουν σαφή και μετρήσιμα αποτελέσματα, που να αντικατοπτρίζουν τις « δράσεις » που απαιτούνται για την συνένωση υπηρεσιών.

Όσον αφορά για την μέθοδο, για την μεν ποιοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις με σκοπό την εμβάθυνση, επέκταση και άντληση ποιοτικών δεδομένων, ενώ για την ποσοτική έρευνα δόθηκε τυποποιημένο ερωτηματολόγιο προκειμένου να εξαχθούν αιτιατές σχέσεις και στατιστικές συγκρίσεις. Συνεπώς προς τη έρευνα, έγινε προσπάθεια με την ημιδομημένη συνέντευξη με ευέλικτες ερωτήσεις να ανακαλυφθούν πτυχές και αντιλήψεις επί του ερευνητικού ερωτήματος, ενώ με την ποσοτική προσέγγιση, ακολουθήθηκε ένας προκαθορισμένος ερευνητικός σχεδιασμός αποσκοπώντας να μετρηθεί το πλήθος των περιπτώσεων και η συχνότητα των απαντήσεων. Μέσω αυτής της διαδικασίας αναπτύχθηκαν 33 ερωτήσεις που διαχωρίστηκαν σε 26 ερωτήσεις ανοικτού τύπου και σε 7 κλειστού τύπου. Επιπλέον χωρίστηκαν σε δύο βασικά μέρη και σε τρεις βασικές θεματικές ενότητες:

Αρχικά στο πρώτο μέρος συμπεριλήφθηκαν 4 ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμιακού δείγματος και ακολούθησε το δεύτερο μέρος με την ανάπτυξη των ενοτήτων. Στην πρώτη ενότητα υπάρχουν 9 ερωτήσεις σχετικές με την κατανόηση της ήδη υπάρχουσας κουλτούρας και λειτουργίας των δύο διοικητικών υπηρεσιών των αντίστοιχων οργανικών μονάδων. Οι ερωτήσεις αυτές είναι υποβοηθητικές για την κατανόηση της οργανωτικής κουλτούρας και ταυτοποίησης των εργαζομένων με την νοσοκομειακή τους μονάδα. Στην δεύτερη ενότητα υπάρχουν 7 ερωτήσεις όπου ανιχνεύουν τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την διαθρωτική αλλαγή και των επιπτώσεων που θα έχει στους ίδιους. Στην τρίτη ενότητα υπάρχουν 13 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 7 είναι κλειστού τύπου και διερευνάται εάν οι υπάλληλοι κατανοούν την αναγκαιότητα των αλλαγών σε σχέση με τον οργανισμό και την λειτουργία του. Επιπλέον στην ίδια ενότητα επιχειρείται να αναδειχτούν οι δράσεις που

κρίνονται ως περισσότερο κατάλληλες, για την επίτευξη του εγχειρήματος της ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών.

6.2 Στάδια διαδικασίας

Η έρευνα διεξήχθη σε 48 διοικητικούς υπαλλήλους των δύο νοσηλευτικών μονάδων, του ενιαίου νοσοκομείου Αργολίδας. Η επιλογή της ομάδας δειγματοληψίας, έγινε για λόγους αντιπροσωπευτικότητας καθώς συνδέεται με τα δεδομένα της έρευνας. Οι διοικητικοί υπάλληλοι επιλέχθηκαν, ως τα πλέον κατάλληλα πρόσωπα για να δώσουν απαντήσεις στα ερευνητικά μας ερωτήματα .

Συγκεκριμένα, στην ΝΜ Άργους η έρευνα διεξήχθη σε 24 υπαλλήλους σε σύνολο 28 υπηρετούντων, στους κλάδους Διοικητικού, Διοικητικών γραμματέων, Προσωπικού ηλεκτρονικού υπολογιστή, Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Λογιστικής. Για την ΝΜ Ναυπλίου η έρευνα διεξήχθη αντίστοιχα σε 24 υπαλλήλους σε σύνολο 28 που υπηρετούν στη διοικητική υπηρεσία και στους κλάδους Διοικητικού, Διοικητικών γραμματέων, Διοικητικού νοσοκομείων, Λογιστικής, Μηχανικών και Τεχνικών. Το ποσοστό απόκρισης των εργαζομένων στην έρευνα ήταν το 85,7% και ως προς την υλοποίηση της, δεν υπήρξαν ιδιαίτερες δυσκολίες. Η μέθοδος της στρατηγικής ομοιογενών δειγμάτων καθώς και αριθμός των ατόμων που επιλέχθηκαν, έγινε με γνώμονα να αποκτηθούν ισομερή επεξεργάσιμα και συγκρίσιμα δεδομένα.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν αρχικά να ζητηθεί η άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας από τα επιστημονικά συμβούλια και των δύο μονάδων. Ακολούθησε το σχέδιο έρευνας που περιλάμβανε τις κύριες ενότητες ανάπτυξης και προετοιμάστηκε το ερωτηματολόγιο. Επιλέχτηκε η σειρά των ερωτήσεων, και ακολούθησε η πιλοτική συνέντευξη σε δύο εργαζόμενους των δύο αντίστοιχα νοσηλευτικές μονάδων με σκοπό να εκτιμηθεί το βάθος κατανόησης των ερωτημάτων. Μετά από ένα χρονικά διάστημα 20 ημερών ακολούθησε η διεξαγωγή της έρευνας στις δύο μονάδες υγείας.

Ως προς την πρόσβαση στα δύο νοσοκομεία δεν αντιμετωπίσαμε κανένα πρόβλημα. Εξασφαλίστηκε η δημιουργία φιλικού και θετικού κλίματος κατά την διάρκεια των συναντήσεων. Αρχικά οι υπάλληλοι που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώθηκαν για το σκοπό της συνέντευξης και δόθηκαν οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων. Η ενημέρωση αυτή, είχε και μια εισαγωγική έννοια στη

συνέντευξη που θα ακολουθούσε. Οι ερωτήσεις είχαν βαθμό προσαρμοστικότητας και βασικό μέλημα, ήταν οι συμμετέχοντες να μπορέσουν να επεκταθούν, να εκφράσουν τις απόψεις τους και κυρίως να είναι ο εαυτός τους. Με αυτή τη μέθοδο ανιχνεύθηκαν συναισθήματα, κίνητρα και αντιλήψεις για το θέμα της έρευνάς μας .

Η συνέντευξη κινήθηκε στα πλαίσια του σχεδιασμού των ερωτημάτων και η μοναδική δυσκολία ήταν ότι οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας. Δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στο χρόνο, τον τόπο και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας ώστε να διασφαλιστούν οι βέλτιστες συνθήκες. Επιπλέον έγινε προσπάθεια να εξασφαλιστούν συνθήκες ησυχίας, ιδιωτικότητας και συγκέντρωσης. Το ανωτέρω δεν διασφαλίστηκε πλήρως λόγω κάποιων αστάθμητων παραγόντων. Η χρονική διάρκεια της έρευνας ήταν 25 λεπτά και στο σχολιασμό των απαντήσεων, καταγράφηκαν οι απαραίτητες σημειώσεις. Στο τέλος δινόταν ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνόταν κλειστού τύπου ερωτήσεις εκφρασμένες σε 5βαθμια κλίμακα Likert.

Με την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε η συγκέντρωση, καταγραφή, οργάνωση και κατηγοριοποίηση του υλικού των δεδομένων. Έγινε προσπάθεια ανάλυσης των ερμηνειών και αντιλήψεων των υπαλλήλων σε ενότητες. Ως προς την ανάλυση των ποιοτικών ερωτημάτων υπήρξε μέριμνα ερμηνείας και ποσοτικοποίησης τους, για κυρίως περιγραφικούς λόγους ποσόστωσης, με το πρόγραμμα ms excel 2007. Τα ποσοστά εμφάνισης, και συχνότητας των απαντήσεων κλειστού τύπου απεικονίστηκαν με το εργαλείο IBM SPSS Statistics version 23.

6.3 Αποτελέσματα Έρευνας

Στη συγκεκριμένη ενότητα επιχειρείται η παρουσίαση, η κατηγοριοποίηση και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας..

Στην δειγματοληπτική έρευνα συμμετείχαν 24 υπάλληλοι από την Νοσηλευτική Μονάδα Άργους και 24 υπάλληλοι από την Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου που στελεχώνουν τις αντίστοιχες διευθύνσεις διοικητικών υπηρεσιών. Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε ίσος αριθμός ατόμων μεταξύ των μονάδων υγείας, στο δείγμα της παρούσας έρευνας, ήταν για να μπορούν να γίνουν διασταυρώσεις, συγκρίσεις καθώς και ερμηνεία ανά πληθυσμιακό δείγμα οργανισμού.

Οι απαντήσεις που ακολούθησαν κατηγοριοποιήθηκαν ανά ερώτηση, δομήθηκαν ανά ενότητα και παρουσιάστηκαν ανά ποσοστό Νοσηλευτικής Μονάδας. Η κωδικοποίηση αυτή αποτέλεσε, τη βάση για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας .

Αυτό που θα πρέπει να γίνει σαφές, είναι ότι η πρόθεση για συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών, προϋποθέτει την μετακίνηση διοικητικών υπαλλήλων της Ν.Μ. Ναυπλίου στη κεντρική διοικητική υπηρεσία της μεγαλύτερης νοσηλευτικής μονάδας, όπου αποτελεί και την έδρα του ενιαίου νοσοκομείου, την Ν.Μ. Άργους.

6.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Αρχικά τα ερωτήματα του πρώτου μέρους ήταν για τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Αποτελείται από 4 ερωτήσεις και είναι οι εξής:

- 1) Σε ποιά Νοσηλευτική μονάδα εργάζονται.
- 2) Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.
- 3) Εάν ασκούν καθήκοντα προϊστάμενου.
- 4) Σε ποιο δήμο κατοικούν.

Στόχος των αρχικών ερωτημάτων ήταν να κατανοηθεί το δειγματοληπτικό δείγμα των διοικητικών υπαλλήλων σε σχέση με τις ανάγκες της έρευνας.

Το δείγμα μας αποτελείται για τη ΝΜ Άργους από 24 υπαλλήλους και συγκεκριμένα από 19 υπαλλήλους (79% επί του δείγματος της ΝΜ Άργους) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 3 υπαλλήλους (12,5%) απόφοιτους ανώτερης εκπαίδευσης και 2 υπαλλήλους (8,4%) πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Από το πληθυσμιακό δείγμα της ΝΜ Άργους, οι 5 υπάλληλοι (20,8%) είναι προϊστάμενοι.

Το δειγματοληπτικό δείγμα της ΝΜ Ναυπλίου αποτελείται από 24 υπάλληλους και συμμετείχαν 19 υπάλληλοι (79% επί του δείγματος της ΝΜ Ναυπλίου) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 3 απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης (12,5%) και 2 υπάλληλοι (8,4%) πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Από το πληθυσμιακό δείγμα της ΝΜ Ναυπλίου οι 4 (16,6%) είναι προϊστάμενοι.

Από τους ερωτώμενους της Ν.Μ. Άργους σχεδόν όλοι οι πληροφορητές διαμένουν στο δήμο Άργους ή σε κοντινή απόσταση εκτός από 1 (4,2%) που μένει στο δήμο Ναυπλίου.

Για τη Ν.Μ. Ναυπλίου διαμένουν 14 υπάλληλοι (58,3%) στο δήμο Ναυπλίου, 4 υπάλληλοι (16,6%) στο δήμο Άργους, 5 υπάλληλοι (20,8%) σε δήμο κοντά στη Ν.Μ. Άργους και 1 υπάλληλος (4,2%) σε δήμο κοντά στη Ν.Μ. Ναυπλίου.

6.3.2 Πρώτη ενότητα- κατανόηση της υπάρχουσας κουλτούρας.

Στην πρώτη ενότητα του δεύτερου μέρους επιχειρείται η κατανόηση της υπάρχουσας κουλτούρας του οργανισμού, «καθότι οι δυναμικές αλλαγές που είναι αντίθετες προς τις αξίες της κουλτούρας του οργανισμού δυσκολεύουν το έργο της αλλαγής» (Πολύζος 2014:440). Αυτές οι ερωτήσεις αποτελούν και ένα υπόβαθρο και κριτήριο για την κατανόηση των επιπτώσεων που θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι θα επιφέρει η ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών.

1) Ως προς την εργασιακή ικανοποίηση που νοιώθουν οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας.

NM Άργους

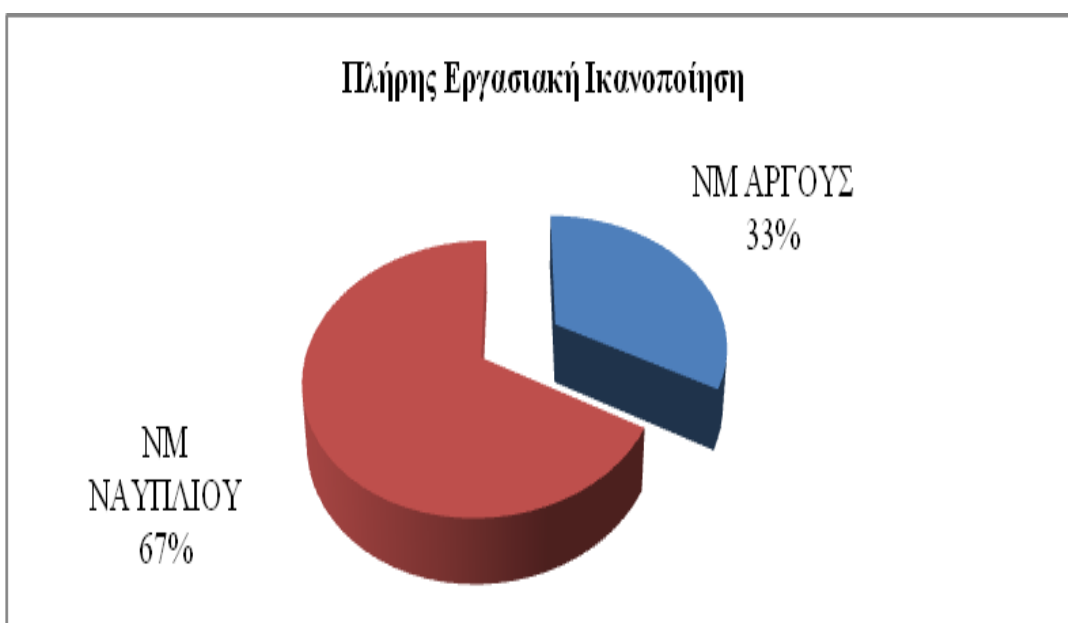
Ένα ποσοστό 33,3% απάντησε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι (Σχήμα 1), διότι είναι οικεία η εργασία που εκτελούν, ένα 33,3% του δείγματος έχει ανάμεικτα συναισθήματα και δηλώνει ότι δεν είναι πλήρως ικανοποιημένο ενώ το 33,3% θεωρεί ότι δεν είναι ικανοποιημένο λόγω έλλειψης συνεργασίας και άνισης κατανομής εργασίας. Η φύση της εργασίας είναι αυτή που κυρίως ικανοποιεί τους εργαζομένους αλλά άξιο προσοχής, ότι ένας πληροφορητής έδωσε έμφαση στο ότι «έχει εργασία» μεγιστοποιεί την ικανοποίησή του.

NM Ναυπλίου

Το 66,7% του δείγματος (Σχήμα 1) απάντησε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο διότι είναι οικεία η εργασία που εκτελούν και προσιτό το περιβάλλον, το 25% θεωρεί ότι δεν

είναι πλήρως ικανοποιημένο κυρίως λόγω φόρτου εργασίας ενώ ένα 8,3% δεν του προκαλεί κανένα αίσθημα ικανοποίησης .Παρόλο που το 67% νοιώθει ικανοποιημένο από την εργασία του, υπήρξε πληροφορητής που ανέφερε « η έλλειψη οργάνωσης και στελέχωσης μου δημιουργεί το αίσθημα της απογοήτευσης». Επίσης άλλος πληροφορητής ανέφερε ότι « δεν έχω υποστήριξη και νοιώθω ανασφάλεια » κάποιος άλλος ανέφερε « πως ότι έχει μάθει, το έχω μάθει από τους προηγούμενους και ίσως για κάποια θέματα να έχω άγνοια» Οι πληροφορητές παρόλο που είναι ικανοποιημένοι από το χώρο εργασίας τους επιθυμούν ένα πιο οργανωμένο περιβάλλον.

ΣΧΗΜΑ 1 Εργασιακή ικανοποίηση



2) Ως προς το αντικείμενο της εργασίας τους, αν το θεωρούν ενδιαφέρον.

NM Αργους

Το 87,5% θεωρεί πως η θέση της εργασίας του είναι αρκετά ενδιαφέρουσα, ενώ το 12,5% επιθυμεί διαφορετικό αντικείμενο εργασίας.

NM Ναυπλίου

Το 75% θεωρεί ότι η εργασία τους είναι ενδιαφέρουσα, το 12,5% θα ήθελε διαφορετικό αντικείμενο εργασίας ενώ το 12,5% θεωρεί πως η εργασία αποτελεί μία καθημερινή ρουτίνα και δεν έχει εκφέρει γνώμη.

3) Ως προς το όγκο εργασίας, εάν είναι αρκετός.

NM Αργους

Το 95,8 % θεωρεί ότι έχει μεγάλο όγκο και φόρτο εργασίας, όμως δεν εκφράζει κάποια δυσαρέσκεια και ένα ποσοστό 4,2% πιστεύει ότι είναι ικανοποιητικός.

NM Ναυπλίου

Το 100% θεωρεί ότι έχει αρκετό όγκο και φόρτο εργασίας που κυρίως οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην έλλειψη προσωπικού

4) Ως προς το εάν η εργασία τους είναι ανάλογη των δυνατοτήτων τους.

NM Αργους

Το 66,7% θεωρεί πως η εργασία του είναι ανάλογη των δυνατοτήτων του. Το 20,8% θεωρεί πως δεν είναι ανάλογη των δυνατοτήτων του και ένα 12,5% ότι η εργασία είναι παραπάνω από τις δυνατότητες του.

NM Ναυπλίου

Ένα ποσοστό 83,3% απάντησε θετικά πως η εργασία είναι ανάλογη των δυνατοτήτων του και μόνο το 12,5% θεωρεί πως δεν είναι ανάλογη των δυνατοτήτων και επιθυμεί η εργασία του να έχει σχέση με τις σπουδές του. Επίσης ένα 4,2% δεν έκφρασε άποψη.

5) Ως προς το εάν επιθυμούν να εργάζονται και τα επόμενα χρόνια στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον.

NM Αργους

Το 62,5% απάντησε πως θα επιθυμούσε να εργάζεται στο ίδιο τμήμα και ένα ποσοστό 37,5% ότι θα επιθυμούσε να αλλάξει εργασιακό περιβάλλον.

NM Ναυπλίου

Το 66,7% απάντησε ότι επιθυμεί να εργάζεται στην ίδια εργασία και το υπόλοιπο 33,3% θα ήθελε να αλλάξει περιβάλλον εργασίας

6) Ως προς το πόσο ευχαριστημένοι είναι από το χωροταξικό περιβάλλον στο οποίο εργάζονται.

NM Άργους

Ένα ποσοστό 62,5% είναι ικανοποιημένο από το περιβάλλον εργασίας και το 37,5% θα επιθυμούσε να ήταν «κάπως καλύτερο». Θα πρέπει να επισημανθεί ότι το κτίριο είναι κατασκευασμένο την τελευταία δεκαετία και με σχετικά σύγχρονο εξοπλισμό.

NM Ναυπλίου

Το 95,8% θεωρεί ότι το ικανοποιεί το περιβάλλον εργασίας και μόνο 4,2% από το δείγμα των πληροφορητών ανέφερε ότι θα επιθυμούσε να είναι λίγο πιο «ανθρώπινο το περιβάλλον». Ως παρατηρητής θα επισημάνω ότι ο χώρος εργασίας είναι αρκετά στενάχωρος. Όμως οι απαντήσεις των πληροφορητών ήταν ξεκάθαρες «δεν με ενοχλεί ότι το γραφείο μου είναι κοντά με τον συνάδελφο μου. Το πρωινό αστείο του, μου φτιάχνει τη διάθεση» ή «μου αρέσει γιατί νοιώθω ησυχία» ή «ο χώρος είναι καλύτερος από τους άλλους». Είναι ξεκάθαρο πως το στενό χωροταξικό περιβάλλον δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο γιατί «είναι ο δικός τους χώρος». Η πλειοψηφία των υπαλλήλων θεωρεί ότι το εργασιακό περιβάλλον ως χωροταξικός χώρος δεν επηρεάζει τις απόψεις για την ικανοποίηση που νοιώθουν στο χώρο της εργασίας.

7) Ως προς τη σχέση με τους συναδέλφους και ποιες στάσεις τους ενοχλούν.

NM Άργους

Το 62,5% θεωρεί ότι έχει καλές σχέσεις το 16,6% θεωρεί πως οι σχέσεις τους διαταράσσονται για υπηρεσιακά θέματα και κυρίως για θέματα συνεργασίας, δικαιοσύνης και εκτέλεσης καθηκόντων ενώ ένα 20,9% θεωρεί πως οι σχέσεις τους είναι καθαρά τυπικές και χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία συναισθημάτων.

NM Ναυπλίου

Το 70,9% θεωρεί ότι έχει καλές σχέσεις παρόλο που υπάρχουν στιγμές έντασης και τσακωμού για θέματα εργασίας. και ένα ποσοστό 29,1% δηλώνει πως οι σχέσεις τους με τους συναδέλφους είναι καθαρά τυπικές και άσχημες καθότι δεν υπάρχει συνεργασία και αλληλοϋποστήριξη.

8) Ως προς τη καθημερινότητα , εάν τους δημιουργεί ψυχικά δυσάρεστες καταστάσεις .

NM Άργους

Για το 83,3% (Σχήμα 2) η καθημερινότητα δημιουργεί άσχημες ψυχικές καταστάσεις. Ένα μεγάλο ποσοστό αγχώνεται για την ολοκλήρωση της εργασίας, έχει το αίσθημα του θυμού λόγω έλλειψης κατανόησης ,συνεργασίας και της άνισης κατανομής της εργασίας. Αρκετά ενδιαφέρουσες είναι οι απόψεις ότι η εργασία αυξήθηκε στο νοσοκομείο επειδή χρειάζεται να εκτελούν κάποιες πρόσθετες εργασίες της Ν.Μ. Ναυπλίου ενώ δεν υπήρξε αντίστοιχη στελέχωση των τμημάτων. Το υπόλοιπο 16,7% πιστεύει ότι η καθημερινότητα δεν του δημιουργεί ιδιαίτερες εντάσεις.

NM Ναυπλίου

Το 95,8% (Σχήμα 2) θεωρεί ότι του δημιουργούνται ψυχικά δυσάρεστες καταστάσεις λόγω φόρτου εργασίας ή λόγω του συγκεκριμένου κόστους εργασίας .Παρόλα αυτά, αρκετοί υπάλληλοι θεωρούν ότι οι ψυχικά δυσάρεστες καταστάσεις δεν είναι σε καθημερινή βάση και θα ήταν λιγότερες εάν υπήρχε σωστή κατανομή εργασίας ,οργάνωση και καθοδήγηση από τους ανωτέρους. Ένα ποσοστό 4,2% πιστεύει πως δεν αντιμετωπίζει καμία δυσάρεστη κατάσταση.

ΣΧΗΜΑ 2 Ψυχικά δυσάρεστες καταστάσεις



9) Ως προς το εάν τη διοίκηση την νοιώθουν κοντά τους, τους καλύπτει τις ανάγκες τους και ποια θεωρούν τα χαρακτηριστικά της επιτυχημένης διοίκησης.

NM Άργους

Το 45,8% πιστεύει πως η διοίκηση προσπαθεί να καλύψει τις ανάγκες του, το 45,8 % θεωρεί πως δεν καλύπτει τις ανάγκες του ενώ το 8,4% θεωρεί πως μόνο ορισμένες φορές έχει την υποστήριξη που θα επιθυμούσε. Ως προς τα χαρακτηριστικά της πετυχημένης διοίκησης αναφέρουν πως είναι η τήρηση των διαδικασιών, η δικαιοσύνη των αποφάσεων, η οργάνωση των υπηρεσιών, η καθοδήγηση των ενεργειών και η επίλυση των δυσλειτουργιών.

NM Ναυπλίου

Το 58,3% δεν νοιώθει κοντά του την διοίκηση αφού δεν καλύπτει τις ανάγκες του. Το 25% θεωρεί ότι καλύπτει τις ανάγκες του ενώ ένα 16,7% θεωρεί πως ορισμένες φορές έχει σχετική υποστήριξη. Ως προς τα χαρακτηριστικά της διοίκησης θεωρούν ότι πρέπει να είναι δίκαιη, αποτελεσματική και να καθοδηγεί το εργαζόμενους.

6.3.3 Δεύτερη ενότητα -Η ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών

Υπήρξαν ερωτήματα ως προς την συνένωση των διοικητικών υπηρεσιών τα οποία παρότι εξελίχθηκαν σε συζήτηση, θα παρουσιαστούν κατηγοριοποιημένα και δομημένα, σύμφωνα με το ερώτημα της συνέντευξης. Σημαντική παρατήρηση που λήφθηκε υπόψη κατά την συνέντευξη, είναι ότι οι ερωτήσεις προσαρμόστηκαν ανά νοσηλευτική μονάδα καθότι οι υπάλληλοι της Ν.Μ. Ναυπλίου θα μετακινηθούν στις εγκαταστάσεις της Ν.Μ. Άργους Τα ερωτήματα στόχευαν να κατανοηθούν το πώς αντιλαμβάνονται τις επιδράσεις που θα έχει για τους πληροφορητές, η μελλοντική αναδιάρθρωση των διοικητικών υπηρεσιών.

1) Εάν πιστεύουν ότι οι εργαζόμενοι ότι με την συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών θα αλλάξει η υφιστάμενη αντίληψη της εργασιακής ικανοποίησης που νοιώθουν.

NM Άργους

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 50% των εργαζόμενων πιστεύει ότι δεν θα αλλάξει η εικόνα που έχει ως προς την εργασιακή ικανοποίηση καθότι δεν θα μετακινηθούν οι εργαζόμενοι της ΝΜ Άργους. Οποιαδήποτε αλλαγή προκύψει, δεν αφορά τους ίδιους αφού θα παραμείνουν στο χώρο εργασίας. Ένα ποσοστό 25% δεν είναι σίγουρο για τις επιπτώσεις που θα δημιουργηθούν με την μεταστέγαση των διοικητικών υπαλλήλων της Ν.Μ. Ναυπλίου στο χώρο τους. Αυτή η αλλαγή τους προκαλεί άγχος, καθότι δεν γνωρίζουν κατά πόσο θα επηρεαστούν και οι ίδιοι. Επίσης ένας αρνητικός παράγοντας είναι ότι δεν γνωρίζουν μήπως μεταφερθούν μόνο οι αρμοδιότητες του αντίστοιχου τμήματος της Ν.Μ. Ναυπλίου και όχι και οι υπάλληλοι με αποτέλεσμα να « αυξηθεί ο όγκος της εργασίας χωρίς όμως να υπάρξει η αντίστοιχη στελέχωση των τμημάτων ». Ένα 25% δεν εκφράζει άποψη επειδή δεν γνωρίζει το σχέδιο μεταφοράς των υπηρεσιών.

NM Ναυπλίου

Το 25% του δείγματος θεωρεί ότι δεν έχει ενημέρωση για το πώς θα τους επηρεάσει τους ίδιους και δεν μπορεί να αξιολογήσει την μελλοντική κατάσταση .

Ένα επιπλέον 25% προσδιόρισε πως η αλλαγή τους φοβίζει και τους δημιουργεί άγχος καθώς θα αλλάξει περιβάλλον και τρόπο λειτουργίας. Αξιοσημείωτη είναι η αντίληψη ότι κάθε αλλαγή φέρνει άγχος και αντίδραση. Αυτό όμως είναι φυσιολογικό και διαχειρίσιμο . Ένα ποσοστό 20,8% θεωρεί πως τα πράγματα θα χειροτερεύσουν ενώ ένα αντίστοιχο 16,7% θεωρεί ότι θα βελτιωθούν οι καταστάσεις και θα του δημιουργήσει θετικά συναισθήματα. Υπάρχει και ένα ποσοστό 12,5% που τους είναι αδιάφορο το που θα εργάζονται αφού η εργασιακή ικανοποίηση συμβαδίζει με το αίσθημα ότι έχουν εργασία. Ένα άλλο χαρακτηριστικό σημείο άξιο αναφοράς που προέκυψε από τις συνεντεύξεις είναι ότι το αίσθημα της αβεβαιότητας δεν έχει να κάνει με την αύξηση του εργασιακού όγκου αλλά κυρίως με την έλλειψη ενημέρωσης για τις αλλαγές που σκοπεύουν να γίνουν.

2) *Εάν πιστεύουν ότι με την ενοποίηση θα αλλάξουν το αντικείμενο της εργασίας τους.*

NM Άργους

Το 37,5% του δείγματος θεωρεί πως θα συνεχίσει να ασχολείται με το ίδιο αντικείμενο εργασίας ένα 29,1% ότι είναι πιθανόν να αλλάξει, ενώ ένα 33,3% δεν εκφέρει άποψη γιατί δεν γνωρίζει εάν θα παραμείνει στην θέση του ή αν θα αλλάξει τα καθήκοντά του.

NM Ναυπλίου

Το 58,4% δεν γνωρίζει εάν θα αλλάξει αντικείμενο και αυτό τους προκαλεί εργασιακό άγχος και ανησυχία. Το 33,3% θεωρεί πως θα αλλάξει αντικείμενο ενώ το 8,3% θεωρεί πως με την συγχώνευση των υπηρεσιών, θα έχει το ίδιο αντικείμενο εργασίας.

3) *Εάν πιστεύουν ότι λόγω της συνένωσης των διοικητικών υπηρεσιών θα αυξηθεί ο όγκος εργασίας τους .*

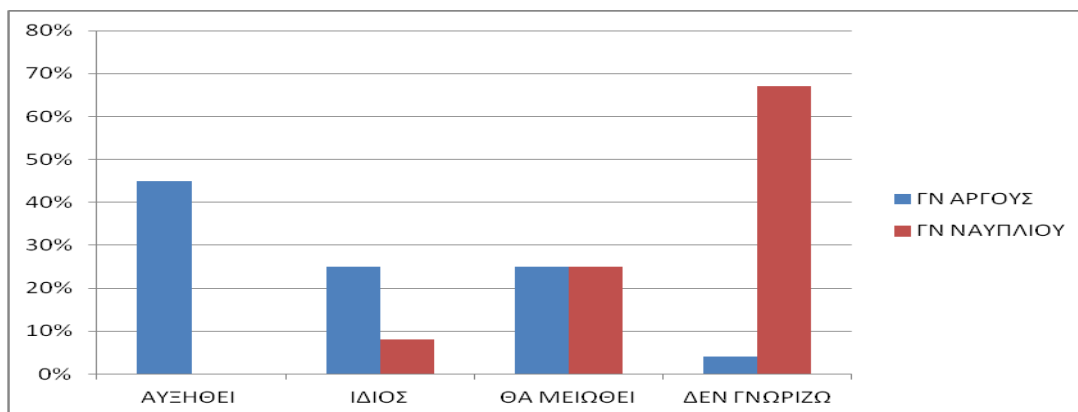
NM Άργους

Το 45,8 % θωρεί ότι με την μεταφορά της διοικητικής υπηρεσίας του NM Ναυπλίου θα αυξηθεί ο όγκος εργασίας, το 25% δεν γνωρίζει και δεν εκφράζει άποψη ένα άλλο 25% θεωρεί πως θα παραμείνει ο ίδιος. Ένα 4,2% θεωρεί πως θα μειωθεί(Σχήμα 3).

NM Ναυπλίου

Το 66,7% του δείγματος δεν εκφράζει άποψη γιατί θεωρεί πως δεν έχει ενημέρωση για το εάν θα αλλάξει αντικείμενο στην εργασία του καθώς και ποια καθήκοντα θα έχει. Το 25% θεωρεί πως θα μειωθεί ο όγκος εργασίας του ενώ ένα 8,3% θεωρεί πως θα παραμείνει ο ίδιος(Σχήμα 3).

ΣΧΗΜΑ 3 Ο όγκος εργασίας



4) *Εάν πιστεύουν ότι θα επιβαρυνθούν οικονομικά με την αναδιάρθρωση των διοικητικών υπηρεσιών.*

NM Άργους

Το 70,8 % θεωρεί ότι δεν θα έχει κάποια οικονομική επιβάρυνση αφού δεν θα χρειαστεί να μετακινηθούν στη ΝΜ Ναυπλίου. Ένα ποσοστό 20,8% δεν γνωρίζει το σχέδιο δράσης και αν θα χρειαστεί να μετακινηθεί στη ΝΜ Ναυπλίου. Μια τέτοια προοπτική θα αποτελούσε αρνητικό παράγοντα γιατί θα επιβαρυνόταν με τα έξοδα της καθημερινής μετακίνησης. Το 8,4% πιστεύει ότι θα έχουν οικονομική ζημία κυρίως οι προϊστάμενοι γιατί είναι πιθανόν να αλλάξουν και να χάσουν το επίδομα θέσης.

NM Ναυπλίου

Το 45,8% πιστεύει πως θα έχει οικονομική και χρονική επιβάρυνση καθώς θα μετακινείται καθημερινά συνολικά 24 χιλιόμετρα ενώ αντίθετα το υπόλοιπο 33,3% θεωρεί πως θα ωφεληθεί γιατί μένει κοντά στη νέα υπηρεσία ενώ ένα ποσοστό 20,8% θεωρεί πως ίσως να έχει κάποια μικρή επιβάρυνση

5) *Εάν πιστεύουν ότι με την συνένωση θα αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας και οι διαδικασίες της διοίκησης, και εάν έχουν ενημέρωση για τον νέο τρόπο λειτουργίας του τμήματος.*

NM Άργους

Ένα ποσοστό 50% είναι σχεδόν σίγουρο πως θα υπάρξει αλλαγή ο τρόπος λειτουργίας της διοίκησης, ένα 25 % πιστεύει πως δεν θα συντελεστεί κάποια αλλαγή, ενώ το υπόλοιπο 25 % πιθανολογεί πως μάλλον θα παραμείνει ο ίδιος. Αυτό που είναι ξεκάθαρο, είναι ότι στο σύνολο του το ανωτέρω ποσοτικό δείγμα αναφέρει ότι δεν έχει επίσημη ενημέρωση για τον τρόπο λειτουργίας, επικοινωνίας και συνδιαλλαγής των διοικητικών υπηρεσιών των δύο οργανικών μονάδων. Αποτέλεσμα είναι η πληροφόρηση τους, να στηρίζεται σε προσωπικές αντιλήψεις και εικασίες.

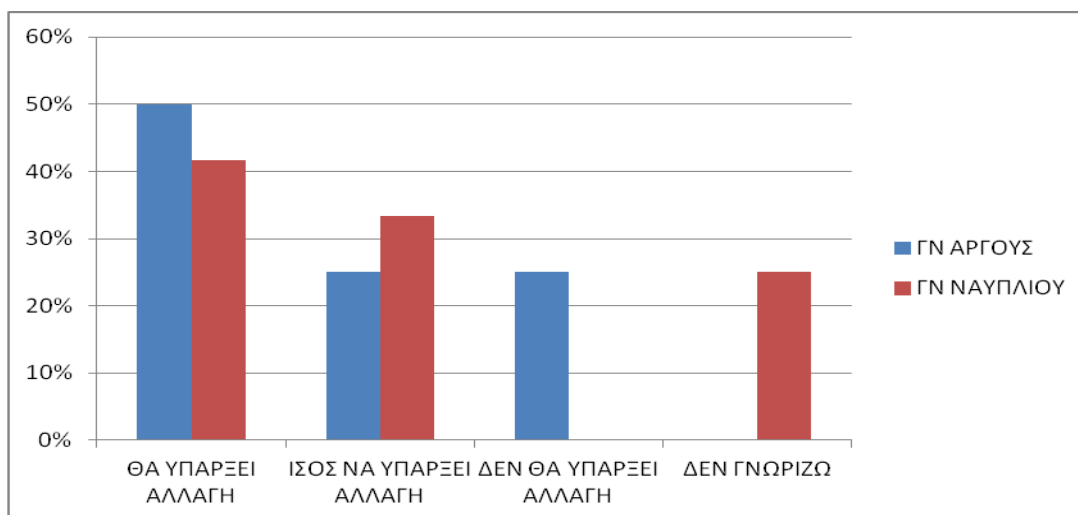
NM Ναυπλίου

Ένα ποσοστό 41,7% θεωρεί σχεδόν σίγουρη την αλλαγή στο τρόπο λειτουργίας της διοίκησης. Το 33,3% θεωρεί πως είναι πιθανόν να έχει αλλαγές στο τρόπο λειτουργίας ενώ ένα 25% δεν έχει άποψη για τον νέο προτεινόμενο τρόπο λειτουργίας των

υπηρεσιών. Η ενημέρωση για τον τρόπο επικοινωνίας και ροής εργασίας της διοικητικής πληροφορίας δεν τους είναι γνωστός. Εικασίες ότι θα μεταφερθεί τμήμα της οικονομικής υπηρεσίας χωρίς όμως αντίστοιχη ενημέρωση για τον τρόπο που θα λειτουργούν οι υπηρεσίες, καθώς και απορίες για τον τρόπο που θα υποστηριχτεί διοικητικά η μονάδα τους με απομακρυσμένα ζωτικά τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας, ερμηνεύτηκαν ως έλλειψη ενημέρωσης της διοικητικής λειτουργίας. Επίσης από αρκετούς εκφράστηκε έντονα η αγωνία πως θα συνεχιστεί η υποστήριξη της κλινικής διαδικασίας και της καθημερινής λειτουργίας του νοσοκομείου από την ελλιπή διοικητική υπηρεσία και μήπως αυτή η διαδικασία αποτελεί προάγγελο για το κλείσιμο του νοσοκομείου.

Η απεικόνιση του ποσοστού των απαντήσεων ακολουθεί στο σχήμα 4.

ΣΧΗΜΑ 4 Ο τρόπος λειτουργίας της διοίκησης



6) Ως προς το εάν νομίζουν ότι θα υπάρξουν προβλήματα στη σχέση τους με τους νέους συναδέλφους και πως αντιλαμβάνονται ότι θα είναι αυτές.

NM Άργους

Το 75% θεωρεί πως δεν θα έχει προβλήματα. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι από το ανωτέρω 75% του δείγματος, ένα ποσοστό 45,8 θεωρεί ότι ή σχέση τους με τους νέους συναδέλφους θα κριθεί από την διάθεση τους για συνεργασία, τον τρόπο αντιμετώπισης της καθημερινότητας και από τον χαρακτήρα τους. Το υπόλοιπο ποσοστό 29,2%

εκφράζει την αγωνία του για τους συναδέλφους της ΝΜ Ναυπλίου εάν θα προσαρμοστούν στο τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών της ΝΜ Άργους. Απαντήσεις που δόθηκαν όπως «δεν μου αρέσει να έρθουν» μετά από διερευνητικές ερωτήσεις εντάχθηκαν στο ανωτέρω ποσοστό, αφού δεν επιθυμούν νέοι συνάδελφοι να διαταράξουν την καθημερινότητα τους. Το υπόλοιπο 25% δεν έχει άποψη καθότι δεν γνωρίζει ποιοι θα έρθουν να στελεχώσουν τα τμήματα.

NM Ναυπλίου

Το 100% θεωρεί πως δεν θα έχει πρόβλημα. Ωστόσο όλοι οι πληροφορητές αναφέρουν ότι σημαντικό ρόλο θα παίξει με ποιους θα είναι στο εργασιακό χώρο καθώς όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ένας πληροφορητής « ίσως τον πρώτο καιρό να έχω ανάγκη εγκλιματισμού ». Επιπλέον ένας στους τέσσερις δήλωσε πως έχει συνεργαστεί με τους συναδέλφους, του αντίστοιχου τμήματος της Ν.Μ. Άργους και θεωρεί πως δεν θα έχει κανένα θέμα προσαρμογής. Λόγο της οικειότητας αυτής πιστεύουν πως δεν θα έχουν πρόβλημα προσαρμογής.

7) Εάν πιστεύουν ότι η διαδικασία της ενοποίησης δημιουργεί κάποιες ψυχικές καταστάσεις στους ίδιους ή στους συναδέλφους τους.

NM Άργους

Ένα ποσοστό 70,9% θεωρεί ότι δεν θα αλλάξει κάτι στο ψυχισμό του με τις αλλαγές αφού θεωρεί πως δεν θα αλλάξουν οι συνθήκες εργασίας, ούτε το περιβάλλον εργασίας. Επιπλέον θεωρεί πως αυτοί που θα μετακινηθούν από τη ΝΜ Ναυπλίου θα έχουν πρόβλημα προσαρμογής επειδή θα αλλάξει η καθημερινότητα τους και ο τρόπος λειτουργίας τους. Το 29,1% δεν γνωρίζει πως θα επηρεαστεί από τις αλλαγές ο ανθρώπινος παράγοντας. Σημαντικός παράγοντας για τους πληροφορητές είναι οι νέοι συνάδελφοι να έχουν καλό χαρακτήρα και να είναι συνεργάσιμοι .

NM Ναυπλίου

Το 50 % έχει αίσθημα ανασφάλειας ,άγνοιας και οι επιπτώσεις της αλλαγής τους είναι άγνωστες. Το υπόλοιπο 50% θεωρεί πως δεν θα αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα. Αυτό οφείλεται στο ότι ήδη κάποιοι συνεργάζονται με τους αντίστοιχους συναδέλφους του

τμήματος του ΝΜ Άργους ή έχουν κοινωνικές επαφές ή θεωρούν πως οι αλλαγές δεν θα τους επηρεάσουν αρνητικά. Επίσης ενδιαφέροντες είναι μερικές απαντήσεις που καταγράφηκαν ως προς τις αρνητικές καταστάσεις που δημιουργούνται « θα έχω οικονομικό και χρονικό κόστος από την μετακίνηση μου », « με αγχώνει το κόστος της αλλαγής », « εάν είχα ενημέρωση για το τι θα κάνω στο νέο πόστο μου δεν θα ήμουν επιφυλακτικός. Εξάλλου μπορεί να είναι και καλύτερα καθότι μια αλλαγή λειτουργεί θετικά » και τέλος « θα πρέπει να μεταφερθούν όλοι οι υπάλληλοι της υπηρεσίας στο διοικητήριο του ΝΜ Άργους ». Από το διάλογο που προέκυψε από την τελευταία απάντηση, μας δόθηκε η εξής ενδιαφέρουσα απάντηση « θέλω να μετακινηθούμε όλοι για να περάσουμε όλοι μαζί τις συνέπειες της αλλαγής. Θα νοιώσω άσχημα αν μετακινηθώ μόνη μου στο νέο μου πόστο και δεν περνάω καλά . Είναι επίπονο να ξέρεις πως όσοι μέινανε περνάνε καλά και εγώ να είμαι δακτυλοδεικτούμενος που δεν θα περνάω καλά ».

6.3.4 Τρίτη ενότητα -Η επιτυχία του εγχειρήματος

Εξετάστηκε εάν κατανοείται το πλαίσιο της ενοποίησης, η εφαρμοσιμότητα της πρότασης, καθώς και τις μεθόδους και τις ενέργειες που προτείνουν οι υπάλληλοι για την επιτυχία του εγχειρήματος .

1) Εάν αντιλαμβάνονται τα αίτια της ενοποίησης υπηρεσιών καθώς και αν αυτή η δράση είναι αναγκαία για την ποιοτικότερη και καλύτερη λειτουργία του ενιαίου νοσοκομείου Αργολίδας.

NM Άργους

Το 20,9% του δείγματος δεν μπορεί να κατανοήσει τα αίτια και τα οφέλη της ενοποίησης υπηρεσιών των νοσοκομειακών μονάδων και ένα ποσοστό 12,5% απάντησε πως δεν τα γνωρίζει καθόλου.

Το 66,6% αντιλαμβάνεται τα αίτια της συγχώνευσης. Υπήρξαν απαντήσεις όπως « κατανοώ τους λόγους της συγχώνευσης ως πολιτική πρωτοβουλία » και ακόμα και πιο τεκμηριωμένες όπως « γίνεται για εξοικονόμηση ανθρώπινου δυναμικού, ή λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων και καλύτερης οργάνωσης ». Από αυτούς που κατανοούν τα αίτια της συγχώνευσης, το 75% θεωρεί πως θα έχει θετικά αποτελέσματα για την ποιοτικότερη και καλύτερη λειτουργία του οργανισμού, ενώ το υπόλοιπο 25% έχει τις

επιφυλάξεις του.

NM Ναυπλίου

Το 33,3% δεν εκφράζει καθόλου άποψη γιατί δεν γνωρίζει ποιες αλλαγές επιφέρουν οι ενοποιήσεις των νοσοκομειακών μονάδων.

Το 66,7% των ερωτηθέντων θεωρεί πως αντιλαμβάνονται τα αίτια της ενοποίησης των νοσοκομειακών μονάδων. Ωστόσο ή αιτία της ενοποίησης έχει για τον καθένα διαφορετική αφετηρία και ερμηνεία. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις τα αίτια είναι για οικονομία κλίμακας, για ποιοτικούς λόγους, για όφελος του ασθενή, για λόγους κυβερνητικής εξαγγελίας, καθώς και για λόγους που έχουν να κάνουν με την προγραμματισμένη υποβάθμιση της νοσοκομειακής μονάδας του Ναυπλίου. Μία πρόσθετη διάσταση στις απαντήσεις του 66,7%, είναι ότι παρόλο που κατανοούν την σκοπιμότητα της συγχώνευσης μόλις το 50% του ανωτέρου δείγματος θεωρεί πως θα έχει θετικά αποτελέσματα. Το υπόλοιπο 50% δεν του έχει αποσαφηνιστεί το σχέδιο υλοποίησης (ποια τμήματα θα συγχωνευτούν και πως θα λειτουργήσουν) και αρκετοί από αυτούς θεωρούν πως δεν θα έχει καθόλου ποιοτικά αποτελέσματα.

2) Εάν αντιλαμβάνονται ότι οι αλλαγές θα τους ευνοήσουν και εάν θεωρούν ότι θα καλυτερεύσουν οι συνθήκες εργασίας τους.

NM Άργους

Το 45,8% των υπαλλήλων που συμμετείχαν στην έρευνα της νοσοκομειακής μονάδας Άργους θεωρεί ότι θα καλυτερεύσουν οι συνθήκες εργασίας. Αυτό προϋποθέτει την στελέχωση των τμημάτων με προσωπικό της NM Ναυπλίου. Παράλληλα είναι ξεκάθαρο πως η μεταβολή της υπάρχουσας κατάστασης, τους αγχώνει. Η επιτυχία της στελέχωσης του τμήματος τους με προσωπικό από την όμορη μονάδα υγείας, θα κριθεί από τον χαρακτήρα των νέων συναδέλφων και την διάθεση τους για συνεργασία. Ένα ποσοστό 25% θεωρεί ότι δεν θα επηρεαστεί από τις αλλαγές καθώς «δεν προβληματίζεται για τις αλλαγές». Το 29,2% θεωρεί ότι δεν είναι ενημερωμένο για τις αλλαγές στο χώρο της εργασίας και δεν έχει άποψη.

NM Ναυπλίου

Ένα 25% από το δείγμα της νοσοκομειακής μονάδας Ναυπλίου θεωρεί ότι θα

βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας και θα ευνοηθεί με τις αλλαγές Το υπόλοιπο 75% νοιώθει ανασφάλεια για το πώς θα υλοποιηθεί το σχέδιο της συγχώνευσης και ποιο είναι αυτό (ποιοι θα μετακινηθούν, που θα τοποθετηθούν) και δεν εκφέρει συγκεκριμένη άποψη.

3) Εάν είχαν επίσημη ενημέρωση για το σχέδιο υλοποίησης και εάν συμμετείχαν σε κάποια ομάδα έργου.

NM Άργους

Το 95,8% θεωρεί ότι δεν έχει ενημερωθεί για το σχέδιο υλοποίησης και δεν έχει συμμετάσχει σε κάποια ομάδα έργου. Ένα ποσοστό 4,2% γνωρίζει πως ως προς το προτεινόμενο σενάριο διάθρωσης των διοικητικών υπηρεσιών ζητήθηκαν να σταλούν εγγράφως οι απόψεις της διεύθυνσης.

NM Ναυπλίου

Το 87,5% θεωρεί ότι δεν έχει ενημερωθεί για το σχέδιο υλοποίησης και δεν έχει συμμετάσχει σε κάποια ομάδα έργου. Το 12,5% αναφέρει ότι γνωρίζει πως η μοναδική εμπλοκή της διοίκησης ήταν ότι ζητήθηκε από την ΥΠΕ να διατυπώσει εγγράφως τις απόψεις της για την ενοποίηση των υπηρεσιών.

4) Εάν θεωρούν πως η ενοποίηση των υπηρεσιών θα λειτουργήσει προς όφελος της νοσοκομειακής μονάδας που ανήκουν.

NM Άργους

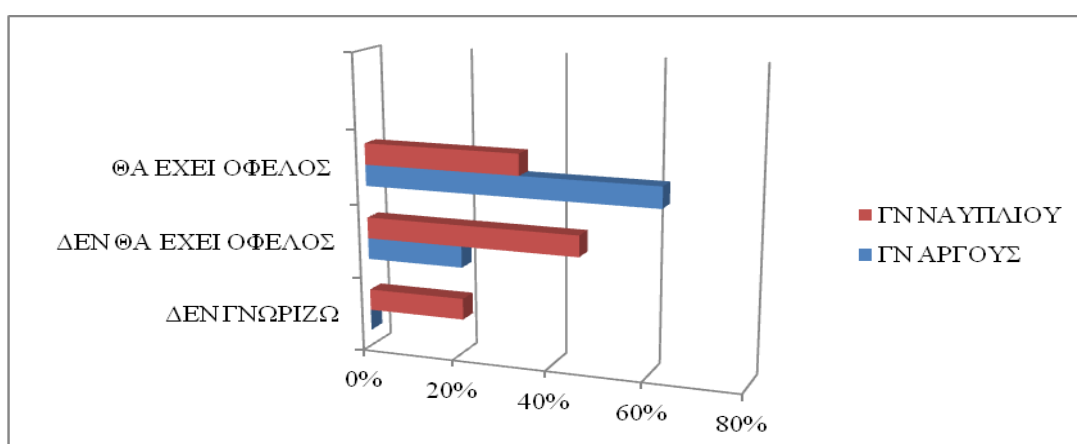
Το 62,5% του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα πιστεύει ότι η ενοποίηση των υπηρεσιών θα λειτουργήσει προς όφελος της νοσοκομειακής μονάδας που ανήκει γιατί θα συνδυαστεί με στελέχωση με προσωπικό από την NM Ναυπλίου. Το 20,8% του δείγματος θεωρεί ότι θα λειτουργήσει με αρνητικό πρόσημο για τη NM Άργους γιατί θα αυξηθεί ο όγκος εργασίας, θα δημιουργηθούν προβλήματα συνεργασίας, και κυρίως θα αναλάβουν την πλήρη υποστήριξη της NM Ναυπλίου.

NM Ναυπλίου

Ένα ποσοστό 45,8% θεωρεί πως θα υπάρξει υποβάθμιση και απορρόφηση των υπηρεσιών από το νοσοκομειακή μονάδα Άργους, ενώ ένα 33,3% θεωρεί ότι θα λειτουργήσει προς όφελος της νοσοκομειακής μονάδας που ανήκει. Το υπόλοιπο ποσοστό 20,9% δεν γνωρίζει το σχέδιο δράσης και δεν εκφράζει άποψη.

Η απεικόνιση του ποσοστού των απαντήσεων ακολουθεί στο σχήμα 5.

ΣΧΗΜΑ 5 Το όφελος της ενοποίησης υπηρεσιών



5) *Εάν η λειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών των δύο νοσοκομειακών μονάδων από την στιγμή που διασυνδέθηκαν έγινε ποιο λειτουργική και αποτελεσματική .*

NM Άργους

Ενα 62,5% του δείγματος θεωρεί πως δεν υπήρξε καμία βελτίωση αντίθετα μάλιστα δημιουργήθηκαν αγκυλώσεις και προβλήματα στη λειτουργία της διοικητικής υπηρεσίας Αυτό οφείλεται στο ότι η διοίκηση της ΝΜ Άργους -ως έδρα του ενιαίου νοσοκομείου Αργολίδας- έχει την ευθύνη να καταθέτει και να επεξεργάζεται ενοποιημένα αρχεία των δύο νοσοκομειακών μονάδων .Το 25% πιστεύει ότι βελτιώθηκε η λειτουργία της διοίκησης επειδή υπάρχει κοινός διοικητής και για τους δύο φορείς, ενώ το 12,5 % δεν εκφράζει άποψη.

NM Ναυπλίου

Το 41,7% του δείγματος θεωρεί πως δεν υπήρξε καμία βελτίωση, το 33,3% δεν εκφράζει άποψη, το 20,8% θεωρεί πως είναι ίδια η κατάσταση ενώ το υπόλοιπο 4,2%

πιστεύει πως οι διοικητικές υπηρεσίες των δύο νοσοκομειακών μονάδων από την στιγμή που διασυνδέθηκαν έγιναν ποιο λειτουργικές και αποτελεσματικές. Ωστόσο στο ποσοστό του 41,7% ενδιαφέρουσα είναι η άποψη ότι με την διασύνδεση δεν έχουν αυτόνομη διοίκηση(Διοικητή – Δ.Σ) και έχει ως αποτέλεσμα αρκετά θέματα να μην επιλύονται εγκαίρως.

6) *Εάν θεωρούν πως το μοντέλο του διασυνδεδεμένου νοσοκομείου χρειάζεται μία διαφορετική πρόταση λειτουργίας.*

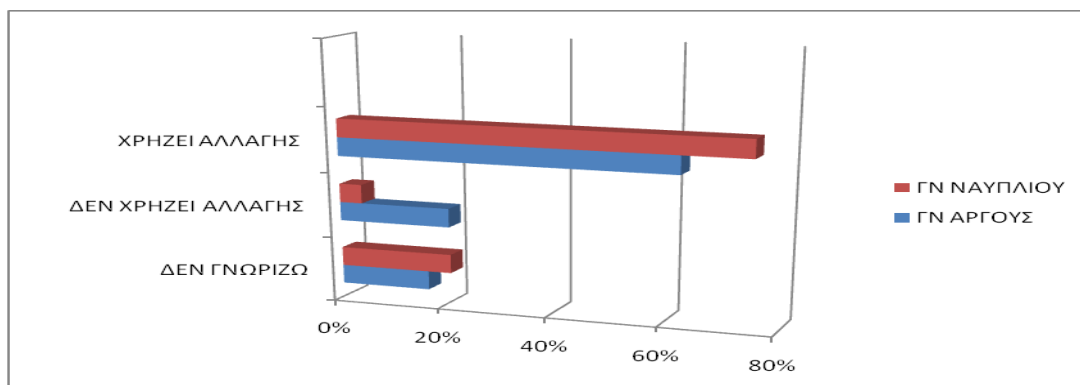
NM Άργους

Ένα 62,5% των ερωτηθέντων θεωρεί πως η αλλαγή στο τρόπο λειτουργίας είναι επιβεβλημένη. Αξιοσημείωτες είναι οι επισημάνσεις για τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην υποβολή ενιαίων αρχείων στις μηχανογραφικές εφαρμογές, στο ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών, στις υπηρεσίες του υπουργείου οικονομικών κλπ καθότι αντιμετωπίζονται οι δύο νοσοκομειακές μονάδες ως ενιαίες με ένα κοινό ΑΦΜ. Επιπλέον στο νοσοκομείο της έδρας έχουν ανατεθεί μια σειρά αρμοδιοτήτων οι οποίες επιβαρύνουν την λειτουργία του. Το 20,8% θεωρεί ότι δεν χρειάζεται κάποια αλλαγή ενώ το 16,7% ότι δεν εκφράζει άποψη. (Σχήμα 6).

NM Ναυπλίου

Το 75% θεωρεί ότι πρέπει να υπάρξει μια θεσμική αλλαγή στο τρόπο λειτουργίας. Αναλύθηκαν αδυναμίες και επικάλυψη αρμοδιοτήτων σε θέματα του οικονομικού τμήματος, στις προμήθειες, στη μισθοδοσία καθώς σε επί μέρους θέματα όπως για την υποστήριξη της κλινικής λειτουργία του. Το 20,8% δεν εκφράζει άποψη ενώ το 4,2% θεωρεί ότι δεν χρήζει αλλαγή (Σχήμα 6).

ΣΧΗΜΑ 6 Πρόταση λειτουργίας διασυνδεδεμένου νοσοκομείου



Ζητήθηκε να αξιολογήσουν τις ακόλουθες ενέργειες που πρέπει να προηγηθούν για την αποτελεσματικότερη ενοποίηση των υπηρεσιών.

Με βάση τις απαντήσεις της ποσοτικής έρευνας που δόθηκαν στην κλίμακα Likert παρουσιάζονται συνοπτικά τα εξής δεδομένα:

- 1) *Η ύπαρξη σχεδίου δράσης και υλοποίησης της συνένωσης.* Ως προς το πρώτο ερώτημα, η συντριπτική πλειοψηφία των υπαλλήλων που συμμετείχαν στην έρευνα με ποσοστό 79,2% για τη ΝΜ Άργους και αντίστοιχα ένα 75% για την ΝΜ Ναυπλίου θεωρούν πολύ σημαντική την ύπαρξη σχεδίου δράσης και υλοποίησης.
- 2) *Η δημιουργία ενιαίου οργανισμού* σε ένα ποσοστό 45,8% από την ΝΜ Άργους και ένα αντίστοιχο 25% από την ΝΜ Ναυπλίου θεωρείται πολύ σημαντική δράση που προάγει την αποτελεσματική ενοποίηση των υπηρεσιών.
- 3) *Η ενημέρωση των προϊσταμένων για την νέα λειτουργία του τμήματος* θεωρείται πολύ σημαντική σε ένα ποσοστό 54,2% για τη ΝΜ Άργους και 12,5% για τη ΝΜ Ναυπλίου.
- 4) *Η αναγκαιότητα της ενημέρωσης του προσωπικού ως προς τα οφέλη της συγχώνευσης,* θεωρείται πολύ σημαντική για ένα ποσοστό 62,5% για τη ΝΜ Άργους και 20,8% για τη ΝΜ Ναυπλίου.
- 5) *Η ενημέρωση του προσωπικού για τα νέα καθήκοντα του,* οι υπάλληλοι του δείγματος της ΝΜ Άργους σε ένα ποσοστό 58,3% την θεωρούν πολύ σημαντική ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ΝΜ Ναυπλίου να είναι 20,8%.
- 6) *Η μηχανογραφική ενοποίηση,* για ένα ποσοστό 45,8% του δείγματος της ΝΜ Άργους και αντίστοιχα 25% της ΝΜ Ναυπλίου θεωρείται πολύ σημαντική.
- 7) *Η κοινή κωδικοποίηση των δεδομένων* θεωρείται πολύ σημαντική για ένα ποσοστό 33,3% για την ΝΜ Άργους και αντίστοιχα 8,3% για την ΝΜ Ναυπλίου.

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, γίνεται εμφανές ότι υπάρχει μια γενικότερη συναίνεση των υπαλλήλων για την αναγκαιότητα της ύπαρξης σχεδίου δράσης. Είναι άξιο προσοχής ότι το σχέδιο δράσης για υλοποίηση της συνένωσης/συγχώνευσης λειτουργιών των δύο διοικητικών υπηρεσιών των αντίστοιχων νοσοκομειακών μονάδων, έχει ένα ποσοστό πάνω από 75% και για τις δύο μονάδες.

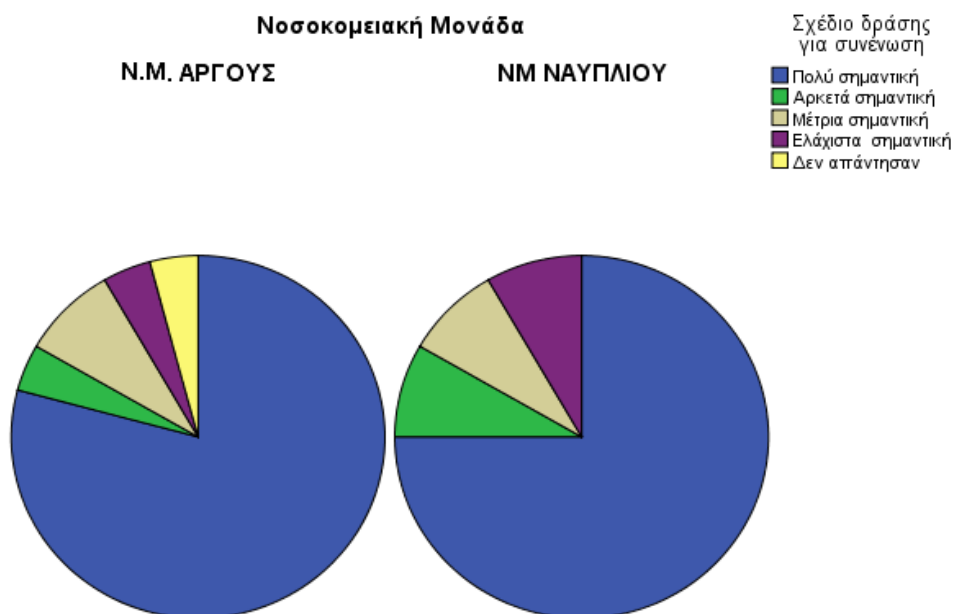
Ακολουθεί η αναλυτική απεικόνιση των απαντήσεων της ποσοτικής έρευνας.

1) Η ύπαρξη σχεδίου δράσης για υλοποίηση της συνένωσης /συγχώνευσης λειτουργιών των δύο διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομειακών μονάδων.

Σχέδιο δράσης για συνένωση

		Νοσοκομειακή Μονάδα		
		N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	Total
	Πολύ σημαντική	79,2%	75,0%	77,1%
	Αρκετά σημαντική	4,2%	8,3%	6,3%
	Μέτρια σημαντική	8,3%	8,3%	8,3%
	Ελάχιστα σημαντική	4,2%	8,3%	6,3%
	Δεν απάντησαν	4,2%		2,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 7 Σχέδιο δράσης για συνένωση

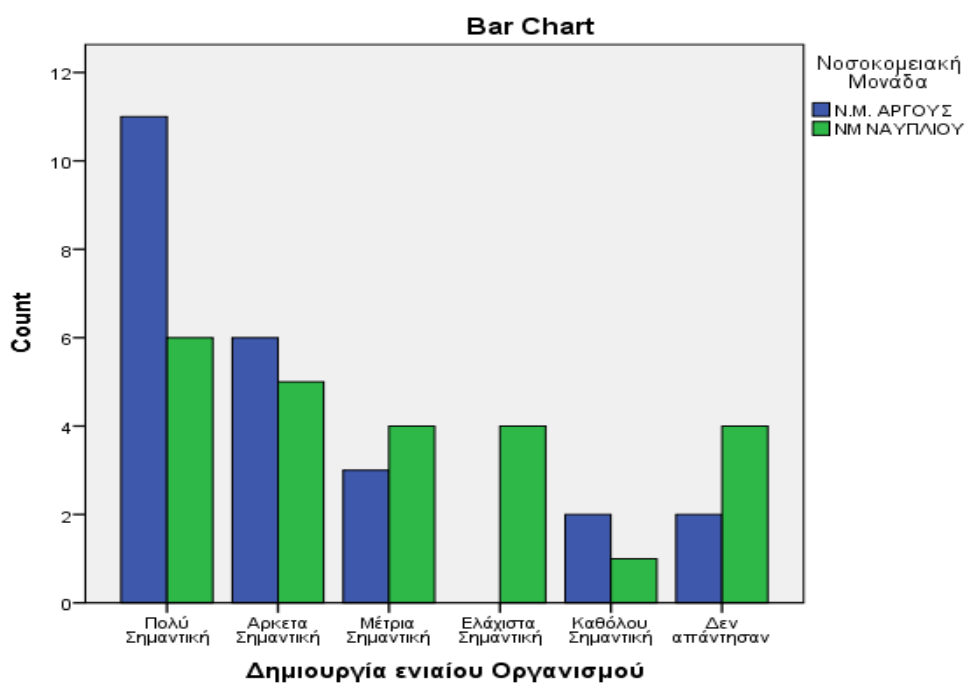


2) Δημιουργία ενιαίου οργανισμού.

Δημιουργία ενιαίου Οργανισμού

	Νοσοκομειακή Μονάδα		Total
	N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	
Πολύ Σημαντική	45,8%	25,0%	35,4%
Αρκετά Σημαντική	25,0%	20,8%	22,9%
Μέτρια Σημαντική	12,5%	16,7%	14,6%
Ελάχιστα Σημαντική		16,7%	8,3%
Καθόλου Σημαντική	8,3%	4,2%	6,3%
Δεν απάντησαν	8,3%	16,7%	12,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 8 Δημιουργία ενιαίου οργανισμού



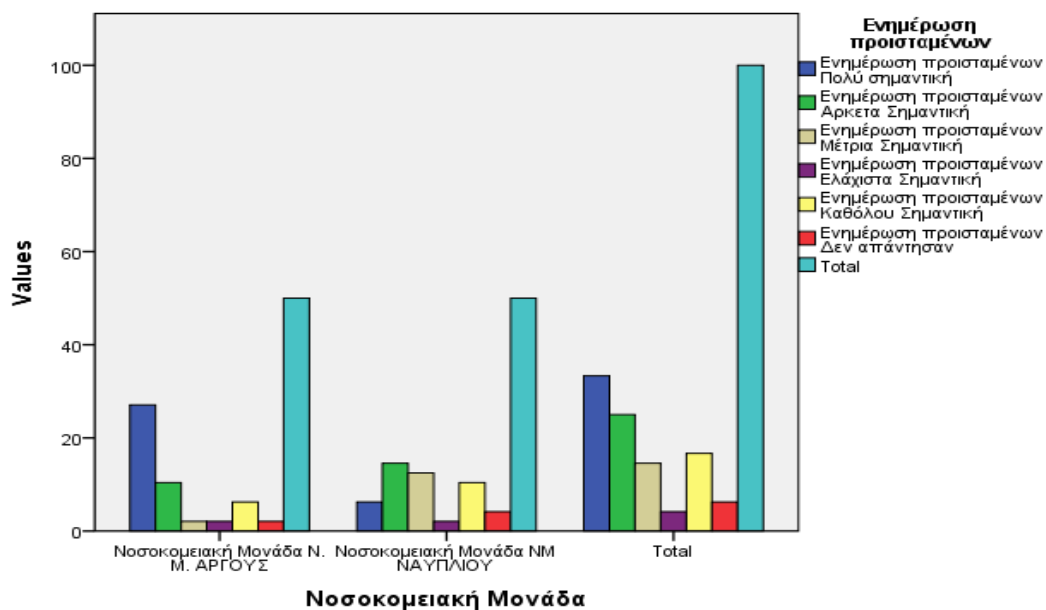
3) Ενημέρωση προϊσταμένων με σκοπό την κατανόηση της νέας λειτουργία της διοίκησης και του τμήματος του.

Ενημέρωση προϊσταμένων

		Νοσοκομειακή Μονάδα		
		N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	Total
	Πολύ σημαντική	54,2%	12,5%	33,3%
	Αρκετά Σημαντική	20,8%	29,2%	25,0%
	Μέτρια Σημαντική	4,2%	25,0%	14,6%
	Ελάχιστα Σημαντική	4,2%	4,2%	4,2%
	Καθόλου Σημαντική	12,5%	20,8%	16,7%
	Δεν απάντησαν	4,2%	8,3%	6,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 9 Ενημέρωση προϊσταμένων

Ενημέρωση προϊσταμένων * Νοσοκομειακή Μονάδα Crosstabulation
% of Total



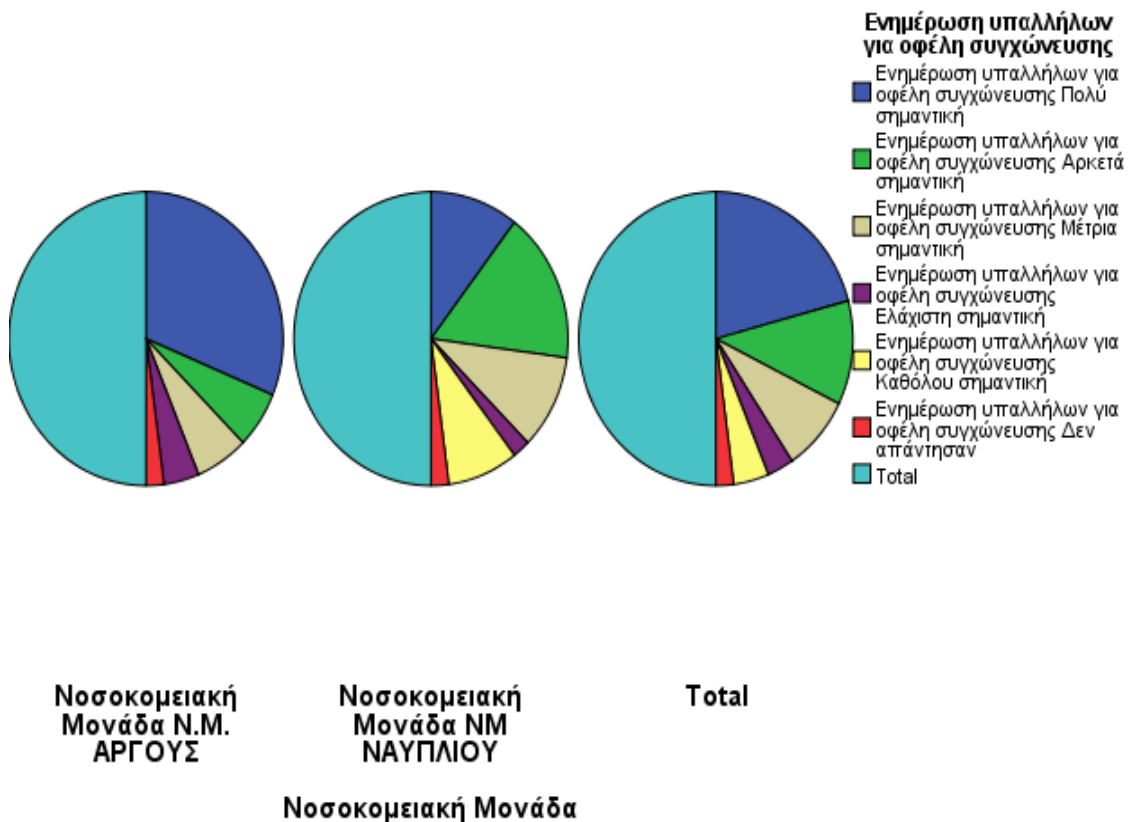
4)Ενημέρωση των υπαλλήλων για τα οφέλη της συγχώνευσης.

Ενημέρωση υπαλλήλων για οφέλη συγχώνευσης

		Νοσοκομειακή Μονάδα		Total
		N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	
	Πολύ σημαντική	62,5%	20,8%	41,7%
	Αρκετά σημαντική	12,5%	33,3%	22,9%
	Μέτρια σημαντική	12,5%	20,8%	16,7%
	Ελάχιστη σημαντική	8,3%	4,2%	6,3%
	Καθόλου σημαντική		16,7%	8,3%
	Δεν απάντησαν	4,2%	4,2%	4,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 10 Ενημέρωση των υπαλλήλων

Ενημέρωση υπαλλήλων για οφέλη συγχώνευσης * Νοσοκομειακή Μονάδα Crosstabulation...

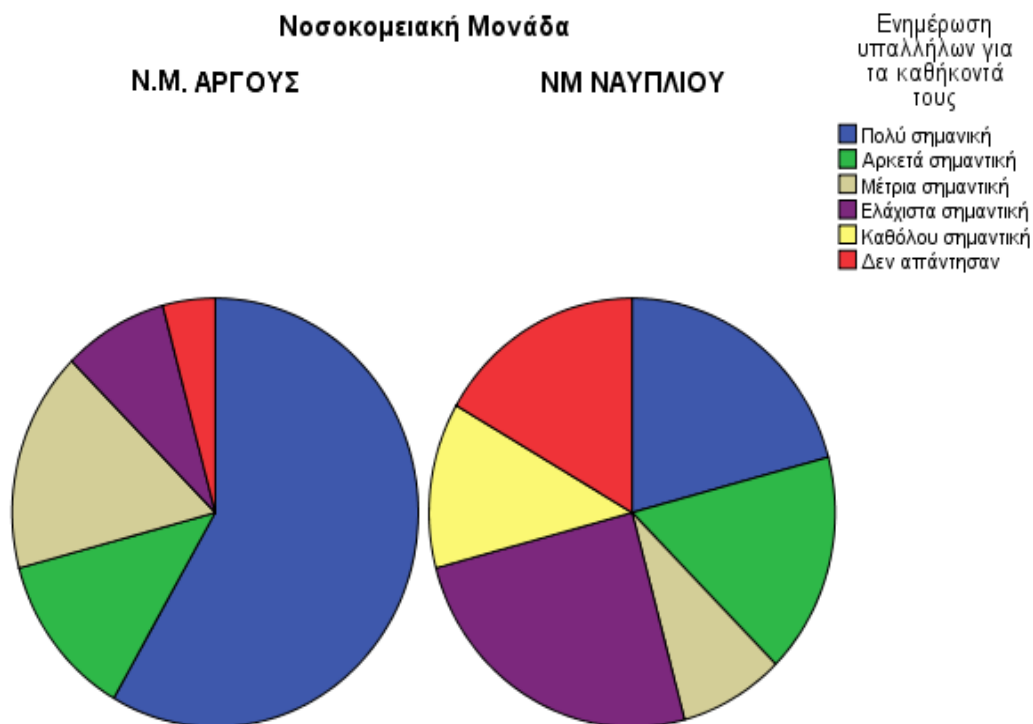


5) Η πλήρης πληροφόρηση του εργαζομένου για τα νέα καθήκοντά του.

Ενημέρωση υπαλλήλων για τα καθήκοντά τους

		Νοσοκομειακή Μονάδα		
		N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	Total
	Πολύ σημαντική	58,3%	20,8%	39,6%
	Αρκετά σημαντική	12,5%	16,7%	14,6%
	Μέτρια σημαντική	16,7%	8,3%	12,5%
	Ελάχιστα σημαντική	8,3%	25,0%	16,7%
	Καθόλου σημαντική		12,5%	6,3%
	Δεν απάντησαν	4,2%	16,7%	10,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 11 Τα νέα καθήκοντα

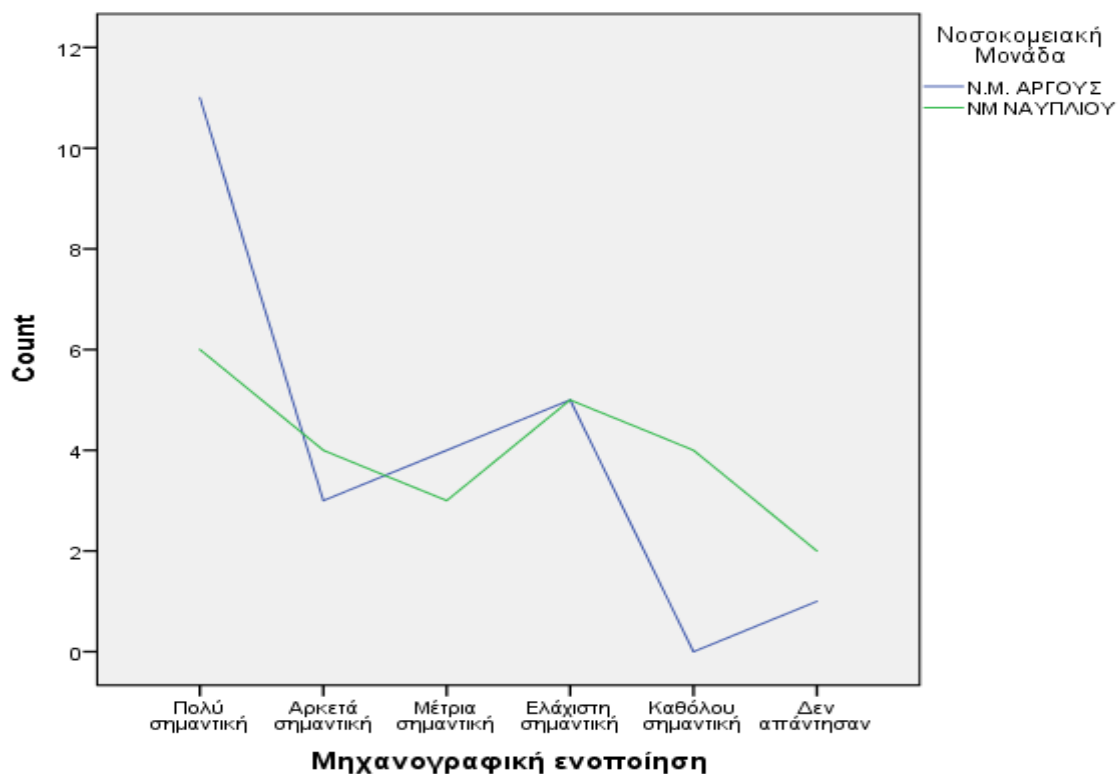


6) Μηχανογραφική ενοποίηση των δύο νοσοκομειακών μονάδων.

Μηχανογραφική ενοποίηση

		Νοσοκομειακή Μονάδα		Total
		N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	
	Πολύ σημαντική	45,8%	25,0%	35,4%
	Αρκετά σημαντική	12,5%	16,7%	14,6%
	Μέτρια σημαντική	16,7%	12,5%	14,6%
	Ελάχιστη σημαντική	20,8%	20,8%	20,8%
	Καθόλου σημαντική		16,7%	8,3%
	Δεν απάντησαν	4,2%	8,3%	6,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 12 Μηχανογραφική ενοποίηση

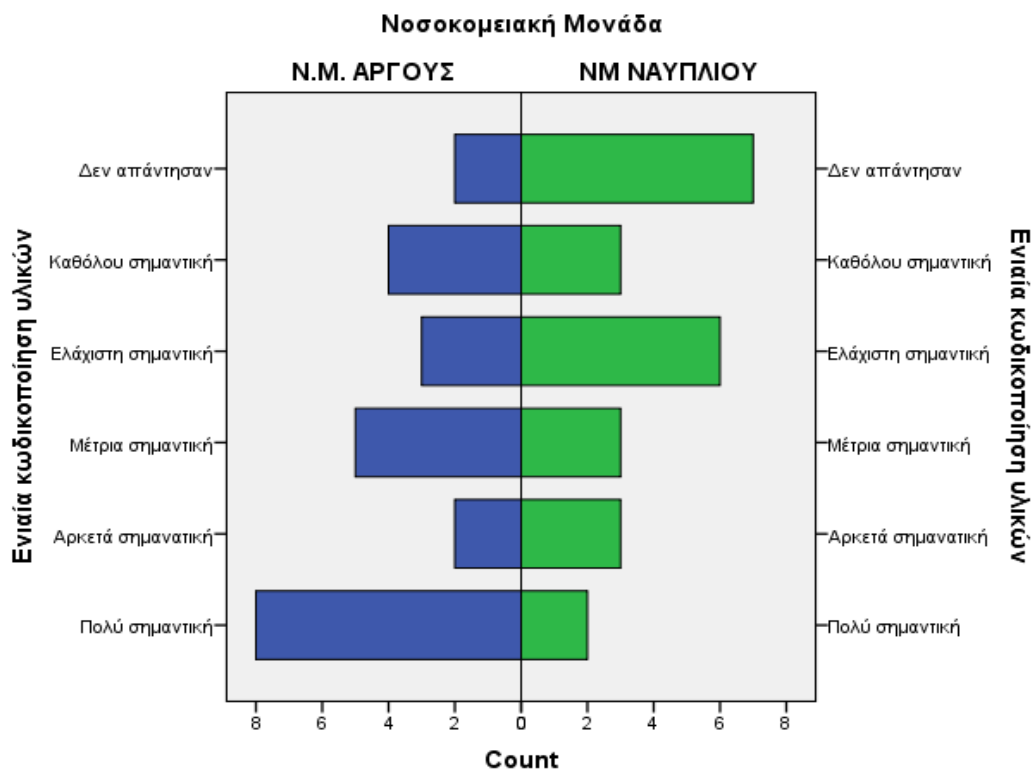


7) Δημιουργία κοινής κωδικοποίησης δεδομένων.

Ενιαία κωδικοποίηση υλικών

		Νοσοκομειακή Μονάδα		
		N.M. ΑΡΓΟΥΣ	NM ΝΑΥΠΛΙΟΥ	Total
	Πολύ σημαντική	33,3%	8,3%	20,8%
	Αρκετά σημαντική	8,3%	12,5%	10,4%
	Μέτρια σημαντική	20,8%	12,5%	16,7%
	Ελάχιστη σημαντική	12,5%	25,0%	18,8%
	Καθόλου σημαντική	16,7%	12,5%	14,6%
	Δεν απάντησαν	8,3%	29,2%	18,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

ΣΧΗΜΑ 13 Κοινή κωδικοποίηση δεδομένων



6.4 Συζήτηση

Για τις ανάγκες της διπλωματικής εργασίας κρίθηκε απαραίτητο αρχικά η έρευνα να εστιάσει στην εξέταση των αντιλήψεων των υπαλλήλων απέναντι στην ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών καθώς και σε εκείνων των συνιστωσών οι οποίες συνέβαλαν η φιλόδοξη εξαγγελία της ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών να μην υλοποιηθεί. Προϋπόθεση κατανόησης των ευρημάτων της έρευνας, είναι ότι σύμφωνα με την πρόθεση για την συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών των δύο νοσηλευτικών μονάδων, ορισμένοι υπάλληλοι από κάποια τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας του Ν.Μ. Ναυπλίου θα χρειαστεί να μετακινηθούν στις εγκαταστάσεις του Ν.Μ. Αργους.

Για να κατανοηθούν οι αντιλήψεις για την ενοποίηση των υπηρεσιών, ήταν απαραίτητο αρχικά, να ψηλαφιστεί ή υπάρχουσα κουλτούρα και η υφιστάμενη κατάσταση λειτουργίας των δύο νοσοκομειακών μονάδων. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια να αποσαφηνιστούν οι αντιλήψεις των υπαλλήλων για την αναγκαιότητα της ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών και στη συνέχεια να κατανοηθούν οι προτάσεις τους για την επιτυχία του εγχειρήματος.

6.4.1 Ενότητα 1. Υφιστάμενη κουλτούρα

Σχηματίζοντας το πλαίσιο της έρευνας μας για την συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών, δημιουργήθηκε η ανάγκη για μελέτη του κοινωνικού και θεσμικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί η κάθε νοσηλευτική μονάδα. Η κατανόηση της οργανωσιακής δομής των μονάδων είναι καθοριστικής σημασίας για την τελική και ουσιαστική ενσωμάτωση τους. Αποφεύγοντας μια εκτενή ανάλυση της κουλτούρας των μονάδων, έγινε προσπάθεια να ψηλαφιστεί το σύστημα των απόψεων και αξιών που καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών τους, στη πρόκληση της συγχώνευσης. Το πλαίσιο αυτό, φαίνεται να επηρεάζει διαφορετικά τις αντιλήψεις της κάθε νοσηλευτικής μονάδας ως προς την εφαρμογή του σχεδίου της συγχώνευσης των διοικητικών υπηρεσιών.

Στο αρχικό ερώτημα για την ικανοποίηση των εργαζομένων από την υφιστάμενη εργασία, διαπιστώνεται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ότι το 66,7% του δείγματος της ΝΜ Ναυπλίου και το 33,3% από της ΝΜ Αργους θεωρεί ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο με την εργασία του (Σχήμα 1). Επιπρόσθετα και στις δύο

νοσηλευτικές μονάδες ένα ποσοστό πάνω από 75% πιστεύει πως η εργασία που εκτελεί είναι αρκετά ενδιαφέρουσα και ανάλογη των δυνατοτήτων του.

Ως προς τον όγκο εργασίας ενώ όλοι πληροφορητές θεωρούν πως είναι μεγάλος, αυτό που είναι άξιο προσοχής είναι ότι θεωρούν ότι δεν τους προκαλεί άγχος και δεν τους επηρεάζει αρνητικά. Σε αυτό το πλαίσιο συμβαδίζει και το υψηλό ποσοστό που παρουσιάζει το δείγμα στο ερώτημα εάν θεωρούν πως η εργασία είναι ανάλογη των δυνατοτήτων τους. Για την μεν ΝΜ Άργους το ποσοστό διακυμάνθηκε στο 66,7% και για την ΝΜ Ναυπλίου στο 83,3%. Με βάση αυτά τα δεδομένα προκύπτει ότι στη ΝΜ Ναυπλίου είναι ισχυρότερη η αντίληψη της ικανοποίησης από το χώρο εργασίας καθώς και το αίσθημα ότι η εργασία τους είναι ανάλογη των δυνατοτήτων τους.

Επίσης σημαντικός παράγοντας και για τις δύο μονάδες είναι το περιβάλλον εργασίας. Διαπιστώνεται ότι στην πλειοψηφία τους οι υπάλληλοι επιθυμούν να εργάζονται και τα επόμενα χρόνια στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον σε ποσοστό 62,5% για τη ΝΜ Άργους και 66,7% για τη ΝΜ Ναυπλίου. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα ποσοστό 95,8% της ΓΝ Ναυπλίου επιθυμεί να εργάζεται στο ίδιο χωροταξικό περιβάλλον, την στιγμή που το αντίστοιχο της ΓΝ Άργους είναι 62,5%. Είναι εμφανές πως οι εργαζόμενοι στη ΝΜ Ναυπλίου έχουν ένα ισχυρό αίσθημα εργασιακής σύνδεσης με το περιβάλλοντα χώρο τους.

Επιπλέον στο ερώτημα που αφορά την σχέση τους με τους συναδέλφους διαπιστώνεται πως βασικός συνδεδετικός παράγοντας (και για τους δύο οργανισμούς) αποτελεί ο Άνθρωπος-Εργαζόμενος, που είναι ένα ενεργό και ζωτικό μέρος του συνόλου, και όχι απλά ως ένα εργαλείο παραγωγής. Οι δράσεις του και η καθημερινότητα του επηρεάζει θετικά ή αρνητικά το κοινωνικό σύνολο του οργανισμού.

Επί πρόσθετα στο ερώτημα για την καθημερινότητα οι ερωτηθέντες της ΝΜ Άργους υποστηρίζουν κατά ένα ποσοστό το 83,3% ότι η καθημερινότητα και κυρίως ο όγκος εργασίας τους δημιουργεί άσχημες ψυχικές καταστάσεις. Επισημαίνονται οι απόψεις ότι ο όγκος εργασίας και οι ευθύνες αυξήθηκαν στη ΝΜ Άργους από την στιγμή που διασυνδέθηκε με το ΝΜ Ναυπλίου.

Αντίστοιχα στο ίδιο ερώτημα ένα ποσοστό 95,8% της ΝΜ Ναυπλίου θεωρεί ότι του δημιουργούνται ψυχικά δυσάρεστες καταστάσεις λόγω φόρτου εργασίας ή λόγω του συγκεκριμένου πόστου εργασίας (Σχήμα 2). Ειδικότερα οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν

ότι είναι αποτέλεσμα της εργασιακής εξουθένωσης, της κακής οργάνωσης καθώς και της έλλειψης καθοδήγησης από τους ανωτέρους.

Σύμφωνα με το δείγμα μας στους εργαζόμενους της ΝΜ Ναυπλίου είναι πιο έντονο το αίσθημα για την αναγκαιότητα υποστήριξης σε προσωπικό και σε οργανωτικές διαδικασίες, σε αντιπαράθεση με τη ΝΜ Άργους όπου οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι ο όγκος εργασίας και η καθημερινότητα τους δημιουργεί ψυχικές εντάσεις. Από τη σκοπιά της ερευνάς μας σημαντική παρατήρηση είναι ότι ο όγκος της εργασίας και οι ευθύνες αυξήθηκαν στη ΝΜ Άργους επειδή ως νοσοκομείο έδρας εκτελεί κάποιες πρόσθετες εργασίες της Ν.Μ. Ναυπλίου (ενοποίηση προϋπολογισμών, μισθοδοσίας, προμηθειών κ.α).

Κάποιες επιπλέον παράμετροι που αναδύθηκαν από τα ερευνητικά δεδομένα ήταν οι σχέσεις των εργαζομένων με τη διοίκηση. Οι εργαζόμενοι δείχνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν ο οργανισμός έχει ξεκάθαρες οργανωτικές διαδικασίες. Ιδιαίτερα και στις δύο νοσοκομειακές μονάδες επιθυμητή είναι η έμφαση, στην οργάνωση των υπηρεσιών και στην καθοδήγηση των ενεργειών. Οι πληροφορητές που συμμετείχαν στη διαδικασία της συνέντευξης για τη ΝΜ Άργους και τη ΝΜ Ναυπλίου θεωρούν ότι ένας σημαντικός παράγοντας που θα βελτιώνει τις συνθήκες εργασίας είναι η σωστή κατανομή εργασίας, η οργάνωση και η καθοδήγηση από τους ανωτέρους. Άξιο προσοχής είναι ότι 45,8% της ΝΜ Ναυπλίου θεωρεί την διοίκηση αποστασιοποιημένη ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το ΝΜ Ναυπλίου είναι 58,3% .

Μια άλλη παράμετρος που πρέπει να αναφερθεί, είναι ότι ο ερευνητής που προσεγγίζει το φαινόμενο υπό μελέτη χρησιμοποιεί και την παρατήρηση. Ως εξωτερικός παρατηρητής αλλά και ταυτόχρονα ερευνητής, διαπίστωσα ότι η έλλειψη προσωπικού στη ΝΜ Ναυπλίου, έχει δημιουργήσει μία ψυχική κόπωση στο προσωπικό καθώς και προβλήματα οργανωτικής λειτουργίας. Επίσης μια δεύτερη παρατήρηση, είναι ότι για το χωροταξικό περιβάλλον οι εργαζόμενοι στη ΝΜ Ναυπλίου είναι ικανοποιημένοι και καλύπτει τις ανάγκες τους παρόλο που ο χώρος είναι αρκετά στενάχωρος, ενώ αντίστοιχα στη ΝΜ Άργους που ο χώρος είναι αρκετά πιο σύγχρονος και ευρύχωρος, οι εργαζόμενοι θα επιθυμούσαν κάποιες βελτιώσεις. Επιπλέον φαίνεται πως στη ΝΜ Ναυπλίου επικρατεί ένα κλίμα πιο ανοικτό και περισσότερο ευέλικτο. Η ως άνω παρατήρηση συμφωνεί *«με αποτελέσματα έρευνας που υποστηρίζει ότι στους μικρότερους οργανισμούς (όπως είναι το Ν.Μ. Ναυπλίου) επικρατεί ένα κλίμα πιο*

ανοικτό, ενώ όσο μεγαλύτερος είναι ο οργανισμός (όπως είναι το Ν.Μ. Άργους) τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός της γραφειοκρατίας με περισσότερο έλεγχο και συντονισμό και με επικράτηση του κλειστού κλίματος.» (Α. Γούλα κ.α 2014:457)

Γνωρίζοντας πως δεν είναι δυνατόν να κατανοηθεί πλήρως η ικανοποίηση των εργαζομένων και η υφιστάμενη κουλτούρα, η συγκεκριμένη πρώτη ενότητα αποτελεί σημαντικό υπόβαθρο για την ανάπτυξη της ερευνάς μας.

6.4.2 Ενότητα 2. Αντιλήψεις για την ενοποίηση

Για τους ερωτηθέντες στη Ν.Μ. Ναυπλίου καθίσταται αντιληπτό, ότι η συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών και η μετακίνηση τους αποτελεί ουσιαστικά απόφαση για αλλαγή της καθημερινότητας τους. Το αίσθημα της αλλαγής είναι έντονο σε όλα τα επίπεδα. Αλλαγή όχι μόνο στο χώρο και στο αντικείμενο της εργασίας αλλά και στο τρόπο που θα λειτουργούν οι υπηρεσίες. Παράλληλα η αλλαγή σε ένα ποσοστό 45,8% θα επηρεάσει και τους ίδιους τους υπαλλήλους με την οικονομική και χρονική επιβάρυνση(ερώτημα 4) που θα υποστούν με την μετακίνηση τους στη ΝΜ Άργους.

Επιπλέον από μια ψυχολογική-κοινωνική σκοπιά, η ενοποίηση ως διαδικασία αλλαγής είναι μία διαδικασία που δημιουργεί διαφορετικές αντιλήψεις, και προκαλεί διαφορετικές συμπεριφορές, και αντιδράσεις .

Σε αυτό το πλαίσιο σκέψης, διαπιστώνεται έντονος σκεπτικισμός στους εργαζόμενους της Ν.Μ. Ναυπλίου, καθώς η έλλειψη προσωπικού, ή εξαγγελία για ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών (πριν ένα χρόνο), οι δυσλειτουργίες και το αίσθημα ότι υπάρχει πολιτική απόφαση για συρρίκνωση της ΝΜ Ναυπλίου, έχει συμβάλει να έχουμε περιορισμό των έντονων αποκλίσεων και να δημιουργηθεί μία σχετική επιχειρησιακή ετοιμότητα αλλαγής.

Είναι ενδεικτικό ότι ένα ποσοστό της ΝΜ Ναυπλίου 16,7% θεωρεί ότι με την συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών θα βελτιωθούν οι συνθήκες για τους ίδιους ενώ ένα ποσοστό 12,5% δηλώνει αδιάφορο για το χώρο που θα εργάζονται. Παράλληλα σε ποσοστό 100% (ερώτημα 6) όλοι θεωρούν πως εάν χρειαστεί να μετακινηθούν δεν θα αντιμετωπίσουν πρόβλημα προσαρμογής με τους νέους συναδέλφους.

Υπό μια διαφορετική οπτική, η ενοποίηση της διοικητικής υπηρεσίας, θα επιφέρει μία αναστάτωση όχι μόνο στους ίδιους και στο αίσθημα της εργασιακής τους ικανοποίησης αλλά και στη λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας Ναυπλίου.

Ενδεικτικό είναι πως ένα ποσοστό 25% θεωρεί ότι δεν έχει επαρκή ενημέρωση για την ενοποίηση και δεν μπορεί να αξιολογήσει την κατάσταση, ένα 25% των ερωτηθέντων τους φοβίζει και τους δημιουργεί πρόσθετο άγχος ενώ ένα 20,8% θεωρεί ότι θα προκληθούν αρνητικές συνέπειες (ερώτημα 1). Η αγωνία για τις επιπτώσεις της αλλαγής σε συνδυασμό με την έλλειψη ενημέρωσης για τα στοιχεία της ενοποίησης αναδεικνύεται στο ελάχιστο ποσοστό του 8,3% που θεωρεί πως δεν θα χρειαστεί να αλλάξει χώρο εργασίας (ερώτημα 2).

Τέλος, ιδιαίτερα διεισδυτικής ανάλυσης είναι η προσέγγιση για τον τρόπο λειτουργίας της διοίκησης. Διαπιστώνεται πως ένα ποσοστό 41,7% από τους ερωτηθέντες της ΝΜ Ναυπλίου έχει πιστέψει ότι η συγχώνευση θα επιφέρει αλλαγή στο τρόπο λειτουργίας της διοίκησης. Το 33,3% θεωρεί πως πιθανολογεί πως θα προκύψουν αλλαγές και ένα 25% δηλώνει πως δεν είναι ενημερωμένο για τον τρόπο λειτουργίας της διοικητικής υπηρεσίας (Σχήμα 4). Αυτό που είναι ξεκάθαρο, είναι ότι στο σύνολο τους οι ερωτώμενοι της ΝΜ Ναυπλίου αναφέρουν ότι δεν υπάρχει επίσημη ενημέρωση για τον τρόπο λειτουργίας, επικοινωνίας και συνδιαλλαγής των διοικητικών υπηρεσιών των δύο οργανικών μονάδων.

Υπό αυτή την έννοια κάποιες απόψεις για μεταστέγαση όλων των διοικητικών υπαλλήλων στη προτεινόμενη δομή που θα λειτουργήσει στα κτίρια της ΝΜ Άργους καθώς και η αγωνία που εκφράζεται για την υποστήριξη της κλινικής διαδικασίας και της καθημερινής διοικητικής λειτουργίας του νοσοκομείου, ίσως αποτελούν και μία άμυνα της υπάρχουσας κουλτούρας ως προς τον τρόπο και την διαδικασία αλλαγής. Μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να μην αποτελεί τον κανόνα, δείχνει όμως την επιθυμία για ενημέρωση και την αγωνία για τον τρόπο υλοποίησης της.

Από την άλλη πλευρά, για τη Ν.Μ. Άργους που αποτελεί την υπηρεσία που θα υποδεχτεί την διοικητική υπηρεσία της Ν.Μ. Ναυπλίου, το 50% πιστεύει ότι δεν θα αλλάξει η εικόνα που έχει ως προς την εργασιακή ικανοποίηση καθότι δεν θα μετακινηθούν οι εργαζόμενοι της ΝΜ Άργους. Παρόλο που υπάρχει το αίσθημα της σταθερότητας, η συγχώνευση είναι γεγονός το οποίο προκαλεί σε αρκετούς παράξενα συναισθήματα και αποσταθεροποιεί την κατάσταση τους. Ενδεικτικό είναι ότι το 29,1% των ερωτηθέντων της ΝΜ Άργους θεωρεί ότι είναι πιθανόν να αλλάξει το αντικείμενο εργασίας, ενώ ένα 33,3% δεν γνωρίζει εάν θα παραμείνουν στην θέση του. Επίσης οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν σε ένα ποσοστό 45,8 % ότι με την μεταφορά της

διοικητικής υπηρεσίας της ΝΜ Ναυπλίου θα επιβαρυνθούν με πρόσθετο όγκο εργασίας. Στο ίδιο ερώτημα ένα 25% δεν εκφράζει άποψη, ένα 25% θεωρεί πως θα παραμείνει ο ίδιος όγκος εργασίας και ένα 4,2% ότι θα μειωθεί(Σχήμα 3).

Ειδικά ως προς το ερώτημα εάν θα αλλάξει ο τρόπος της διοικητικής λειτουργίας, η συντριπτική πλειοψηφία πιστεύει ότι θα αλλάξει κατά ένα 50% και επιπλέον ένα 25% θεωρεί πως είναι αρκετά πιθανόν. Το υπόλοιπο 25% θεωρεί πως δεν θα υπάρξει κάποια αλλαγή (Σχήμα 4). Σύμφωνα με τις απαντήσεις του ανωτέρω δείγματος φαίνεται ότι και στους υπαλλήλους της ΝΑ Άργους- παρόλο που δεν θα χρειαστεί να ενσωματωθούν σε ένα διαφορετικό περιβάλλον -η εξαγγελόμενη ενοποίηση δημιουργεί ανασφάλεια που προκύπτουν από τις μελλοντικές αλλαγές.

Παρόλο το δείγμα και των δύο μονάδων δηλώνει ότι δεν έχουν πληροφόρηση για το νέο τρόπο λειτουργίας της διοίκησης, καθώς και για τις επιπτώσεις αυτής της αλλαγής, διαπιστώνεται ότι όσοι από τους πληροφορητές της Ν.Μ. Ναυπλίου έχουν συνεργαστεί στενά με το αντίστοιχους της Ν.Μ. Άργους βιώνουν λιγότερο άγχος και ανασφάλεια στην προοπτική μεταστέγαση τους και προσαρμογή τους.(ερώτηση 6).

Αναμφίβολα, η αλλαγή αποτελεί αστάθμητο παράγοντα που τίθεται υπό αμφισβήτηση και κατανοείται από κάποιους ως απειλή. Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν ανα νοσοκομειακή μονάδα .Το 70,9% των ερωτηθέντων στη ΝΜ Άργους θεωρούν πως η ενοποίηση δεν τους δημιουργήσει κάποιες δυσάρεστες ψυχικές καταστάσεις την στιγμή που το ποσοστό στην ΝΜ Ναυπλίου περιορίζεται στο 50% .

Ειδικότερα το άγνωστο, η αύξηση της αβεβαιότητας, η απώλεια της ισορροπίας, κατανοούνται από ορισμένους ως αποσταθεροποίηση και από άλλους, ως μια ευκαιρία για βελτίωση της κατάστασης τους. Και στις δύο περιπτώσεις η διοίκηση πρέπει να μεταδώσει με σαφή τρόπο, το μήνυμα της ενοποίησης και να περιορίσει την αβεβαιότητα.

Είναι χαρακτηριστικό ότι όπου υπάρχει έντονη εργασιακή εμπειρία των αντίστοιχων νοσηλευτικών μονάδων, υπάρχει μεγαλύτερη κατανόηση, η οποία βελτιώνει την επικοινωνία, δημιουργεί εμπιστοσύνη ,και δημιουργεί γέφυρες για την σύγκλιση των υπηρεσιών και αντιλήψεων. Το αίσθημα «της μη άγνοιας» και της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, είναι ένας σημαντικός μειωτικός παράγοντας που αίρει τις επιφυλάξεις για την αλλαγή. Ο ρόλος της διοίκησης είναι να υιοθετήσει κατάλληλους τρόπους επικοινωνίας ανάμεσα στους εμπλεκόμενους στη συγχώνευση, και κυρίως να τους

ενημερώσει για τα πραγματικά οφέλη της ενοποίησης. Η ανωτέρω διαδικασία πρέπει να κατανοηθεί ως αναγκαία τεχνική υποστήριξης που είναι απαραίτητη προϋπόθεση της αλλαγής. Με άλλα λόγια, όταν ο εργαζόμενος είναι ενημερωμένος και κατανοεί την συγχώνευση ως μη απειλή, σύμφωνα με τις αξίες του και την κουλτούρα του οργανισμού του, τότε η αποδοχή και η υποστήριξη της νέας κατάστασης γίνεται πιο εύκολη.

6.4.3 Ενότητα 3.Ανάλυση των προϋποθέσεων για την ενοποίηση

Ένα ιδιαίτερο συμπέρασμα της έρευνας είναι πως οι υπάλληλοι από τις δύο μονάδες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα σε ένα ποσοστό περίπου στο 67% .κατανοούν τις ανάγκες της ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών. Το ότι όμως τις κατανοούν δεν σημαίνει και πως συμφωνούν.

Από τους ερωτηθέντες του ανωτέρου δείγματος (67%) ένα ποσοστό 75% από την ΝΜ Άργους και αντίστοιχα ένα ποσοστό 50% από την ΝΜ Ναυπλίου θεωρεί πως η ενοποίηση των διοικητικών λειτουργιών θα έχει θετικά αποτελέσματα. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις τους, γίνεται για εξοικονόμηση ανθρώπινου δυναμικού, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων ή λόγω ορθολογικότερης οργάνωσης. Η ενοποίηση κατανοείται από ένα ποσοστό ως ευκαιρία να είναι ή διοίκηση πιο αποτελεσματική, καθώς και να περιοριστεί η αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών και δαπανών, ωστόσο από μόνη της η θεωρητική θεώρηση δεν επαρκεί, ούτε μπορεί να υπαγορεύσει τον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθούν αυτά τα αποτελέσματα.

Στο ερώτημα εάν έχουν ενημερωθεί για το σχέδιο υλοποίησης της ενοποίησης της διοικητικής υπηρεσίας το 95,8% για τη ΝΜ Άργους και αντίστοιχα το 87,5% της ΝΜ Ναυπλίου αναφέρει ότι δεν έχει ενημερωθεί για το σχέδιο υλοποίησης και δεν έχει συμμετάσχει σε κάποια ομάδα έργου. Τα υπόλοιπα αντίστοιχα ποσοστά του δείγματος 4,2% για την ΝΜ Άργους και 12,5%για την ΝΜ Ναυπλίου αναφέρουν πως η μοναδική εμπλοκή της διοίκησης ήταν να διατυπώσουν εγγράφως τις απόψεις τους στην 6^η ΥΠΕ.

Προφανώς η άγνοια για το καινούργιο και οι αλλαγές που θα υπάρξουν σε σχέση με τις υπάρχουσες καταστάσεις, και λειτουργίες της διοίκησης δημιουργεί ένα πρόσθετο άγχος. Αυτό όμως έχει διαφορετική διάσταση σε κάθε νοσηλευτική μονάδα. Ενδεικτικό είναι πως ένα ποσοστό 45,8% από την ΝΜ Άργους θεωρεί πως θα ευνοηθεί από τις αλλαγές και θα καλυτερεύσουν οι συνθήκες εργασίας, και ένα επιπλέον 25% πιστεύει

πως δεν θα επηρεαστεί αρνητικά. Αντίστοιχα για την ΝΜ Ναυπλίου το ποσοστό που πιστεύει ότι θα βελτιωθούν οι συνθήκες και θα ευνοηθεί με τις αλλαγές περιορίζεται στο 25%(ερώτημα 2). Είναι ξεκάθαρο πως ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της ενοποίησης είναι ότι οι επιπτώσεις της θα επηρεάσουν περισσότερο την ΝΜ Ναυπλίου.

Επιπρόσθετα οι πληροφορητές παρόλο που κατανοούν πως με την συγχώνευση πρέπει να μάθουν να δουλεύουν με διαφορετικούς τρόπους και με διαφορετικούς συνεργάτες, δεν κατανοούν το πώς θα λειτουργούν δύο χωροταξικά απομακρυσμένες μονάδες υγείας. Αυτό το «χάσιμο» του ελέγχου, τους δημιουργεί αβεβαιότητα και οφείλεται κυρίως στο ότι δεν έχουν ενημερωθεί για τα οφέλη του προτεινόμενου σχεδίου λειτουργίας.

Ωστόσο, το διακύβευμα, της μεταστέγασης τμήματος της διοικητικής υπηρεσίας στις δομές του νοσοκομείου Άργους κατανοείται από τους ερωτηθέντες της ΝΜ Ναυπλίου μόνο σε ένα ποσοστό 33,3% ως διαδικασία που θα λειτουργήσει προς όφελος της νοσηλευτικής μονάδας τους. Στο αντίστοιχο ερώτημα το δείγμα της ΝΜ Άργους σε ένα ποσοστό σχεδόν διπλάσιο 62,5% κατανοεί την ενοποίηση ως όφελος προς την μονάδα του γιατί θα υπάρξει στελέχωση με προσωπικό από την ΝΜ Ναυπλίου(Σχήμα 5).

Αυτό που προκύπτει από την έρευνά, είναι πως η πολυπλοκότητα της ενοποίησης υπηρεσιών δημιουργεί νέες ανάγκες στο τρόπο λειτουργίας των δύο απομακρυσμένων υγειονομικών μονάδων και νέα δεδομένα. Οι νέες συνθήκες που θα δημιουργηθούν κατανοούνται διαφορετικά ανά νοσηλευτική μονάδα. Σύμφωνα με το δείγμα για τη ΝΜ Ναυπλίου (45,8%) η ενοποίηση θα επιφέρει υποβάθμιση και απορρόφηση των διοικητικών υπηρεσιών από τη νοσηλευτική μονάδα Άργους. Η ΝΜ Άργους σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (62,5%) θεωρεί ότι η ενοποίηση θα λειτουργήσει προς όφελος της(Σχήμα 5). Υπό την έννοια αυτή, ο βαθμός διαφοροποίησης των απόψεων, παρέχει παραδόξως, την καταλληλότερη ευκαιρία για ενημέρωση για τις σχεδιασμένες δομικές αλλαγές που υπηρετούν την ανάπτυξη και των δύο μονάδων υγείας. Ταυτόχρονα γίνεται αντιληπτό, πως οι αλλαγές στη ρυθμιστική λειτουργία του νοσοκομείου χωρίς σχέδιο ανάπτυξης και ενημέρωση κατανοείται ως απειλή.

Πέραν από την ανάλυση αυτή, φαίνεται επιπρόσθετα ότι και στις δύο μονάδες είναι διάχυτη η αντίληψη ότι με το μοντέλο λειτουργίας των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων, προέκυψαν σωρεία προβλημάτων στη λειτουργία του νέου ενοποιημένου σχήματος.

Επιπλέον η χρονική υστέρηση της ενοποίησης των διασυνδεόμενων έχει συμβάλει στην απαξίωση του αρχικού οράματος. Το 62,5% του δείγματος της ΝΜ Άργους και το αντίστοιχο 41,7% της ΝΜ Ναυπλίου θεωρεί πως οι διοικητικές υπηρεσίες λειτουργούσαν πιο αποτελεσματικά ως αυτόνομες, ενώ από την στιγμή που διασυνδέθηκαν μόλις το 25% και το αντίστοιχο 4,2% θεωρεί πως καλυτέρευσε η λειτουργία τους. Επιπρόσθετα οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 62,5% για τη ΝΜ Άργους και 75% για τη ΝΜ Ναυπλίου, υποστηρίζουν πως τα διασυνδεόμενα χρειάζονται μία διαφορετική πρόταση λειτουργίας (Σχήμα 6). Μια τέτοια προσέγγιση, παρέχει τη δυνατότητα να καλλιεργηθεί ένα κλίμα για την ανάγκη της αλλαγής στη λειτουργία των διασυνδεόμενων.

Αφενός και υπάρχει μια γενική αίσθηση ανάγκης για αλλαγή στη λειτουργία των δύο μονάδων, αφετέρου η απουσία της ενημέρωσης για την επιχειρησιακή μεθοδολογία που θα μετατρέψει το αίσθημα αλλαγής σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, αυξάνει την έλλειψη εμπιστοσύνης για τις αγνές προθέσεις της εξαγγελόμενης μεταρρύθμισης.

Ενδεικτικό της ανωτέρας διαπίστωσης, είναι ότι στο ερώτημα για το τι πρέπει να προηγηθεί πριν την συνένωση υπηρεσιών, το αντιπροσωπευτικό δείγμα της ΝΜ Άργους σε ένα ποσοστό 79,2% και αντίστοιχα ένα 75% για την ΝΜ Ναυπλίου θεωρούν αναγκαίο και πρωτεύων το σχέδιο δράσης για την συνένωση υπηρεσιών (Σχήμα 7).

Ακολουθούν η δημιουργία ενιαίου οργανισμού ως πολύ σημαντική διαδικασία για ένα ποσοστό 45,8% της ΝΜ Άργους και αντίστοιχα για ένα 25% της ΝΜ Ναυπλίου (Σχήμα 8) ενώ η ενημέρωση των προϊσταμένων θεωρείται πολύ σημαντική για ένα ποσοστό 54,2% για την ΝΜ Άργους και ένα 12,5% για την ΝΜ Ναυπλίου (Σχήμα 9). Η ενημέρωση των υπαλλήλων για τα οφέλη της συγχώνευσης (Σχήμα 10) καθώς και για τα νέα τους καθήκοντα (Σχήμα 11) θεωρείται πολύ σημαντική διαδικασία σε ένα ποσοστό 62,5% του δείγματος της ΝΜ Άργους και σε ένα ποσοστό 20,8% της ΝΜ Ναυπλίου και αντίστοιχα, για την ΝΜ Άργους σε ένα ποσοστό 58,3% και 20,8% για την ΝΜ Ναυπλίου (Σχήμα 11). Η αναγκαιότητα της μηχανογραφικής ενοποίησης θεωρείται πολύ σημαντική για την ΝΜ Άργους σε ένα ποσοστό 45,8% και σε ποσοστό 25% για την ΝΜ Ναυπλίου (Σχήμα 12) ενώ η κωδικοποίηση δεδομένων είναι πολύ σημαντική για την ΝΜ Άργους για το 33,3% και για την ΝΜ Ναυπλίου για το 8,3% ((Σχήμα 13).

Είναι επομένως αναγκαίο για την επιτυχία του προγράμματος της ενοποίησης υπηρεσιών να έχει εκπονηθεί ένα ξεκάθαρο σχέδιο στρατηγικής λειτουργίας βασισμένο

σε κατάλληλες πληροφορίες, αναλύσεις, και συμφωνίες. Ίσως αποτελεί και τον μοναδικό σύνδεσμο, ανάμεσα στην απόσταση που προκαλεί η εξαγγελία από την πραγματικότητα της διοικητικής λειτουργίας.

6.4.4 Αποτίμηση

Η ενοποίηση υπηρεσιών ως διαδικασία αλλαγής είναι σύμφυτη με την άγνοια και η αγνοία επιφέρει την αβεβαιότητα. Αβεβαιότητα για το μέλλον της μονάδας τους, τις θέσεις εργασίας, τις ψυχικές καταστάσεις που θα δημιουργηθούν και κυρίως για τις νέες συνθήκες που θα αντιμετωπίσουν. Αυτή η αβεβαιότητα θα είχε περιοριστεί, αν οι υπάλληλοι που καλούνται να εφαρμόσουν την διαθρωτική αλλαγή είχαν καλύτερη πληροφόρηση.

Η ανωτέρω διαπίστωση ως παράγοντας που επηρεάζει τη μεταρρυθμιστική δυνατότητα, διαπιστώνετε και στη μελέτη του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, που έγινε στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης και συγχωνεύεις των δήμων, με την ονομασία «Καλλικράτης». Συγκεκριμένα ως προς το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης, αναφέρει πως το σημαντικότερο πρόβλημα της εφαρμογής της αναδιάρθρωσης στους δήμους, ήταν ο ρυθμός με τον οποίο εφαρμόστηκε σε συνδυασμό με την έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης των υπαλλήλων κατά την διενέργεια της μελέτης (ΕΛΙΝΥΑΕ. 2012 :38(a)).

Στις επιχειρούμενες αλλαγές η αγνόηση της πληροφόρησης και η έλλειψη επιχειρησιακής προεργασίας έχει προσλάβει ένα συστημικό παρά συγκυριακό χαρακτήρα και έχει αναδεχτεί από αρκετούς θεσμικούς παράγοντες. Ο πρώην υπουργός Μεταρρύθμισης κ Μανιτάκης εύστοχα παρατηρεί πώς οι κανονιστικές αποφάσεις *«που δεν έχουν ενσωματωμένη την εφαρμοσιμότητα, δεν υπηρετούν ούτε εντάσσονται σε κάποια συγκροτημένη πολιτική»* (Μανιτάκης. 2015:3) ενώ ο Συνήγορος του πολίτη αναφέρει πως *«η διοικητική αναδιάρθρωση υπηρεσιών, σκόπιμη καταρχήν, ενέχει τον κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων στην αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την ευελιξία τους αν τυχόν δεν συνοδεύεται από κατάλληλα μέτρα για την απρόσκοπτη υλοποίησή τους και για την αποτροπή φαινομένων υπολειτουργίας, επικάλυψης αρμοδιοτήτων ή διακοπής»* (Σ.Π 2014 : 107) Έχει συνεπώς τεράστια σημασία, μία πρωτοβουλία προώθησης για διαθρωτική αλλαγή διαδικασιών και ενοποίηση υπηρεσιών, η πρόταση υλοποίησης με την οποία καταθέτεται.

Στην έρευνα μελέτης προκύπτει, πως οι εργαζόμενοι και των δύο νοσηλευτικών μονάδων, καταφεύγουν στην άτυπη ενημέρωση καθότι απουσιάζει η ενημέρωση για το σχέδιο δράσης. Επιπλέον η αξιολόγηση για τα οφέλη και τα αποτελέσματα της ενοποίησης που απορρέουν για τις μονάδες τους, ερμηνεύονται διαφορετικά ανά πληθυσμιακό δείγμα κάθε μονάδας. Απόρροια όλων αυτών, οι προτεραιότητες για τους υπαλλήλους της Ν.Μ. Άργους, να έχουν να κάνουν με τον όγκο εργασίας, τα νέα καθήκοντα τους, καθώς και με την ποιότητα των σχέσεων τους με τους νεοεισερχόμενους συναδέλφους. Επιπλέον η ενοποίηση στο μεγαλύτερο ποσοστό της, κατανοείται ως όφελος προς την νοσοκομειακή μονάδα τους.

Για τους ερωτηθέντες της Ν.Μ. Ναυπλίου η διαδικασία της ενοποίησης είναι πιο σύνθετη. Με δεδομένο ότι μόνο ένα 33% θεωρεί πως θα ωφεληθεί η μονάδα τους, οι ερωτηθέντες κατανοούν την ενοποίηση ως υποβάθμιση. Επιπρόσθετα θεωρούν πως αρκετοί υπάλληλοι θα επωμιστούν οικονομικό κόστος, από την μεταστέγαση τους στη νέα δομή. Υπάρχει όμως και το ανθρώπινο κόστος που δεν είναι εύκολα μετρήσιμο, και έχει να κάνει με την απώλεια της κουλτούρας, την απώλεια της ψυχικής και εργασιακής επαφής τους και με το άγνωστο που επιφέρει η αλλαγή.

Ένα στοιχείο που επιδρά θετικά στη συγχώνευση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου Αργολίδας, είναι ότι η εμπειρία της μίας νοσοκομειακής μονάδας είναι οικεία με τη κουλτούρα, τη λειτουργία και τους στόχους της άλλης. Το ανωτέρω θετικό πρόσημο επαυξάνεται με την κοινή αντίληψη για προβλήματα στο μοντέλο λειτουργίας των διασυνδεόμενων. Αυτή όμως η γενική αντίληψη για την αναγκαιότητα της αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών, δεν αρχίζει ούτε τελειώνει με την έκδοση μίας διοικητικής απόφασης. Η φάση της προετοιμασίας του σχεδιασμού που πρέπει να προηγηθεί της κανονιστικής απόφασης είναι τελικά καθοριστική, γιατί η συγχώνευση υπηρεσιών αποτελεί μια ριζική αναδιάρθρωση με κοινωνικές, λειτουργικές και οργανωτικές προεκτάσεις και αλλαγές.

Ανεξάρτητα πόσο μικρές ή μεγάλες θα είναι αυτές οι αλλαγές, είναι αυτονόητο ότι η συγχώνευση θα είναι ένα γεγονός που θα δημιουργήσει αποσταθεροποίηση και το αίσθημα της αβεβαιότητας. Αποτέλεσμα των ανωτέρω, είναι να ερμηνεύεται περισσότερο με προσωπικές εκτιμήσεις παρά με σχεδιασμένες διαδικασίες.

Το πιο κρίσιμο ζήτημα όμως, δεν είναι η προσωπική ερμηνεία της ενοποίησης, αλλά τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά που προκύπτουν από την διαδικασία της.

Αυτό σημαίνει πως ο σχεδιασμός της προώθησης και εφαρμογής της διαθρωτικής αλλαγής αναδεικνύεται ως ο βασικός παράγοντας στο να αναδείξει τα πραγματικά οφέλη για τον οργανισμό, για τους εργαζόμενους και για τους κοινωνικούς εταίρους. Η συνειδητοποίηση του ανωτέρω ρυθμιστικού πλαισίου, έχει ως αποτέλεσμα να μετατραπεί το εγχείρημα, από γενική και αόριστη πληροφορία, σε πολλά εύκολα και πρακτικά κομματάκια. Κυρίως όμως θα πρέπει να απαντηθεί πως θα είναι η επόμενη μέρα σε επίπεδο επιχειρησιακό, λειτουργικό και οργανωτικό καθώς και πως αυτή η αλλαγή, θα ωφελήσει το έργο και των δύο νοσηλευτικών μονάδων.

Αρωγός στην προσπάθεια αυτή είναι μια σειρά παραγόντων που ορίζουν και επηρεάζουν τη μεταρρυθμιστική δυνατότητα του οργανισμού. Η συστηματική υπονόμηση τους καλλιεργεί ένα πνεύμα παθητικότητας, αδράνειας, υποκειμενικής ερμηνείας και συντήρησης της υπάρχουσας κατάστασης. Έχει συνεπώς μείζον σημασία, το περιεχόμενο της απόφασης για ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών να επαναδομηθεί πάνω σε παράγοντες και σε διαδικασίες (όπως αναδεικνύονται από το πρώτο μέρος της εργασίας και γενικότερα την διεθνή εμπειρία) που ενισχύουν και επισπεύδουν την διαθρωτική αλλαγή.

Παράλληλα με βάση τις ανωτέρω διαπιστώσεις και υπό το πρίσμα της θεωρίας για τους βασικούς παράγοντες αλλαγής που αναπτύχθηκε στο γενικό μέρος της εργασίας, επιτρέπει να γίνει μία ερμηνεία της αδυναμίας υλοποίησης της διοικητικής ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών της ΝΜ Άργους με την ΝΜ Ναυπλίου.

1) Απουσίαζε η πίεση για την αλλαγή.

Ενώ με την ψήφιση του νόμου Ν.4052/2012 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία απέκτησαν ενιαία νομική μορφή (ΝΠΔΔ)μετατέθηκε στο μέλλον η σύνταξη ενιαίου οργανισμού, και η παράλληλη ενοποίηση των υπηρεσιών τους. Ως συνέπεια της αδράνειας αυτής, είναι η απόκλιση από την αξιοποίηση της χρονικής ευκαιρίας στην κρίσιμη πρώτη περίοδο, όπου η αίσθηση της αναγκαιότητας της ενοποίησης ήταν εμφανής σε όλο το προσωπικό και γενικότερα στους κοινωνικούς εταίρους. Η χρονική υστέρηση μείωσε τη διάθεση υποστήριξης, και ενδεχομένως και την εκ των υστέρων επιτυχία του εγχειρήματος .

2) Η στήριξη της αλλαγής.

Η έλλειψη προηγούμενης διοικητικής εμπειρίας για την μεθοδολογία της προωθούμενης ενοποίησης των διοικητικών υπηρεσιών, με την παράλληλη απουσία της

τεχνογνωσίας και της θεσμικής στήριξης, λειτούργησε ανασχετικά στην εφαρμοσιμότητα της. Ακόμα μεγαλύτερη σημασία στη υστέρηση της διαδικασίας ήταν η έλλειψη αξιολόγησης της υφιστάμενης κατάστασης καθώς και των αποτελεσμάτων και πληροφοριών από παρόμοιες περιπτώσεις. Ήταν απαραίτητο να συνοδευτεί αυτή η βαρύνουσα αλλαγή, με ανάλογη στήριξη θεσμικών πρωτοβουλιών και διαδικασιών καθώς υπήρξαν διλλήματα στο τρόπο λειτουργίας δύο διαφορετικών οργανικών διοικητικών υπηρεσιών.

3) Δεν υπήρξε ισχυρός συνασπισμός υπέρ της αλλαγής.

Υπήρξε ελλιπή κατανόηση, ότι η συγχώνευση πραγματοποιείται προς όφελος του ενιαίου οργανισμού, με ευεργετικές συνέπειες και για τις δύο νοσηλευτικές μονάδες. Επιπρόσθετα δεν έγινε προσπάθεια να σχηματιστεί μια ισχυρή ομάδα διαχείρισης της αλλαγής και να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία σχεδιασμού. Είναι ξεκάθαρο πως η διαρθρωτική αλλαγή που φέρνει η ενοποίηση υπηρεσιών, θα αποβεί ατελέσφορη, όταν δεν συνδυαστεί με την κινητοποίηση και ενημέρωση του ανθρώπινου παράγοντα.

4) Δεν έγινε η απαραίτητη δέσμευση πόρων.

Μια ειδικότερη διάσταση είναι ότι κάθε αλλαγή δημιουργεί κρυφές ανάγκες και κόστη. Μια διοικητική ενοποίηση προϋποθέτει την μηχανογραφική και την λογιστική της ενοποίηση. Παρόλο που αντιμετωπίζεται συνήθως ως ζήτημα εντελώς δευτερεύουσας σημασίας, αποτελεί μείζον θέμα για τις ενοποιήσεις που επιφέρει μία επιπλέον δαπάνη στους φορείς .

5) Η δυστοκία στο σχεδιασμό διαδικασιών.

Η μετουσίωση της εξαγγελίας σε σχεδιασμό επιχειρησιακών διαδικασιών, αποτέλεσε μια δύσκολη διαδικασία, καθώς έπρεπε να υιοθετηθεί μια νέα επιχειρησιακή μεθοδολογία για την λειτουργία της διοίκησης στην οποία δεν υπήρχε ανάλογη εμπειρία και ετοιμότητα. Η αρτιότητα της τεχνολογικής προετοιμασίας καθώς και η σύνδεση της με την πραγματικότητα, έχρηζε μίας διαφορετικής προσέγγισης και υποστήριξης στην οποία δεν δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση. Αποτέλεσμα ήταν να μην μπορεί να κατανοηθεί η μεθοδολογία του εγχειρήματος, η ανάλυση των συνεπειών και επιπτώσεων, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο θα υλοποιεί η ενοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών. Παρόλο που ο σχεδιασμός επιχειρησιακού υποδείγματος δεν ήταν δυνατόν να ελέγξει απολύτως τις διαδικασίες, θα αποτελούσε την ασφαλή ρότα ενημέρωσης και υλοποίησης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, ο χώρος της υγειονομικής περίθαλψης οφείλει να παρακολουθεί τα νέα δεδομένα, και να απαντά στις ανάγκες των πολιτών. Στην ελληνική πραγματικότητα μια προσεχτική ανάγνωση της ανωτέρω στρατηγικής, εκφράστηκε με την νομοθεσία για τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία. Σκοπός ήταν να προωθήσει την συγχώνευση μονάδων υγείας αποσκοπώντας στην ενοποίηση των κατακερματισμένων υπηρεσιών. Αντί όμως η ενοποίηση των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων να λειτουργήσει ως σημείο αφετηρίας διαλόγου και προβληματισμού, κατανοήθηκε ως μέσο οικονομίας κλίμακας στο οποίο απουσίαζε η ορθή καταγραφή των δεδομένων και η στρατηγική εφαρμογή.

Η αναγκαιότητα για συνέχιση της μεταρρύθμισης των ενοποιήσεων, είναι προφανής, παρόλα αυτά, οι ενοποιήσεις δημιουργούν ορισμένους προβληματισμούς και διλλήματα που τα περισσότερα είναι αρκετά σύνθετα και έχουν να κάνουν με τις βασικές αρχές προώθησης των υγειονομικών αλλαγών.

Έχοντας ως παράδειγμα το εγχείρημα της ενοποίησης των δομών της διοικητικής υπηρεσίας του νοσοκομείου Αργολίδας, γίνεται κατανοητό πως η επιτυχία των ενοποιήσεων ξεφεύγει από τα στενά πλαίσια της εξαγγελίας και έκδοσης αποφάσεων. Επί της ουσίας, για την ενίσχυση του εγχειρήματος, απαιτείται όχι μόνο η παρακολούθηση της αποτελεσματικής εφαρμογής του νόμου, αλλά η διοικητική, η τεχνοκρατική και θεσμική προεργασία. Μια λειτουργική βιώσιμη αντιμετώπιση προϋποθέτει την αξιολόγηση της επιχειρησιακής ικανότητας των φορέων που καθορίζει τελικά την δυνατότητα υλοποίησης. Στην επισήμανση αυτή, προσθετική αξία προσδίδει η εμπλοκή και η ενημέρωση του ανθρώπινου κεφαλαίου. Το πλεονέκτημα της ενημέρωσης, προϋποθέτει ότι η κάθε πρόταση για να μπορεί να απορροφήσει τους κοινωνικούς κραδασμούς θα πρέπει να είναι συνδεδεμένη με την απεικόνιση των υγειονομικών αναγκών, τις αρχές της υγείας και την βιωσιμότητα του συστήματος. Εξάλλου, η συσσωρευμένη διεθνής εμπειρία, έχει δείξει ότι η έκβαση των συγχωνεύσεων φαίνεται ότι δεν είναι πάντοτε η αναμενόμενη όταν έχουμε:

- 1) Έλλειψη αναγκαιότητας και οράματος για ενοποίηση.
- 2) Παράλειψη παραγόντων που επιταχύνουν την ενοποίηση.
- 3) Αποτυχία στο να διατυπωθούν οι στόχοι και τα οφέλη της διαθρωτικής δράσης.

- 4) Ασάφειες στο τρόπο λειτουργίας και στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της ενοποίησης.
- 5) Ανεπαρκή σχεδιασμό και προγραμματισμό.
- 6) Διαφορές στην κουλτούρα των υπό ενοποίηση τμημάτων –οργανισμών.
- 7) Απουσία καθοδηγητικής ομάδας και τεχνογνωσίας της αλλαγής.
- 8) Ελλιπής ενημέρωση και εμπλοκή στη διαδικασία του ανθρώπινου παράγοντα.
- 9) Περιορισμένη αντίληψη ετοιμότητας οργανισμού.
- 10) Ανεπαρκής αξιολόγηση της διαδικασίας, των πόρων και των προϋποθέσεων.

Συνεπώς σημείο αφετηρίας για κάθε είδους σχεδιασμό είναι η αξιοποίηση εκείνων των παραγόντων και εργαλείων που θέτουν τις βασικές προϋποθέσεις για την προώθηση και εφαρμογή του προγράμματος ενοποίησης. Αντλώντας συμπεράσματα από την έρευνα καθώς και την ελληνική και διεθνή εμπειρία, τα βασικά στάδια που είναι απολύτως βοηθητικά προς την κατεύθυνση αυτή, είναι τα εξής:

1. *Εξασφάλιση υποστήριξης.* Η επιτυχία οποιασδήποτε πρότασης αλλαγής προϋποθέτει την στήριξη των κέντρων ισχύος. Θα πρέπει να υπάρχει συγκεκριμένη δέσμευση από την ηγεσία και επαλήθευση ότι η αλλαγή υπηρετεί τις αρχές της υγείας. Επιπλέον οι εργαζόμενοι και οι κοινωνικοί εταίροι πρέπει να κατανοήσουν το συγκεκριμένο όραμα και την επιτακτική ανάγκη για αλλαγή. Ο προσδιορισμός του περιεχομένου των ενοποιήσεων ως διαδικασία άρσης της διασποράς των νοσοκομείων, υποχρεώνει τους σχεδιαστές της αλλαγής να ηγηθούν του προγράμματος, να στηρίξουν την προσπάθεια με την κατάλληλη τεχνογνωσία και να ενημερώσουν το κοινωνικό σύνολο για τις υγειονομικές ανάγκες και την βιωσιμότητα του συστήματος.
2. *Σχέδιο δράσης.* Η οποιαδήποτε διστακτικότητα με την οποία αντιμετωπίζεται η διαθρωπική αλλαγή των ενοποιήσεων μπορεί να υπερκεραστεί με την προσήλωση στο υγειονομικό περιφερειακό σχεδιασμό. Ο σχεδιασμός πρέπει να ευνοεί την ανάπτυξη καινοτόμων υγειονομικών δράσεων και να αποτελεί τον οδικό χάρτη του υγειονομικού φορέα. Η ανάπτυξη διεργασιών για την επίτευξη του προσδοκώμενου αποτελέσματος, θα έχει ως αφετηρία την ενημέρωση για τα ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια της ενοποίησης. Ταυτόχρονα, το σχέδιο δράσης θα πρέπει να έχει εσωτερική συνοχή και να είναι δομημένο με μετρήσιμους στόχους.
3. *Οργανωτική Δομή.* Η οργανωτική δομή των μονάδων υγείας σε επίπεδο ρόλων και αρμοδιοτήτων, αλλά και σε επίπεδο άτυπων δυνάμεων επιρροής, περιορίζει ή προωθεί τις αλλαγές. Φανερώνει την ικανότητα του περιβάλλοντος να σχεδιάζει και

να υλοποιεί με επιτυχία τις καινοτόμες δράσεις. Οποιαδήποτε αλλαγή θα πρέπει να εξασφαλίζει την εναρμόνιση μεταξύ των αξιών και των στοιχείων του συστήματος. Μέσα από αυτή την προοπτική, πρέπει να εντοπιστούν τα στελέχη που θα αποτελέσουν τους βασικούς υποστηρικτές του νέου μοντέλου λειτουργίας. Αρκετές φορές δεν εκτιμούνται οι νέες προκλήσεις σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο όσο και οι ανάγκες σε πόρους, με αποτέλεσμα να υψώνεται ένα επιπλέον ανάχωμα στην αποτελεσματική προώθηση της ενοποίησης υγειονομικών μονάδων.

4. *Η επικοινωνία.* Να διευρυνθούν τα κανάλια επικοινωνίας ανάμεσα στη διοίκηση και τους εργαζόμενους, και να αξιοποιηθούν για την ενημέρωση των αλλαγών. Η διοίκηση οφείλει να επικοινωνεί συστηματικά, διασφαλίζοντας ότι κατανοείται η αναγκαιότητα της καινοτόμας δράσης. Ο μηχανισμός επικοινωνίας, προβλέπει αρχικά την δημιουργία ομάδων διεργασιών που θα αναλάβουν την προώθηση του σχεδίου της διοίκησης και τη συνειδησιακή σύνδεση των μελών. Η συμμετοχή των υπαλλήλων στη διαδικασία ενοποίησης, αποτελεί κατασταλτικός παράγοντας, ο οποίος συνδέει την θεωρία με την πράξη.
5. *Η προσαρμογή του Ανθρώπινου Δυναμικού.* Η επιλογή της ενοποίησης προϋποθέτει να εντοπιστούν οι επιπτώσεις που θα επιφέρει η συγχώνευση στο ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και να προετοιμαστεί το πλάνο μετάβασης στο νέο μοντέλο με τρόπο που να μην επηρεάζεται η παραγωγικότητα και λειτουργία του οργανισμού. Επιπλέον θα πρέπει να αξιολογηθούν οι δεξιότητες του υφιστάμενου ανθρώπινου δυναμικού και να προσδιοριστούν οι ανάγκες σε εκπαίδευση και επιμόρφωση. Έχει συνεπώς τεράστια σημασία, η αμφίδρομη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ετοιμότητα του εσωτερικού παράγοντα, και της συστηματικής επεξεργασίας της πρότασης.

Απόρροια όλων των παραπάνω, είναι ότι η ισορροπία της πρότασης ενοποίησης υγειονομικών μονάδων, εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης και αντιμετώπισης της. Το κλειδί ως προς την θεώρηση, είναι η ποιοτική διάσταση των προτάσεων και ως προς την αντιμετώπιση, είναι η ετοιμότητα του οργανισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδης, Δ. και Σιγάλας, Ι., (1999), «Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας -Νοσοκομείων, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές», τομ. Δ .Πάτρα. Εκδόσεις: - ΕΑΠ.

Αρβανίτη, Μ. Σαράφης, Π. Κούβελα, Ο.,(2004), «Το διοικείν την Ανθρώπινη υπόσταση».Επιμέλεια: Νιάκας, Δ., «Υπηρεσίες υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία», Αθήνα. Εκδόσεις Mediforce services s.a ,σελ :97-109

Βακόλα, Μ., (2005), «Διοικώντας τις Αλλαγές», Αθήνα. Εκδόσεις: Σιδέρη.

Γείτονα, Μ., (2004), «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Φαρμακοοικονομία και Λήψη αποφάσεων», Βόλος .Εκδόσεις: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.

Γιανούζα, Ι. και Ρόκκο, Κ., (1968), « Η τυπική οργάνωσης έρευνα συστήματος», Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαζήσης.

Δικαίος, Κ. Κοντούλης. Μ . Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ., (1999) «Βασικές Αρχές Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας», Πάτρα .Εκδόσεις:- ΕΑΠ

Εμίρης, Δ., (2006), «A Guide to the project Management body of Knowledge-Οδηγός Βασικών γνώσεων στη διοίκηση έργων» (PMBOK)», Αθήνα. 3η έκδοση - Εκδόσεις: Παπασωτηρίου.

Κέφης, Β., (2005), «Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ», Αθήνα. Εκδόσεις: Κριτική

Κυριόπουλος, Γ.,(2017), «Υγεία και ιατρική περίθαλψη», Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαδόπουλος.

Montana, P. and Charnov, B.,(2000), «Management- Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων» (METENM 2003) Αθήνα. 2^η έκδοση. Εκδόσεις: Κλειδάριθμος

Μπαμπινιώτης, Γ., (2002), «Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας», Αθήνα. 2^η έκδοση. Εκδόσεις: Κέντρο Λεξικολογίας.

Μπουραντάς,Δ. Παπαλεξανδρή, Ν., (2003), «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων», Αθήνα. Εκδόσεις: Μπένου.

Ξηροτύρη- Κουφίδου Σ., (1995), «Οργανωσιακή Θεωρία», Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Παπαδάκης, Β.,(2012),«Στρατηγική των επιχειρήσεων: ελληνική και Διεθνής εμπειρία»,6^η εκδοση τόμος Α, Αθήνα. Εκδόσεις: Μπένου.

Πολύζος, Ν. (2014) «Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα. Εκδόσεις: Κριτική.

Ρομπόλης, Σ., (1999) ,«Υγεία και Οικονομία», Αθήνα. Εκδόσεις: Καμπύλη-Ρωγμή.

Σαρμανιώτης, Χρ., (2011), «Μάνατζμεντ» Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: Δισίγμα .

Στάκλερ. Ν. Σάντζει, Μ., (2014)«Πολιτικές ζωής και θανάτου-Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία» Αθήνα. Εκδόσεις: Ψυχογιός.

Χυτήρης, Λ., (2001), «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων», Αθήνα. Εκδόσεις: Interbooks.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΗ

Aiken, I.and Sloane, D.,(2002), «Hospital organization and culture». In: McKee, H.and Healy,J.(eds), «Hospitals in a changing Europe», J.European Observatory on Healthcare Systems series ,Philadelphia, Open university press, ch.14 p. 265-278.

Armenakis, A. Harris, S. , Feild, H.,(1999), «Making Change Permanent : «A model for institutionalizing change interventions», (Research in Organizational change and Development vol. 12 (p. 97-128) , Bradford: Emerald Group Publishing

Healy J and McKee M ., (2002), «The evolution of Hospital systems». In: McKee, H.and Healy,J.(eds), «*Hospitals in a changing Europe*», J.European Observatory on Healthcare Systems series ,Philadelphia, Open university press, ch.2 p.14-36.

Kjekshus, L. Bernstrom, V . Dahl, E. LorentzenL T., (2014), «The effect of hospital mergers on long-term sickness absence among hospital employees», a fixed effects multivariate regression analysis using panel data, BMC Health Services Research

Mullins,J., (2007), «Management and Organisational Behaviour», Essex, 9th edition Prentice Hall.

McKee M and Healy J(a)., (2002), «The signigicance of Hospitals: an introduction» In: McKee, H. and Healy,J.(eds), «*Hospitals in a changing Europe*», J.European Observatory on Healthcare Systems series ,Philadelphia, Open university press,,2002 ch.1 p. 3-14.

McKee, M. and Healy, J(b)., (2002), «Future Hospitals». In: McKee, H. and Healy,J.(eds), «*Hospitals in a changing Europe*», J.European Observatory on Healthcare Systems series ,Philadelphia, Open university press, ch.15 p. 281-285.

Posnett, J.,(2002), «Are bigger hospitals better» .In: McKee, H. and Healy,J.(eds), «*Hospitals in a changing Europe*», J.European Observatory on Healthcare Systems series ,Philadelphia, Open university press, ch.6 p.100-118.

Schein, E.,(2004), «Organizational Culture and Leadership», (3th edition) Jossey-Bass , San Francisco U.S.A.

ΜΕΛΕΤΕΣ- ΕΚΘΕΣΕΙΣ

Ακαδημία Αθηνών.,(2012), «Η προώθηση των μεταρρυθμίσεων στην Ελληνική Οικονομία» - Γραφείο Οικονομικών Μελετών (Μελέτες : αριθ. 12)

ΕΛΙΝΥΑΕ(a)., (2012), «Κίνδυνοι για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης «Καλλικράτης» και κατευθύνσεις για την πρόληψή τους» Εκδόσεις: ΕΛΙΝΥΑΕ.

ΕΛΙΝΥΑΕ(b).,(2012), Μελέτη για την επίδραση της αναδιάρθρωσης «Καλλικράτης» στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στην Τοπική Αυτοδιοίκηση Εκδόσεις:ΕΛΙΝΥΑΕ.

ΕΣΔΥ.,(2012), Τομέας Οικονομικών Υγείας 12/2012 «Investigating public sector hospital cost in Greece» – an update.

Ι.Κ.Π.Ι.,(2016)., «Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας».

Κουζής, Γ., (Ερευνητική ομάδα: Σταμάτη Α, Ματζουράνης, Α. Μπουκουβάλας, Κ. Καρακιουλάφη, Χ.) (2008), «Επιπτώσεις στην Απασχόληση και στις εργασιακές σχέσεις» ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ Εξαγορές και συγχωνεύσεις επιχειρήσεων 3 505 ΜΕΛΕΤΕΣ .

Μανιτάκη, Α., (2015), «Δημόσια Διοίκηση και Διοικητική Μεταρρύθμιση, εγκλωβισμένες στον ιστό της πολυνομίας και της τυπολατρίας-προτάσεις για την απαγκίστρωσή τους» Όμιλος Αριστόβουλος Μάνεσης-Κατηγορία: Uncategorized Εισημάνσεις

Μιλτιάδη, Ν.,(2016), Επιχειρησιακός σχεδιασμός για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας (Δίκτυο για την μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και την Ευρώπη).

Οικονόμου, Χ., (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του ΕΣΥ», Αθήνα. Εκδόσεις: Καμπύλη ΑΕΒΕ.

Πετμετζίδου, Μ. Παπαναστασίου, Σ. Πεμπτετζόγλου, Μ, Παπαθεοδώρου, Χ. Πολυζωΐδης, Π.,(2015), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα», Αθήνα. Εκδόσεις: Καμπύλη ΑΕΒΕ.

Πολύζος,Ν. Μπατζιώκας, Δ. Καστανιώτης,Α. Αγγούρας,Β. Καρακάς, Χ. Καρακόλιας,Σ.,(2014), «Επιχειρησιακό Σχέδιο Διοίκησης Νοσοκομείου (για την Αποδοτική Λειτουργία του)» Επιστημονικό- ερευνητικό έργο, Εκδόσεις: NOVARTIS

Σισσούρας, Α. Γούναρης, Χρ. Μπαρτσώκας, Δ. Μητρόπουλος, Ι., (2002), «Οδηγός Κατάρτισης του Επιχειρησιακού Σχεδίου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ- Παρακολούθηση του Επιχειρησιακού Σχεδίου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ», Αθήνα – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Συνήγορος του Πολίτη.,(2014), «Ετήσια έκθεση 2014 Διοικητικές Παθολογίες : Ο φαύλος κύκλος συνήγορος του πολίτη»

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ (α)), (2012), «Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής στρατηγικής 2014-2020»

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ (β)), (2012), «Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011» Εκδόσεις:Διόνικος

Υπουργείο Υγείας(2014), «Εθνική Στρατηγική και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020»

Υπουργείο Υγείας.,(2011), « Πρόταση λειτουργικών αναδιατάξεων μονάδων υγείας – Υπουργείο Υγείας κ' Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2011»

Deloitte .,(2017), «Health care in Greece, overview and trends»

ΞΕΝΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ- ΕΚΘΕΣΕΙΣ

CDGB-CAPACITY DEVELOPMENT RESOURCE.,(2006), «Institutional reform and change management: Managing change in public in public sector organizations» -

Capacity Development Group Bureau for Development Policy United Nations Development Programme .

Van de Ven, A. Poole, M.(2005).«Alternative approaches for studying Organizational Change», Texas A&M University Forthcoming in Organization Studies vol. 26(9) p. 1377-1404

ΑΡΘΡΑ

Γούλα, Α. Κέφης, Β. Σταμούλη, Α. Πιερράκος, Γ. Σαρρής, Μ., (2014), «Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων» Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2014, τομ. 31(4) σελ. 452-460

Καστανιώτη, Α. Σιουρούνη, Ε. Μαυριδόγλου, Γ., Πολύζος, Ν.,(2011), «Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ. 28 (1) σελ. 70-78.

Καστανιώτη, Α. Πολύζος, Ν.,(2016), «Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομ. 33(2) σελ. 198-2006

Κυριόπουλος, Γ. Τσιάντου, Β., (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη », Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομ 27(5)σελ. 834-840

Λιαρόπουλος, Α. Σίσκου, Ο. Κοντοδημόπουλος, Ν. Καϊτελίδου, Δ. Λαζάρου, Π. Σπινθούρη, Μ. Τσαβαλιάς.,(2012), «Αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα προς βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας» Πανεπιστήμιο Αθηνών Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 7 (1) 53-68

Τσαβαλιάς, Κ. Σίσκου, Ο. Λιαρόπουλος, Α.,(2012),«Συγχωνεύσεις Νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και Προοπτικές για την Ελλάδα», Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα

Τούντας, Γ.,(2006),«Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας». Αρχεία Ελληνικής

ΞΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

Ahgren, B.,(2008), «Is it better to be big?» The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. Pubmed Health Policy. (U.S. National Library of Medicine), vol. 87, p92–99.

Andrews J./ Cameron H. and Harris M., “All change? Managers experience of organizational change in theory and practice” Journal of organizational change management vol.21, iss: 3, 2008, p. 301

Armenakis, A. Harris, S. Cole,M. Fillmer,L. Self, D., (2007), «A Top Management Team’s Reactions to Organizational Transformation: The Diagnostic Benefits of Five Key Change Sentiments», Journal of Change Management, vol7(3-4) p. 273-290 London: Publisher: Routledge

Burrill, S.,(2017), «Hospital execs reveal potential recipe for “high value” mergers and acquisitions», Deloitte LLP, Health Care Current, Oct. 17.2017 .

Cohen, J. Dowling, M. Gallagher, J.,(2001), «The Trials, Tribulations, and Relative Success of the Ongoing Clinical Merger of Two Large Academic Hospital Systems» , Academic Medicine, - vol. 76(7) - p 675–683 Institutional Issues: Articles .

Edmondson, A.,(2001), «Why organizations don’t learn” Strategies for Learning from Failure», April 2001 issue, Harvard Business review.

Fernandez, S., Rainey, G., (2006) «Managing Successful Organizational Change in the Public Sector», Public Administration Review March/April 2006

Ferguson, B., Goddard, M., (1997), «The case for and against mergers», (Concentration and choice in healthcare). London: Royal Society of Medicine,

pp. 67–82. 2002 Aug 3; 325(7358): 246.

Flokou, A., Aletras V., Niakas D, (2017), «A window-DEA based efficiency evaluation of the public hospital sector in Greece during the 5-year economic crisis», NIS U.S National Library of Medicine.

Flokou, A., Aletras, V., Niakas, D., (2017) «Decomposition of potential efficiency gains from hospital mergers in Greece» 2016, Healthcare Management Science 2017, vol. 20(4) p. 467-484.

Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., (2002), «Process and impact of mergers of NHS Trusts»: multicenter case study and management cost analysis, BMJ 325:246

Holt, D., Armenakis, A., Feild, H., & Harris, S., (2007), «Readiness for Organizational Change»The Systematic Development of a Scale . The Journal of Applied Behavioral Science, June 2007, vol 43(2) p. 232-255

Hollingsworth B., (2008) «The measurement of efficiency and productivity of health care delivery».. Health Econ, vol. 17(10) p. 1107–1128

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2014) Greece's health crisis: «From austerity to denialism»», Health policy. The Lancet, 383 (no. 9918) p. 748-753.

Kjekshus, L., Hagen, T., (2007), «Do hospital mergers increase hospital efficiency?» Journal of Health Services Research Policy. Oct;12(4):230-5 Evidence from a National Health Service country.

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. and Benos, A. (2013), «Economic crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care»: The Greek case. American Journal of

Public Health, 103 (6), pp. 973-979.

Kondilis, E., Smyrnakis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Zdoukos, T., Iliffe, S., and Benos, A., (2012), «Economic crisis and primary care reform in Greece: Driving the wrong way?». BJGP, vol 62(598), p. 264-265.

Kotter, J., «Leading change: why transformation efforts fail»,. 1995, Harvard Business Review, 73 (2), pp. 59–67.) 013;14(6):979–94

Kotter, J., «Winning at change», Leader to Leader, art. 10 Autumn 1998

Kounetas, K., Papathanassopoulos, F., (2013), «How efficient are Greek hospitals?», A case study using a double bootstrap DEA approach. European Journal of Health Economics, vol 14(6) p. 979-994.

Kristensen, T., Bogetoft, P., Pedersen, K., (2010) «Potential gains from hospital mergers in Denmark». Health Care Manag Sci 2010, vol 13(4), p. 334–345

Kristensen, T., Olsen, K., Kilsmark, J., Pedersen, K., (2008), «Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals» Institute of Public Health, Department of health Economics, Faculty of Social Sciences Health Economics Papers :13

Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos N., Thireos, E., Tountas, Y., (2015), «Reengineering NHS Hospitals in Greece»: Redistribution Leads to Rational Mergers Global Journal of Health Science, vol. 7(5) p. 272-287.

Naotunna Sh., (2015), Psychological Capital : «A positive approach to enhance commitment to change among University students» (American Journal of Educational Research, 2015, vol. 3(6) p. 765-769

OECD/EU (2016) Health at a Glance: State of Health in the EU Cycle,) publishing Paris,

OECD (2014) «Society at a Glance» 2014 Highlights: «GREECE The crisis

and its aftermath»

OECD (2012) «Economic Policy Reforms 2012 – Going for growth», Greece-country note, February 2012

OECD (2011) «Change in the Public Sector Organisation for Economic Co-operation and Development» 2001. Public sector leadership for the 21st century, Paris

Schein E: (2012) «The Anxiety of Learning - The Darker Side of Organizational Learning» ARCHIVE WORKING KNOWLEDGE

Schein E. : (2002) «The anxiety of learning». Interview by Diane L. Coudu, 2002 Harvard Business Review, vol. 80 (3).

Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L., (2015) «Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: Old habits die last...», European Journal of Health Economics, Vol. 17(2), p. 159-170.

Vakola, M., (2013), «Multilevel Readiness to Organizational Change: «A Conceptual Approach» Journal of Change Management, Athens University of Economics and Business, Greece Published online vol.13(1), p. 96-109.

Wanters, B.,(2017) «Strategic Management in the public sector». A tool for improving performance of ongoing operations or for defining performance to meet new challenges. (Report to the European commissions Public Administration and Governance network.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Γιοβά, Σ. «Εξαγορές-Συγχωνεύσεις και μεταφορά κουλτούρας- Μελέτη στις εξαγορές και συγχωνεύσεις και εντοπισμός του ρόλου της κουλτούρας στη διαχείριση της αλλαγής». Τμήμα οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. 2007.

Καθαράκης, Γ. «Αξιολόγηση των Μονάδων Υγείας με στοχαστικές διαδικασίες» 2012

Μακρή, Ε. «Κοινωνικοψυχολογικές διαδικασίες και επιπτώσεις στο πλαίσιο των συγχωνεύσεων», Πάντειο Πανεπιστήμιο 2007

Μπεκρή, Χρ. «Οι συγχωνεύσεις στο δημόσιο τομέα και τους Ο.Τ.Α. και η υλοποίηση τους λογιστικά» 2011

Ματάκος, Α. «Η μεταρρύθμιση στη Δημόσια Διοίκηση μέσα από διαδικασίες εφαρμογής Στρατηγικής Διοίκησης με εστίαση στη μελέτη Οργανωσιακής Προσαρμογής στις απαιτήσεις του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος της εκτίμησης και του ελέγχου του αποτελέσματος της οργανωσιακής δράσης. Η περίπτωση Γενικού Νοσοκομείου» 2012

Παπαγεωργίου, Σ. «Οργανωσιακή συμπεριφορά στο Δημόσιο Νοσοκομειακό Τομέα. Παράγοντες υλοποίησης αλλαγών για τη βελτίωση της λειτουργίας των Ελληνικών Δημοσίων Νοσοκομείων», M.Sc –Διδακτορική Διατριβή. 2011

Παπαδόπουλος, Π. «Η Διοίκηση Αλλαγών (Change Management) στο Δημόσιο Τομέα: Η περίπτωση της εφαρμογής του Σύγχρονου Δημοσιονομικού Ελέγχου». Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης - Τμήμα Γενικής Διοίκησης. 2011

Τσαβαλιάς, Κ. «Παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση του Δημόσιου Νοσοκομειακού - Τομέα και Προτάσεις αναδιάρθρωσης των Νοσοκομείων» 2013

ΞΕΝΕΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Min, J. «Mergers in Higher Education: A Case Study of Organizational Culture, Communication, and Conflict Management Strategies in the University System of Georgia Kennesaw State» University Kennesaw State University Library System . Spring 2017

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<https://www.newsbeast.gr/health/arthro/147999/xekina-o-dialogos-gia-ti-sughoneusiton-dimosion-nosileutikon-monadon> (πρόσβαση 10/6/2017)

<http://www.ert.gr/perifereiakoi-tathmoi/patra/protasi-gia-enosi-nosokomiou-riou-ke-egiou/>(πρόσβαση στις 18/9/2017).

<http://www.atpreveza.gr/index.php/news/koinonia/item/22822-dioikits6is-ype-nikoloroulos.html> (πρόσβαση στις 21/9/2017).

<http://www.agrinioculture.gr/2017/02/08/nosokomia-protinoun-sigchonefsi-tazoun-omos-aposindesi/> (πρόσβαση στις 21/9/2017).

<http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/4439-pronomothetikh-diaboyleysh-panw-sthn-protash-toy-yπουργειου-ygeias-kai-toy-yπουργειου/>(πρόσβαση στις 2/9/2017)

<http://www.poedhn.gr/deltia-typoy/item/2157-katargiseis---enopoiiseis-nosokomeion---katargiseis-tmimaton-klinikon>(πρόσβαση στις 21/9/2017)

www.eleftheriaonline.gr/local/koinonia/item/8363-(πρόσβαση στις 21/9/2017)

http://www.huffingtonpost.gr/platon-thnios/-_11649_b_16641584.html(πρόσβαση στις 21/9/2017).

NOMOI-ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

N.3918/2-3-2011(ΦΕ / 2/3/11) Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις

/28-7-2011 Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους

- - /27-6-2011) Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις

/9-9-2011 Καθορισμός αρμοδιοτήτων Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης

/ 1/3/12) Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου.και άλλες διατάξεις

/31-12-2012 Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Άργους και του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου.

ΦΕΚ 299/26-11-1942 «Κανονιστικό Διάταγμα» Γενικών Κρατικών Νοσοκομείων Άργους.

ΦΕΚ 3284/10-12-12 Οργανισμός του Νοσοκομείου Άργους.

ΦΕΚ 1158 /10-4-2012 Οργανισμός του Νοσοκομείου Ναυπλίου.

ΕΓΚΥΚΛΙΟΙ

«Οικονομική διαχείριση ενοποιημένων μονάδων υγείας »9849/25-1-2012 Υπουργείο Υγείας

«Εφαρμογή Συστήματος Διοίκησης με Στόχους για το έτος 2017» 12972/10-5-2016 Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης

ABSTRACT

The objectives of this post graduate dissertation paper are to investigate the basic conditions that promote the integration of services in hospital mergers. In the general part of this dissertation, which includes the existing legislation, the distortions and the basic principles in the consolidation process, a series of actions are proposed which are related to the rapid promotion of mergers. Additionally, in the significant part of this paper, an attempt was made to evaluate the merging process of the administrative structures of the interconnected hospital units of Argos and Nafplio, in order to reveal the main reasons for its set back.

The research results led to the conclusion of a strong correlation between the success of the project and a series of factors and components analyzed in the general part of the paper.

The problem approached is up-to-date, since on the one hand it is related to the chronic pathogenesis of the dispersion and overlapping of structures and, on the other hand, to the systematic failure to treat it. It is therefore understood that the integration of scattered health services and establishments is understood to be a reforming scheme, free from past prejudices and distortions that focus on shaping a new functional health care model.

Therefore, in any consolidation proposal, the implementing measures adopted should not follow past practices or be limited to inefficient analyzes that lack in design. In fact, the immediacy and criticality of decisions requires the use of those mechanisms, factors and tools that set the basic prerequisites for the promotion and implementation of the integration of health structures.

However, the results of this research portray that several times the over-estimation of readiness, as well as the devaluation of technical preconditions, undermine the structural effort and demonstrate the need for the policy of consolidations to be distinct and understandable by initiating appropriate administrative and 'technological' preparation.

Through this focus, the content of our research makes sense and erases those identifying factors, which if respected, contribute to promoting health services integration.

Keywords: health, interconnected hospitals, , unification, merging services, success factors , planning, effectiveness, quality ποιότητα, sustainability, measurable goals.