



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

***Οργανωσιακή Κουλτούρα Δημοσίου Νοσοκομείου:
Παράγοντες Μετάβασης από το Γραφειοκρατικό
σε ένα Νέο Μοντέλο Διοίκησης***

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ

Τριμελής συμβουλευτική επιτροπή:

Αναπληρωτής Καθηγητής ΚΕΦΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Καθηγητής ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Λέκτορας ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ-ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΜΙΛΙΑ

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2013

***Οργανωσιακή Κουλτούρα Δημοσίου Νοσοκομείου:
Παράγοντες Μετάβασης από το Γραφειοκρατικό
σε ένα Νέο Μοντέλο Διοίκησης***

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

ΚΕΦΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής

ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Καθηγητής

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ-ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΜΙΛΙΑ

Λέκτορας

ΚΤΙΣΤΑΚΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΙΟΡΔΑΝΟΓΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

Λέκτορας

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής

ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια

Copyright © Γούλα Ασπασία, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, 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 διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*Στον Λάμπρο μου,
για την αστείρευτη υπομονή του*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	10
Επιτελική Περίληψη	11
Εισαγωγή	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Οργανωσιακής Κουλτούρας	22
1.1. Εισαγωγή	22
1.2. Η Έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας	26
1.3. Οργανωσιακή Κουλτούρα & Οργανωσιακό Κλίμα	43
1.4. Διαμόρφωση & Διαχείριση της Οργανωσιακής Κουλτούρας	46
1.5. Χρησιμότητα Μελέτης της Οργανωσιακής Κουλτούρας	51
1.6. Η Ύπαρξη Υποκουλτούρων	59
1.7. Ο Ρόλος της Εθνικής Κουλτούρας στη Διαμόρφωση της Οργανωσιακής Κουλτούρας	64
1.8. Βασικές Επιστημονικές Προσεγγίσεις της Τυπολογίας της Οργανωσιακής Κουλτούρας	71
1.9. Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών και η Τυπολογία των Cameron & Quinn	78
1.10. Σύνοψη Κεφαλαίου	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οργανωσιακή Κουλτούρα & Δημόσιος Οργανισμός	95
2.1. Εισαγωγή	95
2.2. Οι Δυσλειτουργίες της Δημόσιας Διοίκησης	102
2.3. Από το Γραφειοκρατικό Μοντέλο Διοίκησης στο Μοντέλο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης	114
2.4. Από το Μοντέλο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης στη Θεωρία της Δημόσιας Αξίας	124
2.5. Η Αμφισβήτηση της Γραφειοκρατίας στο Δημόσιο Τομέα και η Θεμελίωση της Θεωρίας της Δημόσιας Αξίας	135
2.6. Σύνοψη Κεφαλαίου	142
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οργανωσιακή Κουλτούρα & Δημόσιο Νοσοκομείο	146
3.1. Εισαγωγή	146
3.2. Σύστημα Υγείας	148
3.3. Δαπάνες Υγείας	155
3.4. Η Οργανωσιακή Κουλτούρα του Δημοσίου Νοσοκομείου	161
3.5. Οι Άτυπες Σχέσεις & οι Υποκουλτούρες του Δημοσίου Νοσοκομείου	169
3.6. Η Μετάβαση από το Γραφειοκρατικό στο Ανοικτό Οργανωσιακό Μοντέλο. Ενδείξεις από τη διεθνή εμπειρία.	178
3.7. Ένα Νέο Μοντέλο Οργανωσιακής Κουλτούρας ως Παράγοντας Αλλαγής του Δημοσίου Νοσοκομειακού Συστήματος	184
3.8. Σύνοψη Κεφαλαίου	191

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οργανωσιακή Αλλαγή & Συμμετοχικό Μοντέλο Κουλτούρας	194
4.1. Εισαγωγή	194
4.2. Η Έννοια της Οργανωσιακής Αλλαγής	196
4.3. Μοντέλα Οργανωσιακής Αλλαγής	203
4.4. Οργανωσιακή Αλλαγή και Αντίσταση	207
4.5. Ο Ρόλος της Ηγεσίας στην Οργανωσιακή Αλλαγή	213
4.6. Η Συστημική Προσέγγιση ως Τρόπος Σκέψης του Ηγέτη	225
4.7. Ανάλυση του Συμμετοχικού Μοντέλου Κουλτούρας	228
4.8. Σχέση Συμμετοχικού Μοντέλου Κουλτούρας και Οργανισμού Μάθησης	238
4.9. Η Εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Κουλτούρας στους Νοσοκομειακούς Οργανισμούς	247
4.10. Σύνοψη Κεφαλαίου	254
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία Ποσοτικής Μεθόδου Έρευνας	259
5.1. Καθορισμός Ερευνητικού Προβλήματος	259
5.2. Εργαλεία Ποσοτικής Μέτρησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας	263
5.3. Το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)	269
5.4. Περιγραφή του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)	272
5.5. Αξιοπιστία του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)	278
5.6. Εγκυρότητα του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)	281
5.7. Οριοθέτηση Πληθυσμού Έρευνας και Κριτήρια Επιλογής Δείγματος	285
5.8. Μέθοδος Δειγματοληψίας & Μέγεθος Δείγματος	286
5.9. Συλλογή Δεδομένων Έρευνας	289
5.10. Σύνοψη Κεφαλαίου	290
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα Ποσοτικής Έρευνας Μέτρησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας	292
6.1. Περιγραφικά Αποτελέσματα	292
6.2. Ανάλυση & Ερμηνεία των Διαστάσεων της Οργανωσιακής Κουλτούρας	297
6.2.1. Η Συνολική Εικόνα της Οργανωσιακής Κουλτούρας	297
6.2.2. Κύρια Χαρακτηριστικά των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	299
6.2.3. Η Ηγεσία των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	301
6.2.4. Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων των Γενικών Δημόσιων Νοσοκομείων	302
6.2.5. Κυρίαρχο Στοιχείο των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	304
6.2.6. Η Ανάπτυξη Στρατηγικής των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	305
6.2.7. Τα Κριτήρια Επιτυχίας των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	306
6.2.8. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Υπηρεσία	308
6.2.9. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Ιεραρχική Θέση	310

6.2.10.	Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά έτη Προϋπηρεσίας	313
6.2.11.	Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Φύλο	314
6.2.12.	Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Μέγεθος Νοσοκομείου	315
6.3.	Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων	317
6.3.1.	Συνολικές Διαφορές στα Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας στη Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κατάσταση	317
6.3.2.	Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στις Τέσσερις Υπηρεσίες στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα	320
6.3.3.	Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στην Ιεραρχική Θέση στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα	324
6.3.4.	Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στα Έτη Προϋπηρεσίας στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα	328
6.3.5.	Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στο Φύλο στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα	331
6.3.6.	Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στο Μέγεθος του Νοσοκομείου στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα	333
6.4.	Μέτρηση Αξιοπιστίας Έρευνας	337
6.5.	Μέτρηση Εγκυρότητας Έρευνας	338
6.6.	Σύνοψη Κεφαλαίου	341
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μεθοδολογία & Αποτελέσματα Ποιοτικής Μεθόδου Έρευνας (Μέθοδος DELPHI)	342
7.1.	Μέθοδος DELPHI	342
7.2.	Η Διενέργεια της Μεθόδου Delphi και τα Αποτελέσματα του Α΄ Γύρου	347
7.3.	Η Διενέργεια και τα Αποτελέσματα του Β΄ Γύρου	364
7.4.	Στατιστική Ανάλυση της Ποιοτικής Έρευνας	371
7.5.	Ερμηνεία των Αποτελεσμάτων της Ποιοτικής Έρευνας	373
7.6.	Σύνοψη Κεφαλαίου	375
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συμπεράσματα, Συζήτηση, Περιορισμοί και Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα	377
8.1.	Τα Κυριότερα Συμπεράσματα της Ποσοτικής και Ποιότητας Έρευνας	377
8.2.	Συζήτηση των Συμπερασμάτων	385
8.3.	Χρησιμότητα των Ευρημάτων στη Διοικητική Πρακτική των Νοσοκομείων	392
8.4.	Περιορισμοί της Έρευνας & Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα	394
	Βιβλιογραφία	396
	Παράρτημα Α	412
	Παράρτημα Β	520
	Παράρτημα Γ	529

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1.1.	Σύγκριση της Οργανωσιακής Κουλτούρας μεταξύ Ανθρωπολογικής και Κοινωνιολογικής Προσέγγισης	49
1.2.	Ορισμοί της Οργανωσιακής Κουλτούρας	89
1.3.	Χρησιμότητα Μελέτης της Οργανωσιακής Κουλτούρας	90
1.4.	Είδη Οργανωσιακής Υποκουλτούρας	92
1.5.	Κατηγοριοποίηση της Οργανωσιακής Κουλτούρας με βάση την Εθνική Κουλτούρα	92
1.6.	Τυπολογία της Οργανωσιακής Κουλτούρας	93
2.1.	Δαπάνες Δημόσιας Διοίκησης (% ΑΕΠ) το 2004	102
2.2.	Διοικητικές Διαφορές μεταξύ Δημοσίων Οργανισμών & Ιδιωτικών Επιχειρήσεων	112
2.3.	Διαφορές μεταξύ της Θεωρίας της Νέας Δημόσιας Διοίκησης & της Θεωρίας της Δημόσιας Αξίας	126
3.1	Διαφορές στην Διοικητική και Ιατρική Υποκουλτούρα	177
4.1.	Οι Πέντε Κατευθύνσεις του Διευθυντικού Τρόπου Σκέψης	216
4.2.	Στυλ Ηγεσίας	219
4.3.	Διαφορές μεταξύ Κλασικού Μάνατζερ και Συστημικού Ηγέτη	227
5.1.	Κατάταξη των Επιλεγμένων Οργάνων	264
5.2.	Όργανα Μέτρησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας που είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν στις Υπηρεσίες Υγείας	265
5.3.	Πληθυσμός & Μέγεθος Δείγματος ανά Νοσοκομείο & ανά Υπηρεσία	288
6.1.	Ποσοστό Δείγματος ανά Γενικό Δημόσιο Νοσοκομείο	292
6.2.	Ποσοστό Δείγματος ανά Υπηρεσία Νοσοκομείου	294
6.3.	Ποσοστό Δείγματος ανά Φύλο	294
6.4.	Ποσοστό Δείγματος ανά Ιεραρχική Θέση	295
6.5.	Ποσοστό Δείγματος ανά Ηλικιακή Κατηγορία	296
6.6.	Ποσοστό Δείγματος ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο	296
6.7.	Ποσοστό Δείγματος ανά Έτη Προϋπηρεσίας	297
7.1.	Αποτελέσματα Α' Γύρου Ερωτήσεων της Μεθόδου Delphi	348
7.2.	Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων του Β' Γύρου της Delphi	372

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

1.1.	Τα Επίπεδα της Κουλτούρας κατά το Schein	35
1.2.	Τα Εννοιολογικά Επίπεδα της Κουλτούρας κατά το Hofstede-Το Διάγραμμα του Κρεμμυδιού	37
1.3.	Τα Μοντέλα και οι Διαστάσεις Κουλτούρας των Cameron & Quinn	83
1.4.	Ικανότητες Ηγετών ανά Μοντέλο Κουλτούρας	86
2.1.	Το Στρατηγικό Τρίγωνο του M. Moore	128
2.2.	Η Δυναμική της Δημόσιας Αξίας	130
2.3.	Ανταγωνιστικές Δημόσιες Αξίες	133
4.1.	Κύρια Στοιχεία Αλλαγής προς Επίτευξη της Νέας Κουλτούρας	202
4.2.	Το Μείγμα των Στοιχείων που Συνθέτουν το Προφίλ του Ηγέτη	215
5.1.	Προφίλ Οργανωσιακής Κουλτούρας	277
8.1.	Η Θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών & Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	393

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1.	Η Συνολική Εικόνα της Οργανωσιακής Κουλτούρας Είκοσι (20) Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	297
2.	Κύρια Χαρακτηριστικά των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	299
3.	Η Ηγεσία των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	301
4.	Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων των Γενικών Δημόσιων Νοσοκομείων	303
5.	Το Κυρίαρχο Στοιχείο των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	304
6.	Η Ανάπτυξη Στρατηγικής των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	305
7.	Τα Κριτήρια Επιτυχίας των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	307
8.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων	308
9.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων	308
10.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Διοικητικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων	308
11.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Τεχνικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων	309
12.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Διευθυντών Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	310
13.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Αν. Διευθυντών Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	311
14.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Υποδιευθυντών Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	311
15.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Τομεαρχών Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	311
16.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Προϊσταμένων Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων	312
17.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Στελεχών με προϋπηρεσία ≥ 25 ετών	313
18.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Στελεχών με προϋπηρεσία < 25 ετών	313
19.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Ανδρών Στελεχών	314
20.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Γυναικών Στελεχών	315
21.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Μεσαίου Μεγέθους Νοσοκομείου	315
22.	Οργανωσιακή Κουλτούρα Μεγάλου Μεγέθους Νοσοκομείου	316

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθώ σε όσους συνέβαλλαν στη συγγραφική αυτή προσπάθεια και να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να διατυπώσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον Αναπληρωτή Καθηγητή Βασίλειο Κέφη, επιβλέποντα και στον Καθηγητή Βασίλειο Παπαδάκη, μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής, για την επιστημονική τους συμβολή, το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την καθοδήγησή τους σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της παρούσας διατριβής.

Επίσης, τον Καθηγητή Μάρκο Σαρρή, Προϊστάμενο του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Αθήνας, για την πολύτιμη υποστήριξη και τις επιστημονικές του συμβουλές καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.

Τα στελέχη Δημοσίων Νοσοκομείων γιατί κατέστησαν σημαντικοί αρωγοί στη συλλογή των δεδομένων: κα. Αμαλία Βουτσινά, κα. Αμαλία Πεχλιβανίδου, κ. Ιωάννη Τσαμαδιά, κ. Νικόλαο Τουρούτσικα, κ. Γεώργιο Χαραλάμπους, κ. Ανέστη Αδάμ, κα. Ευαγγελία Λάππα, κα. Λίνα Καρπούζου και κα. Γιώτα Κόντου καθώς και τον κ. Περικλή Μπέκα στέλεχος του ΕΚΕΠΥ.

Θα ήθελα επιπλέον να δηλώσω με εμφαντικό τρόπο τις ευχαριστίες μου στην κα Σταμούλη Αγγελική-Μαρία και στην κα Δημάκου Σοφία, για την βοήθεια που προσέφεραν αφειδώς στην επιστημονική αποσαφήνιση ανάλυσης και επεξεργασίας των δεδομένων.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την ανοχή και την ηθική συμπαράσταση που επέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια του συγγραφικού αυτού εγχειρήματος.

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο σημερινό παγκόσμιο και ανταγωνιστικό περιβάλλον, με τις μεταβαλλόμενες οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, με τις προκλήσεις και τους περιορισμούς, οι οργανισμοί καλούνται να επιβιώσουν και να προσαρμοστούν. Ιδιαίτερα, οργανισμοί όπως το δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο διαδραματίζει θεμελιακό ρόλο στη λειτουργία των κοινωνιών, καλείται να υπερβεί τις όποιες οργανωτικές και διοικητικές δυσλειτουργίες και να εξελιχθεί σε έναν οργανισμό μάθησης με κύριες συνιστώσες την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενή. Κρίσιμη μεταβλητή επίτευξης του ως άνω στόχου θεωρείται η οργανωσιακή κουλτούρα. Ερευνητές τη θεωρούν ως μια κρίσιμη μεταβλητή στην οργανωτικό-διοικητική και οικονομικό-διαχειριστική λειτουργία που επηρεάζει θεμελιακά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του οργανισμού, την ικανοποίηση των εργαζομένων και των ασθενών καθώς και την ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών.

Συνεπώς, η κύρια ερευνητική υπόθεση της διατριβής που προκύπτει, από τις ως άνω διαπιστώσεις, διατυπώνεται ως εξής: *«Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα της οργανωσιακής αλλαγής των δημοσίων νοσοκομείων».*

Ο σκοπός που προκύπτει, από τη διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης της παρούσας διατριβής, είναι πρώτον, η κατανόηση και η καταγραφή της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας των δημοσίων νοσοκομείων καθώς και η διερεύνηση του μοντέλου κουλτούρας που επιθυμούν τα στελέχη να διέπει τον οργανισμό τους στο προσεχές 5ετές χρονικό διάστημα και δεύτερον, η διερεύνηση των τρόπων επίτευξης αυτής της μετάβασης (οργανωσιακή αλλαγή).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 20 γενικά δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής και το δείγμα αποτελείται από 541 ανώτατα και ανώτερα στελέχη των τεσσάρων υπηρεσιών των νοσοκομείων. Στα στελέχη χορηγήθηκε το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI), που βασίζεται στη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron & Quinn.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, κατέγραψαν ότι η επικρατούσα οργανωσιακή κουλτούρα, που διέπει το νοσοκομειακό χώρο, είναι το γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης σε ποσοστό 47,05%. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,76% ενώ, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος καθώς και το μοντέλο των

στόχων / αποδοτικότητας σημείωσαν ποσοστά 11,79% και 17,30% αντίστοιχα. Η κουλτούρα χαρακτηρίζεται ως ισχυρή διότι η διαφορά του γραφειοκρατικού με τα άλλα μοντέλα είναι αρκετά μεγάλη (23 ποσοστιαίες μονάδες).

Το επιθυμητό μοντέλο οργάνωσης είναι των ανθρωπίνων πόρων ή του συμμετοχικού μάνατζμεντ σε ποσοστό 31,11%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο των στόχων αποδοτικότητας (24,42%) και τέλος το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο με ποσοστό μόλις 19,40%. Διαφαίνεται λοιπόν, η επιθυμία μετάβασης από το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης, στο μοντέλο του συμμετοχικού μάνατζμεντ, το οποίο όμως θα εμπεριέχει στοιχεία ευελιξίας, δημιουργικότητας, δυναμισμού και ανταγωνιστικότητας.

Η εστίαση παραμένει μεν στο εσωτερικό των νοσοκομείων αλλά ταυτόχρονα καταγράφεται και η επιθυμία εστίασης και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Συμπεραίνεται συνεπώς, η επιθυμία συνύπαρξης δύο ή περισσότερων μορφών οργανωσιακής κουλτούρας ταυτόχρονα. Μπορεί λοιπόν, ο επιθυμητός στόχος να εστιάζεται στην εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας, στην ανάπτυξη και την επέκταση από τη μία αλλά ταυτόχρονα κατεγράφει και επιθυμία εφαρμογής τυπικών κανόνων επικοινωνίας μεταξύ των μελών του οργανισμού και έλεγχο των πληροφοριών.

Αναφορικά με το μέγεθος (μεγάλο-μεσαίο) του νοσοκομείου, τα έτη προϋπηρεσίας και το φύλο των νοσοκομειακών στελεχών, κατεδείχθει ότι δεν επηρεάζουν τις απόψεις τους σχετικά με την παρούσα και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα. Η μόνη διαφορά, στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία στην επικρατούσα οργανωσιακή κουλτούρα, εμφανίζεται στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων που έχει μια θετικότερη στάση ως προς το εν λόγω μοντέλο. Συνεπώς, επιβεβαιώνεται ότι όσο μικρότερος σε μέγεθος είναι ένας οργανισμός, τόσο πιο εύκολα δημιουργούνται άτυπες δομές και σχέσεις μεταξύ των μελών του.

Η ιεραρχική θέση φαίνεται να επηρεάζει διαφορετικά τις αντιλήψεις των στελεχών σχετικά μόνο με το σημερινό οργανωσιακό μοντέλο κουλτούρας. Οι Τομεάρχες (ανήκουν μόνο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία) θεωρούν ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο ισχύει σε μικρότερο βαθμό και δίδουν ένα υψηλό ποσοστό στο μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας.

Η υπηρεσία επηρεάζει την ισχύ των μοντέλων μόνο στην παρούσα κατάσταση. Το γραφειοκρατικό μοντέλο είναι πιο ισχυρό στην τεχνική, στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία, ενώ υπερισχύει έναντι των άλλων τριών, παρά ταύτα, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας λαμβάνουν μεγαλύτερο βαθμό ισχύος από ότι στις άλλες τρεις υπηρεσίες. Συνεπώς, η νοσηλευτική υπηρεσία παρουσιάζει έναν πιο ασθενο-κεντρικό χαρακτήρα. Η καθημερινή επαφή των νοσηλευτών με τον ασθενή και τις θεραπευτικές διαδικασίες, οδηγεί τα μέλη στην υιοθέτηση άμεσων δράσεων προς ανακούφιση αυτών, παραβλέποντας πολλές φορές γραφειοκρατικά πρότυπα.

Τα ως άνω αποτελέσματα, οδήγησαν, την παρούσα διατριβή, στη διενέργεια ποιοτικής έρευνας με τη μέθοδο Delphi, ώστε να διερευνηθούν οι τρόποι επίτευξης αυτής της μετάβασης. Η επιτροπή εμπειρογνομόνων της μεθόδου αποτελείται από 10 μέλη, ειδικοί στο χώρο διοίκησης-διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και στον ακαδημαϊκό χώρο με εξειδίκευση στον τομέα υγείας.

Σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες, η εκπαίδευση για την εκ βαθέων αλλαγή φιλοσοφίας και νοοτροπίας των δημοσίων υπαλλήλων, η ενδυνάμωση αυτών για τη συναισθηματική τους εμπλοκή στο νοσοκομειακό χώρο, η ουσιαστική λειτουργία των κύκλων ποιότητας, η τοποθέτηση ηγετών με συστημική προσέγγιση και συναισθηματική νοημοσύνη που θα ενορχηστρώνουν τη συλλογική προσπάθεια, η απεμπλοκή των ηγετών από πολιτικά συμφέροντα και πιέσεις, η εισαγωγή σύγχρονης τεχνολογίας, η μείωση της πολυνομίας (απογραφειοκρατικοποίηση) και η υποστήριξη της όλης αλλαγής από το Υπουργείο Υγείας, μπορούν να οδηγήσουν ένα δημόσιο νοσοκομείο στην αλλαγή του μοντέλου κουλτούρας και από γραφειοκρατικό μοντέλο σταδιακά να καταλήξει σε συμμετοχικό με στοιχεία ευελιξίας και δημιουργικότητας.

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης, ως ευέλικτου και ταυτόχρονα μοντέλου που εστιάζει τόσο στο εσωτερικό περιβάλλον όσο και στο εξωτερικό, που αναλύει τις μεθόδους και τεχνικές κατά συστηματικό και ολιστικό τρόπο, συγκριτικά με το ισχύον ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο, μπορεί να προσφέρει προτεραιότητα στην ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων, εξασφάλιση μεγαλύτερου βαθμού επίτευξης των στόχων και μεγαλύτερη δυνατότητα προσαρμογής των νοσοκομείων στην απότομη αλλαγή των εξωτερικών συνθηκών.

Το εν λόγω ερευνητικό πόνημα καταλήγει ότι, οι ως άνω μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, θα ενισχύσουν την καθιέρωση μιας κουλτούρας ποιότητας που θα έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια και την ικανοποίηση του ασθενή, την ικανοποίηση των μελών και θα μετασχηματίσουν το δημόσιο νοσοκομείο σε έναν οργανισμό μάθησης και ανάδειξης της δημόσιας αξίας ώστε να αποτελέσει το πλέον σύγχρονο μοντέλο οργανισμού που εμπνέει καινοτόμες και αναπτυξιακές οργανωσιακές συμπεριφορές και κατοχυρώνει το ιδεολογικό στίγμα του σεβασμού σε κάθε ενέργεια και δράση τόσο των μελών του όσο και της ηγεσίας του.

Για την επίτευξη όμως του ανωτέρου, χρειάζονται βαθύτερες αλλαγές στις αξίες και στα πιστεύω, αλλαγές στα πρότυπα συμπεριφοράς, αλλαγές στον τρόπο που μιμούνται, που αντιγράφουν και που αναπτύσσουν τα μέλη, εμπνεόμενα από τις πρακτικές της ηγεσίας και λαμβάνοντας υπόψη το γενικό πολιτισμικό υπόβαθρο που διαμορφώνεται από το εξωγενές κοινωνικό περιβάλλον, αλλαγές δηλαδή που αγγίζουν την ίδια την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Τα ευρήματα της ποσοτικής έρευνας καθώς και τα βήματα που προτείνουν οι εμπειρογνώμονες της ποιοτικής έρευνας μπορούν να καταστούν αρωγοί στις ηγεσίες των νοσοκομείων που έχουν αντιληφθεί την αναγκαιότητα μιας οργανωσιακής αλλαγής.

Η θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών, που αναλύθηκε εκτενώς στην παρούσα διατριβή, σε συνδυασμό με τις τεχνικές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, μπορούν να βοηθήσουν την ηγεσία του νοσοκομείου να εφαρμόσει τις κατάλληλες στρατηγικές ενίσχυσης της προσφερόμενης ποιότητας.

Η χρησιμοποίηση του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας από την ηγεσία τόσο για τη διάγνωση του υφιστάμενου όσο και του επιθυμητού οργανωσιακού μοντέλου κουλτούρας είναι σε θέση, σε πρώτο επίπεδο, να διαπιστώσει τις αξίες, τις συμπεριφορές, τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες των μελών του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, της παρέχεται η δυνατότητα να κατανοήσει, με τον τρόπο αυτό, πως λειτουργούν τα ανώτατα και ανώτερα στελέχη ως ηγέτες στις υπηρεσίες τους ή στα τμήματά τους και να υπάρξει σύγκριση στον τρόπο άσκησης της διοίκησης στους επιμέρους τομείς. Τέλος, το εν λόγω εργαλείο, μπορεί να υιοθετηθεί και ως μέθοδος επικοινωνίας ή ως τρόπος ανταλλαγής πληροφοριών και να διαπιστωθούν ομοιότητες ή διαφορές σε κεντρικό ή τομεακό επίπεδο διοίκησης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Peter Drucker, το 1999, ανέφερε ότι *«βρισκόμαστε σ' αυτό το κομβικό ιστορικό σημείο, που συμβαίνει κάθε 200 ή 300 χρόνια, όπου οι άνθρωποι δεν κατανοούν τον κόσμο πια, και όπου το παρελθόν δεν μπορεί να εξηγήσει και να δώσει λύσεις για το μέλλον»*. Στον 21^ο αιώνα, τον αιώνα της δράσης, της καινοτομίας, της τεχνολογίας και της διάχυσης των πληροφοριών, πρακτικές και μέθοδοι που υιοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν εδώ και δεκαετίες αμφισβητούνται και κλυδωνίζονται. Η πολυπλοκότητα των διεργασιών που λαμβάνουν χώρα στην οικονομία, επιτάσσουν στους οργανισμούς να κινούνται με νέες ιδέες και σε ιλιγγιώδεις ρυθμούς.

Στις σημερινές παγκοσμιοποιημένες συνθήκες, οι απαραίτητες συνιστώσες επιβίωσης των οργανισμών είναι η **άμεση ανταπόκριση στις αλλαγές**, στην καινοτομία, η εστίαση στον πελάτη-χρήστη, η συνεχής βελτίωση, η προσαρμογή και κυρίως η μάθηση και η αλλαγή στα νέα επιχειρησιακά δεδομένα. Όλο και περισσότεροι οργανισμοί αναγκάζονται να μειώσουν το κόστος τους, να βελτιώσουν την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών τους, να διερευνήσουν νέες ευκαιρίες για ανάπτυξη και να αυξήσουν την παραγωγικότητά τους με στόχο την προσαρμογή τους στο εξωτερικό περιβάλλον.

Η νέα αυτή επιχειρησιακή ιδεολογία ισχύει και για τους **δημόσιους οργανισμούς**, οι οποίοι είναι θεσμοί που είναι εξίσου σημαντικοί στην κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Ο σκοπός όμως, των δημοσίων οργανισμών, διαφοροποιείται από την αέναη και διαρκή επιδίωξη του κέρδους των ιδιωτικών επιχειρήσεων και εδράζεται κυρίως σε ένα πλαίσιο όπου τα κύρια χαρακτηριστικά είναι: η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητά τους καθώς και η ανταπόκρισή τους στις απαιτήσεις των φορολογούμενων πολιτών. Ειδικότερα, τα **δημόσια νοσοκομεία**, που παρέχουν ένα κοινωνικό αγαθό με πρωταρχική θέση στην κλίμακα αναγκών του ανθρώπου, αυτό της υγείας, οφείλουν να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα ασφαλές για τον ασθενή νοσοκομειακό περιβάλλον και να προσαρμόζονται στις συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η στενότητα των οικονομικών πόρων θέτει το μοντέλο δομής, οργάνωσης και λειτουργίας του δημοσίου νοσοκομείου σε μια συνεχή κρίση, επαναπροσδιορίζει τις αξίες και τον

προσανατολισμό του μέσω νομοθετικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων έχοντας ως κεντρικό σημείο τον έλεγχο του κόστους.

Παρά ταύτα, τα αποτελέσματα σημαντικών ερευνών κατέδειξαν ότι, οι προσπάθειες των οργανισμών, συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομειακών, για ανασχεδιασμό διαδικασιών, για εισαγωγή προγραμμάτων διοίκησης ολικής ποιότητας, για προγράμματα στρατηγικού σχεδιασμού ή περικοπής κόστους με τη μείωση προσωπικού, αποτυγχάνουν. Ο σημαντικότερος ίσως αιτιολογικός παράγοντας αποτυχίας, εστιάζεται στην θεωρητική και πρακτική αποδυνάμωση της **οργανωσιακής κουλτούρας**. Η εν λόγω, θεωρητική και πρακτική αποδυνάμωση, μειώνει τις διερευνητικές δυνατότητες κατανόησης των θεμάτων που σχετίζονται με την οργανωσιακή κουλτούρα με αρνητικές συνέπειες στους άλλους αλληλοεπιδρώμενους οργανωσιακούς κύκλους. Δηλαδή η αδυναμία διάγνωσης, κατανόησης και αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας καταδικάζει όλες τις άλλες οργανωσιακές αλλαγές. Τούτο, συνήθως, οφείλεται στο γεγονός ότι οι όποιες αλλαγές που επιτυγχάνονται στους δημοσίους οργανισμούς περιέχουν απλώς μια και μόνο τεχνοκρατική προσέγγιση που δεν συνυπολογίζει το πεδίο κατανόησης και τον τρόπο σκέψης και δράσης των εμπλεκόμενων μελών του οργανισμού.

Η κατανόηση της συμπεριφοράς, των αντιλήψεων και των πράξεων των μελών ενός οργανισμού ή διαφορετικά η «οργανωσιακή κουλτούρα», έχει κερδίσει ευρεία αποδοχή τις τελευταίες δεκαετίες. Ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι οι επιτυχέστεροι οργανισμοί σήμερα, έχουν ένα σημαντικό ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα, ένα σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Μια ευπροσδιόριστη οργανωσιακή κουλτούρα, μια θεμελιώδη ιδεολογία εύκολα αναγνωρίσιμη και διαχειρίσιμη. Η επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην παραγωγικότητα των οργανισμών και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει αναγνωριστεί πλήρως στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία. Το εξειδικευμένο αυτό μελετητικό πεδίο, έχει περιγράψει μια δυναμική σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας με την χρηματοοικονομική απόδοση του οργανισμού, την ικανοποίηση των πελατών, την ικανοποίηση των εργαζόμενων, την καινοτομία, και την προσαρμοστικότητα του οργανισμού.

Στον τομέα των υγειονομικών οργανισμών, η κατανόηση και η αλλαγή της κουλτούρας βρίσκεται στο κέντρο των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων σε χώρες όπως

το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς, η Αυστραλία, η Σουηδία και η Νέα Ζηλανδία. Τρεις ήταν οι κυριότεροι λόγοι των μεταρρυθμίσεων αυτών: πρώτον, η αδυναμία ανταπόκρισης του γραφειοκρατικού μοντέλου στις ιδιαιτερότητες των νοσοκομείων δεύτερον, η επιθυμία των κυβερνήσεων να οικοδομήσουν μηχανισμούς νομισματικής πειθαρχίας και έλεγχο των δαπανών υγείας και τρίτον, η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας που να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών-χρηστών.

Σκοπός λοιπόν, της παρούσας **διδακτορικής διατριβής** είναι πρώτον, η κατανόηση, καταγραφή και ανάλυση της οργανωσιακής κουλτούρας στα γενικά δημόσια νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής και δεύτερον, ο τρόπος μετάβασης τους από το γραφειοκρατικό μοντέλο στο συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας. Ο κύριος αιτιολογικός παράγων ενασχόλησης με το συγκεκριμένο θέμα εδράζεται στο νέο αυτό ερευνητικό αντικείμενο για το δημόσιο τομέα και το δημόσιο νοσοκομείο στη χώρα και την μελετητική επιθυμία να προστεθεί η ελάχιστη προστιθέμενη επιστημονική αξία που θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η ερευνητική ανισορροπία στο γνωστικό αυτό αντικείμενο σε εθνικό και διεθνές επίπεδο όπου ήδη έχουν διακρίνει σημαντικά αποτελέσματα αποτέλεσε και το κύριο έναυσμα του ιδιαίτερου αυτού ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Η παρούσα διατριβή, **στοχεύει** στην καταγραφή της υφιστάμενης και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας στα δημόσια γενικά νοσοκομεία, στην καταγραφή του εύρους της διαφοράς μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής, στη διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων του εύρους της διαφοράς τους καθώς και στη διερεύνηση των προσδιοριστών μετάβασης από το γραφειοκρατικό μοντέλο στο συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας, μοντέλο που σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία διαφαίνεται να έχει τα καλύτερα οργανωσιακά αποτελέσματα από άποψη ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το εν λόγω μελετητικό πόνημα αποτελείται από δύο μέρη. Το γενικό και το ειδικό. Το **γενικό μέρος**, ασχολείται με τη θεωρητική προσέγγιση του θέματος και συνίσταται από τα κεφάλαια 1-4. Το **πρώτο κεφάλαιο**, επιχειρεί να σκιαγραφήσει την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας. Η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει όρους τόσο πολύπλοκους, εξαρτημένους, περιεκτικούς και διφορούμενους που χρειάζεται μια αναλυτική και δυναμική κατανόηση της. Καταγράφει τις διαφορές ανάμεσα στην κοινωνιολογική και ανθρωπολογική προσέγγιση καθώς και τη διαφορά μεταξύ

οργανωσιακού κλίματος και οργανωσιακής κουλτούρας. Παραθέτει μελέτες που υποδεικνύουν τη χρησιμότητα μελέτης και διαχείρισης αυτής και καταδεικνύει την ύπαρξη και το σημαντικό ρόλο των υποκουλτούρων μέσα σε ένα οργανισμό καθώς και τον ισχυρό ρόλο της εθνικής κουλτούρας στη διαμόρφωση της οργανωσιακής. Τέλος, παρουσιάζει συνοπτικά τις βασικές επιστημονικές προσεγγίσεις της τυπολογίας της οργανωσιακής κουλτούρας και αναλύει εναργώς την τυπολογία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών αφού αποτελεί τη θεωρητική βάση υλοποίησης της παρούσας διατριβής.

Το **δεύτερο** κεφάλαιο, πραγματεύεται την έννοια και τους στόχους της δημόσιας διοίκησης αφού, το πεδίο μελέτης της διατριβής είναι το δημόσιο νοσοκομείο, καθώς και αναλύει το γραφειοκρατικό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει όλους τους δημόσιους οργανισμούς. Καταγράφει τις δυσλειτουργίες που απορρέουν από την εφαρμογή του προαναφερόμενου μοντέλου και αποτυπώνει τις προσπάθειες που έγιναν διεθνώς για την μετάβαση από το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας στο μοντέλο της νέας δημόσιας διοίκησης. Στη συνέχεια, αναπτύσσει τη θεωρία της δημόσιας αξίας, μιας θεωρίας που αμφισβητείται από ορισμένους ακαδημαϊκούς, ως ένα μετα-ανταγωνιστικό μοντέλο που προσπαθεί να προσφέρει λύσεις στα προβλήματα που δημιούργησε αυτό της νέας δημόσιας διοίκησης. Τέλος, συνδέει τη θεωρία της δημόσιας αξίας με τη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών και σκιαγραφεί τις πιθανές απαιτούμενες αλλαγές στον τομέα της δημόσιας διοίκησης.

Το **τρίτο κεφάλαιο**, ασχολείται εκτενώς με το δημόσιο νοσοκομείο. Αρχικά σκιαγραφεί το σύστημα υγείας για να αναδείξει τον καθοριστικό ρόλο του νοσοκομείου στο σύστημα. Αναφέρεται στις δαπάνες υγείας, στους λόγους των υψηλών δαπανών υγείας καθώς και των υψηλών δαπανών του νοσοκομειακού τομέα, για να αναδείξει την άμεση αναγκαιότητα αλλαγής του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της διοίκησης του νοσοκομείου εις τρόπον ώστε να συντελέσει στην καλύτερη διαχείριση του. Αναλύει την υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα των νοσοκομείων και καταδεικνύει τα προβλήματα του γραφειοκρατικού νοσοκομειακού μοντέλου και σκιαγραφεί τις ισχυρές επαγγελματικές υποκουλτούρες που υφίστανται στον ως άνω εργασιακό χώρο. Παραθέτει τις διεθνείς προσπάθειες μετάβασης των υγειονομικών υπηρεσιών από το γραφειοκρατικό μοντέλο στο ανοικτό μοντέλο κουλτούρας και αναφέρει τις δυσλειτουργίες που προέκυψαν από αυτή την αλλαγή. Τέλος παρουσιάζει, τις

προσπάθειες χωρών για εισαγωγή του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας στα νοσοκομεία καθώς και τα πρώτα αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών.

Το **τέταρτο κεφάλαιο**, αναλύει την έννοια και τη σημαντικότητα της οργανωσιακής αλλαγής ως μέρος της οργανωσιακής πραγματικότητας, σκιαγραφεί τα στοιχεία που επηρεάζουν την αλλαγή της κουλτούρας, αναφέρει τους παράγοντες αντίστασης από την πλευρά των μελών του οργανισμού στην αλλαγή και παρουσιάζει τα θεωρητικά μοντέλα οργανωσιακής αλλαγής. Καταδεικνύει, με εναργή τρόπο, τον σημαντικό ρόλο της ηγεσίας στην προσπάθεια αλλαγής της κουλτούρας, την αναγκαιότητα ανάδειξης ενός μείγματος τρόπου σκέψης και δράσης του ηγέτη και την σημαντικότητα υιοθέτησης της συστημικής προσέγγισης ώστε να επέλθει αλλαγή. Καταγράφει την αναγκαιότητα υποκίνησης, ενθάρρυνσης και υιοθέτησης κινήτρων για την εμπλοκή των μελών στην επιτυχία της αλλαγής. Εν συνεχεία, αναλύει το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης, αναφέρει τις αξίες της συμμετοχικής κουλτούρας, το ρόλο και το είδος των ομάδων που δημιουργούνται με το μοντέλο καθώς και τους τρόπους λειτουργίας αποτελεσματικών ομάδων. Τέλος, σκιαγραφεί την αναγκαιότητα μετάβασης των δημοσίων νοσοκομείων σε οργανισμούς μάθησης μέσω του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας και καταγράφει επιτυχείς προσπάθειες, σε διεθνή επίπεδο, νοσοκομείων που εφάρμοσαν το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας. Παρουσιάζει αποτελέσματα ερευνών που είχαν θετικά αποτελέσματα σε κλινικό επίπεδο, στο κλίμα ασφάλειας του ασθενή, σε καινοτομικές ενέργειες και σε επίπεδο ποιότητας και αποτελεσματικότητας.

Το **ειδικό μέρος** της παρούσας διατριβής ασχολείται με την ερευνητική προσέγγιση του θέματος και αποτελείται από τα κεφάλαια 5-8. Το **πέμπτο κεφάλαιο**, θέτει ην κύρια ερευνητική υπόθεση, περιγράφει την κύρια ερευνητική υπόθεση, τις ερευνητικές ερωτήσεις, καταγράφει τα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας, αναλύει το όργανο που επιλέχθηκε (Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας-OCAI), αιτιολογεί την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου και παρουσιάζει αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών που έχουν επιτευχθεί με το ως άνω εργαλείο. Εν συνεχεία, αναπτύσσει τη μεθοδολογία της ποσοτικής έρευνας. Περιγράφει το σχεδιασμό της ερευνητικής διεργασίας, αναφέρει τα κριτήρια επιλογής του δείγματος και την οριοθέτηση του πληθυσμού έρευνας, τη μέθοδο δειγματοληψίας και το μέγεθος του δείγματος.

Το **έκτο** κεφάλαιο, παρουσιάζει τα συνολικά ερευνητικά αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, καταγράφει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και δίνει απαντήσεις στις ερευνητικές ερωτήσεις του προηγούμενου κεφαλαίου.

Το **έβδομο** κεφάλαιο, αναπτύσσει τη μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας, στηριζόμενη στα αποτελέσματα της ποσοτικής. Αναλύει την μέθοδο DELPHI, αναφέρει τους εμπειρογνώμονες που συμμετείχαν καθώς και τα ερωτηματολόγια που σχεδιάστηκαν σε κάθε φάση της μεθόδου και παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ποιοτικής αυτής ερευνητικής προσπάθειας.

Το **όγδοο** κεφάλαιο, ολοκληρώνει την παρούσα διδακτορική διατριβή με την παράθεση των συμπερασματικών σκέψεων, την συζήτηση των αποτελεσμάτων, την χρησιμότητα των ευρημάτων στη διοικητική πρακτική των νοσοκομείων, τους περιορισμούς της έρευνας καθώς και θέτει ερωτήματα για περαιτέρω έρευνα αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα των δημοσίων νοσοκομείων.

Ακολουθεί το Παράρτημα Α, όπου παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα ανά νοσοκομείο που συμμετείχε στην έρευνα, το Παράρτημα Β, όπου περιέχει το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής έρευνας, τη σχετική άδεια διακίνησης αυτού στα νοσοκομεία από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας καθώς και τον κατάλογο των εμπειρογνομόνων της ποιοτικής μεθόδου Delphi και τέλος, το Παράρτημα Γ, όπου παρουσιάζεται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της ποσοτικής έρευνας καθώς και ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ

ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Οργανωσιακής Κουλτούρας

«Εάν δούμε τον κόσμο υπό το πρίσμα της κουλτούρας, τότε όλα τα πράγματα, που πριν φαινότανταν μυστήρια, αποκτούν νόημα». (Schein E., 2004:7)

1.1 Εισαγωγή

Η οργανωτική σκέψη έχει τις ρίζες της στην έναρξη της δημιουργίας των κοινωνιών. Οι Σουμέριοι, οι αρχαίοι Αιγύπτιοι, οι Βαβυλώνιοι, οι Έλληνες, οι Ρωμαίοι και αργότερα ο Machiavelli και ο Adam Smith μελέτησαν τον τρόπο οργάνωσης των ομάδων. Προς τα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα αναπτύχθηκαν μια σειρά από θεωρητικές προσεγγίσεις που αφορούν τη δομή και τη διοίκηση των οργανισμών. Οι προσεγγίσεις αυτές έχουν χαρακτηριστεί παραδοσιακά ως η κλασική και νεοκλασική σχολή, η συστημική προσέγγιση, η προσέγγιση της εξάρτησης και η θεωρία του χάους. (Sullivan E., Drucker P., 2009:11)

Οι οργανισμοί αποτελούν συστήματα στα οποία αλληλεπιδρούν άνθρωποι που με την εργασία τους, τις πράξεις τους και τις σχέσεις τους δίνουν υπόσταση σε ένα οργανωμένο σύνολο δραστηριοτήτων ώστε να επιτύχουν συγκεκριμένους κοινούς σκοπούς και στόχους. Η εσωτερική δομή αυτών των συστημάτων προκύπτει μέσα από την ανάγκη επίτευξης αυτών των σκοπών και στόχων.

Σκοπός κάθε οργανισμού, είτε του δημόσιου είτε του ιδιωτικού τομέα, είναι η βελτίωση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς τους με στόχο, τη δημιουργία κέρδους και την ελαχιστοποίηση του κόστους στην περίπτωση των ιδιωτικών επιχειρήσεων, (Κέφης Β., 2005:27) και στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού στην περίπτωση των δημόσιων οργανισμών (Γούλα Α., 2007:55). Οι αξίες και οι στόχοι κάθε οργανισμού αποτελούν αποτέλεσμα της επίδρασης του περιβάλλοντος και ειδικότερα του κοινωνικού περιβάλλοντος με την άδεια του οποίου λειτουργούν. (Κόντης Θ., 1994:173).

Κάθε οργανισμός αποτελεί μέρος και τμήμα του κοινωνικού συστήματος μιας χώρας. Είναι ένα ανοικτό σύστημα σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Ζει και αναπτύσσεται σε ένα περιβάλλον που του προμηθεύει εισροές για να τις χρησιμοποιήσει στη διαδικασία του μετασχηματισμού και προσφέρει παραγωγικά αποτελέσματα για το κοινωνικό σύνολο. Η επιβίωση των οργανισμών υπάγεται σε

ελεγκτικούς - ρυθμιστικούς μηχανισμούς και η επιτυχής λειτουργία τους στηρίζεται στην ισορροπία μεταξύ εισροών και εκροών. (Ζιανίκας Χ., 1996:39).

Κάθε οργάνωση έχει ένα πρόγραμμα, δηλαδή ένα σύνολο από ενέργειες που μπορούν να πραγματοποιηθούν με επιτυχία ή αποτυχία. Το πρόγραμμα της οργάνωσης δεν περιλαμβάνει μόνο τις διαδικασίες της παραγωγής ή της οικονομικής απόδοσης. Περιλαμβάνει έννοιες όπως:

1. έρρυθμη λειτουργία στην εσωτερική δομή του οργανισμού,
2. ικανοποίηση (υλική και ηθική) των μελών της,
3. προσαρμοστικότητα στις αλλαγές που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον,
4. κατανόηση του τρόπου που τα άτομα του οργανισμού κινούνται, συμπεριφέρονται και πράττουν.

Η κατανόηση της συμπεριφοράς, των αντιλήψεων και των πράξεων των μελών ενός οργανισμού ή αλλιώς η «**οργανωσιακή κουλτούρα**» έχει κερδίσει ευρεία αποδοχή, τις τελευταίες δεκαετίες, ως ένας τρόπος κατανόησης ανθρώπινων συστημάτων.

Ένα μεγάλο μέρος της τρέχουσας βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι, επιτυχείς οργανισμοί, χαρακτηρίζονται εκείνοι στους οποίους διακρίνονται τα εξής πλεονεκτήματα: υψηλά εμπόδια στην είσοδο άλλων εταιριών στην αγορά, καινοτόμα ή σπάνια προϊόντα & υπηρεσίες, κατάκτηση μεγάλου μεριδίου της αγοράς, αγοραστές με χαμηλή διαπραγματευτική δύναμη, προμηθευτές με χαμηλή διαπραγματευτική δύναμη και ύπαρξη ανταγωνισμού μεταξύ των ανταγωνιστών. (Cameron K., 2004:2)

Έρευνες ωστόσο, έχουν δείξει ότι οι επιτυχέστεροι οργανισμοί στις ΗΠΑ, τα τελευταία 20 χρόνια, (Southwest Airlines, Wal-Mart, Tyson Foods, Circuit City, Plenum Publishing) δεν είχαν κανένα από τα προαναφερόμενα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα. (Cameron K., 2004:2). Το σημαντικότερο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα σε αυτούς τους οργανισμούς, το σημαντικότερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημά τους, ο παράγοντας που όλοι δίδουν έμφαση ως βασικό συστατικό στην επιτυχία τους, είναι η οργανωσιακή τους κουλτούρα. Η συνεχής επιτυχία αυτών των εταιριών έχει λιγότερη σύνδεση με την εταιρική στρατηγική, την παρουσία στην αγορά ή τα τεχνολογικά πλεονεκτήματα αλλά περισσότερο συνδέεται με τις αξίες της επιχείρησης, τις προσωπικές πεποιθήσεις, το όραμα και μια διακριτική, εύκολα ευπροσδιδόριστη οργανωσιακή κουλτούρα καθώς και την ικανότητα ανάπτυξης και διαχείρισης αυτής

της **μοναδικής οργανωσιακής κουλτούρας**. (Cameron K., 2004:11). Στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι διαρκώς επιτυχημένες επιχειρήσεις διαθέτουν μια θεμελιώδη ιδεολογία, δηλαδή έναν πυρήνα αξιών και έναν απώτερο σκοπό πέραν των κερδών. (Μπουραντάς Δ., 2005:24).

Η **ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας**, σαν αντικείμενο μελέτης, εμφανίζεται ως ένα σημείο, σαν μια ανάπτυξη των κοινωνικών συστημάτων και των κοινωνικών ερμηνειών. Οι οργανισμοί, στο πέρασμα των δεκαετιών, προσεγγίστηκαν είτε σαν μηχανές οι οποίες αγωνίζονται να επιβιώσουν σε περισσότερο ή λιγότερο ανταγωνιστικά περιβάλλοντα, είτε σαν συστήματα πληροφοριών και ελέγχου, είτε σαν πολιτικά συστήματα, είτε σαν φυσικές φυλακές, είτε σαν πεδία ρευστής κατάστασης, είτε σαν όργανα κυριαρχίας και είτε σαν κουλτούρες. (Morgan, 1986).

Η αρχή της ενασχόλησης με την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας ανάγεται στην ανθρωπολογία, στην εθνογραφική ανάλυση και στην μελέτη της πολιτισμικής κουλτούρας και όπως αναφέρει ο Brown (1998), άνοιξε νέους ορίζοντες στην κατανόηση της καθημερινής λειτουργίας των οργανισμών. (Manley K. 2000:34-38).

Η **έρευνα στην οργανωσιακή κουλτούρα** ξεκίνησε από την επιστήμη της ανθρωπολογίας τις δεκαετίες 1940 και 1950 (Chapple 1943, Whyte 1948, Roy 1954, Dalton 1959) αλλά τη δεκαετία του 1970 (Trice et al 1969, Turner 1971, Pettigrew 1973) η έρευνα συνεχίστηκε με μεγαλύτερη ένταση. (Carney M., 2006: 23-33).

Την μεταπολεμική περίοδο, ένας αριθμός ερευνητών συμπεριλαμβανομένων οικονομολόγων της συμπεριφοράς, (Cyert, March 1963) βιομηχανικών κοινωνιολόγων (Selznick 1957), οργανωσιακών ψυχολόγων (Schein 1985), κ.ά. έδωσε έμφαση στην **κουλτούρα** που διακατέχει τους οργανισμούς και μελέτησε εάν αυτή μπορεί να επηρεάζει την **λειτουργική τους απόδοση**. (Davies. et al, 2007:46-65).

Ο Elliot Jacques υπήρξε ο πρώτος ερευνητής στη μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας διερευνώντας την έννοια της κουλτούρας σε μονάδες εργοστασίων. Αναφερόμενος, στην ως άνω έννοια, τονίζει ότι η μεθοδολογία που εκτελούνται οι εργασίες σε κάθε εργοστάσιο είναι εθιμική, αποδεκτή και κοινή από το σύνολο των απασχολούμενων και οι νέοι απασχολούμενοι είναι αναγκασμένοι να την ακολουθήσουν ώστε να γίνουν αποδεκτοί από τους υπολοίπους. (Jacques E., 1996:251).

Στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία ο όρος πρωτοεμφανίστηκε στο άρθρο του Pettigrew, 1979 στο περιοδικό Administrative Science Quarterly. Η οργανωσιακή

κουλτούρα και ο ρόλος του ηγέτη και της ηγεσίας εμφανίστηκε από τον Selznick, (1957), σε άρθρο με τίτλο *Leadership in Administration*. Ο συγγραφέας ανέλυσε τις πλευρές της κουλτούρας στην οργανωσιακή ζωή καθώς και την αναγκαιότητα μελέτης αυτής για την καλύτερη διοίκηση των οργανισμών και αναγνώρισε δύο τύπους οργανισμών. Από τη μια τον «**ορθολογικό-μηχανιστικό οργανισμό**» και από την άλλη το «**ίδρυμα εμποτισμένο με αξίες**». Σύμφωνα με τον συγγραφέα ο όρος οργανισμός σημαίνει ένα τεχνικό μέσο για την τίθευση και αξιοποίηση των ανθρώπινων μορφών ενέργειας και την άμεση σχέση του προς καθορισμένους στόχους, ενώ, ο όρος ίδρυμα υποδηλώνει μια οργανική κοινωνική οντότητα που διακατέχεται από κοινωνικές αξίες. (Scott T., et al, 2003:3).

Τη δεκαετία του 1980, το ενδιαφέρον για την οργανωσιακή κουλτούρα αναπτύχθηκε έπειτα από προσπάθεια ερμηνείας, από την πλευρά των ερευνητών, των λόγων αποτυχίας των Αμερικανικών εταιρειών σε θέματα ελέγχου της ποιότητας, ανταγωνιστικότητας και επέκτασης, συγκρινόμενες με εταιρείες άλλων χωρών όπως αυτών της Ιαπωνίας. Οι ερευνητές πίστευαν ότι η απάντηση μπορεί να βρίσκεται στη διαφορετικότητα της κουλτούρας.

Την περίοδο εκείνη, η ιδεολογία της οργανωσιακής κουλτούρας έγινε γνωστή στο βιβλίο των Peter's and Waterman's «*In Search of Excellence*», το 1982. Οι ως άνω συγγραφείς άρχισαν να μελετούν τη σύνδεση των αξιών μιας επιχείρησης με την πιθανή επιτυχία ή αποτυχία της και ανέδειξαν την αλληλεπίδραση του συστήματος αξιών με το επίπεδο αποτελεσματικής λειτουργίας της επιχείρησης.

Στη συνέχεια, μελετητές της οργανωσιακής σκέψης, άρχισαν να ενδιαφέρονται και να εξερευνούν τι σημαίνει η μελέτη των οργανισμών σαν να ήταν κουλτούρες. (Scott T., et al, 2003:14). Αυτή την περίοδο, γράφτηκαν μια σειρά από βιβλία που έδωσαν κεντρική θέση στην έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας και άσκησαν μεγάλη επιρροή στο χώρο της διοίκησης των επιχειρήσεων (Deal & Kennedy, 1982, Handy 1986, Hofstede 1986, Ouchi 1981). (Ξενικού Α., 2005:102-113).

Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής η οργανωσιακή κουλτούρα θεωρήθηκε ως μια κρίσιμη μεταβλητή στη διαχείριση τόσο της οργανωτικής απόδοσης όσο και της βελτίωσης της ποιότητας. (Davies. et al, 2000:111-119). Από τότε, η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας χρησιμοποιείται, σε μεγάλο βαθμό, για την κατανόηση των διεργασιών που λαμβάνουν χώρα στους διάφορους οργανισμούς.

Στη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας, η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας έχει αποσπάσει ζωνρό ενδιαφέρον στο πεδίο της οργανωσιακής συμπεριφοράς και ερευνήθηκε περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μεταβλητή. Οι ερευνητές μελετούν πλέον τους οργανισμούς ως κουλτούρες, καθώς και τον τρόπο με τον οποίον οι αξίες επηρεάζουν την απόδοση, την αποτελεσματικότητα και τη συμπεριφορά των ατόμων για εργασία. (Χυτήρης Λ., 2001:90, Ζαβλανός Μ, 2002:24). Το ενδιαφέρον για την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί ιδιαίτερα και έχει δεχθεί εκτενή μελέτη και στο χώρο των οργανισμών υγείας (Gerowitz MB., 1998:1-11).

Οι έννοιες όπως η δομή, η στρατηγική, η ηγεσία, η διοίκηση του ανθρωπίνου δυναμικού, που θεωρείται πια πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, οδήγησε τους ερευνητές σε μια **ανάλυση πιο βαθιά και πιο ολιστική** όπου οι παραπάνω μεταβλητές αποτελούν, η κάθε μια ξεχωριστά, στοιχεία της έννοιας που ονομάστηκε Οργανωσιακή Κουλτούρα. (Sahinidis A., Kanellopoulos C., 2008:63-76).

1.2 Η Έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας

«Υπάρχουν τόσοι πολλοί ορισμοί της οργανωσιακής κουλτούρας όσοι και οι άνθρωποι που την χρησιμοποιούν». (Sackman S.A., 1991:296)

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της οργανωσιακής κουλτούρας είναι, η αδυναμία προσδιορισμού ενός κοινού ορισμού καθώς και η αδυναμία ανάλυσης της. Ποικίλοι ορισμοί αναδεικνύουν τους σύγχρονους εννοιολογικούς σχηματισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας και παρά το γεγονός ότι η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας έχει αποκτήσει κεντρική θέση στη μελέτη των οργανωσιακών φαινομένων, οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της έννοιας αφού προέρχονται από διάφορους επιστημονικούς κλάδους και ως εκ τούτου παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται η έννοια της κουλτούρας κάθε φορά.

Ένα θεωρητικό πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας προκύπτει από το συνδυασμό της **οργανωτικής ψυχολογίας**, της **κοινωνικής ψυχολογίας** και της **κοινωνικής ανθρωπολογίας**. Η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας, ως αντικείμενο μελέτης μπορεί να θεωρηθεί ως το προϊόν της επεξεργασίας των ανθρωπίνων σχέσεων καθώς

και των κοινωνικών προσεγγίσεων των συστημάτων το οποίο, με τη σειρά του αναπτύχθηκε σε **επιστημονικές τεχνικές του μάνατζμεντ**. (Scott K., et al, 2003:923-945).

Ο όρος **κουλτούρα** (culture) έχει τη ρίζα της στο λατινικό ρήμα *colere*, που σημαίνει «καλλιεργώ» και αναφερόταν αρχικά στην καλλιέργεια του εδάφους. Είναι επίσης ένα γλωσσικό δάνειο που προέκυψε ως αντιστοίχιση του γερμανικού *kultur* που σημαίνει την καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία αλλά και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με το Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής (2007), ο όρος **κουλτούρα** αναφέρεται στη *«πνευματική και ψυχική καλλιέργεια, ως αποτέλεσμα μακράς διαδικασίας μάθησης και εκπαίδευσης ή ως σύνολο γνώσεων, τεχνικών εξελίξεων, παραδόσεων, εθίμων, μορφών συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ή συγκροτούν ένα δεδομένο κοινωνικό σύνολο»*. Η γερμανική επιστήμη θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι η νίκη του ανθρώπου επί του ίδιου του εαυτού του.

Ο E. Tylor χαρακτηρίζει την κουλτούρα ως *«μια ολότητα που περικλείει τη γνώση, τις πεποιθήσεις, την τέχνη, την ηθική, το δίκαιο, τα έθιμα και όλες τις άλλες ικανότητες και αντιθέσεις που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας»*. (Κόντης, 1994:189).

Η κουλτούρα, σύμφωνα με τον Yiannis, χαρακτηρίζεται *«ως η έκφραση ασυνείδητων ψυχολογικών και ψυχο-κοινωνικών διαδικασιών»*. (Yiannis, 1999 στο Scott T., et al, 2003:21).

Στον ακαδημαϊκό χώρο ορισμένοι μελετητές θεωρούν ότι η κουλτούρα είναι **ειδικές και μετρήσιμες μεταβλητές**, χαρακτηριστικά ή διαδικασίες, ενώ άλλοι την βλέπουν σαν μια παγκόσμια πρόκληση σύλληψης της κουλτούρας ως μια **εγγενής ιδιότητα** του κοινωνικού περιβάλλοντος που διαμορφώνεται κάθε φορά που οι άνθρωποι έχουν συνενωθεί σε μια κοινή επιχείρηση. Μια τρίτη προσέγγιση διαγράφει την οργανωσιακή κουλτούρα ως μια **ανθρωπολογική αλληγορία** ή ένα παράδειγμα για την ανάλυση των οργανώσεων ως μικρο-κοινωνίες. (Scott K., et al., 2003:923-945).

Οι **κοινωνιολόγοι** χρησιμοποιούν συχνά την έννοια της κουλτούρας για την κατανόηση και ανάλυση της κοινωνικής ζωής, αφού στην κοινωνιολογία σημαίνει το συνολικό τρόπο ζωής μιας κοινωνικής ομάδας. Η κουλτούρα είναι έννοια αλληλένδετη με την έννοια της **κοινωνικής ομάδας**, γι' αυτό δεν υπάρχει κοινωνία ή κοινωνική ομάδα χωρίς κουλτούρα ή αντίστροφα κουλτούρα που να μην εκφράζεται από μια κοινωνική ομάδα ή κοινωνία. Το περιβάλλον που δημιουργεί ο άνθρωπος όταν

συναναστρέφεται με άλλα άτομα ονομάζεται πολιτιστικό περιβάλλον και καλλιεργείται μόνο εκεί που υπάρχουν άνθρωποι και ζωή, δηλαδή ομαδική ζωή. (Κουλουγλιώτης Ν., 1995:80). Η κουλτούρα χαρακτηρίζεται και ως «**πολιτιστικό μórφωμα**». Ο όρος «πολιτιστικό μórφωμα» αναφέρεται σε ένα τρόπο σκέψης, αίσθησης και δράσης όπως αυτός εκφράζεται στις συγκεκριμένες κοινωνικές σχέσεις και κοινωνικές πράξεις. Το πολιτιστικό μórφωμα υποδιαιρείται σε **θεσμούς**, σε ειδικούς τύπους συμπεριφοράς της κοινωνικής πράξης. (Αγραφιώτης Δ., 2003:94).

Με την ως άνω σκέψη φαίνεται να συμφωνεί και η Hatch M., (1997:202) η οποία υποστηρίζει ότι η ίδια η κοινωνία διαμορφώνει τον τρόπο σκέψης και δράσης των ανθρώπων μέσα από τους θεσμούς της οικογένειας, της εκπαίδευσης και της θρησκείας. Ο Hofstede πιστεύει ότι ο άνθρωπος, δρα, κατά τη διάρκεια της ζωής του μέσα από μοντέλα σκέψεων, στάσεων, συμπεριφορών και αισθημάτων που έχουν επηρεαστεί από την οικογένεια, το έθνος, την εκκλησία, το εκπαιδευτικό του σύστημα ή άλλους θεσμούς. Όταν επομένως εισχωρεί σε έναν οργανισμό μεταφέρει μέσα του όλα τα προαναφερόμενα στοιχεία και τη δική του προσωπική κουλτούρα. (Hofstede G., 1994:9).

Αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα, η Smircich (1983), θεωρεί τη κουλτούρα ως **οργανωσιακή μεταβλητή** που παρέχει κατανόηση του οργανισμού. Ως οργανωσιακή μεταβλητή η κουλτούρα μπορεί να θεωρηθεί **είτε ως εξωτερική ανεξάρτητη μεταβλητή** η οποία μπορεί να εξηγήσει ομοιότητες ή διαφορές στη συμπεριφορά των διοικήσεων σε διαφορετικές χώρες, **είτε ως εσωτερική εξαρτημένη μεταβλητή** που προσδιορίζει το αποτέλεσμα των οργανωσιακών δραστηριοτήτων και διαδικασιών. Εάν και οι οργανισμοί λειτουργούν με ένα ευρύ πολιτισμικό περιεχόμενο εντούτοις, αναπτύσσουν τις δικές τους κοινωνικό-πολιτισμικές διαστάσεις τις οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού. (Bourn M., Mahmoud E., 1986:203-224)

Από τα παραπάνω εκπορεύεται ότι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του όρου οργανωσιακή κουλτούρα είναι η έννοια των «**κοινών νοηματοδοτήσεων μιας κοινωνικής ή οργανωσιακής πραγματικότητας**» στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας. Οι κοινές νοηματοδοτήσεις μπορούν να αφορούν αξίες, τυπικούς ή άτυπους κανόνες και επιθυμητή συμπεριφορά. Στόχος του οργανισμού είναι ο προσδιορισμός μιας συλλογικής ταυτότητας στα μέλη του. (Παπαλής Ε., 2007).

Με το ως άνω χαρακτηριστικό γνώρισμα φαίνεται ότι συμφωνούν αρκετοί μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας. Οι Cooke, & Rousseau, ορίζουν την κουλτούρα ως ένα σύνολο **κοινών γνώσεων** σε μέλη μιας κοινωνικής ομάδας που είναι επίκτητο μέσω της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής διαδικασίας αυτών των μελών. (Cooke and Rousseau, 1988:245-273).

Ο Pettigrew συμπληρώνει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύστημα κοινών, συλλογικών αντιλήψεων που έχει γίνει αποδεκτό από μια δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο και αποσαφηνίζει **σε κάθε άτομο** της ομάδας τη **θέση του μέσα σε αυτή**. (Pettigrew A., 1979:574).

Ο Μπουραντάς Δ., (2002:541-572) τονίζει ότι η κουλτούρα είναι **επίκτητη έννοια**. Οι διάφορες όψεις της είναι **αλληλεξαρτώμενες**, δηλαδή μια επίδραση σε μια πλευρά της κουλτούρας επηρεάζει και τις άλλες. Είναι **κοινή** δηλαδή την ασπάζονται όλα τα μέλη μιας ομάδας και καθορίζονται και τα όρια της ομάδας.

Ο Denison (1996) πιστεύει ότι η οργανωτική κουλτούρα αφορά τις **κοινές αντιλήψεις** που μοιράζονται όλοι οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού οι οποίες αναπτύσσονται και γίνονται γνωστές μέσω μιας διαδικασίας κοινωνικοποίησης στην οποία το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει τις αξίες, τις ικανότητες και τις αναμενόμενες συμπεριφορές ώστε να αποτελέσει μέρος του οργανισμού. (Denison D., 1996:1-36).

Συνεπώς λοιπόν, ο οργανισμός αποτελεί **οργανισμό μάθησης** στον οποίον τα μέλη του προσπαθούν να αναγνωρίζουν τη θέση τους σε αυτόν καθώς και τον αναμενόμενο τρόπο συμπεριφοράς. Αυτές οι διανοητικές συλλήψεις δημιουργούν ένα **δίκτυο νοημάτων** που οι εργαζόμενοι μοιράζονται μεταξύ τους. (Argyris & Schon 1978).

Κατ' επέκταση, η κουλτούρα προσδιορίζει έντονα τις αποφάσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων και των ομάδων. Προσδιορίζει τις σωστές ή λάθος πρακτικές οργάνωσης, τις προτεραιότητες, τον τρόπο επίλυσης θεμάτων σχετικά με τους πελάτες, τους ανταγωνιστές, τα προϊόντα, την ποιότητα, τις ανθρώπινες σχέσεις ή τον τρόπο επικράτησης στην αγορά. (Μπουραντάς Δ., 15/10/06).

Οι Scott et al, αναφέρουν ότι όπως το «κίνημα των ανθρωπίνων σχέσεων», η οργανωσιακή κουλτούρα δίνει έμφαση στην **κοινωνική δυναμική** πλευρά των οργανισμών σε αντίθεση με το μηχανιστικό περιεχόμενο του επιστημονικού μάνατζμεντ. (Scott T., et al, 2003:5).

Οι Tichy N., (1982: 59-80) και οι Deal & Kennedy (1982), τονίζουν ότι η **κουλτούρα αποτελεί την κοινωνική σύνδεση** που ενώνει και διατηρεί τους οργανισμούς. Τα μέλη του οργανισμού μέσω κοινών αξιών, κοινών τελετουργικών, κοινών συμβόλων και κοινής εξειδικευμένης γλώσσας νιώθουν μέλη μιας κοινωνικής ομάδας. Συνεπώς, η κουλτούρα αποτελεί σημαντικό στοιχείο σύνδεσης των εργαζομένων δίδοντας τους ταυτόχρονα μια αίσθηση ταυτότητας.

Γι αυτό το λόγο, ο Cameron K., θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη ιδιότητα των οργανώσεων που χρησιμεύει ως σύνδεση «**κοινωνικής κόλλας**» των μελών της οργάνωσης. (Cameron K., 2004:2) ενώ, ο Seel πιστεύει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το αποτέλεσμα των συνεχών διαπραγματεύσεων σχετικά με τις αξίες, τα πιστεύω και τους κανόνες μεταξύ των μελών του οργανισμού και του περιβάλλοντός τους. (Seel R., 2000:2-9).

Οι Ouchi & Wilkins, χαρακτηρίζουν την κουλτούρα ως τη φιλοσοφία που καθοδηγεί μια οργάνωση προς την πολιτική της απέναντι στους εργαζόμενους ή τους πελάτες της. (Ouchi W., Wilkins A., 1985: 457-483).

Ο Handy (1995) προσδιορίζει την Οργανωσιακή κουλτούρα ως τους **διαφορετικούς τρόπους** που οι άνθρωποι ενεργούν. (Handy C, 1995:14-16)

Οι Mannion R., et al, ορίζουν την κουλτούρα ως μια **ιδιότητα** που όλοι στον οργανισμό δημιουργούν και εκφράζουν. (Mannion R., et al, 2005:23)

Ο Λειβαδάς Α., πιστεύει ότι η κουλτούρα είναι η βάση πάνω στην οποία οικοδομείται ο **τρόπος δράσης** της επιχείρησης. (Λειβαδάς Α., 2003:79).

Ο Kotter προσδιορίζει δύο διαστάσεις στον όρο οργανωσιακή κουλτούρα. Η πρώτη διάσταση αναφέρεται στους **κανόνες συμπεριφοράς** που διδάσκονται και επιβάλλονται στα μέλη, ανταμείβοντας εκείνους που τους εφαρμόζουν και τιμωρώντας τους στην αντίθετη περίπτωση ενώ, η δεύτερη διάσταση είναι οι **κοινές αξίες** που μοιράζονται τα περισσότερα μέλη μιας ομάδας, αξίες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά της ομάδας. (Kotter J., 2001:160).

Ο Ζαβλανός Μ., υπογραμμίζει ότι οι κανόνες συμπεριφοράς και οι κοινές αξίες μεταφέρονται στα νέα μέλη, από τα οποία διδάσκονται πως θα αντιλαμβάνονται, θα σκέπτονται και θα αισθάνονται μέσα στον οργανισμό. Με άλλα λόγια, **η κουλτούρα δείχνει τον τρόπο με τον οποίο τα πράγματα διαμορφώνουν το γίνεσθαι μέσα στον οργανισμό**. (Ζαβλανός Μ., 2002:398).

Οι κανόνες συμπεριφοράς καθοδηγούν τις δραστηριότητες των μελών του οργανισμού, επηρεάζουν τις αποφάσεις στρατηγικής σημασίας ακόμη και τον καθορισμό των στόχων. (Χυτήρης Λ., 2001:88).

Οι κοινές αξίες, οι κανόνες συμπεριφοράς, οι πεποιθήσεις, η φιλοσοφία, τα έθιμα προσδίδουν μια διακριτή οργανωσιακή κουλτούρα σε κάθε οργανισμό (Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., 2007:183). Επομένως, η **κουλτούρα κάθε οργανισμού** είναι **μοναδική** και εξαρτάται από τις συνθήκες δημιουργίας της και την ιστορία της. (Bounds et al, 1994:88).

Ένας αριθμός συγγραφέων τονίζει τη δύναμη των **οργανωσιακών συμβόλων, μύθων, ιστοριών και τελετών** στην ανάπτυξη και διατήρηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Προσδιορίζει ένα ευρύ φάσμα των κοινωνικών φαινομένων, συμπεριλαμβανομένης της ένδυσης, της γλώσσας ενός οργανισμού, της συμπεριφοράς, τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις παραδοχές, τα σύμβολα, το είδος εξουσίας, τους μύθους, τις τελετές και τελετουργίες, καθώς και τον τρόπο αξιολόγησης και ανταμοιβής των εργαζομένων (Scott K., et al, 2003:923-945, Χυτήρης Λ., 2001:89).

Η οργανωσιακή κουλτούρα μελετάται επίσης στη διεθνή βιβλιογραφία σε σχέση με **βασικούς παράγοντες** του οργανισμού, οι οποίοι επηρεάζουν ή επηρεάζονται από αυτήν. Τέτοιοι παράγοντες είναι η πίστη των εργαζομένων στην εταιρεία, η κινητοποίησή τους προς την επίτευξη των στόχων του, το ομαδικό πνεύμα, η επικοινωνία, η συνεργασία ή η δεκτικότητα στην αλλαγή (Van Muijen, et al, 1999:551-568).

Οι συγγραφείς Van den Beng P., & Wilderom C., μελετώντας τη βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα επισημαίνουν μια άλλη διάσταση και πιστεύουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι οι **κοινές προσδοκίες** που έχουν οι εργαζόμενοι στις οργανωσιακές πρακτικές που εφαρμόζουν οι οργανισμοί. (Van den Beng P., Wilderom C., 2004:570-582). Η **οργανωσιακή κουλτούρα** είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις κοινές πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις, και τις προσδοκίες των ατόμων στις οργανώσεις. Λόγω της φύσης και της υπονοούμενης κατανόησής του για τους οργανωτικούς κανόνες και τα πιστεύω, **η κουλτούρα μπορεί να έχει μια δραματική επίδραση** στις προσπάθειες να αλλάξουν συγκεκριμένες διαδικασίες. (Boan D., Funderburk F., 2003:1-17)

Ο Jones J., θεωρεί την **οργανωσιακή κουλτούρα** ως ένα σύνολο από κοινές αξίες και κανόνες που ελέγχουν τις δράσεις και αντιδράσεις των μελών του οργανισμού μεταξύ τους, με τους προμηθευτές, τους πελάτες και άλλους ανθρώπους έξω από τον οργανισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα διαμορφώθηκε από τους ανθρώπους του οργανισμού, από την ηθική του οργανισμού, από την πολιτική ανταμοιβών που εφαρμόζεται στα μέλη και από το είδος της δομής που εφαρμόζεται στον οργανισμό.

Όπως η **οργανωσιακή δομή έτσι και η οργανωσιακή κουλτούρα** διαμορφώνει και ελέγχει την συμπεριφορά μέσα στον οργανισμό. Επηρεάζει τον τρόπο αντίδρασης των μελών του οργανισμού σε μια κατάσταση. (Jones G., 2010:30). Αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση των χαρακτηριστικών των μελών του οργανισμού, την οργανωσιακή ηθική, την πολιτική ανταμοιβής και από την οργανωσιακή δομή (Jones G., 2010:225).

Ο Schein τονίζει ότι η κουλτούρα είναι πρώτον, ένα **δυναμικό φαινόμενο** που μας περιβάλλει, δημιουργήθηκε από τις δράσεις μας με άλλους, διαμορφώθηκε από τη συμπεριφορά του ηγέτη και δεύτερον, είναι ένα σύνολο δομών, κανόνων, συνηθειών που κατευθύνει και διαμορφώνει τη συμπεριφορά μας. (Schein E., 2004:1)

Ο Kostova, ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα «στους συγκεκριμένους τρόπους διαχείρισης των οργανωτικών λειτουργιών που έχουν αναπτυχθεί με το πέρασμα των χρόνων σε έναν οργανισμό. Οι τρόποι αυτοί αντικατοπτρίζουν τις κοινές γνώσεις και ικανότητες του οργανισμού. Δείχνει γιατί τα πράγματα έχουν γίνει με κάποιους τρόπους και όχι με κάποιους άλλους». (Kostova 1999, p. 309 στο Van den Beng P., Wilderom C., 2004:570-582).

Ο Schein όμως, αναφέρει ότι η κουλτούρα είναι **ο μηχανισμός του κοινωνικού ελέγχου** και μπορεί να είναι η βάση χειραγώγησης των μελών του οργανισμού στο τρόπο αντίδρασης, σκέψης και αίσθησης. (Schein E., 2004:19). Με αυτή την άποψη φαίνεται να συμφωνεί και η Ogbor J., (2001: 590-608). Παρουσιάζει την κουλτούρα ως ηγεμονική διαίωνιση, ένα μηχανισμό νομιμοποίησης, που επιβάλλεται στα μέλη από την ανώτατη διοίκηση μέσα από κανόνες συμπεριφοράς, πεποιθήσεις και στάσεις, τα οποία, τα δέχονται τα μέλη του οργανισμού ως αυτονόητα. Συνεπώς, η κουλτούρα είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη πραγματικότητα, που αυτό-αναπαράγεται.

Οι παραπάνω θέσεις, αιχμαλωτίζουν μια από τις βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η κάθε κουλτούρα. Να συμβιβάσει τους **αποκλίνοντες συχνά στόχους** και τις δράσεις των μελών του. Η έμφαση σχετικά με το ρόλο των κοινών βασικών

παραδοχών που επηρεάζουν τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά δείχνει ότι η οργανωτική κουλτούρα χαρακτηρίζεται κάτι πολύ περισσότερο από «**τον τρόπο που γίνονται τα πράγματα εδώ γύρω**» (Scott K., et al, 2003:923-945). Η προσπάθεια κατανόησης **γιατί τα πράγματα έχουν γίνει με κάποιο τρόπο**, σύμφωνα με τους συγγραφείς, χρειάζεται μια βαθύτερη ανάλυση και κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Χρειάζεται η κατανόηση της συμπεριφοράς σε **συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο**.

Ο Schein E., (2004:12-15) διερωτάται «γιατί θα πρέπει να αναλύσουμε τον όρο κουλτούρα όταν μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το περιεχόμενο των εννοιών: κανόνες, αξίες, τύποι συμπεριφοράς, τελετουργικά, παράδοση, έθιμα. Διότι ο όρος κουλτούρα προσθέτει μερικά κρίσιμα στοιχεία στην έννοια κοινών βασικών παραδοχών. Τα στοιχεία αυτά είναι: α) η δομική σταθερότητα, β) το βάθος της κουλτούρας, γ) το εύρος της, και δ) η διαμόρφωση ή ολοκλήρωση».

Δομική σταθερότητα: Η κουλτούρα υπονοεί ένα επίπεδο δομικής σταθερότητας στα μέλη της ομάδας. Δεν αρκεί μόνο να μοιράζεται, αλλά να αποτελεί και ένα σταθερό σημείο αναφοράς που να καθορίζει την οργάνωση. Μόλις επιτευχθεί η αίσθηση ταυτότητας της ομάδας, σταθεροποιείται η δυναμική της κουλτούρας και πλέον δύσκολα διακόπτεται και δύσκολα αλλάζει.

Βάθος: Η κουλτούρα είναι το βαθύτερο, συχνά ασυνείδητο μέρος μιας οργανωσιακής ομάδας, και είναι επομένως λιγότερο απτή και ορατή από άλλα στοιχεία του οργανισμού. Η σταθερότητα της κουλτούρας επιτυγχάνεται με την βαθιά διείσδυσή της στα μέλη της οργάνωσης.

Εύρος: Όταν η κουλτούρα αναπτυχθεί, καλύπτει τη λειτουργία όλης της οργανωσιακής ομάδας. Είναι κυρίαρχη και επηρεάζει όλες τις πτυχές της οργάνωσης (στόχους, διαδικασίες, δομές, εξωτερικό περιβάλλον)

Διαμόρφωση ή ολοκλήρωση: Η κουλτούρα όσο περισσότερο σταθεροποιείται στον οργανισμό τόσο συνδέει στοιχεία μεταξύ τους, και τα διαμορφώνει σε ένα ενιαίο σύνολο. Αυτά τα στοιχεία είναι το εργασιακό κλίμα, οι αξίες, τα τελετουργικά, κ.ά.

Εν κατακλείδι, θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι **η ψυχολογική διαδικασία συσσωρευμένης κοινής εκμάθησης** συμπεριφορών, συναισθημάτων και γνώσεων. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται μια κοινή εμπειρία η οποία προδιαθέτει σταθερότητα στα μέλη της ομάδας. Δίνοντας σταθερότητα και κοινή ιστορία, η ανθρώπινη ανάγκη

των μελών για σταθερότητα, συνέπεια και εργασιακό νόημα θα διαμορφώσει ποικίλα κοινά στοιχεία όπου στο τέλος θα ονομαστούν «κουλτούρα». (Schein E., 2004:17).

Σύμφωνα με τους ακαδημαϊκούς συγγραφείς, ο E. Schein θεωρείται από τους κορυφαίους μελετητές της έννοιας «οργανωσιακή κουλτούρα» και έδωσε τον πληρέστερο ορισμό αυτής. Ο Schein υποστηρίζει ότι «*Κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από **βασικές παραδοχές**, που έχουν ανακαλυφθεί από μια **ομάδα** καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα **εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης**, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο **σωστός τρόπος** αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά*». (Schein E., 2004:17).

Η κουλτούρα, σύμφωνα με τον Kilmann, σε έναν οργανισμό διαφοροποιείται από τις εξής ιδιότητες: (Μπουραντάς Δ., 2002:544-545)

Τη διεύθυνση: Δείχνει πιο δρόμο ακολουθεί μια οργάνωση υπό την επίδραση της κουλτούρας της. Δηλαδή τα μέλη του οργανισμού κινούνται προς την ίδια ή αντίθετη κατεύθυνση από την αποστολή και τους σκοπούς της επιχείρησης,

Έκταση: Πόσο διαδεδομένη είναι η κουλτούρα στα μέλη του οργανισμού καθώς και πόσο ενιαία είναι,

Ένταση: Ποια είναι η πίεση που ασκούν οι κανόνες, οι αξίες, οι συμπεριφορές πάνω στα μέλη.

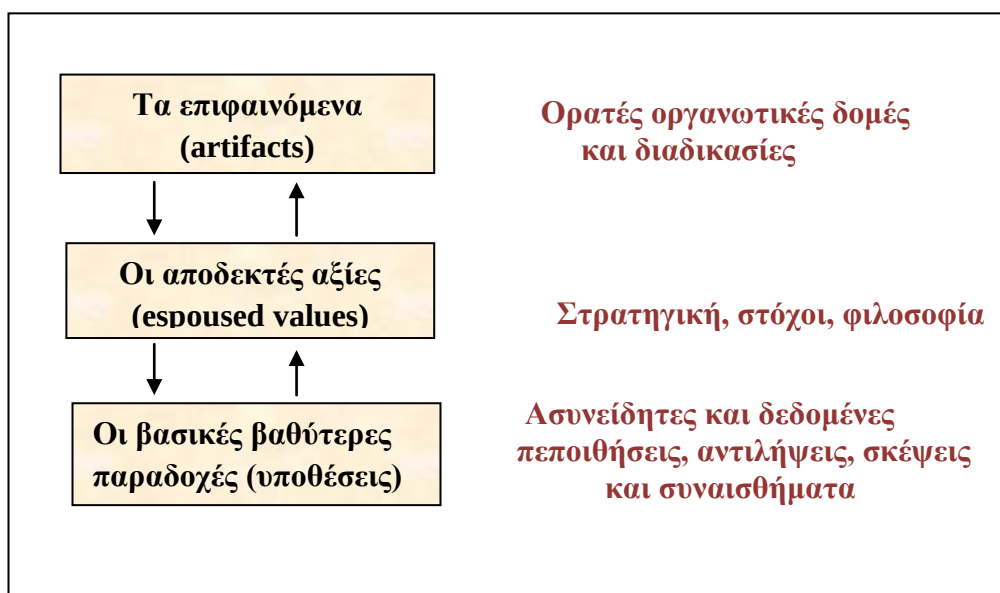
Οι ακαδημαϊκοί συγγραφείς, υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα μέσα στον οργανισμό. Ο Schein, θεωρεί ότι τα επίπεδα της κουλτούρας είναι τρία:

1. **Τα επιφανιόμενα (artifacts)** δηλαδή οι ορατές οργανωτικές δομές και οι διαδικασίες όπως είναι ο τρόπος συμπεριφοράς, η γλώσσα, η τεχνολογική και υλική υποδομή, τα λογότυπα, το στυλ ντυσίματος. Το κλίμα του οργανισμού είναι ένα επιφανιόμενο σε βαθύτερο επίπεδο. Σε αυτό το επίπεδο είναι εύκολη η παρατήρηση αλλά δύσκολη η αποκρυπτογράφηση.
2. **Οι αποδεκτές αξίες (espoused values)** δηλαδή οι στρατηγικές, οι στόχοι και η φιλοσοφία του οργανισμού. Οι αποδεκτές αξίες βασίζονται στις ιδεολογικές παραδοχές και στο τι ηθικά είναι σωστό ή όχι. Τα πιστεύω και οι αξίες σε αυτό το επίπεδο προδιαγράφουν και τη συμπεριφορά. Τα αποδεκτά πιστεύω και οι

αξίες συχνά αφήνουν μεγάλες περιοχές της συμπεριφοράς ανεξήγητες. Αφήνουν ένα συναίσθημα ότι υπάρχει κατανόηση ενός μέρους της κουλτούρας και όχι ολόκληρης. Για τη κατανόηση ενός βαθύτερου επιπέδου της κουλτούρας για την αποκρυπτογράφηση και την πρόβλεψη μελλοντικών συμπεριφορών χρειάζεται η κατανόηση των βασικών βαθύτερων παραδοχών.

3. **Οι βασικές βαθύτερες παραδοχές (υποθέσεις) (basic underlying assumptions)** δηλαδή οι ασυνείδητες και δεδομένες πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα τα οποία αποτελούν την πηγή των αξιών και της συμπεριφοράς. Καθοδηγούν τα μέλη στη συμπεριφορά, στο τρόπο σκέψης και αίσθησης των πραγμάτων. Η κουλτούρα ως μέρος των βαθύτερων παραδοχών ορίζει που πρέπει να δώσουμε σημασία, τι σημαίνουν τα πράγματα, πώς να αντιδράσουμε συναισθηματικά και τι δράσεις να αναλάβουμε σε ποικίλες καταστάσεις.

Σχήμα 1.1. Τα Επίπεδα της Κουλτούρας κατά το Schein



(Schein E., 2004:26)

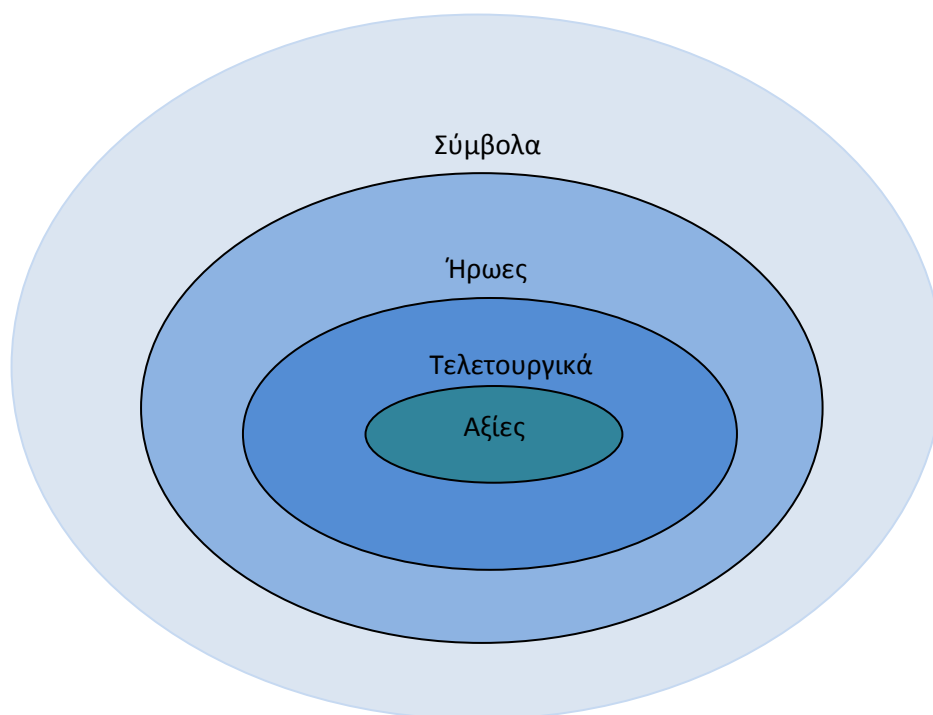
Ο Hofstede G., (1994), του οποίου η εννοιολογική προσέγγιση της κουλτούρας θεωρείται σημαντική, πιστεύει ότι η κουλτούρα δεν αποτελεί περιουσία των ατόμων αλλά των ομάδων και εκδηλώνεται μέσω τεσσάρων εννοιολογικών πεδίων: των συμβόλων, των ηρώων, των τελετουργικών και των αξιών. Το καθένα από αυτά επιδρά

σε διαφορετικά επίπεδα βάθους μέσα στην οργάνωση. Παρουσιάζει την κουλτούρα της οργάνωσης ως κρεμμύδι και τις εκδηλώσεις της κουλτούρας ως τις φλούδες του κρεμμυδιού.

1. Στο κέντρο της οργάνωσης (στο κέντρο του κρεμμυδιού) βρίσκονται οι **αξίες** αυτής (βασικές πεποιθήσεις, ιδέες, πρότυπα συμπεριφοράς) που προτιμούνται έναντι άλλων αξιών. Οι αξίες είναι συναισθήματα που εκφράζουν οι άνθρωποι απέναντι στο καλό ή στο κακό, στο λογικό ή στο παράλογο, στο φυσικό ή στο αφύσικο, κλπ. Οι αξίες της οργάνωσης δεν μπορούν να συζητηθούν ούτε να παρατηρηθούν άμεσα. Προκύπτουν από τον τρόπο αντίδρασης των ανθρώπων σε διαφορετικές περιστάσεις. Όπως επισημαίνει και ο συγγραφέας, οι ψυχολόγοι ανάπτυξης θεωρούν ότι οι αξίες είναι μεταξύ των πρώτων πραγμάτων που μαθαίνει ο άνθρωπος όχι συνειδητά αλλά σιωπηρά. Μέχρι την ηλικία των 10 ετών, οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν το σύστημα βασικής αξίας τους σταθερά σε ισχύ και επειδή αποκτήθηκε τόσο νωρίς, πολλές από τις αξίες παραμένουν ασυναίσθητες και δύσκολα αλλάζουν.
2. Το επόμενο πεδίο είναι τα **τελετουργικά** τα οποία είναι συλλογικές δραστηριότητες, τεχνικά περιττές, στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων, αλλά που, μέσα σε μια κουλτούρα, θεωρούνται ως κοινωνικά ουσιαστικές. Τελετουργικά θεωρούνται ο τρόπος χαιρετισμού, κοινωνικές ή θρησκευτικές τελετές, κ.ά.
3. Το τρίτο πεδίο είναι οι **ήρωες**. Ήρωες μπορούν να χαρακτηριστούν πρόσωπα ζωντανά ή αποθανόντα, πραγματικά ή φανταστικά των οποίων τα χαρακτηριστικά ή τα μοντέλα συμπεριφοράς τους έχουν βραβευτεί στη κουλτούρα στην οποία κινούνται.
4. Τέλος, ακολουθεί το πεδίο των **συμβόλων** που περιλαμβάνει λέξεις, χειρονομίες, εικόνες, αντικείμενα και που αναγνωρίζονται από αυτούς που μοιράζονται την ίδια κουλτούρα. Για παράδειγμα η ορολογία που χρησιμοποιούν και ο τρόπος ένδυσης. Νέα σύμβολα είναι εύκολο να αναπτυχθούν καθώς και να εξαφανιστούν τα παλαιά. Για το λόγο αυτό βρίσκονται στο εξωτερικό, επιφανειακό επίπεδο του κρεμμυδιού.

Τα σύμβολα, οι ήρωες, τα τελετουργικά και οι αξίες μπορούν να ενσωματωθούν στον όρο «**πρακτικές**». (Hofstede G., 1994).

**Σχήμα 1.2. Τα Εννοιολογικά Επίπεδα της Κουλτούρας κατά το Hofstede.
Το διάγραμμα του κρεμμυδιού**



(Hofstede G., (1994), www.westwood.wikispaces.com)

Ο Ζαβλανός Μ., (2002:398), θεωρεί ότι υπάρχουν δύο επίπεδα κουλτούρας στους οργανισμούς.

1. **Η παρατηρήσιμη κουλτούρα.** Η παρατηρήσιμη κουλτούρα είναι αυτό που κάποιος βλέπει ή ακούει μέσα στον οργανισμό είτε είναι μέλος του οργανισμού είτε είναι πελάτης. Υπάρχουν τα εξής στοιχεία σε αυτό το επίπεδο κουλτούρας. Οι εκδηλώσεις, οι ιστορίες, οι τυπικοί κανόνες, τα σύμβολα, και η χρησιμοποιούμενη γλώσσα.
2. **Κεντρική ή κουλτούρα κορμού.** Η κεντρική ή κουλτούρα κορμού συνίσταται από αξίες και πεποιθήσεις, οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά των μελών του οργανισμού.

Μελετώντας τους εννοιολογικούς προσδιορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας, από τους διάφορους θεωρητικούς αναλυτές, όπως παρουσιάστηκαν ανωτέρω, παρατηρείται η χρησιμοποίηση όρων όπως: αξίες, ιστορίες, κανόνες συμπεριφοράς, αντίληψη, εργασιακή δέσμευση, πρότυπα, στάσεις καθώς και η έννοια προσδοκίες.

Ποια είναι η σημασία αυτών των εννοιών και πώς συνδέονται με την οργανωσιακή κουλτούρα;

Οι **αξίες** αναφέρονται στον τρόπο εργασίας, στο τρόπο διεύθυνσης, στο είδος συμπεριφοράς προς τον πελάτη, τους συναδέλφους και τους συνεργάτες, στα αποτελέσματα που είναι επιθυμητά ή μη επιθυμητά για τον οργανισμό. Αναφέρεται στις αντιλήψεις για το δίκαιο, την προσφορά, την ποιότητα, τη δέσμευση και γενικά όλα εκείνα τα στοιχεία που αποτελούν τον τρόπο λειτουργίας και τις αρχές του συστήματος. (Λειβαδάς Λ., 2003:164). Παρέχουν επίσης κριτήρια μέσω των οποίων μπορούμε να αξιολογήσουμε κάτι αισθητικά ως ωραίο ή άσχημο, ηθικά ως καλό ή κακό, αληθές ή ψευδές. (Jurgen R., 1996:70). Η νοοτροπία ενός οργανισμού αντανακλά τις κύριες αξίες του. Εάν για παράδειγμα, ο σκοπός του οργανισμού είναι η διασφάλιση ποιότητας τότε αξίες του θα είναι η ομαδική εργασία, η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός για ανοικτή και ειλικρινή επικοινωνία, η έγκαιρη πρόσβαση σε πληροφορίες, η συστημική προσέγγιση, η οργανωτική και προσωπική μάθηση, η εστίαση στον πελάτη, η διαχείριση καινοτομιών στις διαδικασίες, η εστίαση στα αποτελέσματα. (Παπανικολάου Β., 2007:98)

Το μέλος που ακολουθεί τις αξίες του οργανισμού, θα φέρεται με συνεπή τρόπο κάτω από αντίστοιχες συνθήκες και για να συμβεί αυτό και να μπορούν οι αξίες να επηρεάσουν την οργανωσιακή συμπεριφορά θα πρέπει οι αξίες του ατόμου να ταιριάζουν με τις αξίες της οργάνωσης. Υποστηρίζεται ότι όταν αυτές ταιριάζουν τότε οι συμπεριφορές απέναντι στην εργασία είναι πιο αποδοτικές. (Vandenberghe C., Peiro J., 1999: 569-581). Έχει αποδειχθεί επίσης, ότι οι οργανισμοί, μέσω των ηγετών, που εμπνέουν τη δημιουργικότητα, την καινοτομία, την αντιστοίχιση των αρχών του οργανισμού με αυτών των εργαζομένων και προωθούν την εργασία μέσω «θετικών» εργασιακών αξιών δημιουργούν εργαζόμενους συναισθηματικά δεμένους με τον οργανισμό και ηθικά υποχρεωμένους να ανταποδώσουν στον οργανισμό. (Simosi M., Xenikou A., 2010: 1598-1616).

Ο Jones J., (2010:201), υποστηρίζει ότι δύο είναι τα είδη των αξιών: η τελική αξία και η πρακτική αξία. Η **τελική αξία** (terminal value) είναι η επιθυμητή κατάληξη ή το αποτέλεσμα που οι άνθρωποι επιδιώκουν να πετύχουν. Για παράδειγμα, αριστεία, ανταποκρισιμότητα, αξιοπιστία, κέρδος, καινοτομία, ηθική, ποιότητα. Η **πρακτική αξία** (instrumental value) είναι ο επιθυμητός τρόπος συμπεριφοράς. Είναι τα μοντέλα

συμπεριφοράς που ο οργανισμός συνηγορεί. Για παράδειγμα, σκληρή εργασία, σεβασμός στις παραδόσεις και στην ηγεσία, συντηρητισμός και καχυποψία ή δημιουργία και ενθάρρυνση, ειλικρίνεια, ανάληψη ρίσκου, διατήρηση του οργανισμού σε υψηλά επίπεδα. Η οργανωσιακή κουλτούρα συνίσταται από την τελική κατάσταση που ο οργανισμός επιδιώκει να πετύχει (η τελική αξία) και τους τρόπους συμπεριφοράς που ο οργανισμός ενθαρρύνει (η πρακτική αξία). Ιδεώδη, η πρακτική αξία βοηθά τον οργανισμό να επιτύχει την τελικά αξία.

Πολλές από τις ισχυρές και τις πιο σημαντικές αξίες του οργανισμού δεν είναι γραμμένες. Υπάρχουν μόνο στους κοινούς κανόνες, πιστεύω, υποθέσεις και τρόπους σκέψης και δράσης που τα μέλη του οργανισμού χρησιμοποιούν:

- α) στις σχέσεις μεταξύ τους,
- β) στις σχέσεις με μέλη του εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και
- γ) στην επίλυση προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο οργανισμός.

Ο Πλάτων και ο Αριστοτέλης θεωρούσαν ότι **πραγματική αξία** είναι η **αρετή** και την περιέγραψαν ως την επιθυμία και τη δράση που παράγουν κοινωνικό καλό. Η αρετή είναι η αριστεία και η υψηλότερη φιλοδοξία του ανθρώπου.

Η αρετή στους οργανισμούς συνδέεται με τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον οργανισμό. Αντιπροσωπεύει ένα σύνολο δραστηριοτήτων, αξίες, συναισθήματα και συνέπειες πράξεων που έχουν θετικό αντίκτυπο. Εστιάζει σε ηθικά θέματα των ανθρωπίνων πράξεων παρά στην επίτευξη αποτελεσματικότητας ή κέρδους. Σε συνδυασμό με τη μέτρηση αντικειμενικών στόχων της απόδοσης, σε σχέση με τους ανταγωνιστές, με προηγούμενες αποδόσεις του οργανισμού και με τους στόχους που αυτός έχει θέσει, η αρετή αποτελεί την πραγματική αξία του. Σύμφωνα με τον Cameron K., (2003:48-65) ο **ενάρετος κύκλος συμπεριφοράς** είναι η μεγαλύτερη αξία του οργανισμού και όπως αναφέρει και ο Κέφης Β., (2005:28). *«στην παγκόσμια οικονομία δεν μπορείς να ανταγωνιστείς, δεν μπορείς να επιβιώσεις εάν δεν έχεις υψηλή απόδοση και χαμηλό κόστος. Και δεν μπορείς να επιτύχεις υψηλή απόδοση και χαμηλό κόστος αν δεν έχεις μια κουλτούρα υψηλής εμπιστοσύνης. Από την άλλη πλευρά δεν μπορείς να δημιουργήσεις μια κουλτούρα υψηλής εμπιστοσύνης αν η επιχείρηση δεν θεμελιώνεται σε ένα πλαίσιο αρχών. Η εμπιστοσύνη προέρχεται από την ύπαρξη αρχών»*.

Τα **πρότυπα** αναφέρονται είτε σε πρόσωπα ή καταστάσεις που προκαλούν το θαυμασμό και την επιθυμία προς μίμηση είτε σε μια μέθοδο οργάνωσης που μπορεί να

αποτελέσει το υπόδειγμα για άλλες όμοιες ή ανάλογες δραστηριότητες. Όταν το άτομο εισέρχεται στον οργανισμό, αναγκαστικά προσαρμόζεται στα πρότυπα. Η προσαρμογή σημαίνει την ανάληψη των υποχρεώσεων και του κοινωνικού εαυτού που ένας οργανισμός θέλει για τα μέλη του. Το μεγαλύτερο μέρος κοινωνικής πρακτικής, σε μια ανθρώπινη κοινωνία, ιδιαίτερα σε μια εσωτερικά σταθεροποιημένη κοινωνία, αποτελείται από μορφές επαναλαμβανόμενων προτύπων κοινής πρακτικής. (Jurgen R., 1996:86). Έχει αποδειχθεί ότι, όσο περισσότερο οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι ο οργανισμός έχει ομάδα προτύπων που προωθούν την κοινωνική στήριξη και τις εποικοδομητικές διαπροσωπικές σχέσεις, την επίτευξη του στόχου και την αυτόπραγμάτωση των εργαζομένων, τόσο περισσότερο είναι πιθανό να παραμείνουν στον οργανισμό και να αισθάνονται ηθικά υπεύθυνοι προς αυτόν. (Simosi M., Xenikou A., 2010: 1598-1616)

Επιπλέον, τα μέλη ενός οργανισμού χρησιμοποιώντας **την ιστορία** (πορεία, γεγονότα ή σημαντικούς ανθρώπους του οργανισμού) μπορούν να χαράξουν τους μελλοντικούς τους στόχους. Κατανοούν καλύτερα τον οργανισμό όταν βλέπουν την πορεία του στο χρόνο και μπορούν να επιλέξουν τις στρατηγικές του μέλλοντος. Ο Jensen (1997) δηλώνει ότι οι άνθρωποι αναπτύσσουν ιστορική συνείδηση μέσω της ενημέρωσης για το παρελθόν και τις συνδέσεις αυτού με το παρόν και το μέλλον. Αναπτύσσουν δε, ιστορική συνείδηση, από την αλληλεπίδραση μεταξύ αξιολόγηση του παρελθόντος, κατανόηση του παρόντος και έχοντας προσδοκίες για το μέλλον. (Brunninge O., 2009:8-26)

Παράλληλα με τις αξίες, τα πρότυπα και την ιστορία του, ο οργανισμός διέπεται από κανόνες. Οι **κανόνες** αναφέρονται στα συγκεκριμένα δικαιώματα και καθήκοντα ή τις κατευθυντήριες γραμμές που υποχρεωτικά ακολουθούν τα μέλη και που έχουν τεθεί με σκοπό την επίτευξη γενικών, σαφώς οροθετημένων στόχων. Πολλοί κανόνες (**νόρμες**) εγγράφονται μέσα στην παράδοση του οργανισμού και μόνον όταν οι άνθρωποι προσαρμόζονται, «προσανατολίζονται» προς αυτές τις καθολικές «νόρμες» τότε υπάρχουν και κοινές δραστηριότητες. (Jurgen R., 1996:42-43).

Όταν το άτομο εισέρχεται στο οργανισμό, υπάρχουν **προσδοκίες** τόσο από την πλευρά του όσο και από την πλευρά του οργανισμού. Το άτομο προσδοκά ότι η εργασία του θα οδηγήσει σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα-στόχο, θα αναγνωριστούν οι προσπάθειές του και θα ικανοποιήσει τις ανάγκες του τόσο σε ηθικό όσο και σε υλικό

επίπεδο. Ο οργανισμός, από την άλλη πλευρά έχει τριών ειδών προσδοκίες. Τις προστακτικές, τις επιτακτικές και τις δυνητικές. Οι προστακτικές προσδοκίες αναφέρονται σε εκείνα τα καθήκοντα, των μελών, για τα οποία έχουν οριστεί δεσμευτικές ρυθμίσεις. Οι επιτακτικές σηματοδοτούν το σκληρό πυρήνα των καθηκόντων του ατόμου, χωρίς να έχει υπάρξει ανάγκη να παγιωποιηθούν με τη μορφή κανόνων δικαίου και τέλος υπάρχουν οι δυνητικές προσδοκίες που αποτελούν την πιο αδύναμη μορφή προσδοκιών. Προσδοκάται ότι κάποιος θα κάνει κάτι παραπάνω από το καθήκον του (Jurgen R., 1996:37-38).

Σύμφωνα με το μοντέλο σκέψης, στάσης, συμπεριφοράς (προσωπική κουλτούρα) που μεγάλωσε το άτομο, ερμηνεύει τις προαναφερόμενες οργανωσιακές καταστάσεις. Όπως αναφέρουν οι Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., (2003:31-52), τα μέλη στο χώρο εργασίας τους *«αντιδρούν στις καταστάσεις όχι τόσο σε αυτές καθ' εαυτές, όσο σε αυτές που οι ίδιοι αντιλαμβάνονται. Τις αντικειμενικές αυτές καταστάσεις τις αντιλαμβάνεται ο κάθε άνθρωπος με το δικό του τρόπο, τις επεξεργάζεται σαν εξωτερική πραγματικότητα, αναλύοντας κάθε πληροφορία-μήνυμα που εκπέμπεται προς αυτόν»*. Ο άνθρωπος δρα στις περισσότερες περιπτώσεις στη βάση της σημασίας που έχουν για αυτόν τα πράγματα στο περιβάλλον. Και ανάλογα με τις προθέσεις και τις απόψεις του, στην κατάσταση μπορούν τα ίδια πράγματα να έχουν διαφορετική σημασία. Για τον οργανισμό, είναι αποφασιστικό να γνωρίζει ποια σημασία αποδίδει το ίδιο το μέλος στις πράξεις του. (Jurgen R., 1996:63-65).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε με το εργαλείο FOCUS, σε δείγμα 999 εργαζομένων από διάφορους οργανισμούς εξέτασε εάν οι αντιδράσεις αυτών απέναντι στους οργανισμούς βασίζεται καθαρά στις δικές τους αντιλήψεις για τις οργανωσιακές αξίες και συγκεκριμένα για την οργανωσιακή δέσμευση & την οργανωσιακή υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οργανωσιακή δέσμευση και η οργανωσιακή υποστήριξη που νιώθουν οι εργαζόμενοι (διαστάσεις της κουλτούρας) διαφέρουν και βασίζονται καθαρά στις αντιλήψεις που έχουν προσωπικά οι εργαζόμενοι για τις οργανωσιακές πρακτικές και διαδικασίες. Αυτό συμβάλλει και στην ανάλογη συμπεριφορά απέναντι στον οργανισμό. (Vandenberghe C., Peiro J., 1999: 569-581).

Η **συμπεριφορά** των μελών προς την εργασία και τον οργανισμό συνδέεται συχνά με τη **στάση** του. Με το όρο στάση εννοείται η προδιάθεση του ατόμου να

ανταποκριθεί θετικά ή αρνητικά σε κάτι ή κάποιον στο περιβάλλον του. (Χυτήρης Λ., 1996:92). Οι τρεις βασικές στάσεις είναι η *εργασιακή ικανοποίηση*, η *εργασιακή ταύτιση* (ψυχολογικό δέσιμο μεταξύ του εργαζόμενου και της εργασίας) και η *οργανωσιακή δέσμευση* η οποία εκφράζει τη σύνδεση του ατόμου και της οργάνωσης (αποδοχή του ατόμου των αξιών και πιστεύω της οργάνωσης, επιθυμία για μεγαλύτερη προσπάθεια για το συμφέρον του οργανισμού, ισχυρή επιθυμία να παραμείνει μέλος του οργανισμού). (Μπουραντάς Δ., 2002:241).

Η **οργανωσιακή δέσμευση** έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται άμεσα με τη συμπεριφορά του εργαζόμενου απέναντι στον οργανισμό και κατ' επέκταση στην αποδοτικότητα του στην εργασία. (Simosi M., Xenikou A., 2010: 1598-1616). Σύμφωνα με τους Meyer and Allen (1991:61-86), η δέσμευση είναι η ψυχολογική κατάσταση που χαρακτηρίζει τη σχέση μεταξύ του εργαζόμενου και του οργανισμού και επιδρά στην απόφαση του εργαζόμενου να συνεχίζει να είναι μέλος ενός οργανισμού. Οι υπευθυνότητες που δίδονται στα μέλη, τα κριτήρια απόδοσης καθώς και οι προσδοκίες της ηγεσίας μπορούν να δημιουργήσουν ένα κλίμα δικαιοσύνης το οποίο προάγει συναισθηματική δέσμευση των εργαζομένων. Επίσης οι συμβάσεις εργασίας που βασίζονται στις δίκαιες αρχές της οικονομικής συναλλαγής βοηθούν στην συναισθηματική και εργασιακή δέσμευση των εργαζομένων. (Simosi M., Xenikou A., 2010: 1598-1616). Οι προαναφερόμενες ερευνήτριες, σε μελέτη 32 επιχειρηματικών μονάδων μιας ελληνικής εταιρείας παραγωγής υπηρεσιών και σε δείγμα 300 εργαζομένων προσπάθησαν να ανακαλύψουν τις υποσυνείδητες διαδικασίες και μηχανισμούς με τους οποίους οι ηγέτες ενός οργανισμού επιδιώκουν την οργανωσιακή δέσμευση των υπαλλήλων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο οι *κοινωνικές όσο και οι οικονομικές ανταμοιβές* που δίδουν οι ηγέτες του οργανισμού στους εργαζόμενους επιδρούν στη συναισθηματική κάλυψη των εργαζομένων και στο αίσθημα υποχρέωσης να παραμείνουν στον οργανισμό. Η **συμπεριφορά** τέλος, είναι το σύνολο των ενεργειών ή των εκδηλώσεων της αντίδρασης του ατόμου στις προαναφερόμενες έννοιες (αξίες, πρότυπα, ιστορία, κανόνες, προσδοκίες). Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι ένα τεράστιο και πολύπλοκο θέμα που επηρεάζεται όχι μόνο από το οργανωσιακό περιβάλλον αλλά και από πολλές άλλες μεταβλητές όπως είναι η φιλοδοξία, η προσωπική κουλτούρα, τα προσωπικά βιώματα, κ.ά. του ατόμου (Λ. Χυτήρης Λ., 2001:150). Στον εργασιακό χώρο, η υποχρέωση του ατόμου να προσφέρει

συγκεκριμένο έργο, έναντι του οποίου θα λάβει κάποιες συγκεκριμένες ανταμοιβές από την επιχείρηση, το αναγκάζει να αναλάβει κάποιο ρόλο, να αποκτήσει ένα καθορισμένο τύπο συμπεριφοράς. (Λ. Χυτήρης Λ., 2001:183). Η Carney M., (2006:23-33), υποστηρίζει ότι οι ισχυρές αξίες σε έναν οργανισμό που συνδέονται με έννοιες όπως δέσμευση, εμπιστοσύνη και ηθική συμπεριφορά οδηγούν και τους εργαζόμενους του οργανισμού προς την ίδια συμπεριφορά.

Εν κατακλείδι, το οργανωσιακό περιβάλλον διακατέχεται από τις δικές του αξίες, τα δικά του πρότυπα, τη δική του ιστορία και τους δικούς κανόνες συμπεριφοράς. Το μέλος όταν εισέρχεται στον οργανισμό αντιλαμβάνεται με το δικό του τρόπο τα προαναφερόμενα, δέχεται δυνητικές, επιτακτικές και προστακτικές προσδοκίες, προσαρμόζεται στο περιβάλλον, δεσμεύεται είτε οργανωσιακά είτε συναισθηματικά και τέλος ακολουθεί μια στάση και μια συμπεριφορά απέναντι στο οργανισμό. Όλες αυτές οι διαστάσεις τις οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού δημιουργούν την οργανωσιακή κουλτούρα. Στόχος του οργανισμού είναι ο προσδιορισμός μιας συλλογικής οργανωσιακής κουλτούρας στα μέλη του.

1.3 Οργανωσιακή Κουλτούρα & Οργανωσιακό Κλίμα

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να τονιστεί ότι ορισμένοι ερευνητές της οργανωσιακής κουλτούρας, σε μελέτες σχετικές με την οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα του οργανισμού, θεωρούν τις έννοιες ταυτόσημες και ως ένα κοινωνικό-ψυχολογικό χαρακτηριστικό.

Ο Denison (1996:619-654), σημειώνει ότι στην ουσία υπάρχει διάσταση μεταξύ των δύο αυτών εννοιών. Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:18) πιστεύουν ότι εάν και έχουν πολλά κοινά και αποτελούν αλληλοσυμπληρώμενες έννοιες, το **οργανωσιακό κλίμα** αποτελεί ένα **τρόπο μέτρησης της κουλτούρας**.

Η Rousseau (1990:153 – 192) διαφοροποιεί τις δύο έννοιες και θεωρεί το κλίμα ως τις **περιγραφόμενες πεποιθήσεις και αντιλήψεις** που έχουν τα μέλη για τον οργανισμό ενώ, τη κουλτούρα της οργάνωσης, ως τις κοινές αξίες, τις πεποιθήσεις, και τις προσδοκίες που αναπτύσσονται από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μέσα στην οργάνωση. Τα όρια μεταξύ του κλίματος και της κουλτούρας μπορούν να είναι αυθαίρετα, τεχνητά ή ακόμη και κατά ένα μεγάλο μέρος περιττά.

Ο Denison D., (1996:619-654) θεωρεί ότι το κλίμα είναι ένα **σύνολο συνθηκών** που υπάρχουν και έχουν αντίκτυπο στην συμπεριφορά των ατόμων. Αφορά στα **χαρακτηριστικά του οργανισμού** όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τα μέλη του οργανισμού όπως η οργανωτική δομή, τα κανάλια επικοινωνίας, οι πολιτικές και οι διαδικασίες σε αντιδιαστολή με την κουλτούρα που διαμορφώνεται από τους κανόνες και τις παραδόσεις που ισχύουν στον οργανισμό και επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τις πρακτικές και τις διαδικασίες του οργανισμού. (Sullivan E., Drucker P., 2009: 27-28).

Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:18) χαρακτηρίζουν ως κλίμα τις **επιφανειακές αποτυπώσεις** του οργανισμού (τρόπος συμπεριφοράς, η γλώσσα, η τεχνολογική και υλική υποδομή, τα λογότυπα, το στυλ ντυσίματος) ενώ υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα αφορά τις βαθύτερες αξίες, τη βαθύτερη δομή και συμπεριφορές του οργανισμού.

Όπως αναφέρεται από τον Schein E., (2004), οι μελέτες του οργανωσιακού κλίματος επικεντρώνονται στο πώς λειτουργεί ένας οργανισμός για παράδειγμα, ποιες είναι οι **νόρμες συμπεριφοράς** του σε αντιδιαστολή με τις μελέτες της οργανωσιακής κουλτούρας, που εστιάζονται στην έννοια της οργανωσιακής λειτουργίας, δηλαδή, ποιες είναι οι κοινές αξίες και οι κοινές υποθέσεις των μελών του οργανισμού.

Οι Van den Beng P., Wilderom C., (2004: 570-582), θεωρούν ότι μια έρευνα του οργανωσιακού κλίματος μπορεί να συνεισφέρει στην αξιολόγηση της *παρούσας κατάστασης* του οργανισμού ενώ η έρευνα στην οργανωσιακή κουλτούρα εστιάζει σε *βαθύτερο επίπεδο* και εξετάζει κατά πόσο υπάρχει αποδοχή ή όχι των εργασιακών συμπεριφορών που επικρατούν στον οργανισμό. Θα μπορούσε το κλίμα να χαρακτηριστεί και ως μια διαφορετική ονομασία για τις **συναισθηματικές αντιδράσεις** που εκφράζουν τα μέλη του οργανισμού όπως για παράδειγμα την ικανοποίηση από την εργασία ή το κλίμα ασφάλειας που νιώθουν. (Guion R.M. 1973: 120-123).

Η κουλτούρα διαμορφώνει το κλίμα και το κλίμα εκδηλώνει την κουλτούρα. Αντανακλά τις κοινές αντιλήψεις των μελών σχετικά με πρακτικές, διαδικασίες, είδη συμπεριφορών που ανταμείβονται και υποστηρίζονται σε ένα συγκεκριμένο οργανωσιακό πλαίσιο. (Schneider, B. & White, S., 2004). Στην ουσία είναι ο τρόπος με τον οποίο ο οργανισμός **συναλλάσσεται** με τα μέλη του. (Szilagyi & Wallace, 1980).

Ο Ζαβλανός Μ., (2002:378,382,383), χαρακτηρίζει το κλίμα ως την οργανωτική προσωπικότητα του οργανισμού και θεωρεί ότι είναι «*η κατάσταση που πιστεύουν και*

εκφράζουν τα μέλη του οργανισμού ότι υπάρχει στον οργανισμό. Ότι είναι η προσωπικότητα για το άτομο, είναι το οργανωτικό κλίμα για τον οργανισμό.»

Περιγράφει επίσης, τις έξι κατηγορίες οργανωτικού κλίματος, όπως προέκυψαν από την έρευνα των Halpin A. & Croft D. (1963), που συναντώνται σε έναν οργανισμό.

1. **Το ανοικτό κλίμα** (κινείται μεθοδικά προς τους στόχους του, παρέχει ικανοποίηση στις κοινωνικές ανάγκες των μελών της ομάδας, υπάρχει συνεργασία).
2. **Το αυτόνομο κλίμα** (μικρό έλεγχο από τον ηγέτη και ομαδικό πνεύμα εργασίας)
3. **Το ελεγχόμενο κλίμα** (προσανατολισμένο στην έννοια του καθήκοντος, μικρή ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών).
4. **Το οικείο κλίμα** (μικρή προσοχή στον κοινωνικό έλεγχο συγκριτικά με την εκτέλεση του καθήκοντος, μικρή ικανοποίηση από την εκτέλεση του καθήκοντος).
5. **Το πατερναλιστικό κλίμα** (προβάλλονται οι ηγετικές ικανότητες και το ομαδικό πνεύμα που επικρατεί είναι χαμηλό).
6. **Το κλειστό κλίμα** (τα μέλη κατέχονται από ένα υψηλό βαθμό απάθειας. Ο οργανισμός φαίνεται να είναι παθητικός).

Στους **μικρούς οργανισμούς** επικρατεί ένα κλίμα πιο ανοικτό, ενώ τους **μεγαλύτερους** και περισσότερο γραφειοκρατικούς οργανισμούς επικρατεί το κλειστό κλίμα. (George T., Bishop L., 1972: 211-310).

Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν καταγράψει ότι όταν το κλίμα του οργανισμού έχει ως κεντρικό άξονα τα μέλη του τότε, η συμπεριφορά των μελών είναι προσανατολισμένη προς την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων. Επίσης, εξασφαλίζεται ένα οργανωσιακό κλίμα με ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών και της ηγεσίας όταν υπάρχει συμμετοχή των μελών στη λήψη αποφάσεων. (Ζαβλανός Μ., 2002:390)

Το κλίμα συνδέεται επίσης, με το στυλ διοίκησης που έχει επιλέξει ο ηγέτης βασιζόμενο στις δικές του αξίες, δεξιότητες και ενέργειες, όπως και τις προτεραιότητες του ενώ, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένας μηχανισμός εναρμόνισης της ατομικής συμπεριφοράς των μελών προς μια κοινή κατεύθυνση. Το ερώτημα που τίθεται, σε αυτό το σημείο, είναι το κατά πόσο είναι εφικτό να διαμορφωθεί και να διαχειριστεί

ένας οργανισμός την κουλτούρα του και να οδηγήσει τα μέλη του προς μια κοινή κατεύθυνση, προς μια κοινή κουλτούρα;

1.4 Διαμόρφωση & Διαχείριση της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Η γενική κουλτούρα είναι **αποτέλεσμα μάθησης** και όπως υποστηρίζεται, δεν κληρονομείται, σε αντίθεση με την προσωπικότητα ενός ατόμου που βασίζεται σε χαρακτηριστικά τα οποία κληρονομούνται και μαθαίνονται μερικώς. (Hofstede, G, 1994:6). Το άτομο την αποκτά μέσω της κοινωνικοποίησής του με τα άλλα μέλη της κοινωνικής ομάδας του. Η γνώση αυτή περιλαμβάνει ορισμούς, σχέσεις και κατηγορίες με τις οποίες τα μέλη μιας κοινωνίας αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα και τις καταστάσεις του φυσικού και κοινωνικού κόσμου τους. (Κουλουγλιώτη Ν., 1995:82).

Σε αντιστοιχία, και η οργανωσιακή κουλτούρα, όπως υπογραμμίζει και ο ορισμός που έδωσε ο Schein, σχηματίζεται από τη **συσσωρευμένη γνώση** των μελών του οργανισμού, ο οποίος ξεκίνησε με την επίλυση **προβλημάτων**, είτε **εσωτερικών** της επιχείρησης είτε **σχετικών με το εξωτερικό περιβάλλον**, δοκιμάστηκε στη συνέχεια επιτυχώς και καθιερώθηκε με το χρόνο, στο **υποσυνείδητο των εργαζομένων**. Ο δοκιμασμένος αυτός τρόπος επίλυσης προβλημάτων υιοθετήθηκε από τον οργανισμό, ο οποίος και τον διατήρησε.

Οι **κουλτούρες αρχίζουν** με τη διοχέτευση των προσωπικών αξιών των ιδρυτών στο οργανισμό. Θέτουν την αποστολή, τη στρατηγική, τους στόχους και τις διαδικασίες. Εάν ο οργανισμός είναι επιτυχής και οι αξίες είναι αποδεκτές και σταθερές, τότε έχουμε μια κουλτούρα που μεταφέρεται στις επόμενες γενιές και το είδος της ηγεσίας γίνεται αποδεκτό. Δομείται εξελικτικά και υπάρχει μια βάση, ένα πρότυπο με το οποίο τα μέλη του οργανισμού αντιλαμβάνονται και ορίζουν το περιβάλλον τους. Η κουλτούρα καθοδηγεί τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις δράσεις τους. Αλλά εάν ο οργανισμός, **με τη πάροδο του χρόνου** αντιμετωπίζει δυσκολίες, εάν το περιβάλλον αλλάζει και κάποιες από τις αξίες δεν προσαρμόζονται στο νέο περιβάλλον, ο ρόλος της ηγεσίας είναι πάλι καθοριστικός. Η ηγεσία θα πρέπει να έχει την ικανότητα να λειτουργήσει εκτός της κουλτούρας που δημιούργησε και ο ηγέτης θα πρέπει να δημιουργήσει μια καινούργια πιο προσαρμοστική στις νέες συνθήκες και να καταφέρει να την

ενσωματώνει στον οργανισμό. Αυτή η ικανότητα είναι και η πρόκληση της ηγεσίας. (Schein E., 2004:2, Cameron & Quinn, 2006:5).

Ουσιαστικά ο **ιδρυτής** επιβάλλει τα στοιχεία που οριοθετούν τον οργανισμό και έχει τη δύναμη να τα διαδώσει και να κάνει τα υπόλοιπα νέα μέλη της οργάνωσης να τα ενστερνιστούν. Η ηγεσία είναι το πρότυπο συμπεριφοράς. Είναι αυτοί που επικοινωνούν το περιεχόμενο της κουλτούρας, τη διοικούν, την αξιολογούν την προσαρμόζουν, την ανανεώνουν ή την αλλάζουν. (Μπουραντάς Δ, 2002:241).

Η επιβολή της κουλτούρας από τον ηγέτη, δεν παράγει αυτόματα την οργανωσιακή κουλτούρα. Αυτό όμως που δημιουργεί είναι η συμμόρφωση των μελών στην ηγεσία τους. Μόνο όταν η ομάδα ολοκληρώνει το στόχο της, τα μέλη της εξακολουθούν να αισθάνονται τις ίδιες αξίες με τον αρχηγό της και οι κοινές αξίες επιβεβαιώνονται και ενισχύονται. (Παπαστάμου, 1989:507).

Ο Mullins, J.L. (2000:11), αναφέρει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα διαμορφώνεται με την πάροδο του χρόνου. Η ανάπτυξή της οφείλεται σε ένα πολύπλοκο σύστημα παραγόντων όπως η ιστορία της, η κύρια δραστηριότητα και τεχνολογία της, οι στόχοι που έχει θέσει, το μέγεθός της, η τοποθεσία της, η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων που εφαρμόζει, το εξωτερικό περιβάλλον που δραστηριοποιείται, η αγορά, το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς και η πολιτισμική κουλτούρα στην οποία δραστηριοποιείται.

Επιπρόσθετα, ο Jones G., (2010:225), θεωρεί ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση τεσσάρων παραγόντων:

- A) των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των μελών του οργανισμού
- B) από την οργανωσιακή ηθική που διακατέχει τον οργανισμό
- Γ) από την πολιτική ανταμοιβών που εφαρμόζεται στα μέλη του οργανισμού
- Δ) από την οργανωσιακή δομή

Ο Schein E., (2004:246) υποστηρίζει πως υπεύθυνη για την ανάπτυξη και τη διάδοση των πιστεύω, αξιών και βασικών παραδοχών του οργανισμού είναι η ηγεσία με τους μηχανισμούς διάδοσης που χρησιμοποιεί. Συγκεκριμένα:

Μηχανισμοί διάδοσης σε πρώτο επίπεδο

- Τα σημαντικότερα θέματα όπου η ηγεσία δίδει προσοχή, μετρά και ελέγχει σε
- τακτική βάση
- Ο τρόπος αντίδρασης της ηγεσίας σε κρίσιμα θέματα και καταστάσεις

- Ο τρόπος κατανομής των πόρων
- Ο τρόπος εκπαίδευσης και διαμόρφωσης του ανθρώπινου δυναμικού
- Ο τρόπος κατανομής των αμοιβών
- Η μέθοδος επικοινωνίας με το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού

Μηχανισμοί διάδοσης σε δεύτερο επίπεδο

- Η οργανωσιακή δομή του οργανισμού
- Τα οργανωσιακά συστήματα και οι διαδικασίες
- Οι τυπολατρίες του οργανισμού
- Ο σχεδιασμός του χώρου εργασίας και των κτιρίων
- Οι ιστορίες σχετικά με σημαντικά άτομα ή γεγονότα του οργανισμού
- Οι επίσημες δηλώσεις για τη φιλοσοφία και το όραμα του οργανισμού

Συμπερασματικά, ανάλογα με τον επιστημονικό κλάδο που εξειδικεύεται ένας μελετητής της οργανωσιακής κουλτούρας, προσεγγίζει διαφορετικά τόσο τον ορισμό όσο και τον τρόπο διαμόρφωσης και ανάπτυξής της. Διαφορετικές είναι οι απόψεις των μελετητών του θέματος σχετικά και με τη **διοίκηση και διαχείριση** της οργανωσιακής κουλτούρας.

Η μια πλευρά θεωρητικών πιστεύει ότι, η κουλτούρα μπορεί και πρέπει να διαχειριστεί και προσφέρουν οδηγίες για την επίτευξη της διαχείρισης. (Scott T., et al, 2003:19). Η άλλη πλευρά θεωρητικών πιστεύει άκαρπη τη προσπάθεια διαχείρισης της κουλτούρας. Αυτή η αντιπαράθεση βασίζεται στη διαφορετική αντίληψη που έχουν για την οργανωσιακή κουλτούρα. (Cameron K., 2004:2).

Στην **ανθρωπολογική προσέγγιση**, οι οργανώσεις αποτελούν κουλτούρες και αντιμετωπίζονται ως εξαρτημένες μεταβλητές. Η κουλτούρα **είναι** μέρος του οργανισμού ως ένα κοινωνικό δομημένο σύστημα κοινών πεποιθήσεων και αξιών και είναι μη διαχωριζόμενη έννοια από αυτό που είναι ο οργανισμός. Θεωρούν **άκαρπη τη σκέψη συστηματικής διαχείρισης ή ελέγχου** του φαινομένου της οργανωσιακής κουλτούρας. Δηλώνουν ότι όσο και εάν η ηγεσία προσπαθεί, δεν μπορεί να αλλάξει ή να διαχωρίσει τα υποσυνείδητα πιστεύω ή αξίες τα οποία κατευθύνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και ότι η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να επηρεαστεί μόνο με έμμεσο τρόπο και είναι το αποτέλεσμα διαδραστικότητας μεταξύ των ατόμων και των οργανωτικών διαδικασιών. (Martin & Siehl, 1983:52-64).

Στην **κοινωνιολογική προσέγγιση** οι οργανώσεις **έχουν** κουλτούρες οι οποίες αποτελούν ανεξάρτητη μεταβλητή και βοηθούν στην εξήγηση άλλων εξαρτημένων μεταβλητών όπως η αποτελεσματικότητα ή η καινοτομία. Πιστεύουν ότι ο οργανισμός έχει κουλτούρα και **αναζητούν μεθόδους ελέγχου και διαχείρισης αυτής**. Οι ερευνητές της κοινωνιολογικής προσέγγισης ορίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ως κοινωνική και κανονιστική «κόλλα» που κρατά τον οργανισμό δεμένο. (Witte K, Van Muijen J., 1999:497-502). Η κουλτούρα γίνεται ένα ισχυρό οργανωσιακό εργαλείο διότι διαμορφώνει συμπεριφορές, προσδίδει ταυτότητα στα μέλη του οργανισμού και διαμορφώνει τις δράσεις που είναι επιτρεπτές. (Ogbonna E., 2007:42-54).

Πίνακας 1.1. : Σύγκριση της οργανωσιακής κουλτούρας μεταξύ ανθρωπολογικής και κοινωνιολογικής προσέγγισης

	<i>Ο Οργανισμός έχει κουλτούρα</i>	<i>Ο οργανισμός είναι κουλτούρα</i>
Επιστημονικός κλάδος	Κοινωνική ψυχολογία - Θετικισμός	Ανθρωπολογία – Φαινομενολογία
Μεθοδολογία	Νομοθετική	Ιδεογραφική
Θεωρία της κουλτούρας	Συνολική κουλτούρα	Ύπαρξη υποκουλτούρων
Θεωρία του οργανισμού	Κοινή συναίνεση	Διαμάχη
Δημιουργία και μετάδοση της κουλτούρας	Διαμόρφωση και προαγωγή με δράσεις της ηγεσίας στην αλλαγή των πιστεύω και ιδεολογιών	Αναπαραγωγή της κουλτούρας από όλα τα μέλη μέσω των κοινωνικών τους συναναστροφών
Υπεύθυνοι αλλαγής της κουλτούρας	Η ηγεσία χειραγωγεί την κουλτούρα προς τους επιδιωκόμενους στόχους	Η ηγεσία μαζί με τα άλλα μέλη του οργανισμού

(Mannion R., Davies H., Marshall M., 2005:20)

Οι Ogbonna E., & Harris C., (2002:33-53), υποστηρίζουν ότι η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας περιλαμβάνει τη δημιουργία αυτής, την αλλαγή, την διατήρησή ή την εκδίωξή της και παρουσιάζουν τρεις διαφορετικές κατηγορίες ερευνητών της οργανωσιακής κουλτούρας:

- **Τους αισιόδοξους** που πιστεύουν ότι η κουλτούρα μπορεί και πρέπει να ελέγχεται από την ηγεσία του οργανισμού.
- **Τους απαισιόδοξους** που πιστεύουν ότι η κουλτούρα βρίσκεται στα βαθύτερα επίπεδα του υποσυνείδητου όπου καμία ηγεσία δεν έχει τη γνώση πώς να την επηρεάσει.
- **Τους ρεαλιστές** που πιστεύουν ότι η άκρως αντιθετική προσέγγιση των άλλων πλευρών δεν παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη εξήγηση των δυναμικών της οργανωσιακής κουλτούρας όπως για παράδειγμα της οργανωσιακής αλλαγής. Πιστεύουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα, όπως η κουλτούρα της κοινωνίας, μπορεί και πρέπει να αλλάξει σε ορισμένα επίπεδα. Θεωρούν ότι η ηγεσία έχει άμεσο έλεγχο σε πολλές μεταβλητές της οργανωσιακής κουλτούρας (δηλαδή στις ορατές οργανωτικές δομές και στις διαδικασίες όπως είναι ο τρόπος συμπεριφοράς, η γλώσσα, η τεχνολογική και υλική υποδομή ή τα λογότυπα, οι στρατηγικές, οι στόχοι και η φιλοσοφία της εταιρείας). Έχει επίσης έμμεσο έλεγχο σε μεταβλητές που επηρεάζουν βαθύτερα το επίπεδο κουλτούρας. Για παράδειγμα πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα τα οποία αποτελούν την πηγή των αξιών και της συμπεριφοράς. Οι ρεαλιστές ερευνητές δεν υποστηρίζουν ούτε είναι ενάντια στη διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας. Προσπαθούν να κατανοήσουν συστηματικότερα της δυναμικές της κουλτούρας.

Οι Kilmann R., (1982:11-17) και Robbins P., (1987:368), παρατηρούν ότι εάν η κουλτούρα δεν είναι ελεγχόμενη, οι οργανισμοί θα δαπανούν πόρους και χρόνο για να προστατεύσουν τη φήμη τους και όταν τα πιστεύω των μελών του οργανισμού δεν είναι ταυτόσημα με το οργανωσιακό περιβάλλον, ο οργανισμός θα υποφέρει και η κουλτούρα από μόνη της θα έχει λίγη πρακτική αξία.

Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:20), υπογραμμίζουν ότι αν και η κουλτούρα δεν είναι μια «εκ των προτέρων» κατάσταση ώστε να είναι ελεγχόμενη, τα κύρια χαρακτηριστικά της μπορούν τουλάχιστον να περιγραφούν και να διοχετευτούν

στις λειτουργικές διαδικασίες ώστε να επιτύχουν τους οργανωτικούς και διοικητικούς στόχους.

Κατά το Schein, η διαχείριση της κουλτούρας σε «βαθύτερο επίπεδο» είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Παραταύτα, τα πιο ορατά επίπεδα της κουλτούρας μπορούν να χειραγωγηθούν. Για παράδειγμα πραγματοποιήθηκε μελέτη στα κυριότερα σούπερ-μάρκετ της Αγγλίας. Η ηγεσία των οργανισμών προσπάθησε να αλλάξει, σε ένα 5ετές πρόγραμμα, τον τρόπο προσέγγισης των εργαζομένων απέναντι στους πελάτες. Στο τέλος της πενταετίας, κατάφεραν οι εργαζόμενοι να γίνουν πιο χαμογελαστοί και ευγενικοί με τους πελάτες (χειραγωγήση κουλτούρας) αλλά δεν είχαν κανένα στοιχείο εάν αυτή η συμπεριφορά είχε υιοθετηθεί ως μέρος της επιθυμητής νέας κουλτούρας ή ήταν αποτέλεσμα του ελέγχου από τους ανωτέρους τους (βαθύτερο επίπεδο). (Ogbonna E., 2007:42-54),

Τέλος ο Jones G., (2010:31) θεωρεί ότι η διοίκηση της κουλτούρας επιτυγχάνεται μέσω του **οργανωσιακού σχεδιασμού**. Η οργανωτική δομή και η κουλτούρα είναι τα μέσα που χρησιμοποιεί ο οργανισμός στην επίτευξη των στόχων. Ο οργανωσιακός σχεδιασμός είναι πως και γιατί τα διάφορα μέσα έχουν επιλεγεί. Η οργανωσιακή συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα του σχεδιασμού και οι αρχές που χρησιμοποιήθηκαν.

1.5. Χρησιμότητα Μελέτης της Οργανωσιακής Κουλτούρας

*«The 800 pound gorilla that impairs **performance** and stifles **change** is culture» (Pascale et al, 1997)*

Τις προηγούμενες δεκαετίες, οι μελετητές πίστευαν ότι μια κουλτούρα θα ήταν κυρίαρχη εφόσον διακρίνονταν από την σταθερότητα. Οι κοινές αξίες, στόχοι, κανόνες, κρίνονταν από την αντοχή τους στον χρόνο. Επιπρόσθετα, κρίνονταν από το εύρος της. Όσα περισσότερα μέλη σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού προασπίζονταν τις αξίες της, τόσο πιο δυνατή ήταν η κουλτούρα μέσα στον οργανισμό. (Παπανής, 2007).

Τα επιχειρησιακά περιβάλλοντα των δεκαετιών του '60 και του '70 όμως, χαρακτηρίζονται από **σχετική σταθερότητα και προβλεψιμότητα**, και η οικονομία την περίοδο εκείνη λειτουργούσε υπό σταθερές κοινωνικές συνθήκες. Η ικανότητα του

οργανισμού να διαμορφώσει την κατάλληλη κουλτούρα, ήταν αρκετή για να εξασφαλίσει σε αυτόν ένα σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Στις δεκαετίες του '80 και του '90, το παγκόσμιο επιχειρησιακό περιβάλλον άλλαξε ραγδαία. Οι νέες τεχνολογίες, η παγκοσμιοποίηση και η χαοτική ροή των πληροφοριών ανάγκασε τους σημερινούς ερευνητές να αναθεωρήσουν τις απόψεις αυτές. (Κόντης, 1994:182)

Οι οργανισμοί που βρέθηκαν σε αρμονία με το νέο εξωτερικό περιβάλλον, κατάφεραν να διατηρήσουν την ισχύ τους στην αγορά. Είναι αποδεκτό, πως οι οργανισμοί οι οποίοι δεν προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος δεν είναι σε θέση να ακολουθήσουν και να ανταποκριθούν στις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις και στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πελατών τους. Η γνώση των στοιχείων του περιβάλλοντος σημαίνει ολοκληρωμένη ενημέρωση για τις δυνατότητες, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους που απειλούν έναν οργανισμό. (Κέφης Β., 2005:37)

Όπως αναφέρει ο Μπουραντάς Δ., (2002:19), «Οι οργανισμοί έχουν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις, τις ευκαιρίες, τις απειλές, τις πιέσεις, και τους περιορισμούς ενός περιβάλλοντος που γίνεται όλο και περισσότερο πολύπλοκο, δυναμικό, αβέβαιο, ανταγωνιστικό, απαιτητικό, παγκόσμιο, εικονικό και αντιφατικό». Ο Τσούκας Χ., (2004:195) συμπληρώνει ότι «η ανταγωνιστικότητα της οικονομίας κρίνεται σε τελική ανάλυση στο πεδίο της κουλτούρας – οι οικονομικές συμπεριφορές ερείδονται σε πολιτισμικές αξίες».

Ο Schein E., (2004:18) τονίζει ότι σήμερα, οι οργανισμοί ανεξαρτήτως μεγέθους αντιμετωπίζουν δύο κύρια προβλήματα:

1. Επιβίωση, επέκταση και προσαρμογή στο μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον &
2. Εσωτερική ολοκλήρωση που θα επιτρέπει επιτυχή καθημερινή λειτουργία και μάθηση.

Αναφορικά με την εξωτερική προσαρμογή και επιβίωση, σύμφωνα με τον μελετητή, χρειάζονται: (2004:88)

1. **Όραμα και Στρατηγική.** Τα μέλη του οργανισμού επιβάλλεται να αποκτήσουν κοινή κατανόηση του οράματος, στόχων και λειτουργιών του οργανισμού,
2. **Στόχοι.** Ανάπτυξη συνείδησης στα μέλη, των στόχων που προέρχονται από το όραμα,

3. **Μέσα.** Ανάπτυξη συνείδησης των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για την κατάκτηση των στόχων όπως οργανωτική δομή, κατανομή του προσωπικού, σύστημα αμοιβών και σύστημα ελέγχου,
4. **Κριτήρια Μέτρησης.** Ανάπτυξη συνείδησης στα κριτήρια που θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των μελών και των κριτηρίων του συστήματος ελέγχου,
5. **Διορθωτικά μέτρα.** Ανάπτυξη συνείδησης στα απαραίτητα διορθωτικά μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν στη περίπτωση μη επίτευξης των στόχων.

Σχετικά με την εσωτερική ολοκλήρωση θεωρεί ότι απαιτείται: (2004:112)

1. **Δημιουργία κοινής γλώσσας και κατανόησης των καταστάσεων.** Εάν τα μέλη του οργανισμού δεν μπορούν να επικοινωνήσουν είναι αδύνατος ο σχηματισμός ομάδας και κατ' επέκταση, ο οργανισμός δεν μπορεί να προχωρήσει,
2. **Δημιουργία ορίων και κριτηρίων** ποιος ανήκει και ποιος όχι στον οργανισμό και ποια είναι τα κριτήρια που καθορίζουν τη αποδοχή των μελών,
3. **Διανομή δύναμης και θέσης.** Ποια μέλη του οργανισμού έχουν τη δύναμη, σε ποιες θέσεις, με ποια κριτήρια και πως μπορεί να χάσουν τη δύναμή τους,
4. **Ανάπτυξη φιλικών συναισθημάτων** μεταξύ των μελών και
5. **Ορισμός συστημάτων αμοιβών και ποινών.**

Η Miroshnik τονίζει ότι η εξωτερική πλευρά της οργανωσιακής κουλτούρας εκφράζεται από τη φιλοσοφία της και το όραμα της και η εσωτερική πλευρά από τη συμμετοχικότητα στη λήψη των αποφάσεων. Η συμμετοχικότητα προωθεί το δυναμισμό στην αλλαγή, την ευελιξία στις διοικητικές πρακτικές και το όραμα και η φιλοσοφία του οργανισμού προωθεί την σταθερότητα και την κατεύθυνση του οργανισμού.(Miroshnik V., 2002: 521-544)

Ο Παπαδάκης Β., πιστεύει ότι ένας οργανισμός, στο σημερινό μεταβαλλόμενο περιβάλλον, θα πρέπει να αναπτύξει μια στρατηγική η οποία λαμβάνοντας υπόψη του τη δημογραφική, πολιτικό-νομική, τεχνολογική, παγκόσμια, οικονομική και κοινωνικό-πολιτική διάσταση του ευρύτερου μακρό περιβάλλοντος,(2007:60), να εξασφαλίζει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό με στόχο να ανταποκριθεί στις ανάγκες των αγορών και να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των βασικών ομάδων ενδιαφερομένων (2007:51). Για τον συγγραφέα, μόνο η ύπαρξη κατάλληλης στρατηγικής μπορεί να έχει

επιτυχές αποτέλεσμα. Η εν λόγω στρατηγική οφείλει να βασίζεται όμως σε διαχρονικά σταθερές αξίες. Εξετάζοντας ιδιαίτερα πετυχημένους οργανισμούς οι Preffer & O'Reilly, κατέληξαν ότι η κύρια πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος ήταν η **δημιουργία μιας κουλτούρας** και ενός συστήματος εργασίας που επέτρεπε σε όλα τα μέλη του οργανισμού να χρησιμοποιήσουν και να αναπτύξουν τις ικανότητες και τα ταλέντα τους (Παπαδάκης Β., 2007:615). Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν υπογραμμίσει ότι, οι επιτυχημένοι οργανισμοί έχουν κουλτούρα που βασίζεται στην προσαρμοστικότητα, στη συμμετοχή των μελών στη λήψη αποφάσεων, σε σαφές όραμα ως προς την κατεύθυνση του οργανισμού από όλα τα μέλη και από συνέπεια ως προς τις κεντρικές πεποιθήσεις του οργανισμού (Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., 2007:185). Συνεπώς, η **γνώση της κουλτούρας** του οργανισμού μπορεί να συνεισφέρει στην κατανόηση των αντιδράσεων των μελών ενός οργανισμού, στην εισαγωγή νέων τεχνολογιών, στον τρόπο διάχυσης της πληροφορίας, στη συνεργασία ατόμων ή ομάδων μέσα στον οργανισμό, στη μείωση της ανάληψης κινδύνων για προγράμματα που δεν δέχονται τα μέλη και στην αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών από τα παρεχόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες ενός οργανισμού. (Claver E., et al, 1999: 455-564).

Αντιθέτως, οι Cameron & Quinn (2006:1) υποστηρίζουν ότι προσπάθειες οργανισμών για ανασχεδιασμό διαδικασιών, εισαγωγή προγραμμάτων διοίκησης ολικής ποιότητας, περικοπή κόστους με τη μείωση προσωπικού, προγράμματα στρατηγικού σχεδιασμού, απέτυχαν στα τρία τέταρτα των περιπτώσεων διότι δεν συμπεριέλαβαν στο μελετητικό τους πεδίο την οργανωσιακή κουλτούρα των εν λόγω οργανισμών. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζουν και οι Ernst & Young. Εξετάζοντας 584 οργανισμούς διαπίστωσαν ότι τα προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας που εφαρμόστηκαν, απέτυχαν στην πλειοψηφία τους. Παρόμοια τύχη είχαν και τα προγράμματα ανασχεδιασμού διαδικασιών αφού το 85% των οργανισμών που τα εφήρμοσαν, δεν διαπίστωσαν βελτίωση. (Cameron & Quinn, 2006:9)

Οι Boan D., Funderburk F., (2003: 1-17) σημείωσαν επίσης τη δυσκολία εφαρμογής επιτυχών προγραμμάτων ΔΟΠ και προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας σε οργανισμούς. Τέσσερα στα πέντε προγράμματα αποτυγχάνουν. Πλευρές της οργανωσιακής κουλτούρας (αντίσταση στην αλλαγή, μη συμβατές συμπεριφορές, έλλειψη κατανόησης, ελλιπής επικοινωνία), συχνά αναφέρονται ως κύριες αιτίες αυτών των αποτυχιών.

Οι Deal & Kennedy (1999:109-117), παρατηρούν ότι οι συγχωνεύσεις που πραγματοποιούνται αποτυγχάνουν σε μεγάλο ποσοστό διότι δεν λαμβάνεται υπόψη τους η συμβατότητα της κουλτούρας των δύο οργανισμών. Εάν δεν ληφθεί υπόψη η κουλτούρα ενός οργανισμού, αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα η κουλτούρα οργανισμού ή μιας ομάδας εργαζομένων να αποκτήσει κυρίαρχο ρόλο με συνέπεια την πτώση του ηθικού του υπόλοιπου προσωπικού ή ακόμη και την αποχώρηση εργαζομένων. (Sullivan E., Drucker P., 2009:27-28)

Οι Kotter & Heskett (1992:37), μελετώντας 22 οργανισμούς, αναφέρουν ότι στους οργανισμούς των οποίων οι κουλτούρες είχαν εναρμονιστεί με το περιβάλλον τους είχαν υψηλότερες επιδόσεις από οργανισμούς με ασυμβατότητα κουλτούρας. Επίσης οι ίδιοι ερευνητές (1992:177-178), διαπίστωσαν ότι οι επιτυχημένες επιχειρήσεις κατάφεραν να δημιουργήσουν κουλτούρες, όπου τα συμφέροντα των ιδιοκτητών ήταν εναρμονισμένα με αυτά των μελών και των πελατών.

Κατά τους Cameron and Quinn (2006:12) για να παραμείνει μια οργάνωση πετυχημένη για μακρύ χρονικό διάστημα ίσως να χρειαστεί ν' αλλάξει κουλτούρα σε ένα ολοκληρωμένο κύκλο ζωής και να **προσαρμόσει τις αλλαγές** στις ανάγκες της οργάνωσης. Κατά συνέπεια, απαιτείται μια περισσότερο δυναμική κατανόηση της κουλτούρας.

Επιπρόσθετα, ο Schein E., (2004:109) υποστηρίζει ότι η κουλτούρα αντικατοπτρίζει την προσπάθεια του οργανισμού να διαχειριστεί και να μάθει. Είναι μέρος της μαθησιακής διαδικασίας. Η κουλτούρα όχι μόνο συνεισφέρει στη σταθερότητα και προβλεψιμότητα του παρόντος αλλά είναι το αποτέλεσμα των επιτυχών αποφάσεων του οργανισμού στο παρελθόν.

Όλες οι ιδέες, όσο καλές και να είναι, αποτυγχάνουν να εφαρμοστούν, αν δεν αρθεί πρώτα το **εμπόδιο** που προέρχεται από την **κουλτούρα**. Οι θεωρητικοί πιστεύουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το **κυριότερο εμπόδιο** εφαρμογής νέας γνώσης ή νέων καινοτομικών αποφάσεων. (Helfrich C., et al,2007: 1-16)

Η κουλτούρα αποτελεί, επίσης, εμπόδιο και στην επικοινωνία, γιατί τα άτομα ερμηνεύουν τα μηνύματα που παίρνουν με το **δικό τους τρόπο σκέψης, σε συνδυασμό ή κατά αντιδιαστολή της κουλτούρας του οργανισμού τους**, και εφόσον διαφέρουν, δεν γίνονται αποδεκτά. (Λειβαδάς Λ. 2003:404).

Ως εκ τούτου, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι μια κρίσιμη μεταβλητή αναφορικά με την **ανταγωνιστικότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και την μακροπρόθεσμη επιτυχία** ενός οργανισμού γιατί λειτουργεί ως μέσο ολοκλήρωσης, συνοχής και επικοινωνίας των μελών, κινητοποιεί τα μέλη της οργάνωσης προς κοινούς στόχους, υποβοηθά την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας του περιβάλλοντος. (Μπουραντάς Δ., 2002: 551).

Μελέτες έχουν περιγράψει μια δυναμική σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας με την **χρηματοοικονομική απόδοση** του οργανισμού. (Barney, 1986, Fisher & Alford, 2000 Rotemberg & Saloner, 1993). Οι Owens 1987, Ouchi, 1981, Kotter and Heskett, 1992, Cameron and Quinn, 1999, τονίζουν ότι αν ένας οργανισμός έχει μια ισχυρή κουλτούρα με ενσωματωμένες σταθερές αξίες, πιστεύω και συμπεριφορές, οδηγείται σε **υψηλού επιπέδου λειτουργία**. Οι Calori and Sarnin 1991, απέδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της **ανάπτυξης ενός οργανισμού** και της κατάλληλης και ομοιόμορφης κουλτούρας. (Miroshnik V., 2002: 521-544). Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Denison D., Mishra A. (1995: 204-223), και οι Ogbonna E, Harris L (2000:766-788).

Οι παραδοχές αυτές της επίδρασης της οργανωσιακής κουλτούρας στην **παραγωγικότητα** των οργανισμών και στην **ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών** έχουν αναγνωριστεί στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία. (Martin and Siech, 1983: 52-64). Η σχέση οργανωσιακής κουλτούρας και παραγωγικότητας είναι τόσο υψηλή ώστε οργανισμοί στις δυτικά ανεπτυγμένες χώρες υιοθετούν τις αρχές του συμμετοχικής διοίκησης με στόχο την προώθηση της παραγωγικότητας (Concalo and Staw, 2006:96-109). Οι Deal and Kennedy, 1982, Heck and Marcoulides, 1989, Gordon, 1985, αναφέρουν ότι οι κατάλληλες διοικητικές πρακτικές οδηγούν **σε θετική συμπεριφορά των εργαζομένων και άρα σε παραγωγικότητα**. (Miroshnik V., 2002: 521-544). Τα τελευταία χρόνια, η **οργανωσιακή κουλτούρα** είναι στο μελετητικό επίκεντρο λόγω της **αυξανόμενης προσοχής στους εργαζόμενους**, στην παραγωγικότητα, στην απόδοση και στην ικανοποίηση τους και πως όλα αυτά συνδέονται με την **ανταγωνιστικότητα του οργανισμού**, την κερδοφορία και τον επιχειρησιακό κόσμο γενικότερα. (Manley K. 2000:34-38). Πιστεύεται ότι εάν η κουλτούρα είναι διάχυτη στον οργανισμό τότε αποτελεί πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. (Platonova E., et al, (2006:200-209).

Οι Mathew J., (2007:677-695) & Barney J., (1986: 656-665) τονίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επιδρά στην **αποτελεσματικότητα** της οργάνωσης γιατί μπορεί να της δώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, να βελτιώσει τον τρόπο που η οργανωσιακή δομή λειτουργεί και να αυξήσει τα **κίνητρα των εργαζόμενων** για την επίτευξη των συμφερόντων του οργανισμού. Επίσης τονίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει την αποδοτικότητα και είναι το καθοριστικό στοιχείο που ενθαρρύνει την **καινοτομία και την ευελιξία** του οργανισμού.

Άλλες μελέτες έχουν περιγράψει ότι υπάρχει δυναμική σύνδεση μεταξύ της απόδοσης και της συμπεριφοράς των διοικητικών ομάδων, της επιχειρησιακής φιλοσοφίας καθώς επίσης και της φιλοσοφίας απέναντι στους πελάτες, στην ικανοποίηση των εργαζομένων, στην καινοτομία και στην προσαρμοστικότητα του οργανισμού. Εν συνεχεία, άλλες μελέτες έχουν περιγράψει τη δυναμική σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας με την **ικανοποίηση των πελατών**, την ικανοποίηση των **εργαζόμενων**, την **καινοτομία**, και την **προσαρμοστικότητα** του οργανισμού. (Barney J., 1986: 656-665).

Το Βρετανικό Corporate Board, (1997), υπογράμμισε ότι: «*Η οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με την οικονομική απόδοση. Οι οικονομικά επιτυχής εταιρείες επενδύουν στην εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού, αναγνωρίζουν την απόδοσή τους, επενδύουν στην ικανοποίηση του πελάτη, υπάρχει διάχυση πληροφοριών, ειλικρίνεια, είναι ανοικτές στην αλλαγή και στο σχεδιασμό και εργάζονται με στοιχεία συμμετοχικής διοίκησης*». (Boan D., Funderburk F., 2003:1-17).

Εκ των ανωτέρω διαφαίνεται ότι, τα χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας έχουν συνδεθεί στη βιβλιογραφία με τις διάφορες πτυχές της οργανωτικής απόδοσης όπως: χρηματοοικονομική απόδοση, ικανοποίηση πελατών και εργαζομένων, ευελιξία και καινοτομία, μείωση ανάληψης κινδύνων και παραγωγικότητα.

Στο περιβάλλον των **συστημάτων υγείας**, πεδίο μελέτης της παρούσας διατριβής, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα, όπως ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και η ασφάλεια του ασθενή. (Boan D., Funderburk F., 2003: 1-17). Το περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας έχει επίσης συνδεθεί με την ικανοποίηση τόσο των αναγκών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας για περισσότερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα όσο και για

ικανοποίηση των υλικών και κοινωνικών αναγκών των μελών των οργανισμών. (Scott T., et al, 2003:1)

Έρευνες σχετικές με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διαστάσεις που επηρεάζει στις μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης απέδειξαν ότι η κουλτούρα επηρεάζει:

A) **την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα** (Davies H., et al 2007:46-65),

B) **την διασφάλιση ποιότητας** (Shortell, et al 1995: 377-401),

Γ) **την ποιότητα φροντίδας ασθενών** (Rondeau V., Wagar T., 1998: 14-22),

Δ) **την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων** (Goodman A., et al 2001:58-68), (Gifford D., et al 2002:13-25),

Ε) **την ικανοποίηση ασθενών** (Meterko M., et al 2004: 492-498)

Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:13), υποστηρίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τη λειτουργία των μονάδων παροχής υγείας σε 4 διαστάσεις του οργανισμού.

1. **την οικονομική αποδοτικότητα** μέσω των αξιών και συμπεριφορών των μελών σχετικά με τον τρόπο και τη διαδικασία παραγωγής και κοστολόγησης.
2. **την ισότητα** μέσω των ηθικών κανόνων συμπεριφοράς προς τους ασθενείς.
3. **τους οικονομικούς και κοινωνικούς στόχους** που πρεσβεύει ο οργανισμός.
4. **τη συνεργασία** και τις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών του οργανισμού καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου.

Στη μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, η διοίκηση της οργανωσιακής κουλτούρας εξετάστηκε ως απαραίτητο συστατικό. Εθνικά Επιστημονικά Συμβούλια όπως : The Commission for Health Improvement, The Modernisation Agency και The National Patient Agency επένδυσαν σε προγράμματα οργανωσιακής αλλαγής της κουλτούρας του υγειονομικού τομέα ως μέρος της βελτίωσης της λειτουργίας των νοσοκομείων. (Mannion R., et al, 2007). Στην Ιρλανδία και στις ΗΠΑ, η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας αποτέλεσε το «κλειδί» στη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία. Στις χώρες αυτές υποστηρίζεται ότι, για την πετυχημένη και διατηρήσιμη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας απαιτούνται σημαντικές αλλαγές στην κλινική κουλτούρα (*clinical culture*) και στην ενδυνάμωση όλων των μελών του προσωπικού. (Badham, J. et al., 2006:22-29).

Ανεξάρτητα, από τον ιδιαίτερο χαρακτήρα ενός οργανισμού όπως αυτός της παροχής υπηρεσιών υγείας, στο σημερινό οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό

περιβάλλον, οι οργανισμοί «χρειάζονται να αναπτύξουν μια οργανωσιακή κουλτούρα που να συνάδει με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, τη φύση του οργανισμού, τις στρατηγικές και τους στόχους τους. Η αντικατάσταση των παραδοσιακών μηχανισμών ελέγχου και μεθόδων διοίκησης από τη «διοίκηση μέσω κουλτούρας» αποτελεί πλέον μια αναγκαιότητα που δημιουργείται από τις νέες προκλήσεις». (Μπουραντάς Δ., 2002:469).

Σημαντικό, όπως έχει προαναφερθεί, είναι η δημιουργία μιας **κοινής κουλτούρας** σε όλα τα μέλη του οργανισμού. Πόσο εφικτό όμως είναι η ανάπτυξη μιας κοινής κουλτούρας αποδεκτή από όλα τα μέλη, ανεξάρτητα από την ομάδα εργασίας που ανήκουν, ώστε να λειτουργήσει ως μέσο ολοκλήρωσης, συνοχής και επικοινωνίας των μελών;

1.6. Η Ύπαρξη Υποκουλτούρων

Παρατηρώντας έναν επιχειρησιακό οργανισμό, διαπιστώνεται η ύπαρξη ομάδων με μέλη, άτομα με παρόμοιες ενασχολήσεις, θέσεις στην ιεραρχία ή κοινά ενδιαφέροντα. Η κουλτούρα αυτών των ομάδων προέρχεται από διαφορετικές πηγές: από την «τάξη», το επάγγελμα, την ηλικία, το φύλο, τις τεχνικές πηγές, ή από τις εμπειρίες των άτυπων δομών. (Scott T., et al, 2003:7). Παρόμοια άτομα έλκονται μεταξύ τους. Αυτή η έλξη συμβάλλει στη διαμόρφωση υποκουλτούρων μέσα στον οργανισμό. Με τον όρο **υποκουλτούρα** ορίζεται, μια ομάδα ανθρώπων που διαθέτουν ιδιαίτερα κοινά χαρακτηριστικά ανεξάρτητα από τη γενικότερη κουλτούρα που διαθέτει ο οργανισμός.

Η υποκουλτούρα είναι μια ομάδα ατόμων με κοινές εμπειρίες ή όμοια ενδιαφέροντα και αξίες. Εάν τα ενδιαφέροντα και οι αξίες της υποκουλτούρας συμφωνούν με αυτές του οργανισμού, τότε παρατηρείται σύμπτωση. Εάν η υποκουλτούρα διακατέχεται από τελείως ανεξάρτητα χαρακτηριστικά, υπάρχει ασυμφωνία κουλτούρας. (Sullivan E., Drucker P., 2009:28).

Η Martin J., (1992), εξετάζοντας την οργανωσιακή κουλτούρα οργανισμών, παρατήρησε ότι σε πολλούς οργανισμούς μπορεί να διατυπωθούν διαφωνίες, ή ακόμα και συγκρούσεις, μεταξύ διαφορετικών τμημάτων, κι ένας από τους λόγους μπορεί να είναι, ότι η κάθε μονάδα συχνά αναπτύσσει τη δική της κουλτούρα. Διαφοροποίησε την κουλτούρα μεταξύ τριών προοπτικών ή προσεγγίσεων σε έναν οργανισμό:

- **Ενοποιημένη κουλτούρα.** Η ενοποιημένη κουλτούρα υφίσταται όταν υπάρχει ευρεία συνείδηση των αξιών, πιστεύω και συμπεριφορών μέσα στον οργανισμό.
- **Διαφοροποιημένη κουλτούρα.** Η διαφοροποιημένη κουλτούρα αναπτύσσεται όταν ποικίλες ομάδες εντός του οργανισμού εμφορούνται από ενοποιημένα αλλά διακριτά πλαίσια αξιών και συμπεριφορών ενώ, συχνά οι εν λόγω αξίες είναι ακόμη και ασυμβίβαστες με τις αξίες του οργανισμού. Τότε δημιουργούνται υποκουλτούρες.
- **Διασπαζόμενη κουλτούρα.** Στο πιο ακραίο σημείο, οι διαφοροποιημένες κουλτούρες μπορούν να διασπαστούν σε τέτοιο βαθμό όπου απουσιάζουν κοινές οργανωσιακές πρακτικές.

Οι Mannion R., et al, (2005:431-439), μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας των μονάδων παροχής υγείας, παρατήρησαν ότι η **κουλτούρα** των νοσοκομείων συνήθως χαρακτηρίζεται ως διαφοροποιημένη γιατί συνυπάρχουν, στο νοσοκομειακό χώρο, διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες που αντανακλούν τις ξεχωριστές απόψεις και τάσεις της κάθε κατηγορίας.

Επίσης, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του επιχειρησιακού νοσοκομειακού συστήματος, συναντώνται υποκουλτούρες ακόμη και σε διαφορετικά ιατρικά τμήματα. Για παράδειγμα, έρευνα που πραγματοποίησαν οι Rey Pino J., et al, (2008: 163-189), σε τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Ισπανία, κατέγραψαν την υποκουλτούρα του τμήματος, μια κουλτούρα που λίγη σχέση είχε με την επίσημη κουλτούρα. Λόγω της καθημερινής υπερσυγκέντρωσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από ασθενείς, το προσωπικό (ιατροί και νοσηλευτές) δημιούργησε τις δικές του συμπεριφορές αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Οι κοινές έννοιες, τα κοινά σύμβολα και η κοινή συμπεριφορά του προσωπικού, το βοήθησαν να δημιουργήσει μια εναλλακτική κουλτούρα που να ανταποκρίνεται στα προβλήματά τους και στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Οι επίσημες μέθοδοι και τα πρωτόκολλα δεν λαμβάνονται υπόψη από το προσωπικό στη συμπεριφορά τους προς τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί δημιούργησαν μια εσωτερική κουλτούρα που τους βοήθησε να λύσουν άμεσα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Ο τρόπος που λειτουργούν δημιουργήθηκε από κοινά πιστεύω, αξίες και παραδοχές του προσωπικού των επειγόντων περιστατικών. Για παράδειγμα, επειδή το προσωπικό αντιμετωπίζει πολύ συχνά νομικά θέματα με τους ασθενείς, βασικοί κανόνες του

δικαίου οδηγούν τις πράξεις τους. Κανένας ασθενής δεν εξέρχεται από το τμήμα επειγόντων περιστατικών ακόμη και σε περιπτώσεις που το τμήμα καταρρέει από την εισροή ασθενών, χωρίς κλινικό έλεγχο. Το τμήμα προσπαθεί να ισορροπήσει μεταξύ εισροών που διαθέτει και τις εξωτερικές απαιτήσεις. Η ύπαρξη υποκουλτούρας, στη συγκεκριμένη περίπτωση, βοηθά αποτελεσματικά τη λειτουργία ενός συγκεκριμένου τμήματος με την οριοθέτηση ενός εσωτερικού πλαισίου αξιών και συμπεριφορών του προσωπικού του.

Συνήθως η υποκουλτούρα διαμορφώνεται και ως διαφοροποιημένο υποσύνολο της γενικότερης κουλτούρας του οργανισμού λόγω της επαγγελματικής κατηγορίας στην οποία ανήκει το προσωπικό μιας ομάδας.

Ο Schein E., (2004:197-199) υποστηρίζει πράγματι ότι εάν εξετάσει κανείς προσεκτικά έναν οργανισμό θα παρατηρήσει την ύπαρξη υποκουλτούρων με βάση την επαγγελματική κατηγορία στην οποία ανήκουν. Συγκεκριμένα οι τρεις υποκουλτούρες που υπάρχουν είναι:

- η λειτουργική κουλτούρα (**operator culture**) την οποία μοιράζονται τα μέλη πρώτης γραμμής (αυτοί που έχουν άμεση επαφή με τους πελάτες ή αυτοί που εκτελούν τις εντολές υλοποίησης των αποφάσεων του οργανισμού).
- η μηχανική- τεχνοκρατική (**engineering culture**) στην οποία ανήκουν τα μέλη που σχεδιάζουν προϊόντα ή διαδικασίες, που ενδιαφέρονται κυρίως για τη βελτίωση, την καινοτομία και τον επανασχεδιασμό και
- η διευθυντική κουλτούρα (**executive culture**), στην οποία ανήκουν τα μέλη που κυρίως ασχολούνται με οικονομικής φύσεως θέματα ή θέματα ανάπτυξης του οργανισμού.

Ο οργανισμός, σύμφωνα με τον ερευνητή, που δεν θα κατορθώσει να πετύχει την συνύπαρξη των τριών αυτών υποκουλτούρων, δεν θα μπορέσει να εφαρμόσει την οργανωσιακή μάθηση ώστε να καταστεί αξιόπιστο εργαλείο αλλαγής συμπεριφοράς.

Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:31), υποστηρίζουν επίσης ότι σε έναν οργανισμό παρατηρούνται τρεις κατηγορίες επιμέρους κουλτούρων ανάλογα με το αν αποδέχονται, απορρίπτουν ή απλά συνυπάρχουν με τις κύριες αρχές του οργανισμού. Συγκεκριμένα συναντώνται οι:

- **Επαυξητικές κουλτούρες** (υποστήριξη της κυρίαρχης κουλτούρας): Αυτές αντιπροσωπεύουν έναν οργανισμό στον οποίο τα μέλη στηρίζουν τις αξίες και

είναι ένθερμοι υποστηρικτές της ανάπτυξης της κυρίαρχης κουλτούρας. Για παράδειγμα ειδικές νοσοκομειακές μονάδες που ιδρύουν κέντρα αριστείας.

- **Ορθογωνικές κουλτούρες** (υποστήριξη και της κυρίαρχης και των υποκουλτούρων): Μια οργανωσιακή υποκουλτούρα όπου υποστηρίζει την κυρίαρχη κουλτούρα του οργανισμού ενώ παράλληλα ασπάζεται και τις επαγγελματικές αξίες κάθε ομάδας. Διατηρούν τις δικές τους, ανεξάρτητες αρχές παράλληλα με αυτές της κύριας κουλτούρας.
- **Αντίθετες κουλτούρες** (αμφισβήτηση της κυρίαρχης κουλτούρας): Οργανωτικές συμπεριφορές που αμφισβητούν της κυρίαρχη κουλτούρα όπως για παράδειγμα η αντίσταση των ιατρών στη ελαχιστοποίηση της κλινικής αυτονομίας.

Η ηγεσία του οργανισμού θα πρέπει να μην θεωρήσει τη κουλτούρα ως ολότητα, αλλά θα πρέπει να αναπτύξει εργαλεία καταγραφής και κατανόησης των υποκουλτούρων που δρουν μέσα σε αυτόν.

Για τη συνεκτικότητα της κουλτούρας στον οργανισμό, θεωρείται σημαντικό η κουλτούρα να είναι ισχυρή. Όταν η κύρια κουλτούρα είναι ισχυρή οι υποκουλτούρες ευθυγραμμίζονται, ενώ όταν αυτή είναι ασθενής, η ευθυγράμμισή τους καθίσταται αδύνατη.

Στην **ισχυρή κουλτούρα** οι αξίες είναι βαθιές και ευρέως αποδεκτές, μεταβιβάζονται άμεσα μηνύματα για το τι είναι σημαντικό και το τι όχι, τα μέλη ταυτίζονται έντονα με την κουλτούρα και υπάρχει σύνδεση μεταξύ των αξιών και των συμπεριφορών. Σε σημαντικό βαθμό, η ηγεσία ελέγχει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οργάνωσης σκέπτονται, δρουν, αντιλαμβάνονται, συλλέγουν και ερμηνεύουν τις πληροφορίες που δέχονται από το περιβάλλον τους, διαμορφώνοντας τα συστήματα αξιών των μελών των οργανώσεων αυτών. Αντίθετα, στις **αδύναμες κουλτούρες** δεν γίνεται καμία αποτελεσματική προσπάθεια δημιουργίας ομάδας ή συναδελφικότητας μεταξύ των εργαζομένων. Τα μέλη του οργανισμού «κάνουν αυτό που απαιτείται» χωρίς προσπάθεια δημιουργίας κοινωνικών σχέσεων. (Sahinidis A., Kanellopoulos C., 2008:63-76). Ο Handy (1986), πιστεύει ότι μια **ισχυρή κουλτούρα** διαμορφώνει έναν δυνατό οργανισμό, και μια ισχυρή κουλτούρα διαμορφώνει συμπεριφορές μέσα στον οργανισμό που μπορεί να του δώσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. (Ogbonna E., 2007:42-54).

Σήμερα, βασικοί επικριτές της ισχυρής κουλτούρας υποστηρίζουν πως δεν είναι απαραίτητη και ορισμένες φορές, δρα ανασταλτικά στην αλλαγή λόγω της σταθερότητάς της και συνηγορεί στην αντίσταση. (Schein E., 2004:243). Επίσης, πολλές φορές παρεμποδίζει την ενσωμάτωση μελών με διαφορετικά προσωπικά και κοινωνικά βιώματα σε επιχειρησιακά περιβάλλοντα με άκαμπτα κανονιστικά συστήματα συμπεριφοράς και αρχών. (Παπανής Ε., 2007). Οι Kotter & Heskett (1992:21), μελετώντας ένα δείγμα από 207 εταιρείες σε 22 τομείς της οικονομίας των ΗΠΑ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια **μετρίου μεγέθους θετική συσχέτιση** ανάμεσα στην ισχύ της κουλτούρας και την μακροπρόθεσμη οικονομική απόδοση. Η υπόθεση ότι οι δυνατές κουλτούρες δημιουργούν υψηλές επιδόσεις ισχυρίζονται «είναι απλά λανθασμένη». Το ίδιο ισχύει και με την καινοτομία. Οι Sahinidis A., Kanellopoulos C., (2008:63-76), υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια **σχέση καμπύλης** μεταξύ της ισχύος της κουλτούρας και της καινοτομίας. Το **ιδεατό σημείο** είναι αυτό στο οποίο όταν αρχίζει στη καμπύλη να μετριάξει η δύναμη του κουλτούρας να συναντάται με την καινοτομία. Τέτοιες κουλτούρες εφαρμόζουν καλύτερα διοικητικές ή τεχνολογικές καινοτομίες. Η **ισχύς μιας κουλτούρας** μπορεί να την καταστήσει **δυσλειτουργική** πέρα από κάποιο ορισμένο σημείο. Εταιρείες με την κατάλληλη κουλτούρα μπορούν να μεταβούν από τη **θετική ζώνη** (επιθυμητό επίπεδο ισχύος κουλτούρας), στην **αρνητική ζώνη** (ισχυρή κουλτούρα) όπου η έμφαση στην καινοτομία μετατρέπεται σε καταστροφικούς πειραματισμούς.

Ο Saffold S.,(1988:546-557), θεωρεί πιο αποτελεσματικές από τις ισχυρές ή τις αδύνατες κουλτούρες τις **μέσης ισχύος**, δηλαδή της **κουλτούρες** των οποίων τα μέλη **«είναι ικανά να αφομοιώνουν καινούργια γνώση διατηρώντας τη βασική τους ταυτότητα»**.

Η κουλτούρα λοιπόν, που προσαρμόζεται στις αλλαγές του κοινωνικό-οικονομικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος και εξασφαλίζει παράλληλα την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα θεωρείται η καταλληλότερη κουλτούρα που προσθέτει πλεονέκτημα στον οργανισμό.

1.7. Ο Ρόλος της Εθνικής Κουλτούρας στη Διαμόρφωση της Οργανωσιακής Κουλτούρας

«Ότι σε μια κοινωνία θεωρείται αξία μπορεί κάλλιστα σε μια άλλη να λειτουργεί ως απαξία». (Παπανής Ε., 2007)

Κάθε οργανισμός αποτελεί μέρος του κοινωνικού συστήματος μιας χώρας. Ο οργανισμός είναι ένα ανοικτό σύστημα σε συνεχή αλληλεπίδραση με το **εξωτερικό οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον** στο οποίο δραστηριοποιείται. Ερευνητές πιστεύουν ότι το περιβάλλον ασκεί ισχυρή επίδραση στην κουλτούρα του οργανισμού και στοιχεία της εθνικής κουλτούρας εισέρχονται στους οργανισμούς. (Hofstede 2001, Schein 2004, Koopman, 1999, Lok & Crawford 2004, Van Muijen et al 1999, Papalexandris & Panayotopoulou, 2004).

Ιστορικά, διανοητές όπως ο Κικέρωνας ή ο Επίκουρος αναρωτήθηκαν εάν υπάρχουν δεσμευτικοί κανόνες οι οποίοι συνέχουν εκ φύσεως στην ανθρώπινη δράση παντού και πάντοτε ή εάν όλοι οι κανόνες που διέπουν τη δράση απορρέουν από τα εκάστοτε ιστορικά και μεταβαλλόμενα ήθη και έθιμα των λαών. (Jurgen R., et al, 1996:136). Ο Κουλουγλιώτης Ν., (1995:83), θεωρεί ότι κάθε ανθρώπινη ομάδα ή κοινωνία έχει τη δική της κουλτούρα. Οι άνθρωποι σε διαφορετικές κουλτούρες πράττουν διαφορετικά και συνήθως αξιολογούν τη συμπεριφορά των άλλων με όρους της δικής τους κουλτούρας. Το φαινόμενο αυτό λέγεται **εθνοκεντρισμός**. Για παράδειγμα ο τρόπος που εφαρμόζει κάθε χώρα τις θεωρίες της οργάνωσης και της διοίκησης είναι διαφορετικός από χώρα σε χώρα και επηρεάζεται από την κουλτούρα της και αυτό διότι, κάθε οργανισμός αποτελεί μέρος, υποσύστημα ή μια υποκουλτούρα του ευρύτερου περιβάλλοντος που δραστηριοποιείται. (Κόντης Θ., 1994:191).

Σύμφωνα με τη θεωρία του συγκριτικού μάνατζμεντ χωρών (comparative management), αναφορικά με τις διοικητικές και εργασιακές πρακτικές, η κουλτούρα είναι συνώνυμη της εθνικότητας. (Scott T., et al., 2003:16).

Στο σημερινό παγκόσμιο περιβάλλον, οι πολυεθνικές εταιρείες λαμβάνουν υπόψη τους τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε χώρας που δραστηριοποιούνται. Συγκεκριμένα, η κουλτούρα, το νομικό και οικονομικό σύστημα και η οικονομική κατάσταση της χώρας αποτελούν τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορεί να έχουν θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα στην δραστηριότητα μιας πολυεθνικής εταιρείας. Η **κουλτούρα μιας χώρας** (επικοινωνία, θρησκεία, αξίες, ιδεολογίες,

ταμπού, τυπολατρίες, συμπεριφορές, παιδεία, κοινωνική διαστρωμάτωση) επηρεάζει την επιτυχία ή όχι των πολυεθνικών εταιρειών. Διαφορετικές κουλτούρες απαιτούν διαφορετική συμπεριφορά και διαφορετικό τρόπο οργάνωσης και διοίκησης. (Miroshnik V., 2002, 521-544). Κατά συνέπεια τα διοικητικά στελέχη επιζητούν οργανωσιακές μεθόδους οι οποίες αμβλύνουν τις διαφορές και προσφέρουν ένα ελάχιστο επίπεδο συνεννόησης της διαφορετικότητας. (Παναγιωτοπούλου Ρ., 2004: 89-111).

Ένας από τους ερευνητές που ασχολήθηκε με την επιρροή που ασκεί η εθνική κουλτούρα στην οργανωσιακή ήταν ο Hofstede. Την περίοδο 1968 και 1973 διεξήγαγε μια μεγάλη έρευνα σε ανώτερα στελέχη της IBM σε 55 χώρες στον κόσμο με σκοπό την διερεύνηση διαφορών στον τρόπο διοίκησης των θυγατρικών της εταιρείας από χώρα σε χώρα. Η έρευνα διαπίστωσε ότι η εθνική κουλτούρα υπερέχει ως προσδιοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς των ατόμων έναντι άλλων παραμέτρων. **Κατηγοριοποίησε δε την εθνική κουλτούρα σε πέντε δείκτες:** (G. Hofstede, 1991:139-158, 2001: 373).

- I. **Δείκτης Απόσταση Δύναμης / Power Distance Index.** Αντανακλά το βαθμό που η κουλτούρα υποστηρίζει την απόσταση μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων και μετρά το βαθμό στον οποίο η άνιση κατανομή εξουσίας είναι αποδεκτή από τους εργαζόμενους. Μία κουλτούρα με υψηλό δείκτη απόσταση δύναμης, προτιμά την ιεραρχία και τη γραφειοκρατία, τους ισχυρούς ηγέτες και το σεβασμό προς την ηγεσία. Ένας δείκτης χαμηλής απόστασης δύναμης ευνοεί την προσωπική ευθύνη, την αυτονομία και το δημοκρατικό τρόπο διοίκησης. Σε χώρες όπως οι Φιλιππίνες, το Μεξικό, η Ινδία, και η Βενεζουέλα υπάρχει μεγάλη απόσταση μεταξύ της διευθυντικής ομάδας και του προσωπικού σε αντίθεση με χώρες όπως η Δανία, το Ισραήλ, η Ολλανδία, η Νορβηγία και η Αυστρία όπου η απόσταση είναι μικρή. Στην Ελλάδα, καταγράφηκε ένας υψηλός δείκτης απόστασης δύναμης, αντανακλώντας τα πιστεύω της κοινωνίας που θεωρεί την ιεραρχία και τις ανισότητες μεταξύ των ανθρώπων αποδεκτές. Η διαφορετική διανομή της δύναμης δικαιολογεί το γεγονός ότι οι κάτοχοι δύναμης έχουν περισσότερα οφέλη από λιγότερο ισχυρά άτομα στην ελληνική κοινωνία. (Hofstede G.,2012)

II. Δείκτης Συλλογικότητας ή Ατομικότητας / Collectivism vs

Individualism. Αντανακλά το βαθμό που η κουλτούρα υποστηρίζει την συλλογικότητα έναντι της ατομικότητας. Στις κουλτούρες με συλλογικότητα το συμφέρον της ομάδας είναι σημαντικότερο από το προσωπικό συμφέρον. Τα άτομα ανήκουν σε συνεκτικές, πιστές ομάδες. Στις κουλτούρες με υψηλό δείκτη ατομικότητας, οι ενέργειες των ατόμων υποστηρίζουν την ατομική εξασφάλιση. Η εργασία οργανώνεται έτσι, ώστε τα ατομικά ενδιαφέροντα να συμπίπτουν με αυτά του εργοδότη. Κουλτούρες με μεγάλη οικονομική ανάπτυξη και ψυχρό κλίμα, όπως για παράδειγμα οι Ηνωμένες Πολιτείες, ο Καναδάς, η Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζουν ατομικιστική κουλτούρα. Σε ορισμένες χώρες όπως η Ιαπωνία η ομαδική εργασία είναι πολυτιμότερη σε σχέση με τη εργασία ενός ατόμου. (Schein E., 2004: 180-185). Στην Ελλάδα, κυριαρχεί η συλλογική κουλτούρα, που σημαίνει ότι τα άτομα από τη γέννησης τους και μετά είναι ενσωματωμένα σε μια ισχυρή, συνεκτική ομάδα (που αντιπροσωπεύεται ειδικά από την οικογένεια). (Hofstede G., 2012)

III. Δείκτης Θηλυκότητα έναντι Αρρενωπότητας / Femininity vs

Masculinity: Αντανακλά το βαθμό προσανατολισμού μιας κοινωνίας. Σε κουλτούρες ανδρισμού διακρίνεται η δύναμη θέσης που προέρχεται από τις αμοιβές, τη φιλοδοξία, την ύπαρξη ευκαιριών για κέρδος, την αυτοπραγμάτωση και την επίτευξη των στόχων, χαρακτηριστικά και συμπεριφορές σχετιζόμενες με το αντρικό φύλο. Αντίθετα σε κουλτούρες θηλυκότητας, διαπιστώνεται πίστη στην ποιότητα ζωής, εστίαση στις ανθρώπινες σχέσεις, προτιμάται η ισότητα των δύο φύλων και οι συγκρούσεις επιλύονται με διάλογο. Σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Αυστρία και η Βενεζουέλα, η μελέτη του Hofstede, κατέγραψε κουλτούρα ανδρισμού σε αντίθεση με τη Δανία, Νορβηγία, Σουηδία και Ολλανδία όπου κατέγραψε κουλτούρα θηλυκότητας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες συναντώνται και τα δύο είδη κουλτούρας. (Schein E., 2004: 180-185). Στην Ελλάδα υπερισχύει η κουλτούρα ανδρισμού και τα άτομα θεωρούν προσωπική τιμή την προστασία της οικογένειάς τους. (Hofstede G., 2012).

IV. Δείκτης Αποφυγή αβεβαιότητας / Uncertainty Avoidance: Αντανακλά το βαθμό στον οποίο τα άτομα απαιτούν καθορισμένα όρια και σαφείς δομές. Ένας υψηλός δείκτης αποφυγή αβεβαιότητας, σημαίνει προτίμηση στους τυπικούς κανόνες και στις δομές, αποφυγή της αβεβαιότητας από απειλούμενες καταστάσεις, μεγαλύτερη ασφάλεια εργασίας, αντίσταση στην καινοτομία και επιδίωξη στη σταθερότητα. (Γαλλία, Ελλάδα, Ιαπωνία). Στις χώρες όπου ο δείκτης αποφυγή της αβεβαιότητας είναι χαμηλός τα άτομα επιδιώκουν την καινοτομία, δεν αισθάνονται ανασφάλεια και υπάρχει συχνή αλλαγή εργασίας (Σουηδία, Ηνωμένες Πολιτείες). (Ζαβλανός Μ., 2002:405). Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο δείκτη στην αποφυγή αβεβαιότητας που σημαίνει ότι τα άτομα δεν αισθάνονται ασφάλεια σε διαφορετικές καταστάσεις. (Hofstede G.,2012)

V. Δείκτης Μακροπρόθεσμος εναντίον Βραχυπρόθεσμου προσανατολισμού/Long-term vs Short-term Orientation. Ο υψηλός δείκτης μακροπρόθεσμου προσανατολισμού αντανακλά το βαθμό που μια κουλτούρα οραματίζεται το απώτερο μέλλον με επιμονή και μακροπρόθεσμα σχέδια ενώ ο χαμηλός δείκτης σχετίζεται με την εστίαση στο παρόν, στην παρακώλυση της αλλαγής και το σεβασμό στη παράδοση. Στην Ελλάδα και στη Ρωσία ο προσανατολισμός είναι βραχυπρόθεσμος, γιατί τονίζονται περισσότερο οι παραδοσιακές αξίες και οι κοινωνικές υποχρεώσεις. Στην Κίνα όμως ο προσανατολισμός είναι μακροπρόθεσμος. (Ζαβλανός Μ., 2002:405).

Ο Hofstede τονίζει ότι οι διαπολιτιστικές διαφορές ασκούν σημαντική επίδραση στο τρόπο οργάνωσης και στις διοικητικές πρακτικές ενός οργανισμού και οι οργανωσιακές αξίες αντανακλούν εκείνες της εθνικής κουλτούρας.

Σημαντική **διαπολιτισμική έρευνα**, εκτός του ανωτέρω μελετητή, διεξήχθη από το House R., και 180 ερευνητές σε 62 χώρες (ανάμεσα τους και η Ελλάδα) την περίοδο 1994-1997, με σκοπό την ανάπτυξη κοινωνικών και οργανωσιακών εργαλείων μέτρησης της κουλτούρας και των ηγετικών συμπεριφορών σε παγκόσμιο επίπεδο. Το πρόγραμμα ονομάστηκε **GLOBE (Global Leadership and Organizational Behavioral Effectiveness)** και οι ερευνητές επιλέχθηκαν ως άριστοι γνώστες της κουλτούρας της χώρας που αντιπροσώπευαν, με κύριο έργο τη συλλογή ποιοτικών και

ποσοτικών δεδομένων από οργανισμούς των χωρών τους. (Koopman P., et al, 1999:503-520).

Οι στόχοι του Ερευνητικού Προγράμματος GLOBE ήταν να απαντήσουν σε 5 βασικές ερωτήσεις: (House, R.J., et al, 2004)

- Υπάρχουν ηγετικές συμπεριφορές και οργανωσιακές πρακτικές οι οποίες είναι παγκοσμίως αποδεκτές και αποτελεσματικές;
- Υπάρχουν ηγετικές συμπεριφορές και οργανωσιακές πρακτικές οι οποίες είναι αποδεκτές μόνο εθνικά;
- Με ποιο τρόπο οι διαφορές στην κουλτούρα επηρεάζουν τα είδη ηγεσίας και τις οργανωσιακές πρακτικές;
- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά κάθε εθνικής κουλτούρας σε σχέση με τις διαστάσεις που έθεσε το πρόγραμμα;
- Μπορούν τα ειδικά εθνικά χαρακτηριστικά της ηγεσίας να επεξηγηθούν από τη θεωρία της διαφορετικότητας της εθνικής κουλτούρας;

Το πρόγραμμα ανέπτυξε **εννέα κλίμακες** για την περιγραφή της κουλτούρας: (Hofstede M, 2007)

1. **Απόσταση Ισχύος.** Τα μέλη μιας οργάνωσης αποδέχονται ότι η εξουσία θα πρέπει να μοιράζεται δυσανάλογα στον οργανισμό.
2. **Αποφυγή της Αβεβαιότητας.** Τα μέλη του οργανισμού βασίζονται σε γραφειοκρατικές πρακτικές και κανόνες ώστε να αποφύγουν την αβεβαιότητα.
3. **Προσανατολισμός στον Άνθρωπο.** Ανταμοιβή των μελών που συμπεριφέρονται με τρόπο δίκαιο, φιλικό και ευγενικό στους άλλους.
4. **Επιθετικότητα.** Ο βαθμός που τα μέλη είναι ισχυρά, επιθετικά και απαιτητικά στις συναλλαγές τους.
5. **Ισότητα των Φύλων.** Ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός περιορίζει τις διαφορές ρόλων και τη διάκριση των φύλων.
6. **Προσανατολισμός στο Μέλλον.** Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη εμπλέκονται σε μελλοντικές δράσεις όπως σχεδιασμός ή επενδύσεις.
7. **Προσανατολισμός στην Απόδοση.** Η ανταμοιβή βάσει της απόδοσης και τα ποιοτικά αποτελέσματα
8. **Οικογενειακή Συλλογικότητα.** Πίστη και συνοχή στον οργανισμό.

9. **Οργανωτική Συλλογικότητα.** Ο βαθμός που οι οργανώσεις ανταμείβουν τη συλλογική προσπάθεια.

Από την επεξεργασία των δεδομένων, βρέθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ της εθνικής κουλτούρας στην οποία λειτουργεί ο οργανισμός και στην κουλτούρα του οργανισμού. Επιπρόσθετα, ο τομέας δραστηριοποίησης καθορίζει σε ένα μεγάλο βαθμό τις πρακτικές που εφαρμόζει ο οργανισμός και είναι απαραίτητες για την επιβίωση του. Με τη σειρά τους οι πρακτικές αυτές επηρεάζουν την συμπεριφορά και τις αξίες των εργαζομένων και άρα την οργανωσιακή κουλτούρα. (Koopman P., et al, 1999:503-520)

Οι Koopman et al, (1999:503-520) επεξεργάζοντας τα δεδομένα του προγράμματος GLOBE σε 21 ευρωπαϊκές χώρες προσπάθησαν να ανακαλύψουν ομοιότητες και διαφορές στην κουλτούρα και στον τρόπο διοίκησης αυτών των χωρών. Επέλεξαν μεσαία στελέχη (6.052 άτομα) από 3 διαφορετικές βιομηχανίες σε κάθε χώρα. (βιομηχανία τροφίμων, οικονομικές επιχειρήσεις και τηλεπικοινωνίες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορές σε αξίες και συμπεριφορές ανάμεσα στις Βόρειο-Δυτικές και Νότιο-Ανατολικές χώρες της Ευρώπης. Συγκεκριμένα: **Οι βόρειο-δυτικές χώρες** είχαν υψηλότερα σκορ στις κλίμακες: Προσανατολισμός στην Απόδοση, Προσανατολισμός στο Μέλλον, Οργανωτική Συλλογικότητα και Αποφυγή της Αβεβαιότητας. Οι **Νότιο-Ανατολικές χώρες** είχαν υψηλότερα σκορ στις κλίμακες: Απόσταση Ισχύος, Προσανατολισμός στον Άνθρωπο, Οικογενειακή Συλλογικότητα.

Επίσης η Παπαλεξανδρή και η Παναγιωτοπούλου (2004:495-509), χρησιμοποιώντας δεδομένα των Ευρωπαϊκών προγραμμάτων CLOBE και CRANET, εξέτασαν με στατιστικές μεθόδους, εάν τα προγράμματα Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού που εφαρμόζει κάθε χώρα επηρεάζονται από την εθνική κουλτούρα. Η ανάλυση των δεδομένων κατέγραψε ότι, χώρες όπου η κουλτούρα τους έχει στοιχεία «οργανωτικής συλλογικότητας», οι προσλήψεις των εργαζομένων γίνεται με κριτήρια όπως βαθμός προσωπικών δεξιοτήτων και συνεργασίας αυτών μέσω ψυχο-μετρικών τεστ. Στη Δανία η πρόσληψη των συνεργατών γίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για όλα τα ιεραρχικά επίπεδα του οργανισμού. Επιπλέον, για την εγκυροποίηση της διαδικασίας πρόσληψης χρησιμοποιούν συμβούλους. Στη Σουηδία το μεγαλύτερο μέρος των οργανισμών (54,0%) χρησιμοποιεί συμβούλους συνέντευξης για την πρόσληψη. Επίσης στις ίδιες χώρες, οι ομάδες εργασίας είναι αυτόνομες, με

ισχυρούς δεσμούς μεταξύ των μελών της ομάδας και οι προαγωγές βασίζονται σε κριτήρια όπως επίτευξη των στόχων της ομάδας.

Χώρες που χαρακτηρίζονται από «κουλτούρα αποφυγής της αβεβαιότητας» οι πληροφορίες σχετικά με τα οικονομικά και της στρατηγικής του οργανισμού είναι διάχυτες σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Τυπικά παραδείγματα τέτοιων χωρών είναι η Αυστρία, η Δανία, η Φιλανδία, η Σουηδία και η Γερμανία. Αντίθετα σε χώρες όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Τουρκία, όπου επικρατεί η κουλτούρα «απόσταση ισχύος» υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης στους εργαζόμενους για τα οικονομικά θέματα ή θέματα στρατηγικής. Χώρες με κουλτούρες «προσανατολισμός στην απόδοση» ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους τους να είναι σκληροί, ισχυροί και επιθετικοί. Η εκπαίδευση στην υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων είναι λιγότερο σημαντικές σε χώρες όπου επικρατούν οι «κλίμακες αβεβαιότητα για το μέλλον» και «προσανατολισμός στον μέλλον» όπως για παράδειγμα η Δανία η οποία έχει κανόνες και διαδικασίες ώστε να εξασφαλίζει την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων της χωρίς να χρειάζεται επιπλέον προγράμματα εκπαίδευσης.

Οι Van Muijen J., et al, (1999: 551-568), χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο FOCUS, το οποίο βασίζεται στη θεωρία του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών, εξέτασαν εάν η κουλτούρα της χώρας επηρεάζει την οργανωσιακή κουλτούρα. Το δείγμα ήταν 6 χώρες (Βέλγιο, Κροατία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ολλανδία και Πορτογαλία) και συμμετείχαν στην έρευνα 4400 εργαζόμενοι από 61 οργανισμούς (νοσοκομεία, οικονομικές εταιρείες, εταιρείες τροφίμων και βιομηχανίες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν διαφορές στους οργανισμούς από διαφορετικές χώρες. Η χώρα λοιπόν επηρεάζει ομαδικά τους οργανισμούς.

Τέλος, οι Lok P., Crawford J., (2004: 321-338), σε δείγμα 337 ανώτατων στελεχών εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ ανατολικής (Χόνγκ Κόνγκ) και δυτικής κουλτούρας (Αυστραλία) καθώς και τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις προσδοκίες των μάντζερ αναφορικά με το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης και της δέσμευσης. Η έρευνα κατέγραψε ότι οι διαφορές στα εθνικά χαρακτηριστικά όπως για παράδειγμα η απόσταση εξουσίας, η συνεργατικότητα και η ανάληψη κινδύνου είναι καλά εδραιωμένα μεταξύ ανατολής και δύσης. Στους οργανισμούς του Χόνγκ Κόνγκ επικρατεί η **γραφειοκρατική κουλτούρα** και υπάρχει απόσταση εξουσίας μεταξύ του μάντζερ και των εργαζομένων ενώ, στην Αυστραλία επικρατεί

κουλτούρα με στοιχεία **καινοτομίας και συμμετοχικού μάνατζμεντ**. Επίσης τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι μάνατζερ της Αυστραλίας είχαν υψηλότερο βαθμό στην ικανοποίηση από την εργασία και στην οργανωσιακή δέσμευση συγκριτικά με τα ανώτατα στελέχη του Χόνγκ Κόνγκ.

1.8. Βασικές Επιστημονικές Προσεγγίσεις της Τυπολογίας της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Για την περιγραφή των τύπων της οργανωσιακής κουλτούρας έχουν γίνει αρκετές επιστημονικές προσεγγίσεις. Οι ερευνητές, του χώρου της οργανωσιακής κουλτούρας, παρατήρησαν έπειτα από μελέτη οργανισμών, πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Τα κοινά χαρακτηριστικά τα κατηγοριοποίησαν σε τύπους κουλτούρας. Στόχος τους ήταν η δημιουργία χρήσιμων εργαλείων για την καλύτερη κατανόηση των χαρακτηριστικών του οργανισμού. Η καλύτερη κατανόηση συνεισφέρει τόσο στη διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής διοίκησης του οργανισμού στη παρούσα κατάσταση καθώς και μια αποτελεσματική διαχείριση μιας επερχόμενης αλλαγής της κουλτούρας του οργανισμού. Η πρώτη επιστημονική προσέγγιση της κατηγοριοποίησης της οργανωσιακής κουλτούρας, ανήκει στον Harrison το 1972. Ο **Harrison** υποστήριξε ότι οι οργανισμοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με βάση τέσσερις διαστάσεις: την ισχύ, τον ρόλο, το έργο και τον εαυτό τους. Βασιζόμενος στο πλαίσιο αυτό ο **Handy** το 1995 διαμόρφωσε τις τέσσερις αυτές διαστάσεις παραλληλίζοντας τα στοιχεία της κάθε κουλτούρας με ονόματα αρχαιοελληνικών θεοτήτων. (Handy C., 1995:14-16).

1. **Κουλτούρα της Ισχύος ή ΔΙΑΣ:** Αρχή της κουλτούρας αυτής είναι να εξουσιάζει το περιβάλλον και να συντρίψει κάθε αντίσταση ή αντίθεση. Ο έλεγχος ασκείται κεντρικά. Αναγνωρίζει τους ανθρώπους ως προϊόντα αγνοώντας ανθρώπινες αξίες. Είναι απρόθυμη να υποκύψει σε οποιαδήποτε εξωτερική δύναμη. Τα μέλη που είναι αφοσιωμένα ανταμείβονται με εξουσία και αρμοδιότητες.
2. **Κουλτούρα του Ρόλου ή ΑΠΟΛΛΩΝ:** Βασικό στοιχείο της κουλτούρας είναι η νομιμότητα, η τάξη και η τυπική αρμοδιότητα. Ο οργανισμός προσφέρει ασφάλεια στα μέλη του και ανταμείβει εκείνους που αποδίδουν σύμφωνα με τα όσα ζητούνται από τον οργανισμό. Ο οργανισμός δύσκολα αλλάζει και το βάρος δίδεται στους

κανονισμούς και στη γραφειοκρατία. Η δύναμη που απορρέει από τη θέση εργασίας αποτελεί και την κύρια πηγή δύναμης στον οργανισμό.

3. **Κουλτούρα της Επίτευξης ή ΑΘΗΝΑ:** Στην κουλτούρα αυτού του οργανισμού, η δύναμη του ειδικού υπερέχει της δυνάμεως θέσης. Στόχος είναι ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση και κύρια πηγή δύναμης στον οργανισμό είναι η γνώση και η ομαδική εργασία. Η επίτευξη των στόχων αποτελεί το κύριο έργο των μελών του οργανισμού χωρίς να επηρεάζονται από ρόλους, κανόνες ή ιεραρχικές δομές. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με βάση την απόδοση, την ικανότητα και την εμπειρία.
4. **Κουλτούρα με Προσανατολισμό στο Άτομο ή ΔΙΟΝΥΣΟΣ:** Η φιλοσοφία των οργανισμών είναι η εξυπηρέτηση των αναγκών των μελών τους καθώς το άτομο κατέχει κεντρική θέση. Η ιεραρχία και οι μηχανισμοί ελέγχου λειτουργούν μόνο για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των μελών του. Τα μέλη λειτουργούν σχεδόν αυτόνομα. Δίδεται έμφαση στο ταλέντο, στην εμπειρία και στη δημιουργικότητα. Μεταξύ των ατόμων υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, αλληλοβοήθεια, υποστήριξη και προτιμώνται οι συναινετικές μέθοδοι για τη λήψη απόφασης.

Οι **Deal & Kennedy** (1999:109-117), μελετώντας τις πλέον επιτυχημένες επιχειρήσεις των Η.Π.Α., κατέληξαν πρώτον, σε τέσσερις ευδιάκριτους τύπους οργανισμών και δεύτερον, προσδιόρισαν τους δύο παράγοντες που επηρεάζουν τα σχέδια και τις πρακτικές των οργανισμών. Οι δύο παράγοντες είναι:

- Ο βαθμός κινδύνου που συνδέεται με τις βασικές δραστηριότητες μιας επιχείρησης (degree of risk) και
- Η ταχύτητα με την οποία οι επιχειρήσεις μαθαίνουν εάν οι ενέργειες και οι στρατηγικές τους είναι επιτυχείς ή όχι (feedback speed).

Οι τύποι κουλτούρας που προέκυψαν από τους ερευνητές είναι οι κάτωθι:

1. **Ανδροπρεπής κουλτούρα (Macho culture):** Αφορά κουλτούρα οργανισμών (βιομηχανία ψυχαγωγίας, αθλητικές ομάδες και διαφημιστικές εταιρείες) που απολαμβάνουν το ρίσκο και υπάρχει γρήγορη ανατροφοδότηση των αποφάσεων τους. Η ομαδική εργασία δεν εκτιμάται ιδιαίτερα σε αυτή την κουλτούρα και κατά συνέπεια επικρατεί ο ατομικισμός. Θέση στους οργανισμούς έχουν μόνο οι επιτυχημένοι και σκληρά εργαζόμενοι και κατά συνέπεια, είναι αυτοί που

έχουν υψηλές ανταμοιβές. Η κουλτούρα αυτή δεν επικροτεί την μάθηση μέσω των λαθών.

2. **Κουλτούρα της Σκληρής Δουλειάς-Καλής Αμοιβής (Work hard-play hard):**

Σε αυτό τον τύπο κουλτούρας, οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν χαμηλά επίπεδα κινδύνου και η ανατροφοδότηση των επιλογών τους είναι άμεση (εταιρείες πωλήσεων). Προωθείται η ενεργητικότητα στους εργαζόμενους και ο οργανισμός ενδιαφέρεται πρώτα για την ποσότητα και έπειτα για την ποιότητα των προϊόντων. Οι διαγωνισμοί μεταξύ των εργαζομένων είναι συχνοί και «ήρωες» για τον οργανισμό είναι τα άτομα που έχουν υψηλές πωλήσεις. Η πίστη στον οργανισμό αυτόν είναι μειωμένη.

3. **Κουλτούρα της Μακροπρόθεσμης Επένδυσης (Bet your company):**

Σε αυτούς τους οργανισμούς, υπάρχει υψηλός κίνδυνος στη λήψη αποφάσεων ενώ οι εργαζόμενοι θα πρέπει να περιμένουν αρκετό διάστημα για να ενημερωθούν για την επιτυχία ή όχι των ενεργειών τους. Λόγω της αναγκαιότητας λήψης των σωστών αποφάσεων, βαρύτητα δίδεται στην ομαδική εργασία για το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την εκτέλεση των αποφάσεων. Οι φαρμακοβιομηχανίες είναι ένα παράδειγμα αυτής της κουλτούρας, όπως και οι επιχειρήσεις πετρελαίου, αερίου και οι αρχιτεκτονικές εταιρίες.

4. **Κουλτούρα των Διαδικασιών (process culture):**

Σε αυτή την κουλτούρα η ανατροφοδότηση είναι αργή, και το επίπεδο ρίσκου χαμηλό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε αυτό τον τύπο κουλτούρας είναι οι δημόσιοι οργανισμοί. Λόγω της έλλειψης άμεσης ανατροφοδότησης, οι εργαζόμενοι δεν επικεντρώνονται στο αποτέλεσμα αλλά στη διαδικασία. Εκτιμάται η τεχνική τελειότητα και η υπερβολική εμμονή με τους κανονισμούς.

Ο **Denison** (1990) αναγνώρισε ότι, ηγετικές συμπεριφορές, πρακτικές διαχείρισης, οργανωτικές στρατηγικές και ιδιαίτερα γνωρίσματα ενός οργανισμού μπορούν να συνδεθούν με τέσσερις τύπους κουλτούρας καθώς και με δύο διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση είναι ο **βαθμός εσωστρέφειας** ή **εξωστρέφειας** που διακρίνει έναν οργανισμό και η δεύτερη διάσταση είναι ο **βαθμός προτίμησης στη σταθερότητα ή στην αλλαγή**. (www.denisonconsulting.com).

Οι τύποι κουλτούρας που προέκυψαν είναι:

1. **Συμμετοχική κουλτούρα (involvement culture).** Χαρακτηριστικά ενός τέτοιου είδους κουλτούρας είναι η ενδυνάμωση των μελών, η συμμετοχική εργασία και η ανάπτυξη των ικανοτήτων των ανθρωπίνων πόρων. Ο οργανισμός χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια και είναι εύκολος στην αλλαγή.
2. **Ισχυρή κουλτούρα (Consistency culture).** Η κουλτούρα διακρίνεται από ισχυρά πιστεύω και αξίες που δημιουργούν την έννοια της ταυτότητας και της ολοκλήρωσης στα μέλη, από διάθεση συμφωνίας στις αποφάσεις και συντονισμό ενεργειών. Επίσης, διακρίνεται από εσωστρέφεια και σταθερότητα.
3. **Προσαρμοστική κουλτούρα (Adaptable culture).** Είναι η κουλτούρα που εστιάζει στον πελάτη, στην οργανωσιακή μάθηση και είναι δεκτική στα μηνύματα του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η εξωστρέφεια της, την βοηθά στην αλλαγή και στην επιβίωση του οργανισμού.
4. **Κουλτούρα Αποστολής (mission culture).** Χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια και σταθερότητα στους στόχους, στους σκοπούς, στο όραμα και στη στρατηγική κατεύθυνση του οργανισμού.

Οι **Sonnenfeld J., & Peiperl M.**, (1989:588-600), από την πλευρά τους, κατέγραψαν τέσσερις (4) τύπους κουλτούρας που ανταποκρίνονται σε 4 διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας οργανισμών.

1. **Academy culture:** Αναφέρεται σε οργανισμούς με σταθερό περιβάλλον και μέλη με υψηλές δεξιότητες.
2. **Baseball team:** Τα μέλη, σε ένα τέτοιο οργανισμό, λειτουργούν ως ελεύθεροι επαγγελματίες, με υψηλά αμειβόμενες δεξιότητες και έχουν ιδιαίτερα υψηλή ζήτηση.
3. **Club culture:** Το βασικό χαρακτηριστικό του οργανισμού είναι η συμμετοχική εργασία των μελών καθώς και η εξασφάλιση ενός πνεύματος πίστης και αφοσίωσης.
4. **Fortress:** Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν εάν θα εκδιωχθούν ή όχι. Υπάρχουν ευκαιρίες για εκείνους που διαθέτουν συγκεκριμένες δεξιότητες.

Οι **Cooke & Lafferty (1989)** έχουν εντοπίσει τρεις τύπους οργανωσιακής κουλτούρας σε πρακτικές οργανισμών:

1. Την **εποικοδομητική ή θετική**, όπου η εστίαση της προσοχής βρίσκεται στην αυτοπραγμάτωση, στον ουμανισμό, στη δημιουργία δεσμών και στα επιτεύγματα.
2. Την **παθητική ή αμυντική**, όπου η εστίαση της προσοχής βρίσκεται στην έγκριση, στην εξάρτηση, στη συμφωνία ή στην αποφυγή.
3. Την **επιθετική ή αμυντική**, όπου η εστίαση της προσοχής βρίσκεται στον ανταγωνισμό, στη μάχη για την τελειότητα, στην ισχύ και στην αντίρρηση.

Ο **Hofstede** θέλοντας να συνδέσει την εθνική με την οργανωσιακή κουλτούρα παρουσίασε έξι διαστάσεις κουλτούρας που συναντώνται σε πρακτικές οργανισμών. Η κάθε διάσταση αποτελεί μία πλευρά της κουλτούρας, που μπορεί να μετρηθεί και να συγκριθεί σε σχέση με άλλες. (Gutterman A.2010).

1. **Κουλτούρα προσανατολισμένη στις διαδικασίες ή στα αποτελέσματα.** Στην κουλτούρα προσανατολισμένη στις διαδικασίες υπάρχει έντονο τεχνικό και γραφειοκρατικό σύστημα, τυπικοί κανόνες, αποφυγή ρίσκου και μεγάλη απόσταση δύναμης. Αντιθέτως στην κουλτούρα προσανατολισμένη στο αποτέλεσμα παρουσιάζεται ανάληψη ρίσκου και πρωτοβουλία και τα μέλη είναι εξοικειωμένα με διαρκείς προκλήσεις. Στόχος είναι, η επίτευξη των αποτελεσμάτων χωρίς να δίδεται ιδιαίτερη σημασία με ποια διαδικασία επιτεύχθηκαν.
2. **Κουλτούρα προσανατολισμένη στην εργασία ή στους ανθρώπους.** Στην πρώτη περίπτωση, υπάρχει πίεση για ολοκλήρωση της εργασίας και η ηγεσία εστιάζει στην αποδοτικότητα και μόνο των μελών του ενώ στη δεύτερη, τα μέλη του οργανισμού αισθάνονται μέλη μιας οργανωσιακής ομάδας, αισθάνονται ότι τα προσωπικά τους προβλήματα λαμβάνονται υπόψη από την ηγεσία και ο οργανισμός ενδιαφέρεται για την ευεξία τους.
3. **Κουλτούρα με επαγγελματική ή τοπική ταύτιση των εργαζομένων.** Στην κουλτούρα με επαγγελματική ταύτιση, τα μέλη διαθέτουν υψηλά επαγγελματικά προσόντα και η πρόσληψή τους πραγματοποιείται με μοναδικό κριτήριο τις ικανότητές τους ενώ, στην κουλτούρα με τοπική ταύτιση τα μέλη προέρχονται από το κοινωνικό / οικογενειακό περιβάλλον του οργανισμού.
4. **Κουλτούρα ανοικτού ή κλειστού συστήματος.** Η συγκεκριμένη διάσταση της κουλτούρας αναφέρεται στον τρόπο επικοινωνίας που χρησιμοποιεί ο οργανισμός με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον ή με τους νεοεισερχόμενους στον

οργανισμό. Στο ανοιχτό σύστημα, τα νέα μέλη πολύ γρήγορα νιώθουν την αποδοχή της ομάδας, ενώ στην αντίθετη περίπτωση υπάρχει τυπικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο δείκτης αποφυγή της αβεβαιότητας είναι χαμηλός σε αυτή τη περίπτωση.

5. **Κουλτούρα αυστηρού ή χαλαρού ελέγχου.** Η κουλτούρα του αυστηρού ελέγχου, εστιάζεται στην ακρίβεια, στο χρονικό προγραμματισμό, στην τυπικότητα και στηρίζεται αρκετά στην τεχνολογία. Οργανισμοί όπως τράπεζες ή φαρμακευτικές εταιρείες διακατέχονται από κουλτούρα αυστηρού ελέγχου. Αντιθέτως, σε ερευνητικά εργαστήρια ή διαφημιστικές εταιρείες συναντάται η κουλτούρα του χαλαρού ελέγχου.
6. **Κουλτούρα ρεαλιστική (ευέλικτη) ή κανονιστική (άκαμπτη).** Η διάσταση της κουλτούρας αναφέρεται στις μεθόδους που συχνά χρησιμοποιεί ο οργανισμός στις συναλλαγές του γενικά με το περιβάλλον του και ειδικά με τους πελάτες τους. Οργανισμοί που σχετίζονται με πωλήσεις προϊόντων ή υπηρεσιών τείνουν να έχουν ρεαλιστική κουλτούρα σε αντίθεση με οργανισμούς που εφαρμόζουν το νόμο και που διακατέχονται από κανονιστική κουλτούρα.

Οι **Goffee & Jones** (1998:33), υποστηρίζουν ότι μπορεί να υπάρξει κατανόηση των επιχειρηματικών οργανισμών μέσω της κοινωνιολογίας η οποία χωρίζει τις ανθρώπινες σχέσεις σε δύο ευδιάκριτες διαστάσεις:

Την Αλληλεγγύη (Solidarity) και την Κοινωνικότητα (Sociability). Και οι δύο διαστάσεις έχουν θετικά και αρνητικά στοιχεία.

Η **αλληλεγγύη** είναι ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται με τον ίδιο τρόπο, έχουν κοινούς στόχους και αμοιβαία συμφέροντα. Η κύρια κατευθυντήρια δύναμη στις αποφάσεις τους είναι η λογική. Η θετική αλληλεγγύη ενισχύει την εργασία να γίνει αποδοτική και αποτελεσματική. Η αρνητική αλληλεγγύη δεν φροντίζει για τους άλλους και μπορεί να έχει υψηλά επίπεδα εσωτερικής σύγκρουσης.

Η **κοινωνικότητα** μετρά την ειλικρινή φιλικότητα ανάμεσα στα μέλη και προέρχεται από την αμοιβαία εκτίμηση για τους συναδέλφους. Η κύρια κατευθυντήρια δύναμη στις αποφάσεις είναι το συναίσθημα και ο κοινωνικός προβληματισμός. Οργανώσεις με υψηλό βαθμό κοινωνικότητας χαρακτηρίζονται από κοινά ενδιαφέροντα και όμοιο τρόπο σκέψης και δράσης. Η θετική κοινωνικότητα δημιουργεί ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον με περιθώρια ανάπτυξης και δημιουργικότητας.

Η αρνητική κοινωνικότητα καλύπτει τα άλλα μέλη και ανέχεται την κακή απόδοση στο όνομα της φιλίας.

Η διασταύρωση των δύο διαστάσεων συστηματοποιεί τέσσερις τύπους οργανωσιακής κουλτούρας γνωστό ως το διπλό S (Solidarity – Sociability) που βασίζονται στον υψηλό ή χαμηλό βαθμό αλληλεγγύης και κοινωνικότητας όπως παρακάτω:

1. **Κουλτούρα Δικτύου (network culture):** Η κουλτούρα, σε αυτή τη περίπτωση, χαρακτηρίζεται από υψηλή κοινωνικότητα και χαμηλά χαρακτηριστικά αλληλεγγύης. Τα τελετουργικά τέτοιων οργανώσεων είναι ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτα. Τα μέλη είναι πολύ φιλικά μεταξύ τους και γιορτάζουν τα προσωπικά γεγονότα όπως για παράδειγμα τα γενέθλια. Υπάρχει ιεραρχία αλλά υπάρχουν και άτυποι θεσμοί. Λόγω όμως του χαμηλού βαθμού αλληλεγγύης είναι δύσκολο να υπάρξει ομοιογένεια των διαφορετικών ομάδων και τμημάτων του οργανισμού. Συνήθως τα άτομα δαπανούν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους στη συνέχιση των προσωπικών ημερήσιων διατάξεων.
2. **Κουλτούρα Πειθαρχίας ή Μισθοφόρων (Mercenary Culture):** Η κουλτούρα διακρίνεται από υψηλή αλληλεγγύη και χαμηλή κοινωνικότητα. Όλη η επικοινωνία των μελών βασίζεται αποκλειστικά σε επιχειρησιακά θέματα και υπάρχει σαφής διαχωρισμός της εργασίας και της κοινωνικής ζωής. Οι οργανισμοί ανταποκρίνονται γρήγορα στις αντιληπτές απειλές ή τις ευκαιρίες του εξωτερικού περιβάλλοντος και είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικοί. Λειτουργούν πολύ καλά σε συνθήκες της γρήγορης αλλαγής. Ως μειονέκτημα του συγκεκριμένου τύπου κουλτούρας είναι η μη κοινή συνεργασία μεταξύ των μελών.
3. **Κατακερματισμένη κουλτούρα (Fragmented Culture):** Χαρακτηρίζεται από χαμηλό βαθμό αλληλεγγύης και κοινωνικότητας. Οι οργανωτικές ιδιότητες στα μέλη δεν είναι ορατές αλλά αναγνωρίζονται ως αυτόνομοι επαγγελματίες. Τα άτομα δεν συνδέονται με φιλικά συναισθήματα, είναι μυστικοπαθείς και δεν συμφωνούν εύκολα σχετικά με τους οργανωτικούς στόχους, τους παράγοντες επιτυχίας ή την κατεύθυνση του οργανισμού. Τα μέλη επίσης, δεν αισθάνονται υποχρέωση προς τον οργανισμό και συνήθως δεν εργάζονται σε έναν κοινό χώρο. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν ευκαιρίες συνεργασίας μεταξύ τους.

4. **Κουλτούρα Κοινότητας (Communal Culture):** Χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αλληλεγγύης και κοινωνικότητας. Συνήθως συναντάται σε ώριμους οργανισμούς αλλά και σε οργανισμούς που βρίσκονται στο ξεκίνημά τους. Τα μέλη έχουν υψηλή αίσθηση της οργανωτικής ταυτότητας και συνδέονται φιλικά μεταξύ τους. Υπάρχει δίκαιη διανομή του κινδύνου και της ανταμοιβής. Είναι δίκαιοι και ακριβείς. Λόγω όμως των φιλικών σχέσεων που αναπτύσσονται, πολλές φορές, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ευθύνη του κάθε μέλους σε έναν τομέα εργασίας.

Η **πλειοψηφία των προαναφερόμενων ερευνητών** τονίζει ότι, δεν υπάρχει ένας ευδιάκριτος τύπος κουλτούρας που να χαρακτηρίζει τον οργανισμό, αλλά συνυπάρχουν στοιχεία από διάφορους τύπους κουλτούρας. Επιπρόσθετα, ανάλογα το στάδιο ανάπτυξης που βρίσκεται ένας οργανισμός μπορεί να αλλάξει τύπο κουλτούρας καθώς μεταβάλλονται οι ανάγκες του.

1.9 Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών και η Τυπολογία των Cameron & Quinn

Το θεωρητικό **Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών** καθώς και η τυπολογία των **Cameron & Quinn**, αναλύεται ξεχωριστά από τις υπόλοιπες ερευνητικές προσεγγίσεις του χώρου της οργανωσιακής κουλτούρας, γιατί συνιστά τη θεωρητική βάση προσέγγισης της παρούσας διατριβής. Οι ως άνω ακαδημαϊκοί, θεωρούνται κορυφαίοι ερευνητές της οργανωσιακής κουλτούρας και η κατηγοριοποίηση της κουλτούρας που έχουν προτείνει έχει γίνει ευρέως αποδεκτή από τους περισσότερους μελετητές.

Η θεωρία τους, έχει αναγνωριστεί ότι έχει μία υψηλού βαθμού συμφωνία με πολύ γνωστές και αποδεκτές πλευρές που οι άνθρωποι οργανώνουν τον τρόπο που σκέφτονται, τις αξίες τους και τα πιστεύω τους. Επίσης, η σπουδαιότητα της εν λόγω προσέγγισης συνίσταται πρώτον, στο ότι ολοκληρώνει ή συνθέτει τις προηγούμενες προσεγγίσεις και δεύτερον, εξηγεί ότι η αποτελεσματικότητα της οργάνωσης και η μέτρησή της είναι τελικά ζήτημα αξιών. (Μπουραντάς Δ., 2002:89).

Η **θεωρία** του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών αναπτύχθηκε έπειτα από έρευνα κατανόησης και καταγραφής των κύριων δεικτών αποτελεσματικότητας των οργανισμών. Οι ερευνητές στη προσπάθειά τους αυτή έθεσαν τρεις καίριες ερωτήσεις: (Cameron K., Quinn R., 2006:34).

- Ποια είναι τα κύρια κριτήρια που χαρακτηρίζουν έναν οργανισμό ως αποτελεσματικό;
- Ποιοι παράγοντες καθορίζουν την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού; και
- Ποιοι δείκτες κρίνουν έναν οργανισμό αποτελεσματικό;

Το 1983, οι Quinn & Rohrbaugh, ανέλυσαν στατιστικά μια λίστα 39 δεικτών που δημιούργησαν οι Campbell J και συν. (1974) που πίστευαν ότι εμπεριέχει τις σημαντικότερες μετρήσεις της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Έπειτα, από τη στατιστική ανάλυση των 39 δεικτών αποτελεσματικότητας, συστηματοποίησαν τα κριτήρια αποτελεσματικότητας και κατέληξαν στη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών. (Kalliath T., et al.,1999: 143-158).

Οι ερευνητές τονίζουν ότι, οι οργανισμοί είναι δυναμικοί και πολύπλοκοι και απαιτείται από τους ηγέτες να ανταποκρίνονται σε πολλούς ρόλους και πολλές καταστάσεις. Η συμπεριφοριακή πολυπλοκότητα απαιτεί ένα άτομο να είναι αποτελεσματικό δρώντας σε πολλαπλούς ρόλους και παρουσιάζοντας διαφορετικές πολλές φορές **ανταγωνιστικές συμπεριφορές**. (Lawrence K., et al, 2009:87-102).

Η αναγνώριση ότι οι οργανισμοί οδηγούνται ταυτόχρονα σε ανταγωνιστικές κατευθύνσεις και περιέχουν παράλληλα ποικίλα συστατικά οδήγησαν τελικά τον Quinn & Cameron στη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών ή στη θεωρία του **παράδοξου μοντέλου**, αναφορικά με την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα. (Whetten D., Cameron K., Mathew J.,1996)

Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών δεν επιχειρεί να εξετάσει πανοραμικά την οργανωσιακή κουλτούρα. Επιχειρεί να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα. Βασική παραδοχή του μοντέλου είναι ότι οι οργανισμοί μπορούν να περιγραφούν με **βάση δύο διαστάσεις**.

Η **πρώτη διάσταση** εστιάζει είτε στο **εσωτερικό**, μικρό-περιβάλλον του οργανισμού (εσωτερικές διαδικασίες και δυναμικές) και στην ανάπτυξη των ανθρώπων του, είτε, στο **εξωτερικό** μάκρο-περιβάλλον και στην ανάπτυξη του οργανισμού. (Tianyuan Y., Nengquan W., 2009:37-42). Το εσωτερικό ενός οργανισμού συνδέεται με την εσωτερική οργάνωση και το εσωτερικό κλίμα. Αντίθετα, το εξωτερικό συνδέεται με στοιχεία όπως αγορά, ανταγωνισμός, πελάτης, καινοτομία, εξελίξεις. (Μπουραντάς Δ., 2002:559)

Η **δεύτερη** διάσταση σχετίζεται με την προτίμηση του οργανισμού για **ευελιξία** ή **έλεγχο** στη δομή του. (Tianyuan Y., Nengquan W., 2009:37-42). Υπάρχουν οργανισμοί που δίνουν έμφαση στον έλεγχο, στη σταθερότητα, στην προβλεψιμότητα, στην ιεραρχία και στις διαδικασίες. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν οργανισμοί που δίνουν έμφαση στην ευελιξία, στην ελευθερία πρωτοβουλιών, στην ομαδική και προσωπική δέσμευση και στις ανεπίσημες σχέσεις. (Μπουραντάς Δ., 2002:559)

Ο συνδυασμός των δύο αυτών διαστάσεων δημιουργεί **τέσσερα μοντέλα οργανωσιακής** κουλτούρας:

1. **Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων**
2. **Μοντέλων Ανοικτού Συστήματος**
3. **Μοντέλο Στόχων-Αποδοτικότητας**
4. **Ιεραρχικό – Γραφειοκρατικό Μοντέλο**

Κάθε **μοντέλο** εκπροσωπεί **μια θεωρία, μια φιλοσοφία, μια ματιά** στον τρόπο που λειτουργεί ένας οργανισμός. (O'Neill R., Quinn R., 1993:1-7)

Η ονομασία τους, χαρακτηρίζει τα πιο ξεχωριστά στοιχεία του οργανισμού καθώς και τις **κυρίαρχες αξίες** που σχετίζονται με την κουλτούρα τους, συνεισφέροντας στην αναγνώριση του γεγονότος ότι στους οργανισμούς ενυπάρχουν διαφορετικές τάσεις και προσανατολισμοί. Η ονομασία των μοντέλων προήλθε από τη βιβλιογραφία και προσδιορίζει πώς, με την πάροδο του χρόνου, οι διαφορετικές μορφές οργάνωσης απορρέουν από τις διαφορετικές οργανωτικές αξίες. Για παράδειγμα, **ιεραρχικό μοντέλο**: Weber (1947), **στόχοι-αποδοτικότητα**: Williamson (1975), **μοντέλο ανθρωπίνων πόρων** Ouchi (1981), και **μοντέλο ανοικτού συστήματος** Mintzberg (1986). (Cameron K., 2004).

Αναλυτικά, τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του κάθε μοντέλου οργανωσιακής κουλτούρας είναι τα κάτωθι:

1. **Clan Culture - Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων.** Αυτός ο τύπος κουλτούρας είναι εστιασμένος στο εσωτερικό του οργανισμού και χαρακτηρίζεται ως «οικογενειακός» τύπος οργάνωσης. Δίνεται έμφαση όχι τόσο στον τυπικό έλεγχο αλλά στην παράδοση, την εμπιστοσύνη, την αυτοδέσμευση, στην ομαδική εργασία και τη συναίνεση και η επιλογή και προαγωγή των εργαζομένων γίνεται με γνώμονα το βαθμό αφομοίωσης στην κουλτούρα του οργανισμού. Η ηγεσία πιστεύει ότι ο οργανισμός μπορεί να διοικηθεί καλύτερα με τη συμμετοχική διοίκηση και την

ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων. Οι πελάτες θεωρούνται ως συνέταιροι και ενισχύουν τη συμμετοχή και την πίστη των υπαλλήλων. Κυρίαρχο στοιχείο του οργανισμού είναι η συμμετοχή, η δέσμευση και η επικοινωνία. Ο επικεφαλής του οργανισμού είναι μέντορας, δάσκαλος και προάγει τη συνοχή, την άτυπη επικοινωνία και τους άτυπους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων. Γνωρίζει τις ανάγκες των εργαζομένων και η κύρια ευθύνη του είναι να ενεργοποιήσει τη συμμετοχή τους. Ως στόχος των οργανισμών, που λειτουργούν με το ως άνω μοντέλο είναι η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, η συνοχή, το υψηλό ηθικό και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Ως αποτελεσματικότητα ορίζουν τη συμμετοχή των ανθρωπίνων πόρων στη λήψη αποφάσεων. Το στυλ διοίκησης που ακολουθούν είναι η διοίκηση ομάδων, η διοίκηση διαπροσωπικών σχέσεων και η διοίκηση της ανάπτυξης. Η επιτυχία ορίζεται ως το άριστο εσωτερικό κλίμα της επιχείρησης. Παραδείγματα εφαρμογής του μοντέλου αυτού αποτελούν πολλές Ιαπωνικές επιχειρήσεις. (Cameron K., Quinn R., 2006:41,46-47,94,128).

2. **Entrepreneurial-Adhocracy Culture - Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος.**

Ονομάζεται και «**αναπτυξιακό μοντέλο**» (developmental). Ο οργανισμός εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον. Ενισχύεται η πρωτοβουλία, η ευελιξία, η δημιουργικότητα, η καινοτομία και ο δυναμισμός. Αποτελεί τύπο κουλτούρας σύγχρονων οργανισμών που επενδύουν στην έρευνα για την ανάπτυξη νέων προϊόντων για το μέλλον. Αλλάζουν και προσαρμόζουν γρήγορα τους στόχους της επιχείρησης όταν οι συνθήκες της αγοράς το απαιτούν. Τίποτε δεν είναι σταθερό. Οι ρόλοι, οι αρμοδιότητες και οι τίτλοι των εργαζομένων αλλάζουν ανάλογα τις συνθήκες. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει οργανόγραμμα και φυσικό περιβάλλον εργασίας. Διαφορετικά προβλήματα απαιτούν διαφορετικούς ανθρώπους ή ομάδες εργασίας. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον εργασίας όλοι εμπλέκονται με την παραγωγή, με τους πελάτες, με την έρευνα και την ανάπτυξη. Κυρίαρχο στοιχείο της κουλτούρας είναι η δημιουργικότητα και η καινοτομία. Ο επικεφαλής λειτουργεί ως επιχειρηματίας-οραματιστής, προσανατολίζεται στον κίνδυνο, στην καινοτομία και στο μέλλον. Γνωρίζει πολύ καλά σε ποια ακριβώς κατάσταση βρίσκεται ο οργανισμός και αναζητά ευκαιρίες ανάπτυξης. Ως αποτελεσματικότητα ορίζουν τα καινοτόμα προϊόντα. Το στυλ διοίκησης είναι η ενθάρρυνση της καινοτομίας, η διοίκηση του μέλλοντος και η διοίκηση της συνεχούς βελτίωσης. Στόχος των

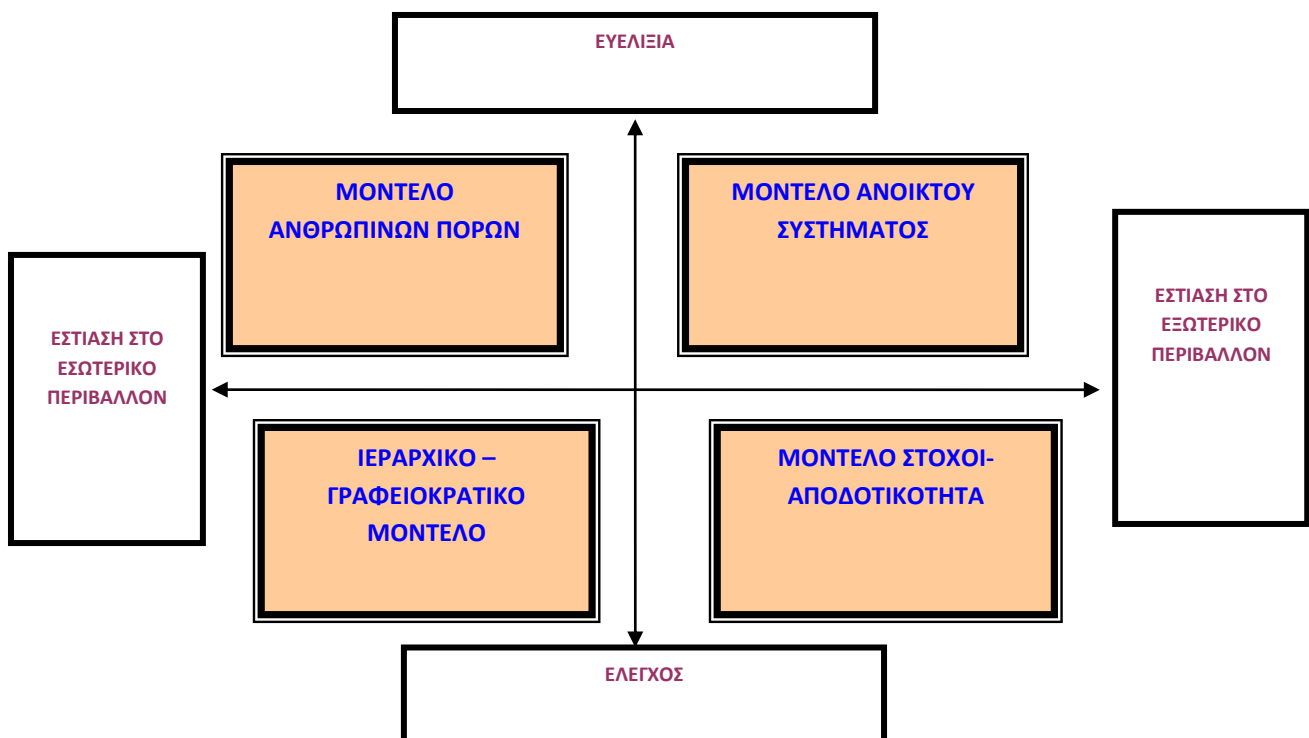
οργανισμών που εφαρμόζουν το μοντέλο αυτό κουλτούρας είναι η ανάπτυξη, η απόκτηση πόρων, η ευελιξία, η ετοιμότητα, η εξωστρέφεια. Ο τύπος αυτού του μοντέλου συναντάται σε επιχειρήσεις προϊόντων πληροφορικής, διαστημικών προγραμμάτων, κ.ά. (Cameron K., Quinn R., 2006:43,46-47,94,128).

3. **Market Culture-Μοντέλο Στόχου/Αποδοτικότητα.** Ο οργανισμός που εφαρμόζει αυτόν τον τύπο κουλτούρας, εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον και στη διαφοροποίηση. Το είδος αυτό αναπτύχθηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1960 ως ο οργανισμός που επιβιώνει στις νέες ανταγωνιστικές προκλήσεις. Είναι ο οργανισμός που λειτουργεί ως αγορά από μόνος του. Κέρδος, αποτελέσματα από τη βάση, υψηλή θέση στην αγορά και εξασφάλιση πελατών αποτελούν τα χαρακτηριστικά του. Ο ξεκάθαρος στόχος και η επιθετική στρατηγική στην αγορά οδηγούν στην παραγωγικότητα και στο κέρδος. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών περιορίζονται στην επίτευξη των στόχων και την ολοκλήρωση του έργου ενώ ορίζονται στη βάση της αμοιβαιότητας και ανταποδοτικότητας (απόδοση- αμοιβές). Οι άνθρωποι που ηγούνται, τέτοιου είδους οργανισμούς, διακρίνονται για το ανταγωνιστικό τους πνεύμα, την αποφασιστικότητα και την ικανότητά τους στην παρακίνηση των άλλων. Η ηγεσία είναι σκληρή και απαιτητική. Το στυλ διοίκησης που εφαρμόζουν είναι η διοίκηση της ανταγωνιστικότητας, η διοίκηση εξυπηρέτησης πελατών και η ενεργοποίηση εργαζομένων. Ορίζουν την αποτελεσματικότητα ως ανταγωνιστικότητα και επικέντρωση στους πελάτες. Οι στρατηγικές ποιότητας που ακολουθούν είναι η ικανοποίηση των πελατών, η βελτίωση παραγωγής, η δημιουργία εξωτερικών συνεργασιών και η ανταγωνιστικότητα. Ως στόχο έχουν την παραγωγικότητα, την αποδοτικότητα, τη στοχοθεσία και τον προγραμματισμό. (Cameron K., Quinn R., 2006:39,46-47,94,128).

4. **Bureaucratic-Hierarchy Culture - Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο.** Ο τύπος αυτός οργάνωσης αναπτύχθηκε από τον κοινωνιολόγο Max Weber αφού μελέτησε κυβερνητικούς οργανισμούς στην Ευρώπη και πρότεινε το γραφειοκρατικό τύπο οργάνωσης. Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από ρόλους, εξειδίκευση, αξιοκρατία, ιεραρχία, έλεγχο και προβλεψιμότητα. Σε έναν οργανισμό με τέτοιου είδους κουλτούρα η συμπεριφορά των μελών καθορίζεται από τυπικούς κανόνες και σταθερές διαδικασίες ενώ ο συντονισμός αυτών επιτυγχάνεται με σχέσεις ιεραρχικής αναφοράς. Η προσοχή εστιάζεται στις εσωτερικές διαδικασίες,

στη σταθερότητα και την ολοκλήρωση. Η προαγωγή γίνεται με τυπικά προκαθορισμένα βήματα. Η μακροπρόθεσμη επιτυχία του οργανισμού είναι η σταθερότητα και η προβλεψιμότητα. Κυρίαρχο στοιχείο του εν λόγω οργανισμού είναι ο έλεγχος και η σταθερότητα. Οι επικεφαλής των οργανισμών, σε αυτό το μοντέλο, είναι ικανοί συντονιστές, ελεγκτές και οργανωτές. Δεν παρεκκλίνουν από την ιεραρχία και το οργανόγραμμα. Ο έλεγχος τους βασίζεται στον έλεγχο της πληροφορίας. Το στυλ διοίκησης που εφαρμόζουν είναι η διοίκηση της κοινωνικοποίησης, η διοίκηση συντονισμού και η διοίκηση ελέγχου. Πιστεύουν ότι ο έλεγχος και η αποδοτικότητα δημιουργούν παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Οι στρατηγικές ποιότητας που ακολουθούν είναι η εξάλειψη του λάθους, η τήρηση της ιεραρχίας και οι σταθερές διαδικασίες. Στόχος των οργανισμών είναι η σταθερότητα, η ισορροπία, οι κανονισμοί και τα συστήματα πληροφοριών. Παράδειγμα οργανισμών με αυτό το μοντέλο κουλτούρας είναι οι δημόσιοι οργανισμοί. (Cameron K., Quinn R., 2006:37,46-47,94,128).

Σχήμα 1.3 Τα μοντέλα και οι διαστάσεις κουλτούρας των Cameron & Quinn



Πηγή: Cameron & Quinn(2006:95)

Το πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών που παρουσιάστηκε ανωτέρω, **θεωρείται ως ένα πλέγμα που διακρίνεται σε τέσσερα μοντέλα κουλτούρας και εστιάζεται σε δύο διαστάσεις**. Τα μοντέλα που γειτνιάζουν **μοιάζουν μεταξύ τους ως προς κάποιες αξίες**. Για παράδειγμα, το Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων & το Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος έχουν ως κοινή αξία την ευελιξία. Το Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος & το Μοντέλο Στόχοι/Αποδοτικότητα έχουν κοινό την εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον. Το Μοντέλο Στόχοι/Αποδοτικότητα & το Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο έχουν κοινό την αξία του ελέγχου. Το Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο & το Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων έχουν ως κοινή αξία την εστίαση στο εσωτερικό περιβάλλον. Τα μοντέλα που βρίσκονται σε αντίθετη κατεύθυνση έχουν και **αντίθετες μεταξύ τους αξίες**. Για παράδειγμα των Ανθρωπίνων πόρων είναι αντίθετο με το μοντέλο των Στόχων-Αποδοτικότητας ενώ το Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό είναι αντίθετο με αυτό του Ανοιχτού Συστήματος. (Lamond D., (2003: 46-59)

Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών ονομάστηκε έτσι διότι τα κριτήρια του κάθε μοντέλου με μια **πρώτη ματιά μοιάζουν να έχουν άπειρες διαφορές μεταξύ τους**. (O'Neill R., Quinn R., 1993:1-7). Η θεωρία αναγνωρίζει το **παράδοξο περιβάλλον που λειτουργούν οι οργανισμοί**. Οι ηγέτες δεν θα πρέπει μόνο να διαχειρίζονται την καθημερινή λειτουργία των οργανισμών βασιζόμενοι στους πόρους του οργανισμού, αλλά επιπλέον, θα πρέπει να βρουν ισορροπία μεταξύ των ανταγωνιστικών προσδοκιών που δρουν στον οργανισμό. Υπό αυτό το πρίσμα, οι οργανισμοί θα πρέπει να σκέφτονται μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα, να είναι άκαμπτοι και εύκαμπτοι, αποκεντρωμένοι και συγκεντρωτικοί, να προσδιορίζουν τους στόχους με τους διαθέσιμους πόρους και να ενδιαφέρονται τόσο για την ικανοποίηση των εργαζομένων όσο και τις ανάγκες των πελατών. (Tianyuan Y., Nengquan W., 2009:37-42). Ένας οργανισμός μπορεί να είναι απλός και λογικός, δυναμικός και παράδοξος, πολύπλοκος και σύνθετος. Μπορεί να έχει δύο ή περισσότερες μορφές ταυτόχρονα. Μπορεί να επιδιώκει την ανάπτυξη και την επέκταση από τη μία αλλά ταυτόχρονα να εφαρμόζει τυπικούς κανόνες επικοινωνίας μεταξύ των μελών του οργανισμού και έλεγχο των πληροφοριών. Μπορεί να δίνει έμφαση σε προγράμματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού αλλά ταυτόχρονα να απαιτεί και εκπλήρωση των στόχων του οργανισμού.

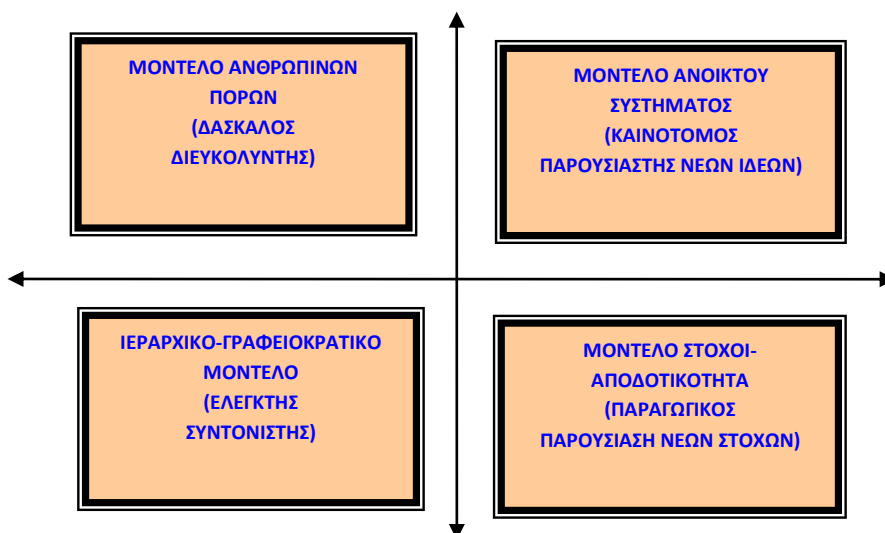
Σε έναν οργανισμό, όλες οι παραπάνω παράμετροι, είναι σημαντικοί και ουσιαστικοί για την επιβίωση και την εξέλιξη του. (O'Neill R., Quinn R., 1993:1-7). Οι Whetten D., Cameron K., Mathew J., (1996) υποστηρίζουν ότι κανένα οργανωσιακό μοντέλο δεν είναι καλύτερο από κάποιο άλλο, έτσι κανένα μοντέλο αποτελεσματικότητας δεν έχει πλεονέκτημα σε σχέση με κάποιο άλλο. Όπως αναφέρει και ο Μπουραντάς Δ., (2003:202), *«Στη πραγματικότητα σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να υπάρξει ένα αμιγές μοντέλο. Αυτό που συμβαίνει είναι να υπάρχουν στοιχεία και από τα τέσσερα μοντέλα με λιγότερη ή περισσότερη έμφαση σε ένα ή περισσότερα από αυτά. Το μείγμα των στοιχείων από τα τέσσερα αυτά μοντέλα μπορεί και πρέπει να είναι εναρμονισμένο με το περιβάλλον, τη στρατηγική και τα υπόλοιπα θεμελιώδη ενδεχόμενα»*.

Η θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών είναι ταυτόχρονα και μέθοδος ανάλυσης των ικανοτήτων των ηγετών. Σε έναν οργανισμό, η **συμπεριφοριακή ηγετική πολυπλοκότητα** χαρακτηρίζει εκείνο το άτομο που έχει την ικανότητα να αποδίδει σε πολύπλοκους ρόλους και συμπεριφορές που το απαιτεί κάθε φορά το επιχειρησιακό περιβάλλον. Ο **ηγέτης** πρέπει να μπορεί να διαφοροποιεί τη συμπεριφορά του μέσα στο Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών όταν οι συνθήκες της καθημερινής λειτουργίας το απαιτούν. Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών είναι το μοναδικό θεωρητικό πλαίσιο αναφοράς στη διεθνή βιβλιογραφία που καταγράφει αυτούς τους διαφορετικούς ρόλους που εκτελεί ο ηγέτης σε έναν οργανισμό και υπογραμμίζει ότι, για την αποτελεσματικότητα του οργανισμού απαιτείται η διαχείριση αυτών των διαφορετικών και ανταγωνιστικών ρόλων από την πλευρά του ηγέτη. (Lawrence K., et al, 2009: 87-102). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι ηγέτες που μπορούν να ισορροπήσουν ή να διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους κάθε φορά στις διαφορετικές ανταγωνιστικές καταστάσεις, έχουν πιθανότητα υψηλού βαθμού ηγετικής συμπεριφοριακής πολυπλοκότητας και είναι πιο ευέλικτοι στις οργανωσιακές απαιτήσεις με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών έχει εφαρμοστεί σε ποικίλους οργανισμούς για τον προσδιορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας, για το στυλ διοίκησης και πως αυτό επιδρά στην αποτελεσματικότητα καθώς και για τη σχέση κουλτούρας και ανάπτυξης των οργανισμών. Άλλοι ερευνητές χρησιμοποίησαν το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών για να μελετήσουν τον οργανωσιακό κύκλο ζωής, την συμφωνία μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και στρατηγικής, την

αποτελεσματικότητα των πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης, και την οργανωσιακή επικοινωνία. (Kalliath T., et al.,1999:143-158).

Σχήμα 1.4 Ικανότητες Ηγετών ανά Μοντέλο Κουλτούρας



Kinghorn B, et al, (2007: 526-534)

Οι Cameron K., και Quinn R., βασιζόμενοι στη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών, διαμόρφωσαν το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI). Έχει χαρακτηριστεί, από πλειάδα ερευνητών, ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο στην οργάνωση και κατανόηση μιας ευρείας ποικιλίας οργανωσιακών φαινομένων που συμβαίνουν σε ένα οργανισμό καθώς και στη καταγραφή του χάσματος μεταξύ παρούσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας.

Το συγκεκριμένο αυτό ερευνητικό εργαλείο θα αναλυθεί, σε επόμενο κεφάλαιο διεξοδικά, λόγω της χρησιμοποίησής του, ως εργαλείο συλλογής των δεδομένων, της παρούσας διατριβής.

1.10. Σύνοψη Κεφαλαίου

Η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας, ως αντικείμενο μελέτης, ξεκίνησε από την επιστήμη της ανθρωπολογίας, τις δεκαετίες 1940 και 1950, ακολούθησε η επιστήμη της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής ψυχολογίας και τέλος μελετητές της οργανωτικής και διοικητικής επιστήμης άρχισαν να ενδιαφέρονται και να διερευνούν τι σημαίνει η

μελέτη των οργανισμών ως κουλτούρες. Οι ορισμοί που καταγράφηκαν, την τελευταία 30ετία, για την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, ποικίλλουν ανάλογα με τον επιστημονικό κλάδο που προέρχεται ο μελετητής. Γενικότερα, περιλαμβάνει έννοιες όπως κοινές αξίες, πρότυπα, ιστορίες, έθιμα, τελετουργίες, οργανωσιακά σύμβολα, κοινές προσδοκίες, στάσεις, κανόνες συμπεριφοράς, τρόπος δράσης και ιδιότητες. Οι ακαδημαϊκοί συγγραφείς συμφωνούν ότι, η κουλτούρα περιλαμβάνει είτε ορατές οργανωτικές δομές και διαδικασίες, είτε αποδεκτές αξίες και πιστεύω, είτε βαθύτερες και ασυνείδητες πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές. Όλα τα προαναφερόμενα προσδίδουν το σύνολο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του οργανισμού. Όπως ακριβώς η προσωπικότητα καθοδηγεί και επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου, με τον ίδιο τρόπο η κουλτούρα επηρεάζει τη συμπεριφορά των μελών ενός οργανισμού. (Πίνακας 1.2).

Διαφορετικές είναι οι απόψεις των θεωρητικών, σχετικά με τη διοίκηση και διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας. Στην ανθρωπιστική προσέγγιση, η κουλτούρα είναι μέρος του οργανισμού, μη διαχωριζόμενη έννοια από αυτό που είναι ο οργανισμός και συνεπώς είναι αδύνατον για την ηγεσία να διαχειριστεί τα υποσυνείδητα πιστεύω και αξίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Στην κοινωνιολογική προσέγγιση, ο οργανισμός έχει κουλτούρα η οποία λειτουργεί ως κοινωνική και κανονιστική «κόλλα», κρατά τον οργανισμό δεμένο και προσδίδει ταυτότητα στα μέλη του. Τέλος, υπάρχουν και οι θεωρητικοί, όπως ο Schein, που πιστεύουν ότι η διαχείριση της κουλτούρας σε βαθύτερο επίπεδο είναι δύσκολο να επιτευχθεί εντούτοις, τα πιο ορατά επίπεδα αυτής μπορούν να χειραγωγηθούν.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κατάλληλη και κοινή για όλα τα μέλη κουλτούρα βοηθά στην ανταγωνιστικότητα, στην αποτελεσματικότητα, στην αποδοτικότητα, στην ποιότητα, στην παραγωγικότητα και στην μακροπρόθεσμη επιτυχία ενός οργανισμού. (Πίνακας 1.3).

Στο σημερινό μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον, με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πελατών, την παγκοσμιοποίηση, τις νέες τεχνολογίες και τη χαοτική ροή των πληροφοριών, οι οργανισμοί καλούνται πρώτον, να επιβιώσουν και να προσαρμοστούν στο νέο μεταβαλλόμενο σκηνικό και δεύτερον, να δημιουργήσουν το κατάλληλο κλίμα στον οργανισμό ώστε να υπάρξει εσωτερική ολοκλήρωση.

Για την καλύτερη κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας, έχουν αναπτυχθεί, επιστημονικές τεχνικές καταγραφής, κατανόησης καθώς και κατηγοριοποίησης αυτής όπως η θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών και το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI). Έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν εργαλεία εντοπισμού των παραγόντων της κουλτούρας που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα καθώς και αποτελούν μέθοδος ανάλυσης των ικανοτήτων των ηγετών. (Πίνακας 1.6).

Διαπιστώνεται έτσι ότι, σήμερα υπάρχει το θεωρητικό πλαίσιο αλλά και τα εργαλεία κατανόησης και συστηματοποίησης της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού και αποτελούν μελετητικά εχέγγυα περαιτέρω ερευνητικής διερεύνησης σε ιδιαίτερα επιχειρησιακά συστήματα όπως αυτό του συστήματος υγείας.

Πίνακας 1.2: Ορισμοί της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Argyris & Schon 1978	Οι διανοητικές συλλήψεις που οι εργαζόμενοι μοιράζονται μεταξύ τους και δημιουργούν ένα δίκτυο νοημάτων.
Pettigrew A. 1979	Σύστημα κοινών, συλλογικών αντιλήψεων που έχει γίνει αποδεκτό από μια δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο και αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο της ομάδας τη θέση του μέσα σε αυτή.
Tichy N. 1982 & Deal & Kennedy 1982	Κοινωνική σύνδεση (μέσω κοινών αξιών, κοινών τελετουργικών, κοινών συμβόλων και κοινής εξειδικευμένης γλώσσας) που ενώνει και διατηρεί τους οργανισμούς. Τα μέλη του οργανισμού νιώθουν μέλη μιας κοινωνικής ομάδας.
Smircich 1983	Εξωτερική ανεξάρτητη μεταβλητή που εξηγεί ομοιότητες ή διαφορές στη συμπεριφορά των διοικήσεων σε διαφορετικές χώρες. Εξαρτημένη μεταβλητή που προσδιορίζει το αποτέλεσμα των οργανωσιακών δραστηριοτήτων και διαδικασιών σύμφωνα με τις κοινωνικό-πολιτισμικές διαστάσεις τις οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού.
Ouchi W. & Wilkins A. 1985	Φιλοσοφία που καθοδηγεί μια οργάνωση προς την πολιτική της απέναντι στους εργαζόμενους ή τους πελάτες της.
Cooke & Rousseau 1988	Σύνολο κοινών γνώσεων σε μέλη μιας κοινωνικής ομάδας που είναι επίκτητο μέσω της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής διαδικασίας.
Hofstede G. 1994	Η κουλτούρα δεν αποτελεί περιουσία των ατόμων αλλά των ομάδων και εκδηλώνεται μέσω τεσσάρων εννοιολογικών πεδίων-πρακτικών: των συμβόλων, των ηρώων, των τελετουργικών και των αξιών. Το καθένα από αυτά επιδρά σε διαφορετικά επίπεδα βάθους μέσα στην οργάνωση.
Handy C. 1995, Λειβαδάς Λ. 2003	Η βάση πάνω στην οποία οικοδομείται ο τρόπος δράσης των ανθρώπων της επιχείρησης.
Denison D. 1996	Κοινές αντιλήψεις που μοιράζονται όλοι οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού οι οποίες αναπτύσσονται και γίνονται γνωστές μέσω μιας διαδικασίας κοινωνικοποίησης.
Kostova 1999	Συγκεκριμένοι τρόποι διαχείρισης των οργανωτικών λειτουργιών που έχουν αναπτυχθεί με το πέρασμα των χρόνων σε έναν οργανισμό. Οι τρόποι αυτοί αντικατοπτρίζουν τις κοινές γνώσεις και ικανότητες του οργανισμού.
Seel R. 2000	Αποτέλεσμα των συνεχών διαπραγματεύσεων σχετικά με τις αξίες, τα πιστεύω και τους κανόνες μεταξύ των μελών του οργανισμού και του περιβάλλοντός τους.
Cameron K. 2004	Κοινωνικά κατασκευασμένη ιδιότητα των οργανώσεων που χρησιμεύει ως σύνδεση «κοινωνικής κόλλας» των μελών της οργάνωσης.
Kotter J. 2001	Οι κανόνες συμπεριφοράς που διδάσκονται και επιβάλλονται στα μέλη & οι κοινές αξίες που μοιράζονται

	τα περισσότερα μέλη μιας ομάδας, αξίες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά της ομάδας.
Ogbor J. 2001	Ηγεμονική διαιώνιση, ένας μηχανισμός νομιμοποίησης, που επιβάλλεται στα μέλη από την ανώτατη διοίκηση μέσα από κανόνες συμπεριφοράς, πεποιθήσεις και στάσεις, τα οποία δέχονται τα μέλη του οργανισμού ως αυτονόητα.
Ζαβλανός Μ. 2002	Ο τρόπος με τον οποίο τα πράγματα διαμορφώνουν το γίνεσθαι μέσα στον οργανισμό.
Van den Beng P. & Wilderom C. 2004	Κοινές προσδοκίες που έχουν οι εργαζόμενοι στις οργανωσιακές πρακτικές που εφαρμόζουν οι οργανισμοί.
Jones G. 2010	Κοινές αξίες και κανόνες που ελέγχουν τις δράσεις και αντιδράσεις των μελών του οργανισμού μεταξύ τους, με τους προμηθευτές, τους πελάτες και άλλους ανθρώπους έξω από τον οργανισμό.
Schein E. 2004	Ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί από μια ομάδα (ηγεσία) καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά. Επίπεδα οργανωσιακής κουλτούρας κατά τον συγγραφέα: Τα επιφανόμενα (ορατές οργανωτικές δομές και οι διαδικασίες), Οι αποδεκτές αξίες (στρατηγικές, οι στόχοι και η φιλοσοφία του οργανισμού), Οι βασικές βαθύτερες παραδοχές (ασυνείδητες και δεδομένες πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα τα οποία αποτελούν την πηγή των αξιών και της συμπεριφοράς).

Πίνακας 1.3 : Χρησιμότητα Μελέτης της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Pfeffer J.& O'Reilly C. 2000, Cameron K. 2004, Platonova E. et al, 2006	Η κατάλληλη προς τον οργανισμό κουλτούρα αποτελεί πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.
Claver E., et al, 1999	Παρέχει κατανόηση των αντιδράσεων των μελών ενός οργανισμού, στην εισαγωγή νέων τεχνολογιών, στον τρόπο διάχυσης της πληροφορίας, στη συνεργασία ατόμων ή ομάδων μέσα στον οργανισμό, στη μείωση της ανάληψης κινδύνων για προγράμματα που δεν δέχονται τα μέλη και στην αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών από τα παρεχόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες ενός οργανισμού.
Cameron & Quinn, 2006 Boan D., Funderburk F. 2003	Η γνώση της οργανωσιακής κουλτούρας παρέχει μεγαλύτερη επιτυχία σε προγράμματα ανασχεδιασμού διαδικασιών, εισαγωγή προγραμμάτων διοίκησης ολικής ποιότητας, περικοπή κόστους με τη μείωση προσωπικού ή προγράμματα στρατηγικού σχεδιασμού.
Deal & Kennedy 1999, Sullivan E. Drucker P.,	Η γνώση της οργανωσιακής κουλτούρας παρέχει μεγαλύτερο βαθμό επιτυχίας σε συγχωνεύσεις

2009	οργανισμών.
Kotter & Heskett 1992	Η κατάλληλη προς τον οργανισμό κουλτούρα παρέχει υψηλότερες επιδόσεις.
Μπουραντάς Δ. 2002	Θεωρείται κρίσιμη μεταβλητή αναφορικά με την ανταγωνιστικότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την μακροπρόθεσμη επιτυχία.
Barney, 1986, Fisher & Alford, 2000 Rotemberg & Saloner, 1993	Υπάρχει δυναμική σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας με την χρηματοοικονομική απόδοση του οργανισμού.
Owens 1987, Ouchi, 1981, Kotter & Heskett, 1992, Cameron and Quinn, 1999	Οι ενσωματωμένες σταθερές αξίες, πιστεύω και συμπεριφορές, οδηγούν σε υψηλού επιπέδου λειτουργία του οργανισμού.
Calori and Sarnin 1991, Denison D., Mishra A., 1995, Ogbonna E, Harris L, 2000	Ισχυρή σχέση μεταξύ της ανάπτυξης ενός οργανισμού και της κατάλληλης και ομοιόμορφης κουλτούρας.
Deal and Kennedy, 1982, Heck and Marcoulides, 1989, Gordon, 1985	Κατάλληλες, ως προς την κουλτούρα, διοικητικές πρακτικές οδηγούν σε θετική συμπεριφορά των εργαζομένων και άρα σε παραγωγικότητα.
Martin and Siech, 1983	Υπάρχει επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην παραγωγικότητα των οργανισμών και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
Mathew J. 2007, & Barney J.1986	Μπορεί να αυξήσει τα κίνητρα των εργαζόμενων για την επίτευξη των συμφερόντων του οργανισμού. Επηρεάζει την αποδοτικότητα και είναι το καθοριστικό στοιχείο που ενθαρρύνει την καινοτομία και την ευελιξία του οργανισμού.
Barney J., 1986	Δυναμική σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας με την ικανοποίηση των πελατών, την ικανοποίηση των εργαζόμενων, την καινοτομία, και την προσαρμοστικότητα του οργανισμού.
Boan D., Funderburk F., 2003	Στο νοσοκομειακό χώρο έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα, όπως ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και ασφάλεια του ασθενή.
Scott T., et al, 2003	Η κατάλληλη προς το νοσοκομειακό οργανισμό κουλτούρα συνδέεται με υψηλότερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα όσο και με ικανοποίηση των υλικών και κοινωνικών αναγκών των μελών των οργανισμών.
Davies H., et al 2007	Σύνδεση της κουλτούρας με την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα
Shortell, et al 1995	Πρωθεί την διασφάλιση της ποιότητας
Rondeau V., Wagar T., 1998	Συμβάλλει στην ποιότητα φροντίδας ασθενών
Goodman A., et al 2001, Gifford D., et al 2002	Συνδέεται με την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων
Meterko M., et al 2004	Η κατάλληλη κουλτούρα συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών
Mannion R., Davies H., Marshall M., 2005	Στο επιχειρησιακό νοσοκομειακό χώρο συμβάλλει: στην οικονομική αποδοτικότητα μέσω των αξιών και συμπεριφορών των μελών σχετικά με τον τρόπο και τη διαδικασία παραγωγής και κοστολόγησης.

	• στην ισότητα μέσω των ηθικών κανόνων συμπεριφοράς προς τους ασθενείς. • στους οικονομικούς και κοινωνικούς στόχους που προσβέβει ο οργανισμός. • στη συνεργασία και στις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών του οργανισμού καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου

Πίνακας 1.4 : Είδη Οργανωσιακής Υποκουλτούρας

Martin J., 1992	1. Ενοποιημένη κουλτούρα. 2. Διαφοροποιημένη κουλτούρα. 3. Διασπαζόμενη κουλτούρα.
Schein E., 2004	1. Λειτουργική κουλτούρα (operator culture) 2. Μηχανική- τεχνοκρατική (engineering culture) 3. Διευθυντική κουλτούρα (executive culture)
Mannion R., Davies H., Marshall M., 2005	1. Επαυξητικές κουλτούρες (υποστήριξη της κυρίαρχης κουλτούρας) 2. Ορθογωνικές κουλτούρες (υποστήριξη και της κυρίαρχης και των υποκουλτούρων) 3. Αντίθετες κουλτούρες (αμφισβήτηση της κυρίαρχης κουλτούρας)

Πίνακας 1.5 : Κατηγοριοποίηση της Οργανωσιακής Κουλτούρας με βάση την Εθνική Κουλτούρα

Hofstede G., 1991	1. Δείκτης Απόσταση Δύναμης / Power Distance Index 2. Δείκτης Συλλογικότητας ή Ατομικότητας / Collectivism vs Individualism 3. Δείκτης Θηλυκότητα έναντι Αρρενωπότητας / Femininity vs Masculinity 4. Δείκτης Αποφυγή αβεβαιότητας / Uncertainty Avoidance 5. Δείκτης Μακροπρόθεσμος εναντίον Βραχυπρόθεσμου προσανατολισμού/Long-term vs Short-term Orientation
House, R.J., et al, 2004	1. Απόσταση Ισχύος. 2. Αποφυγή της Αβεβαιότητας. 3. Προσανατολισμός στον Άνθρωπο. 4. Επιθετικότητα. 5. Ισότητα των Φύλων. 6. Προσανατολισμός στο Μέλλον.

	7. Προσανατολισμός στην Απόδοση. 8. Οικογενειακή Συλλογικότητα. 9. Οργανωτική Συλλογικότητα.

Πίνακας 1.6: Τυπολογία της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Handy C., 1995	1. Κουλτούρα της Ισχύος ή ΔΙΑΣ 2. Κουλτούρα του Ρόλου ή ΑΠΟΛΛΩΝ 3. Κουλτούρα της Επίτευξης ή ΑΘΗΝΑ 4. Κουλτούρα με Προσανατολισμό στο Άτομο ή ΔΙΟΝΥΣΟΣ
Deal E. & Kennedy A., 1999	5. Ανδροπρεπής κουλτούρα (Macho culture) 6. Κουλτούρα της Σκληρής Δουλειάς-Καλής Αμοιβής (Work hard-play hard) 7. Κουλτούρα της Μακροπρόθεσμης Επένδυσης (Bet your company) 8. Κουλτούρα των Διαδικασιών (process culture)
Denison D., 1990	1. Συμμετοχική κουλτούρα (involvement culture) 2. Ισχυρή κουλτούρα (Consistency culture) 3. Προσαρμοστική κουλτούρα (Adaptable culture) 4. Κουλτούρα Αποστολής (mission culture)
Sonnenfeld J., & Peiperl M., 1989	1. Academy culture 2. Baseball team 3. Club culture 4. Fortress
Cooke A., & Lafferty R., 1989	1. Εποικοδομητική ή θετική 2. Παθητική ή αμυντική 3. Επιθετική ή αμυντική
Hofstede G., 1991	1. Κουλτούρα προσανατολισμένη στις διαδικασίες ή στα αποτελέσματα 2. Κουλτούρα προσανατολισμένη στην εργασία ή στους ανθρώπους 3. Κουλτούρα με επαγγελματική ή τοπική ταύτιση των εργαζομένων 4. Κουλτούρα ανοικτού ή κλειστού συστήματος 5. Κουλτούρα αυστηρού ή χαλαρού ελέγχου 6. Κουλτούρα ρεαλιστική (ευέλικτη) ή κανονιστική (άκαμπτη)
Goffee R. & Jones G., 1998	1. Κουλτούρα Δικτύου (network culture)

	2. Κουλτούρα Πειθαρχίας ή Μισθοφόρων (Mercenary Culture) 3. Κατακερματισμένη κουλτούρα (Fragmented Culture) 4. Κουλτούρα Κοινότητας (Communal Culture)
Cameron K., Quinn R., 2006	1. Clan Culture - Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων 2. Entrepreneurial-Adhocracy Culture - Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος 3. Market Culture-Μοντέλο Στόχοι/Αποδοτικότητα. 4. Bureaucratic-Hierarchy Culture - Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οργανωσιακή Κουλτούρα & Δημόσιος Οργανισμός

«Η δημόσια διοίκηση αποτελεί το ανησυχητικό είδωλο της πολιτικής ζωής της χώρας»

(Jean Meynaud)

2.1 Εισαγωγή

Η παρούσα διατριβή, στο ερευνητικό μέρος, πραγματεύεται, κατά συστηματικό και αναλυτικό τρόπο, την καταγραφή του υπάρχοντος και επιθυμητού οργανωσιακού μοντέλου κουλτούρας των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία, τόσο η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των δημοσίων νοσοκομείων, ειδικά ως πεδίο μελέτης, όσο και το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας των δημοσίων οργανισμών και της δημόσιας διοίκησης.

Με τον όρο **δημόσια διοίκηση** χαρακτηρίζεται, το σύνολο μέσων και ενεργειών που αποσκοπούν στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος για την ικανοποίηση του γενικού συμφέροντος των πολιτών ενός κράτους. Η δημόσια διοίκηση μιας χώρας αποτελεί μέρος του κρατικού μηχανισμού και είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της κοινωνικής πραγματικότητας. Ανήκει στην κατηγορία των ανοικτών συστημάτων που δέχονται ποικίλες επιρροές από το εξωτερικό περιβάλλον και προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο υπηρεσίες.

Υποστηρίζεται, ότι *«η δομή και η διάρθρωση της δημόσιας διοίκησης, ο τρόπος σκέψεως και η μεθοδολογία δράσεώς της είναι αντανάκλαση των κοινωνικών αξιών, των κοινωνικών συστημάτων, των πεποιθήσεων και των παραδόσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο λειτουργεί»*. (Κόντης Θ., 1998:33,60). Αποτελεί δηλαδή υποσύστημα, είδος μικρο-κοινωνίας, εντεταγμένο σε ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. (Αργυριάδης Δ., 2004:8).

Οι δημόσιοι οργανισμοί αποτελούν βασική άρθρωση του οικονομικού συστήματος, αφού παράγουν αγαθά και υπηρεσίες που είναι απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία των υπολοίπων κλάδων της οικονομίας. (Κέφης Β., 1998:18). Πολλοί δημόσιοι οργανισμοί επιδίδονται σε δραστηριότητες μέσα από τις οποίες υπηρετούνται ύψιστα αγαθά όπως η υγεία. (Ζιανίκας Χ., 1996:89).

Σκοπός των δημοσίων οργανισμών είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και στόχοι αυτών είναι:

1. Η εξυπηρέτηση των πολιτών και η διευκόλυνση της καθημερινής ζωής τους,

2. Η ενίσχυση και η προώθηση της ανάπτυξης και της προόδου της χώρας,
3. Η προαγωγή του δημοσίου συμφέροντος,
4. Η κοινωνική δικαιοσύνη,
5. Η προστασία του φυσικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος και
6. Η συμβολή στον εκσυγχρονισμό της κοινωνίας. (Θεοφανίδης Σ., κ.ά., 1998:17).

Με βάση την πολύπλευρη αυτή αποστολή της δημόσιας διοίκησης είναι αυτονόητο ότι ο κεντρικός αυτός θεσμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνία. Η δημόσια διοίκηση είναι ο υποστηρικτικός μηχανισμός λειτουργίας της οικονομίας σε μια χώρα, ορίζει και στηρίζει δηλαδή τον τρόπο λειτουργίας του θεσμικού πλαισίου εντός του οποίου καλείται να συνυπάρξει κάθε οικονομική και κοινωνική σχέση. Χωρίς το εν λόγω θεσμικό πλαίσιο και τους αντίστοιχους διακανονισμούς κινδυνεύει η ευρυθμία του οικονομικού και κοινωνικού οικοδομήματος.

Οι δημόσιοι οργανισμοί, στην Ελλάδα, είναι κατά κανόνα γραφειοκρατικά δομημένοι. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:33). Έρευνα των Μπουραντά, Αναγνωστέλη και Μαντέ, σε ολόκληρη τη χώρα, το 1986, και χρησιμοποιώντας την τυπολογία του Handy, κατέγραψε ότι, οι δομές των ελληνικών δημόσιων οργανώσεων κατά 67,2%, (σύνολο μοντέλου Απόλλων και Δίας) είναι γραφειοκρατικές και συγχρόνως συγκεντρωτικές, ενώ η διοίκηση έχει αυταρχικό – πατερναλιστικό χαρακτήρα. Στους δημόσιους οργανισμούς ηγούνται διοικήσεις πολιτικών προσώπων, μελών ή οπαδών του κυβερνώντος κόμματος. Η δύναμη και η αυτονομία των στελεχών είναι περιορισμένες. (Μπουραντάς Δ., 2002:557, Παναγιωτοπούλου Ρ., 1997:389). Ιδιαίτερα, υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ της γραφειοκρατικού μοντέλου και του μεγέθους ενός οργανισμού. Όσο παλαιότερος και όσο μεγαλύτερος είναι ο οργανισμός τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της γραφειοκρατίας με περισσότερο έλεγχο και συντονισμό. (Philippidou S. et al, 2004: 317-337). Για την καλύτερη κατανόηση του περιεχομένου του «γραφειοκρατικού μοντέλου», κρίνεται απαραίτητη η ανάλυση του όρου, η ιστορική του προέλευση καθώς και η καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτού.

Γραφειοκρατία, σύμφωνα με τον Ζαβλανό, ορίζεται το μοντέλο της οργάνωσης που έχει σχεδιαστεί για να επιτελεί διοικητικό έργο μεγάλης κλίμακας και να συντονίζει συστηματικά την εργασία πολλών ατόμων. Η δομή της εξουσίας στη γραφειοκρατία βασίζεται στην ισχύ των ορθολογιστικών κανόνων και στην ύπαρξη γραφειοκρατικών

ρυθμιστικών μηχανισμών που είναι αρκετά επεξηγηματικοί και λεπτομερειακοί. Η λέξη «bureau» αρχικά αναφέρονταν στο ύφασμα που κάλυπτε τα γραφεία των Γάλλων ανώτερων κρατικών λειτουργών του 18^{ου} αιώνα. Με το επίθημα, που της προστέθηκε, κατέληξε να αναφέρεται στη διοίκηση που ασκείται από την κυβέρνηση. (Ζαβλανός Μ., 2000:49).

Εμπνευστής, του γραφειοκρατικού μοντέλου οργάνωσης, ήταν ο Γερμανός κοινωνιολόγος **Μαξ Βέμπερ**. Για τον Βέμπερ, η επέκταση και εδραίωση του γραφειοκρατικού μοντέλου, υπήρξε καθοριστικός παράγοντας κοινωνικής αλλαγής. Οραματίστηκε τη γραφειοκρατία ως δύναμη επαναστατική, ικανή να επιφέρει θεσμικές αλλαγές που μπορούσαν να αλλάξουν τη μορφή του κόσμου. Κατά τον Βέμπερ, «η γραφειοκρατία είναι η μορφή κοινωνικής και πολιτικής οργάνωσης που ανταποκρίνεται στις ανάγκες διοίκησης μαζικών κοινωνιών». (Σπανού Κ., 2000: 146). Διακρίνεται δε, κατά τον εμπνευστή, από τους άλλους τύπους ανθρώπινης εξουσίας και ελέγχου για τη μεθοδικότητά της, την αποδοτικότητά της, τη σταθερότητα, την αυστηρότητα και την πειθαρχία. (Ζαβλανός Μ., 2000:50). Η γραφειοκρατία, υπήρξε ιστορικά ένα αποτελεσματικό σύστημα οργάνωσης.

Στους δύο τόμους του έργου του, ο Βέμπερ «Οικονομία και Κοινωνία», το 1921, απαριθμεί τα **χαρακτηριστικά** της γραφειοκρατικής οργάνωσης. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:42, Jurgern R., et al, 1996:236-237, Κέφης Β., 2005:67, Κουλουγλιώτης Ν., 98-99). Συγκεκριμένα:

- Ο εργαζόμενος είναι εξειδικευμένος και ασκεί την εργασία μιας ειδικής περιοχής στη βάση της εκπαίδευσης ή τουλάχιστον της εμπειρίας του. Υπάρχει καταμερισμός αρμοδιοτήτων και ειδικοτήτων.
- Στον οργανισμό επικρατεί η αυστηρή εφαρμογή της ιεραρχίας. Κάθε κατώτερο γραφείο εποπτεύεται και ελέγχεται από κάποιο ανώτερο. Στο πλαίσιο της γραφειοκρατικής διοίκησης, δεν ιεραρχείται μόνο η εξουσία αλλά ταυτόχρονα και η γνώση.
- Ο τρόπος λειτουργίας της οργάνωσης διέπεται από ένα σταθερό σύστημα κανόνων που εφαρμόζονται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.
- Ο ιδανικός ανώτερος υπάλληλος διευθύνει το γραφείο του κατά τρόπο απρόσωπο, χωρίς μίσος ή πάθος και επομένως χωρίς αγάπη ή ενθουσιασμό.
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις δεν έχουν θέση σε έναν αποτελεσματικό οργανισμό.

- Η δραστηριότητα ασκείται χωρίς αυθαιρεσίες και χωρίς αστάθμητους παράγοντες.
- Η επιλογή του προσωπικού βασίζεται πάνω σε τεχνικά προσόντα και προστατεύεται από τις αυθαίρετες απολύσεις.
- Υπάρχει σεβασμός στους κανονισμούς.
- Δίδεται ιδιαίτερη σημασία στον προσανατολισμό της επαγγελματικής καριέρας των στελεχών.

Σύμφωνα με τον Weber, όσο περισσότερο ένας οργανισμός θα είναι κοντά σε αυτό το μοντέλο με τα ως άνω χαρακτηριστικά, δηλαδή, την εξειδίκευση, την προαγωγή βάση της ικανότητας και της εμπειρίας, τις σχεδιασμένες ευκαιρίες καριέρας, τις επαναλαμβανόμενες δράσεις, τους κανόνες που διέπουν τη συμπεριφορά, το αίσθημα δέσμευσης προς την εργασία, την εξειδίκευση ανάλογα την ιεραρχική θέση και ευθύνη, το απρόσωπο κλίμα εργασίας και το αίσθημα καθήκοντος, τόσο πιο αποδοτικός θα είναι. (Bounds et al, 1994:97). Η ταχύτητα, η συνέπεια, η μείωση του κόστους λόγω της τυποποίησης των διαδικασιών, η εξειδίκευση καθώς και η ψυχρή ορθολογιστική διοικητική δράση, πέρα από συναισθηματισμούς, υποστήριζε ότι αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία του μοντέλου και μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου. (Κόντης Θ, 1998:63).

Περαιτέρω, η ειδικευμένη γνώση, η αξιοκρατία και ο επαγγελματισμός εγγυώνται την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα της εργασίας για την επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού. (Σπανού Κ., 2000:148). Θεωρούσε ότι, οργανισμοί που χαρακτηρίζονται από ακρίβεια, συνέχεια, πειθαρχία και αυστηρότητα εμπνέουν εμπιστοσύνη και το κέντρο εξουσίας που βρίσκεται στη κορυφή της ιεραρχικής πυραμίδας του οργανισμού *«αποτελεί το βασικό συνδετικό κρίκο μεταξύ της γραφειοκρατίας και της δημοκρατίας»*. (Σπανού Κ., 2000:147).

Με την υιοθέτηση κανόνων, δεσμεύσεων, προτεραιοτήτων και αξιών, ο οργανισμός αυτό-περιορίζει τη δράση του και κατά συνέπεια μειώνει τα περιθώρια καιροσκοπικής συμπεριφοράς και μεγιστοποιεί την πιθανότητα αφενός μεν να εμπεδωθεί εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών του και αφετέρου δε να αναπτύξει συνεκτικότητα και προσανατολισμό στη δράση του. (Τσούκας Χ., 2004:77). Πίστευε ότι, κάθε στέλεχος βρίσκεται αποκομμένο από την ιδιοκτησία των μέσων της διοίκησης και δεν ιδιοποιείται τη θέση του. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:46).

Ο Βέμπερ τόνιζε επίσης ότι, η γραφειοκρατία συνδέεται με την εξάλειψη από τις δραστηριότητές της των συναισθημάτων που δεν έχουν προβλέψιμο χαρακτήρα. (Σπανού Κ., 2000:148). Ο παράγοντας άνθρωπος, στο γραφειοκρατικό σύστημα, αποτελεί μια εξαρτημένη μεταβλητή, η σημασία του οποίου καθορίζεται πρωτίστως από τον οργανισμό στον οποίο εντάσσεται. (Μπιτσάνη Ε., 2006:79).

Μια άλλη σημαντική, αλλά αντίθετη από τον Βέμπερ, θεωρία που αναπτύχθηκε σχετικά με την γραφειοκρατία, ήταν αυτή του **Καρλ Μαρξ**. Η Μαρξιστική άποψη υποστήριζε ότι τα μέλη των δημοσίων οργανισμών (γραφειοκρατία) αποτελούν μια ειδική κοινωνική κατηγορία και όχι μια τάξη. Εάν και ανήκουν, σύμφωνα με την ταξική τους προέλευση, σε διαφορετικές τάξεις, όταν εισέρχονται στον οργανισμό λειτουργούν με μια ιδιαίτερη εσωτερική ενότητα. Η ταξική τους προέλευση υποχωρεί, σε σχέση μ' αυτό που τα ενοποιεί, δηλαδή, την ταξική τους στάση (Μαλισσός Κ., 1984: 28) και η λειτουργία τους αποσκοπεί στο να επιβάλλει μια ευνοϊκή τάξη πραγμάτων για την άρχουσα τάξη, υπαγορεύοντας τους κανόνες που νομιμοποιούν την κυριαρχία της. (Μπιτσάνη Ε., 2006:91). Την ονόμασε ως «αυτοτελής συντεχνία», της οποίας κινητήρια δύναμη είναι τα συντεχνιακά συμφέροντα των στελεχών της, δηλαδή των γραφειοκρατών. Για τους γραφειοκράτες, *«ο κρατικός μηχανισμός υπάρχει για να εξυπηρετεί τις προσωπικές τους επιδιώξεις και φιλοδοξίες»*. (Σεραφετινίδου Μ., 2003: 116,133).

Ο Λένιν, από την άλλη πλευρά, πίστευε ότι η γραφειοκρατία είναι ένα ουδέτερο εργαλείο που μπορεί να τεθεί στην υπηρεσία των συμφερόντων και σκοπών της εργατικής τάξης. Ο Λένιν θεώρησε ότι, *«από τι στιγμή που το προλεταριάτο καταλαμβάνει την πολιτική εξουσία, οι αξίες, τα κίνητρα και οι στόχοι αυτών που ελέγχουν τον κρατικό μηχανισμό, δεδομένης της ταξικής τους προέλευσης ή/και της κομμουνιστικής τους ιδεολογίας τους «μετουσιώνουν» την αστική γραφειοκρατία σε μοχλό σοσιαλιστικού μετασχηματισμού, καθώς διασφαλίζουν ότι εφεξής θα λειτουργεί υπέρ του κοινωνικού συνόλου*. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:321).

Την τελευταία εικοσαετία, το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας έχει θεωρηθεί, από τους μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας, ως μοντέλο συμμόρφωσης (Feldman, 1985), ως μοντέλο κουλτούρας ελέγχου (Ban C., 1995), ως κουλτούρα διαδικασιών (Dean and Kennedy, 1982) και ως κουλτούρα ρόλου (Handy C., 1995).

Η γραφειοκρατία, θεωρείται αποτελεσματική όταν το περιβάλλον είναι σχετικά σταθερό και προβλέψιμο, οι απαιτήσεις για εκροές και εισροές γνωστές και δεν υπάρχει αρκετά αναπτυγμένη μια οργανωσιακή κουλτούρα. (Μπουραντάς Δ., 2002:108). Αυτό συνέβαινε τους προηγούμενους αιώνες και αυτός ήταν ο λόγος που το γραφειοκρατικό σύστημα, ιστορικά, έχει καταγραφεί ως ένας «κοινωνικός νεωτερισμός». Στον 21^ο αιώνα μάλλον αποτελεί πλέον πληγή. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:22).

Σύμφωνα με τον με τον Μ. Barber (Κόντη Θ., 1998:53), η δημόσια διοίκηση πρέπει να συμφωνεί με το κοινωνικό και το οικονομικό της περιβάλλον, πρέπει απαραίτητα να παρέχει στο περιβάλλον υπηρεσίες που χρειάζεται η κοινωνία και η εσωτερική λειτουργία της πρέπει να είναι τόσο καλή όσο και στην ιδιωτική επιχείρηση.

Στις μέρες μας, τα ανωτέρω υποστηρίζεται ότι δεν ισχύουν και είναι ορατά πρώτον, τα αποτελέσματα του συνεχώς διευρυνόμενου χάσματος που αφήνει πίσω της η κακοδιαχείριση της δημόσιας διοίκησης και δεύτερον, η βαθιά και μακροχρόνια κρίση διοικητικών θεσμών και νοοτροπίας. (Ζιανίκας Χ., 1996:322, 324). Όπως τονίζει ο Μακρυδημήτρης Α., (1999:184), η κατάσταση της δημόσιας διοίκησης είναι προβληματική και απαιτείται η αλλαγή δομής, οργάνωσης και λειτουργίας ώστε να βοηθηθεί και να αναπτυχθεί και η οικονομία.

Οι σύγχρονες γραφειοκρατικές οργανώσεις παρουσιάζουν **αποκλίσεις** από το βεμπεριανό ιδεότυπο. Οι αποκλίσεις αυτές οφείλονται **εν μέρει**, στην ύπαρξη μιας **«άτυπης οργάνωσης»**, εντός της τυπικής, δηλαδή στην ανάπτυξη διαδικασιών, σχέσεων και δραστηριοτήτων που δεν προβλέπονται από τους τυπικούς κανόνες λειτουργίας της γραφειοκρατικής οργάνωσης και μάλιστα συχνά τους αντιβαίνουν. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:67). Ως αποτέλεσμα, υφίσταται η ύπαρξη κέντρων πολλαπλής επικοινωνίας και εξουσίας, πολλές φορές διαφορετικών από εκείνων που συνεπάγεται η αυστηρή εφαρμογή ενός «ορθολογικού γραφειοκρατικού προτύπου». (Χρυσάκης Μ., 2002:3).

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, για να είναι αποτελεσματικός ένας οργανισμός, κατά το βεμπεριανό τύπου οργάνωσης, απαιτείται η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των μελών του. Το συγκεκριμένο μοντέλο κουλτούρας συμπεριφέρεται στον οργανισμό ως μηχανή. (Bounds et al, 1994:307). Ένας οργανισμός όμως, διακρίνεται από το τυπικό σύστημα που αποτυπώνεται σε περιγραφή διεργασιών, διαδικασιών, οργάνων διαγραμμάτων, προδιαγραφών και στη δημιουργία συστημάτων και

υποσυστημάτων αλλά ταυτόχρονα από τις τυπικές σχέσεις. Τα μέλη του οργανισμού «αναπτύσσουν ένα σύστημα σχέσεων, οι οποίες στηρίζονται στις συνειδητές και ασυνειδητές ανάγκες, στις πολιτιστικές αξίες και στην ιδιαιτερότητα της ύπαρξης κάθε ατόμου. Προκύπτει έτσι ένα σύστημα άτυπων σχέσεων ή απλώς ένα άτυπο σύστημα».(Αγραφιώτης Δ., 2003:352-353). Η αλληλεπίδραση αυτή μέσα στον οργανισμό καθιερώνει μια διαρκή, **ανεπίσημη μορφή κοινωνικής κουλτούρα** που επηρεάζει τη συμπεριφορά των μελών. Η επίδραση της ανεπίσημης πάνω στην επίσημη δομής της οργάνωσης μπορεί να έχει θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις για τη λειτουργία της. (Ζαβλανός Μ., 2000:60). Μελέτες παρατηρούν πως οι ανεπίσημες, κοινωνικές διαστάσεις ενός οργανισμού, οι άτυπες δηλαδή σχέσεις, επιδρούν στη μορφή των οργανωτικών δομών και μπορούν να επηρεάσουν την εργασιακή προσπάθεια και δέσμευση. (Mannion R., Davies H., Marshall M., 2005:16).

Η ανθρώπινη πλευρά των μελών ενός οργανισμού έχει ανάγκες και προσδοκίες τις οποίες επιδιώκουν να ικανοποιήσουν μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων και συναλλαγών τους εντός του οργανισμού. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:95). Όπως υποστηρίζεται, οι δημόσιοι οργανισμοί είναι δυναμικοί, υπηρετούνται από ανθρώπους και υπηρετούν ανθρώπους, των οποίων τα συναισθήματα και οι προσδοκίες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, εάν βέβαια αναμένεται κάποιος βαθμός ανάπτυξης μέσα στον οργανισμό. (Παγκάκης Γ., 1986:37).

Η σχολή των ανθρωπίνων σχέσεων έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στις άτυπες ομάδες και στη δυναμική τους. Οι θεωρητικοί των ανθρωπίνων σχέσεων υποστήριξαν ότι η κατανόηση της κοινωνικής συμπεριφοράς απέδειξε ότι η αποτελεσματική διοίκηση και η σωστή οργάνωση πραγματοποιούνται αφού ικανοποιηθούν οι ανάγκες των μελών και υπό την προϋπόθεση ότι η διοίκηση θα παύσει να είναι άκαμπτη και σκληρή, αλλά ευέλικτη και προσαρμοστική. Η αρμονική σύνδεση των στόχων του οργανισμού με τις ανάγκες των μελών γίνεται πράξη, μέσα από τη **συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία των αποφάσεων**. (Κόντης Θ., 1998:57,58). Κατ' επέκταση, για την εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων οργανισμών αλλά και για την αποτελεσματικότητά τους, απαιτείται η κατανόηση τόσο των τυπικών όσο και των άτυπων σχέσεων συνεργασίας και επικοινωνίας που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών των οργανισμών.

2.2. Οι Δυσλειτουργίες της Δημόσιας Διοίκησης

Η λειτουργία και η αποτελεσματικότητα των δημοσίων οργανισμών απασχολεί σχεδόν όλες τις χώρες για αρκετές δεκαετίες. Για τη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα, ήδη το 1965 ο Γάλλος καθηγητής G. Langrod, στο πλαίσιο του οργανισμού οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), διαπίστωσε τα προβλήματα και συνέταξε έκθεση που αφορούσε την αναδιοργάνωσή της. Ως χαρακτηριστικό του ελληνικού δημόσιου τομέα ανέφερε το διαρθρωτικό κατακερματισμό, τη σύγχυση αρμοδιοτήτων, την έλλειψη συντονισμού και την λανθασμένη γραφειοκρατική νοοτροπία. (Κόντης Θ., 1998:156,157). Σήμερα, σχεδόν 50 χρόνια μετά, η δημόσια διοίκηση εξακολουθεί να βασίζεται στη γραφειοκρατική οργάνωση και η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας και της κομματοποίησης των διοικητικών μηχανισμών, καθιστούν ανίσχυρο το πεδίο εφαρμογής των νόμων. (Σούλης Σ., 1999:47). Η δημόσια διοίκηση, όπως προαναφέρθηκε, είναι ένα ανοικτό σύστημα, που δέχεται επιδράσεις από το εξωτερικό περιβάλλον. Τα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται σε αυτή δεν προκαλούνται μόνο από τα όργανα που τη διαχειρίζονται αλλά από τη γενικότερη κοινωνική και πολιτική κατάσταση.

Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της δημόσιας διοίκησης, εκτός από τις πολιτικές και κοινωνικές καταστάσεις, συνδέεται επίσης στενά με τις γενικότερες οικονομικές εξελίξεις και το ρόλο του κράτους στην οικονομία. (Ράπανος Β., 2009:1-71). Στις περισσότερες χώρες, οι δημόσιοι οργανισμοί δημιουργήθηκαν σε τομείς τους οποίους δεν μπορούσε να αναλάβει ο ιδιωτικός τομέας. Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σε πολλές χώρες της Ευρώπης, αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο οι υπό τον έλεγχο του κράτους επιχειρήσεις, παρήγαγαν αλλά και δαπανούσαν ένα σημαντικό ποσό του ΑΕΠ. Στην Ελλάδα, το 2004, η δημόσια διοίκηση απορροφούσε το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ συγκριτικά με τις χώρες του ΟΟΣΑ, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1: Δαπάνες Δημόσιας Διοίκησης (% ΑΕΠ) το 2004

<i>Χώρες</i>	<i>Ποσοστό</i>
Ιρλανδία	10,4
ΗΠΑ	12,9
Ηνωμένο Βασίλειο	10,9
Ισπανία	12,5
Ιαπωνία	14,7

Γερμανία	12,9
Πορτογαλία	13,3
Ελλάδα	19,7
Ιταλία	18,4
Γαλλία	13,8
ΟΟΣΑ	13,5
ΕΕ 19 (χώρες της Ε.Ε που είναι και μέλη του ΟΟΣΑ)	14,2

Πηγή: Ράπανος Β., (2009:56)

Με τόσο υψηλές δαπάνες θα ανέμενε κανείς ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών δημόσιων οργανισμών θα ήταν αντίστοιχη και οι πολίτες θα είχαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αναφορικά όμως, με την αποτελεσματικότητά του, δεν έχουν γίνει συστηματικές μελέτες ούτε για το κόστος των δημόσιων υπηρεσιών ούτε για το βαθμό ή τη βελτίωση της αποτελεσματικότητά τους. Όπως αναφέρει ο Ράπανος Β., (2009:55) «δεν είναι τυχαίο ότι πολλές φορές αναγκαζόμαστε να καταφύγουμε σε μελέτες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, του ΟΟΣΑ ή άλλων οργανισμών ή ξένων ιδρυμάτων για να βρούμε σχετικές εκτιμήσεις». Παρά ταύτα, υποστηρίζει ο ίδιος ερευνητής, η Ελλάδα είναι στις τελευταίες θέσεις κατάταξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, από άποψη διαφάνειας, λογοδοσίας και αξιολόγησης των δημόσιων δαπανών, σε αντίθεση με άλλες χώρες. (Ράπανος Β., 2009:47).

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι, η δημόσια διοίκηση βρίσκεται από δεκαετίες σε βαθιά, μακροχρόνια και γενικευμένη κρίση διοικητικών θεσμών και νοοτροπίας (Ζιανίκας Χ., 1996:322) και η ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών είναι ελλειμματική. Το ως άνω διαπιστώνεται, μεταξύ άλλων, στην αυξανόμενη δυσπιστία και αποστροφή των πολιτών. (Μακρυδημήτρης Α., 1999:39). Ο πολίτης διστάζει, δυσπιστεί, απογοητεύεται και φοβάται τη γραφειοκρατία των δημοσίων οργανισμών, λόγω κυρίως της γλώσσας, της λογικής και των διαδικασιών της, που είναι τόσο περίπλοκες και ακατανόητες και προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβασή του σε αυτήν και να ελαχιστοποιηθεί ο χρόνος τριβής του με αυτήν, καταφεύγει σε θεμιτά ή αθέμιτα μέσα. (Μακρυδημήτρης Α., 1999:55). Άλλοι μελετητές έχουν καταλήξει ότι η γραφειοκρατική διοίκηση εμφανίζει μια σειρά από πολύ σημαντικές απρόβλεπτες, ανεπιθύμητες και μη ορθολογικές συνέπειες. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:66).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα των προβλημάτων των δημοσίων οργανισμών είναι η γραφειοκρατική στασιμότητα, ο συγκεντρωτισμός, η έλλειψη εμπιστοσύνης, οι

πελατειακές σχέσεις, η δημιουργία όλο και περισσότερων πολιτικού χαρακτήρα θέσεων υψηλής ευθύνης, τα φαινόμενα διαφθοράς, η αδυναμία ευελιξίας και δράσης με διακριτική ευχέρεια, ο περιορισμένος βαθμός αξιοποίησης αντικειμενικά και αξιοκρατικά των ανθρώπινων πόρων (Παγκάκης Γ., 2002:173), η αδιαφορία-αποξένωση των εργαζομένων, η δυστροπία προς τους πολίτες, η αναβλητικότητα ενεργειών, η προσκόλληση στον κανόνα και η επιμονή τήρησης της διαδικασίας, η πολυπλοκότητα διαδικασιών, η απροθυμία μεταβίβασης αρμοδιοτήτων, η έλλειψη πνεύματος συνεργασίας, ο φόβος εκσυγχρονισμού, η υπαλληλοκρατία και η τάση προς την αδιαφάνεια (Μπιτσάνη Ε., 2006:302).

Μελετητές του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης, στους δημοσίους οργανισμούς, θεωρούν ότι υπεύθυνοι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία των προαναφερόμενων προβλημάτων είναι:

1. Η **διάσταση** μεταξύ των ατόμων που λαμβάνουν τις **αποφάσεις** και των ατόμων που **εκτελούν** αυτές: Οι στόχοι και οι αποφάσεις για τις δραστηριότητες των δημοσίων οργανισμών εξαρτώνται από τη θέληση της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας και δεν ορίζονται από τα μέλη του οργανισμού (Παγκάκης 1986:38). Ένας γραφειοκρατικός δημόσιος οργανισμός δεν είναι αυτο-διαχειριζόμενος οργανισμός. Οι διευθυντές του δημόσιου οργανισμού είναι εκτελεστές και εξαρτώνται από τις πολιτικές αρχές. Συνιστούν απλώς «μέσα» ή «εργαλεία» στα χέρια των πολιτικών. (Αγραφιώτης Δ., 2003:340). Η Sinclair παραδέχεται ότι λόγω αυτού του διαχωρισμού μεταξύ του καθημερινού μάνατζμεντ (δημόσιοι υπάλληλοι) και της λήψης αποφάσεων και του ελέγχου (πολιτικοί και νομοθέτες), οι δημόσιοι οργανισμοί έχουν λιγότερη αυτονομία και ευελιξία στις αποφάσεις, σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, και οι εργαζόμενοι των δημοσίων οργανισμών είναι ευαίσθητοι σε αλλαγές που εμπεριέχουν πολιτική χροιά σε ότι αφορά είτε, στους στόχους του οργανισμού είτε, στη μέτρηση της αποδοτικότητας μιας και πιστεύουν, ότι είναι αλλαγές μικρής διάρκειας. (Claver E., et al, 1999:455-564). Η αποστέρηση από τη διοίκηση της δυνατότητας να καθορίζει αυτή, τις διαδικασίες και τους τύπους που κρίνει ότι πρέπει να υπάρχουν στις διοικητικές πράξεις, την αποπροσωποποιεί από την οργάνωση, της στερεί την πρωτοβουλία και περιορίζει την κρίση της. (Κόντης Θ., 1998:63,65).

2. Η **αλλαγή των πολιτικών προσώπων**: Στο δημόσιο τομέα συμβαίνει συχνά να αποφασίζουν πολιτικά πρόσωπα, στα οποία δεν εγγυάται κανείς ότι μπορούν να μείνουν στη θέση τους όσο χρόνο χρειάζεται για να υπάρξει η συνέχεια και συνέπεια στην υλοποίηση των αποφάσεων που λαμβάνονται. (Ζιανίκας Χ., 1996:43). Αυτή η αλλαγή, σύμφωνα με τον Σταυρίδη, *«δεν επιτρέπει στρατηγική ανάπτυξης που είναι η μόνη που εξασφαλίζει το μέλλον μιας επιχείρησης. Ποιος είναι σε θέση να κάνει κάτι σε μια δημόσια επιχείρηση, όταν δεν ξέρει αν θα είναι στη θέση του και αύριο, αφού δεν χρειάζεται να αλλάξει κυβέρνηση, αρκεί συχνά να αλλάξει ο αρμόδιος υπουργός»*. (Κέφης Β., 1998:149)
3. Η **ιεραρχική γραφειοκρατία**: Σε έναν καθιερωμένο γραφειοκρατικό οργανισμό, η διατήρηση της γραφειοκρατικής ιεραρχίας και η ενίσχυση όλων των συνεπακόλουθων κανόνων, διαδικασιών και κανονισμών μπορεί να υποκαταστήσει τον αρχικό σκοπό της οργάνωσης. (Γκολντσταϊν Τ., 2003:139-141). Το οργανόγραμμα αποτελεί μόνιμο ανασταλτικό παράγοντα για την ανάληψη δράσης και πρωτοβουλίας. Η οχύρωση πίσω από τον κυκεώνα ενός ανεξέλεγκτου τυπικού, μέσα στον αυστηρά περιχαρακωμένο χώρο, δεν επιτρέπει ούτε καν την ανθρώπινη επικοινωνία. (Μαλισσός Κ., 1984:26-27). Η οργανωτική αρχή της ιεραρχίας στη γραφειοκρατία δεν δίνει το δικαίωμα συμμετοχής, κριτικής και αμφισβήτησης. Οι κατώτερες βαθμίδες δεν έχουν διακριτική ευχέρεια, ενώ οι ανώτερες δέχονται εντολές από την πολιτική ηγεσία και δεν έχουν επαφή με την κοινωνία. (Σπανού Κ., 2000:156).
4. Ο **κατακερματισμός των αρμοδιοτήτων και των ευθυνών**: Ο δημόσιος υπάλληλος είναι υπεύθυνος αποκλειστικά και μόνο για τις αρμοδιότητες που του έχουν ανατεθεί και περιχαράκωνεται πίσω από αυτές. Ως αποτελέσματα είναι η αποστέρηση της προσπάθειας για συμμετοχική – ομαδική εργασία καθώς και η τήρηση αμυντικής στάσης σε ότι αφορά την περιοχή αρμοδιοτήτων και καθηκόντων του. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:302).
5. Η **προσκόλληση στις διαδικασίες**: Οι διαδικασίες στο δημόσιο τομέα είναι δαιδαλώδεις, χρονοβόρες, άκαμπτες και σχολαστικές, με αποτέλεσμα η προσκόλληση στην τυπολατρία εκτέλεσης τους, αποστερεί, με την πάροδο του χρόνου, την ουσία των ενεργειών. Διαπιστώθηκε ότι, η διοίκηση η οποία δίνει έμφαση σε τυποποιημένες διαδικασίες, σε κανόνες και στην εξειδίκευση της

εργασίας, στερεί την ατομική υπευθυνότητα και τη δημιουργικότητα των μελών. Αντιθέτως, η διοίκηση που παρέχει αυτονομία στα μέλη της, συμβάλλει στη δημιουργία ενός κλίματος που αποβλέπει στην επίτευξη των σκοπών του οργανισμού, ενός κλίματος στο οποίο τα μέλη αισθάνονται πιο υπεύθυνα για την εκπλήρωση αυτών των στόχων. (Ζαβλανός Μ., 2002:391).

6. **Η νομοθεσία & οι κανονισμοί:** Οι δημόσιοι οργανισμοί βασίζονται, εξ ολοκλήρου, σε ένα «νομικίστικο» πνεύμα που στοχεύει στη νομιμότητα των πράξεων των μελών τους. Η συνεχής θέσπιση και συμμόρφωση σε απρόσωπους κανόνες, οι οποίοι προσδιορίζουν λεπτομερώς τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες των στελεχών, προκαλεί φαινόμενα τυπολατρίας με απώτερο στόχο τη νομιμότητα των πράξεων των μελών. Η παραγωγικότητα, που είναι το ζητούμενο σε κάθε οργανισμό, δεν λαμβάνεται υπόψη. (Μαλισσός Κ., 1984:26-27). Το ίδιο το κράτος στην προσπάθεια που καταβάλλεται για οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη, είναι υποχρεωμένο να θέτει σε ισχύ νέους νόμους, κανόνες και κανονισμούς. (Παγκάκης Γ, 1986:48). Η πολιτική σκοπιμότητα συχνά καθιστά το νόμο λεπτομερέστατο με ουσιώδη και επουσιώδη άρθρα και παραγράφους. Επιπρόσθετα, η έλλειψη μηχανισμών (εσωτερικών ή εξωτερικών) ελέγχου της κρατικής γραφειοκρατίας οδηγεί σε πολλαπλασιασμό των τυπικών κανόνων και ρυθμίσεων, με την ελπίδα ότι με τον τρόπο αυτό θα συγκρατείται η ιδιωφέλεια των μελών. (Σεραφετινίδου Μ., 2003: 155). Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η ταύτιση των διοικητικών στελεχών με τους κανόνες του οργανισμού και η απόκτηση τυπολατρικής συμπεριφοράς που μεταφράζεται ως αδιαφορία και έλλειψη ευαισθησίας προς το κοινό τους ή την πελατεία τους. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:76). Υποστηρίζεται ότι, η τυπολατρική συμπεριφορά υποκρύπτει το φόβο της δυσμενούς κρίσης του υπαλλήλου από τον προϊστάμενο και γενικότερα είναι η προσπάθεια του εργαζόμενου να διασφαλίσει τη θέση και την ανεξαρτησία του έναντι των προϊσταμένων του. (Σεραφετινίδου Μ., 2003: 285). Ο Κόντης Θ. (1998:366), τονίζει ότι το φαινόμενο της γραφειοπαθολογίας στη διοικητική πράξη, μεταφράζεται και ως μέσον άμυνας των διοικητικών στελεχών έναντι των πολιτικών επιβολών, όταν οι τελευταίες, δεν υπηρετούν το καλώς εννοούμενο δημόσιο συμφέρον. Έρευνα του Σωτηρόπουλου Δ, το 1989 σε δημόσια στελέχη, διαπίστωσε ότι «η

γραφειοκρατική νοοτροπία σε μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα είναι το όπλο των στελεχών που τους επιτρέπει να αμύνονται στον παραγκωνισμό που αισθάνονται ότι υφίστανται από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία και τις κομματικές επιλογές που επιβάλλει το κυβερνών κόμμα». (Παναγιωτοπούλου Ρ., 1997:393).

7. **Η έλλειψη ικανών ηγετών:** Ο ηγέτης αποτελεί ένα παράγοντα – κλειδί, σε κάθε οργανισμό αφού προσδιορίζει τη συμπεριφορά, αξιοποιεί το ανθρώπινο δυναμικό και συνεπώς τη λειτουργία και ανάπτυξη του οργανισμού. Η ηγεσία παράλληλα με τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη στελέχωση και τον έλεγχο είναι οι απαραίτητες λειτουργίες για την αποτελεσματική υλοποίηση των στόχων ενός οργανισμού. (Μπουραντάς Δ., 2002:309). Ο ηγέτης αποτελεί το δυναμικό, ζωοποιό στοιχείο σε κάθε οργανισμό. Χωρίς τη δική του ηγεσία «οι πόροι της παραγωγής» παραμένουν απλοί πόροι χωρίς να γίνονται ποτέ παραγωγή. Σε μια ανταγωνιστική οικονομία, η ποιότητα και η απόδοση των διευθυντικών στελεχών, πάνω από όλα, καθορίζει την επιτυχία ενός οργανισμού. (Drucker Ρ., 1996:13). Η ηγεσία στους δημοσίους οργανισμούς (προϊστάμενοι, υποδιευθυντές, διευθυντές), σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα, βασίζεται κατά μεγάλο ποσοστό στην εξουσία που της εκχωρείται και κατά μικρότερο ποσοστό στις προσωπικές ικανότητες των ατόμων που την αποτελούν. (Παγκάκης Γ, 1986:32). Είναι εμφανές, στο μεγαλύτερο μέρος του δημοσίου τομέα, η έλλειψη ικανών ατόμων που μπορούν να καθοδηγούν, να παρακινούν και να επηρεάζουν τα μέλη των οργανισμών. Υποστηρίζεται ότι, ο ηγέτης στο δημόσιο τομέα, περιορίζεται στη διατήρηση των περίφημων εσωτερικών «ισορροπιών» οι οποίες πάση θυσία «δεν πρέπει να διαταραχθούν». Αυτή η συμπεριφορά σηματοδοτεί τη βουλητική αδυναμία που υπάρχει. (Τσούκας Χ., 2004:76). Επιπλέον, η ανεξαρτησία των ηγετών από τις πολιτικές επιβολές είναι ανύπαρκτη, με αποτέλεσμα την έλλειψη φαντασίας, ελευθερίας κινήσεων, γνώσεων, επιστημονικής κατάρτισης και εν τέλει αποτελεσματικότητας στις οποιεσδήποτε αποφάσεις. (Κέφης Β., 1998:150).
8. **Το σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης:** Το μείζον πρόβλημα στο δημόσιο τομέα, είναι η αξιολόγηση της απόδοσης και η επιβράβευση των ανθρώπινων πόρων. (Kotter J., Cohen D., 2002:140). Το σημερινό σύστημα αξιολόγησης της

απόδοσης των εργαζομένων χαρακτηρίζεται ως αναξιόπιστο. (Θεοφανίδης Σ., κ.ά., 1998:273). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από όργανα που έχουν σχέση με την ιεραρχία της διοίκησης ενώ, απουσιάζουν τα όργανα εκείνα που θα προβούν σε αμιγώς επιστημονική αξιολόγηση από κριτές εκτός οργανισμού. Χαρακτηριστική είναι και η απουσία μοριοδότησης και αντικειμενοποίησης των κριτηρίων με τη χρησιμοποίηση δεικτών αξιολόγησης. (Γούλα Α., 2007:75). Η εξάρτηση του υφισταμένου από τον άμεσα ανώτερό του, που τον βαθμολογεί κατά το αξιολογικό σύστημα του δημοσίου, μπορεί να του δημιουργήσει άγχος και επιφυλακτικότητα. Εκτός του συστήματος αξιολόγησης, η ηγεσία στο δημόσιο τομέα, δεν διαθέτει την ικανότητα δημιουργίας «κινήτρων» που είναι απαραίτητα για την ικανοποίηση των αναγκών των εργαζομένων. Τα **κίνητρα** μπορεί να αφορούν είτε, τη συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης της αποδοτικότητας και της επίτευξης των στόχων του οργανισμού είτε, στη δημιουργία κινήτρων στους ίδιους τους εργαζόμενους για την επίτευξη των ατομικών τους στόχων. (Γούλα Α., 2007:82). Τα κίνητρα (οικονομικά ή ηθικά) επιτυγχάνουν την **υποκίνηση**, δηλαδή τη συνειδητή προσπάθεια δημιουργίας και καλλιέργειας μιας εσωτερικής διάθεσης στα άτομα να αποδώσουν καλύτερα. Η έλλειψή τους ευθύνεται για τη συνεχή μείωση του ενδιαφέροντος κατά την εκτέλεση των καθηκόντων των εργαζομένων. Το σημερινό σύστημα αξιολόγησης των δημοσίων υπαλλήλων και η έλλειψη κινήτρων – επιβραβεύσεων, συνεπάγεται πρώτον, την αποξένωση των μελών από τις αρμοδιότητες εφαρμογής και γενικότερα από τις αποφασιστικές αρμοδιότητες που επιβάλλεται να έχουν, δεύτερον, την αποδυνάμωση του ρόλου τους και την αφαίρεση της δυνατότητας να αναπτύσσουν πρωτοβουλία αυτοδύναμη στο χώρο ευθύνης τους (Κόντης Θ., 1998:368) και τρίτον, την αποθάρρυνση άσκησης ατομικής πρωτοβουλίας καθώς οι εργαζόμενοι αρνούνται ή φοβούνται να αναλάβουν την ευθύνη ενεργειών. (Σεραφετινίδου Μ., 2003:82).

9. **Η ιεραρχική εξέλιξη:** Η εξέλιξη των δημοσίων υπαλλήλων, μπορεί να οριοθετηθεί σε δύο κύκλους. Ο πρώτος κύκλος αφορά τη βαθμολογική κατάσταση στην οποία περιέρχεται ο υπάλληλος κατά το διορισμό του, βασικό και μοναδικό κριτήριο του οποίου είναι το εκπαιδευτικό του επίπεδο και ο

δεύτερος κύκλος αφορά την ιεραρχική του εξέλιξη, η οποία στηρίζεται στα χρόνια προϋπηρεσίας και στον τρόπο που ανταποκρίνεται στις εργασιακές του υποχρεώσεις κάτι που αποτυπώνεται στις ετήσιες αξιολογήσεις από τον ανώτερό του. (Γούλα Α., 2007:63). Εργαζόμενος, με ουσιαστικές και τυπικές ικανότητες, δεν μπορεί να προαχθεί στην επόμενη ιεραρχική βαθμίδα εάν δεν συμπληρώσει τα απαιτούμενα εκ του νόμου χρόνια προϋπηρεσίας στο δημόσιο τομέα (βαθμός αρχαιότητας).

10. **Η μορφή επικοινωνίας:** Η επικοινωνία είναι η αποστολή, η λήψη και η κατανόηση των μηνυμάτων και η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από την κατανόηση αυτών των μηνυμάτων αφού επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των αποφάσεων και των ανθρώπινων σχέσεων, την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας, της καθοδήγησης κλπ. Έχει εκτιμηθεί ότι, τα διοικητικά στελέχη δαπανούν πάνω από το 70% του χρόνου τους για επικοινωνία. (Μπουραντάς Δ., 2002:427). Η επικοινωνία στο δημόσιο τομέα, πραγματοποιείται από επάνω προς τα κάτω με τη μορφή εντολών, οδηγιών ή ανακοινώσεων. Αυτή η μορφή επικοινωνίας καθώς και τα πολλά ιεραρχικά επίπεδα του δημοσίου τομέα έχουν ως αποτέλεσμα πρώτον, την πολυπλοκότητα και αλλοίωση των μηνυμάτων κατά τη μεταφορά από το ανώτερο στο κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο δεύτερον, τη δυσκολία στη κατανόηση των στόχων, των στρατηγικών, των πολιτικών της διοίκησης και τρίτον, την αδυναμία των εργαζομένων να επικοινωνούν άμεσα με τους ανωτέρους τους για εργασιακά θέματα.
11. **Η ύπαρξη υπο-κουλτούρων:** Οι Aucoin P., (1991: 119-141), Bozeman B., (1987) και Bate (1990: 83-106), συμφωνούν ότι η γραφειοκρατία στους δημοσίους οργανισμούς, τείνει να κινείται ως μάζα από ανεξάρτητους οργανισμούς, ο καθένας από αυτούς έχει τα δικά του ενδιαφέροντα, συγκεκριμένους στόχους και τη δική του γλώσσα που χρησιμοποιούν τα μέλη του. Αυτή η πολυμορφία και οι σχετικές διαφοροποιήσεις δυσχεραίνουν την καθιέρωση ομοιόμορφων διαδικασιών και ενιαίων κριτηρίων με τα οποία μπορεί να γίνεται η μέτρηση της παραγωγικότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της δημόσιας διοίκησης. (Θεοφανίδης Σ., κ.ά. 1998:273). Επιπρόσθετα, ο κάθε οργανισμός του δημοσίου τομέα μπορεί να εμπεριέχει διάφορες υποκουλτούρες, βασισμένες η κάθε μία σε κοινές αξίες και αντιλήψεις

μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών, που πολλές φορές όχι μόνο λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά και σε αντιπαράθεση η μία με την άλλη δυσχεραίνοντας την αλλαγή του τρόπου σκέψης και δράσης. (Claver E., et al, 1999:455-564). Η Σεραφετινίδου Μ., (2003:90) χαρακτηρίζει τις υποκουλτούρες ως «φατρίες» οι οποίες συχνά καθορίζουν την εσωτερική πολιτική δραστηριότητα του οργανισμού. Παρατηρεί ότι, μέλη θα προαχθούν όχι μόνο λόγω της εργασίας τους και των επιδόσεών τους αλλά και λόγω της πίστης τους στη φατρία.

12. **Η μη επιλογή συνεργατών:** Οι προϊστάμενοι, σε διάφορες βαθμίδες της ιεραρχικής κλίμακας, δεν δύνανται να επιλέξουν οι ίδιοι τα μέλη του οργανισμού που θα στελεχώσουν τα τμήματά τους. Συνήθως, τους επιβάλλονται συνεργάτες για τους οποίους οι ίδιοι αποστερούνται της δυνατότητας να έχουν άποψη. (Ζιανίκας Χ., 1996:43).

13. **Κλίμα ασφάλειας:** Η πλειοψηφία των δημοσίων υπαλλήλων αισθάνονται απόλυτα ασφαλείς έναντι του κινδύνου απόλυσης, λόγω της μονιμοποίησης τους, με αποτέλεσμα, μεγάλη μερίδα από αυτούς, είτε να αδιαφορούν για την εργασία τους είτε να μην καταβάλλουν τη μέγιστη εργασιακή προσπάθεια ώστε να είναι παραγωγικοί.

Ο Herzfeld M., μελέτησε το φαινόμενο της γραφειοκρατίας, από τη σκοπιά της κοινωνικής ανθρωπολογίας στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης μεταξύ αυτών και της Ελλάδας. Για τον συγγραφέα, η δημιουργία γραφειοκρατικών συστημάτων είναι ένας τρόπος με τον οποίο η κοινωνία μπορεί να νομιμοποιεί την αδιαφορία και αυτό το χρησιμοποιούν υπέρ τους τόσο οι πολίτες όσο και οι δημόσιοι υπάλληλοι για να καλύψουν τις ευθύνες και να αποφύγουν τις ενοχές τους. (Herzfeld M., 1992:181)

Σχετικά με την Ελλάδα, συνοψίζει τη συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων σε δύο βασικά χαρακτηριστικά:

1. **Στην ευθυνοφοβία.** Ευθυνοφοβία σημαίνει κατά το συγγραφέα, η μη ανάληψη πρωτοβουλίας από την πλευρά του μέλους του οργανισμού που διεκπεραιώνει μια υπόθεση και η προσκόλληση του μόνο στο τυπικό, κανονιστικό μέρος. Μια στάση που μπορεί να φτάσει μέχρι και στην άρνηση να αναλάβει τις πιο απλές εργασίες, εάν δεν καλύπτεται από το νόμο, με αποτέλεσμα να κατηγορείται το σύστημα ως αναποτελεσματικό. Ταυτόχρονα, δεν είναι αρκετά ευέλικτοι και

ενημερωμένοι για να παράγουν καινοτόμες και πρωτοποριακές λύσεις, στα ζητήματα που απασχολούν τους πολίτες. Είναι προσκολλημένοι στο εσωτερικό της υπηρεσίας τους και σπάνια λαμβάνουν υπόψη τους τις απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος.

2. **Στην αδιαφορία.** Το μέλος του οργανισμού εφαρμόζει τυπικά και μοιρολατρικά τους κανόνες, τους οποίους δεν ορίζει ο ίδιος, αλλά και η επιβολή τους δεν του αποφέρουν κανένα όφελος ή πλεονέκτημα. Άρση της αδιαφορίας διαπιστώνεται όταν ένας πολίτης επικαλούμενος ιδιαίτερους συγγενικούς, φιλικούς, τοπικούς, κομματικούς ή άλλους δεσμούς κατορθώνει να έχει ιδιαίτερη μεταχείριση. (Παναγιωτοπούλου Ρ., 1997:396). Σύμφωνα όμως, με το Βεμπεριανό ιδεότυπο, ο αποκλεισμός των προσωπικών εκτιμήσεων αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη αμεροληψίας στον τρόπο διοίκησης. Η αμεροληψία και η έλλειψη προσωπικού ενδιαφέροντος συμβαδίζουν. Ο εργαζόμενος που δεν τηρεί τις κοινωνικές αποστάσεις τείνει να είναι μεροληπτικός στη συμπεριφορά του απέναντι σε αυτούς που συμπαθεί σε βάρος άλλων. (Ζαβλανός Μ., 2000:52). Συνεπώς, σύμφωνα με την έρευνα του Herzfeld Μ., η συμπεριφορά του έλληνα δημόσιου υπάλληλου καταστρατηγεί τη βασική αρχή του βεμπεριανού μοντέλου. Από την άλλη πλευρά και οι πολίτες αποποιούνται της ατομικής τους ευθύνης αποδίδοντας διάφορους χαρακτηρισμούς στους δημόσιους υπαλλήλους και επιρρίπτοντας σε αυτούς όλες τις ευθύνες. (Herzfeld Μ., 1992:181).

Ο ερευνητής καταλήγει ότι ενώ η χώρα θεωρείται ιδιαίτερα φιλόξενη, ο διοικητικός της μηχανισμός είναι απρόσωπος και αφιλόξενος και η πλειονότητα των δημοσίων υπαλλήλων απρόσωποι, τυπικοί και συντηρητικοί.

Το γραφειοκρατικό μοντέλο, φαίνεται να μην ικανοποιεί όχι μόνο τους πολίτες-πελάτες των υπηρεσιών αλλά και τους εργαζόμενους σε αυτούς. Έρευνα των Μπουραντά Δ., και Παπαλεξανδρή Ν. (1993:539-569), μελετώντας τους προσδιοριστικούς παράγοντες της διάθεσης για απόδοση των εργαζομένων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, κατέγραψε πρώτον, διάσταση στις απόψεις των εργαζομένων των δύο τομέων καθώς και ένα ζοφερό οργανωσιακό κλίμα των δημοσίων οργανισμών. Τα κυριότερα ευρήματα, για το δημόσιο τομέα, είναι:

- Ανυπαρξία κλίματος αναγνώρισης των προσπαθειών και των αποτελεσμάτων των εργαζομένων και μη σύνδεση μεταξύ προσπάθειας – απόδοσης - αμοιβής.

- Ο εργαζόμενος δέχεται μια πίεση αδιαφορίας να συμμορφωθεί σε μέτρια ή χαμηλά επίπεδα προσπάθειας και απόδοσης.
- Ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι η απόδοσή του δεν εξαρτάται από τον ίδιο αλλά από παράγοντες που ο ίδιος δεν μπορεί να επηρεάσει.
- Σε ορισμένους δημόσιους οργανισμούς υπάρχει κλίμα διαφθοράς και κομματοποίησης.
- Οι δημόσιοι οργανισμοί μειονεκτούν σχεδόν σε όλες τις μεταβλητές, που επιδρούν θετικά στη διάθεση των εργαζομένων για απόδοση, ενώ λαμβάνουν υψηλότερες τιμές στις μεταβλητές που επιδρούν αρνητικά στη διάθεση για απόδοση.
- Το μάνατζμεντ του προϊσταμένου επηρεάζει σε κάποιο βαθμό και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των υφισταμένων του. Τούτο συμβαίνει ακόμη κι αν δεν έχει τη δυνατότητα να τους επιλέξει ενώ, έχει τη δυνατότητα να προσελκύει ή να απωθεί εργαζόμενους από το τμήμα του.
- Οι «ευρύτερες κυβερνητικές επιλογές» αποτελούν σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα επιδρώντας άμεσα στη φύση των συστημάτων οργάνωσης, το οργανωσιακό κλίμα και το μάνατζμεντ των προϊσταμένων.
- Υπάρχει σύγχυση και σύγκρουση ρόλων, πολιτικών και διαδικασιών.
- Οι εργαζόμενοι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι και αφοσιωμένοι και δεν υπάρχει υψηλή παρακίνηση από τους ανωτέρους τους.
- Δεν υπάρχει προσανατολισμός των ενεργειών προς επίτευξη των στόχων.

Ο πίνακας 2.2. που ακολουθεί, παρουσιάζει τις σημαντικότερες διοικητικές διαφορές των δημοσίων οργανισμών και των ιδιωτικών επιχειρήσεων. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να επηρεάζουν με τη σειρά τους το οργανωσιακό κλίμα καθώς και τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εργαζομένων απέναντι στην εργασία τους όπως για παράδειγμα, το διαφορετικό στυλ διοίκησης, επικοινωνίας, λήψης αποφάσεων, έναρξη καινοτόμων διαδικασιών κ.ά.

Πίνακας 2.2: Διοικητικές Διαφορές μεταξύ Δημοσίων Οργανισμών & Ιδιωτικών Επιχειρήσεων

<i>Χαρακτηριστικά Δημοσίων Οργανισμών</i>	<i>Χαρακτηριστικά Ιδιωτικών Επιχειρήσεων</i>
Το μάνατζμεντ είναι ελεγχόμενο και	Το μάνατζμεντ το καθορίζει η ηγεσία της

καθορισμένο από το Υπουργείο	επιχείρησης
Ελάχιστη επικοινωνία και το στυλ διοίκησης καθορίζεται από επάνω προς τα κάτω	Οι δομές είναι ευέλικτες, βατές, εύκαμπτες ώστε να εξουδετερώνονται έγκαιρα και όσο γίνεται αποτελεσματικότερα οι σχετικές αντιδράσεις
Οι εργαζόμενοι αναζητούν σταθερότητα και λειτουργούν μόνο με επίβλεψη	Οι εργαζόμενοι λειτουργούν και χωρίς επίβλεψη
Οι αποφάσεις λαμβάνονται σε κεντρικό επίπεδο. Λιγότερη αυτονομία και ευελιξία στις αποφάσεις	Υπάρχουν συμμετοχικές διαδικασίες και πρακτικές με τη συμβολή ομάδων εργασίας στην υλοποίηση σχεδίων και στην επίλυση σχετικών προβλημάτων
Απροθυμία για έναρξη καινοτόμων διαδικασιών	Η καινοτομία είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα αρκετών ιδιωτικών επιχειρήσεων
Αίσθημα συμμόρφωσης προς τους κανόνες και του νόμους του Κράτους	Υπάρχει αίσθημα συμμόρφωσης προς τους κανόνες της επιχείρησης
Απροθυμία αλλαγής αξιών, αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών	Υπάρχει ευελιξία στην αλλαγή αξιών και συμπεριφορών
Η ποιότητα των υπηρεσιών παραμένει ασταθής στόχος	Η ποιότητα των υπηρεσιών είναι η επιθυμητή κατάληξη όλων των προσπαθειών

Πηγή: Ζιανίκας Χ.,(1996:113), Claver E., et al (1999:455-564)

Συνοψίζοντας, διαφαίνονται οι αδυναμίες της ελληνικής δημόσιας διοίκησης να υιοθετήσει σύγχρονους κανόνες διοίκησης. Η ανυπαρξία για παράδειγμα προγραμματισμού και στοχοθεσίας, η έλλειψη δεικτών αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, η μη προσαρμογή τους στο εξωτερικό περιβάλλον, η απογοήτευση των πολιτών, οι μη ευέλικτες δομές και η ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις εκάστοτε αναδυόμενες κοινωνικές συνθήκες, επιτάσσουν την αλλαγή του υπάρχοντος μοντέλου διοίκησης. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρει και ο Μιχαλόπουλος Ν., (2003:43), «το μέγεθος του κράτους και η γραφειοκρατική του συγκρότηση αποτελούν επαρκείς προϋποθέσεις για να προκαλέσουν άστοχες ενέργειες και δράσεις, αδράνειας και

ακαμψίες και κυρίως αντι-αποδοτική λειτουργία σε συνθήκες οικονομικής ανεπάρκειας». Ο δημόσιος τομέας, με τον τρόπο που λειτουργεί, καθίσταται ένας αντιπαραγωγικός τομέας της οικονομίας και απαιτείται η δομική προσαρμογή του σε ένα μεταβαλλόμενο παγκόσμιο περιβάλλον. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:38,41). Οι προβληματισμοί που επικρατούν σήμερα γύρω από το θέμα του δημοσίου τομέα στην Ελλάδα, εξετάστηκαν και αναλύθηκαν κατά συστηματικό τρόπο τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε κράτη μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.).

2.3 Από το Γραφειοκρατικό Μοντέλο Διοίκησης στο Μοντέλο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης

Η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους οργανισμούς, κάθε επιπέδου και μορφής, αποτελεί κεντρική πολιτική και διοικητική επιλογή του συνόλου των αναπτυγμένων χωρών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, πολλές δημόσιες υπηρεσίες, στις προηγμένες οικονομίες, όπως εκείνης της Μεγάλης Βρετανίας και των Σκανδιναβικών χωρών, είχαν δεχτεί πίεση να γίνουν αποδοτικότερες και αποτελεσματικότερες, ώστε να μειωθούν οι φόροι των πολιτών διατηρώντας όμως τον όγκο και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σε αυτούς. (Brignall S., Modell S., 2000:281-306).

Ένα σύνολο τεχνικών διαχείρισης και πρακτικές, που σχετίζονται κυρίως με την αγορά και τους ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς τομείς, έχουν χρησιμοποιηθεί για την μεταρρύθμιση της διοίκησης και διαχείρισης των δημοσίων οργανισμών, σε αγγλοσαξονικές χώρες, ιδίως το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νέα Ζηλανδία, τον Καναδά, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία. Την τελευταία όμως δεκαετία έχουν εφαρμοστεί και σε ορισμένες λιγότερο αναπτυγμένες οικονομίες. Για παράδειγμα, το Μεξικό ξεκίνησε το πρόγραμμα “Program to Modernize the Public Administration 1995-2000”. Η Δανία υιοθέτησε ανάλογο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα “New Views of the Public Sector”, ακολουθούμενο από το “Welfare for Citizens”. Το Ηνωμένο Βασίλειο με το αντίστοιχο “Continuity and Changes”. Οι ΗΠΑ, από τη παραδοσιακή διαχείριση μετακινήθηκε με τις “National Performance Review Principles” σε μια πιο ευέλικτη και αποτελεσματική προσέγγιση του δημοσίου τομέα. Οι αρχές του εν λόγω προγράμματος περιλάμβαναν: α) ένα πελατο-κεντρικό χαρακτήρα, β) ενδυνάμωση των εργαζομένων για άριστα αποτελέσματα, γ) μείωση της γραφειοκρατίας. Ο Καναδάς με το “Getting Government

Right”, η Ιρλανδία με το “Delivering Better Government” και η Γερμανία με το “Lean State Reforms” επιδίωξαν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους πολίτες. (Philippidou S. 2009:13-55).

Οι ανωτέρω τεχνικές και πρακτικές έχουν στο σύνολό τους οριστεί ως η «**Νέα Δημόσια Διοίκηση**» (Larbi, G.A. 1993,2003) και όπως ο Hood (1991:3-19) τονίζει «*αντιπροσωπεύει μια παραδειγματική μεταρρύθμιση του παραδοσιακού μοντέλου δημόσιας διοίκησης*».

Το μεταρρυθμιστικό αυτό πλαίσιο δημόσιας διοίκησης οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων σύμφωνα με τους Larbi, G.A. (1993,2003), Borins S.(1995:123).

1. Οι **οικονομικές και δημοσιονομικές πιέσεις** στις κυβερνήσεις, σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες που ξεκίνησαν τις δεκαετίες του ‘70 και του ‘80 και πιο πρόσφατα στις αναπτυσσόμενες της Αφρικής και της Ασίας. Θέματα μείωσης προσωπικού, ιδιωτικοποιήσεων και σύναψης συμβολαίων κέρδισαν έδαφος, ως μέθοδοι ελέγχου των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και αναδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα.
2. Οι αυξανόμενες **επικρίσεις της αναποτελεσματικότητας και μη αποδοτικότητας** των δημόσιων υπηρεσιών λόγω εφαρμογής διαφόρων τύπων γραφειοκρατικών μοντέλων και η ανάγκη για αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων.
3. Οι έντονα **αναδυόμενες νεοφιλελεύθερες πολιτικές** στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και στη δεκαετία του 1980 (Thatcher) όπου η οικονομική φιλοσοφία τους στηρίζεται στην ενίσχυση των αγορών και του ιδιωτικού τομέα.
4. Η **εξάπλωση των ιδεών του μάνατζμεντ** από συμβούλους διεθνούς εμβέλειας που συχνά επηρεάζουν τις κυβερνητικές μεταρρυθμίσεις ανά τον κόσμο.
5. Ο **δανεισμός των διεθνών χρηματοδοτικών οργανισμών**, ιδίως του ΔΝΤ και της Παγκόσμιας Τράπεζας, με βασικό όρο την υιοθέτηση συγκεκριμένης στάσης υπέρ των αγορών και του ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο προγραμμάτων διαρθρωτικής προσαρμογής. Πιστεύεται ότι, ο Ο.Ο.Σ.Α., η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, μέσω της παροχής τεχνογνωσίας και συμβουλών σε αναπτυγμένα και αναπτυσσόμενα κράτη θεωρούνται ως η κύρια αιτία της κυριαρχίας της Νέας Δημόσιας Διοίκησης και αναδεικνύουν το ρόλο και τη σημασία των διεθνών οργανισμών στο νέο «παγκόσμιο χωριό». (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:81).

6. Η εξάπλωση της **παγκόσμιας αγοράς**, κυρίως εκείνων που σχετίζονται με την ενοποίηση του χρηματοπιστωτικού τομέα. Η απελευθέρωση των αγορών και του ανταγωνισμού αναγκάζουν το δημόσιο τομέα στις περισσότερες χώρες, να ανασχεδιαστεί και να συμβαδίσει με την εμφάνιση μιας παγκοσμιοποιημένης οικονομίας και μιας σύγχρονης τεχνολογίας πληροφοριών. Ως παγκοσμιοποίηση αναφέρεται η διαρκώς αυξανόμενη αλληλεξάρτηση μεταξύ των κρατών, η οποία βέβαια δεν οριοθετείται μόνο στις οικονομικές σχέσεις. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:36).
7. Η **ανάπτυξη και η χρήση των νέων τεχνολογιών πληροφόρησης** παρείχε επίσης ώθηση για ορισμένες από τις ως άνω αλλαγές. Ορισμένες πτυχές των μεταρρυθμίσεων όπως η διαχείριση της απόδοσης και η αποκέντρωση της διαχείρισης των δημόσιων υπηρεσιών διευκολύνθηκαν από την ανάπτυξη της τεχνολογίας που επιτρέπει την έμμεση παρακολούθηση και τον έλεγχο των επιδόσεων.
8. Η **αυξανόμενη απογοήτευση των πολιτών** για το ρόλο των κυβερνήσεων και του ρυθμού αύξησης της φορολογίας. Οι πολίτες απαιτούν υπηρεσίες και αγαθά που να ανταποκρίνονται σε αξία ίση με την αντίστοιχη φορολόγηση στην οποία υποβάλλονται υποχρεωτικά. Κατά συνέπεια, υπήρξαν πιέσεις προς την κατεύθυνση της μη επέκτασης του δημοσίου τομέα και της στροφής προς τις ιδιωτικοποιήσεις (Hood, 1991:3-19). Ιδίως θεωρητικοί της «*ελεύθερης επιλογής του κοινού*» επέκριναν το γραφειοκρατικό μοντέλο ότι στερείται συνειδητοποίησης του κόστους λόγω της ανεπάρκειας οικονομικών σχέσεων μεταξύ κόστους και εκροών. Πίστευαν ότι το μοντέλο δεν είναι προσανατολισμένο προς τη βελτίωση της απόδοσης των δημοσίων υπηρεσιών και κατά συνέπεια δεν υπήρχαν κίνητρα για τους πολιτικούς και τους γραφειοκράτες να ελέγχουν και να συγκρατούν το κόστος. Τόνιζαν επίσης ότι οι μάνατζερ στους δημόσιους οργανισμούς εστιάζουν την προσοχή τους μόνο στην παροχή υπηρεσιών και όχι, όπως θα όφειλαν, στην παραγωγικότητα και στην αποτελεσματικότητα. Για το λόγο αυτό υπογράμμιζαν ότι οι δημόσιοι γραφειοκράτες είναι αργοί στην ανταπόκριση των αλλαγών του περιβάλλοντος καθώς και στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών που παρέχουν στις απαιτήσεις των χρηστών.

9. Η **δυσκολία λογοδοσίας και καλής απόδοσης**, ενός μεγάλου ποσοστού δημοσίων υπαλλήλων, λόγω των χαρακτηριστικών των δημοσίων υπηρεσιών ως μονοπωλίου. Μια λύση για το πρόβλημα του δημόσιου τομέα ήταν να εκθέσουν τις δημόσιες υπηρεσίες, σε μεγαλύτερο ανταγωνισμό.
10. Οι δυνατότητες **εργασιακής ανάπτυξης**, δηλαδή η απουσία δυνατοτήτων εξέλιξης και ανάπτυξης των εργαζομένων λόγω εφαρμογής των διοικητικό-διαχειριστικών τεχνικών του γραφειοκρατικού μοντέλου.

Οι συνέπειες των ανωτέρω συνδυαστικών παραγόντων ωρίμασαν το σύγχρονο μεταρρυθμιστικό πλαίσιο για αλλαγές στο ρόλο και το χαρακτήρα λειτουργίας του κράτους. Υπήρξε αυξανόμενη ανάγκη για ένα μοντέλο Κράτους που να είναι περισσότερο προσανατολισμένο στην αγορά και να ασχολείται με τη διαχείριση, με έμφαση στη **«μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με λιγότερο κόστος»**. Το παραδοσιακό μοντέλο της οργάνωσης και παροχής δημοσίων υπηρεσιών, με βάση τις αρχές της γραφειοκρατικής ιεραρχίας με τη συγκέντρωση αντικαθίσταται έτσι από το μοντέλο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης.

Από τη δεκαετία του 1980, διάφοροι αναλυτές έχουν επιχειρήσει να **ορίσουν την έννοια της Νέας Δημόσιας Διοίκησης**, να διατυπώσουν διαδικασίες στρατηγικής διοίκησης στο δημόσιο τομέα και να διαμορφώσουν ανάλογα πρότυπα. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:147). Ο Pollitt (1994:1) διαγράφει τη Νέα Δημόσια Διοίκηση ως ένα όραμα, μια ιδεολογία ή μια δέσμη προσεγγίσεων και τεχνικών διαχείρισης. Ο Ferlie et al., (1996:9), τη χαρακτηρίζουν ως ένα όργανο διευθυντικής σκέψης και ο (Hood, 1991:3-19, 1995:104-117) ως ένα ιδεολογικό σύστημα σκέψης που βασίζεται στις ιδέες που δημιουργούνται στον ιδιωτικό τομέα και εισάγονται στο δημόσιο.

Υπάρχουν αρκετοί παραλληλισμοί και επικαλύψεις, αλλά και σημαντικές διαφορές στον τρόπο που η Νέα Δημόσια Διοίκηση εκλαμβάνεται από κάθε ερευνητή. Για παράδειγμα, ενώ ο Hood στην αρχική σύλληψη της θεωρίας δεν συμπεριελάμβανε ρητά το ζήτημα των δικαιωμάτων των καταναλωτών, μετέπειτα το θέμα των καταναλωτών κατείχε εξέχουσα θέση και έχει γίνει ένα βασικό στοιχείο ανάλυσης στις περισσότερες συζητήσεις. (Androciceanu A., 2007: 154-161).

Ακολουθώντας τη σκέψη των ερευνητών, μπορούν να εντοπιστούν τα βασικά χαρακτηριστικά της Νέας Δημόσιας Διοίκησης. Οι ιδέες και τα θέματα τίθενται ευρέως σε δύο κατευθύνσεις. Από τη μία πλευρά, υπάρχουν ερευνητές που δίνουν έμφαση στη

βελτίωση του μάνατζμεντ και στην **οργανωτική αναδιάρθρωση** στο δημόσιο τομέα. Τονίζουν την αποκέντρωση της διαχείρισης στο πλαίσιο των δημοσίων υπηρεσιών, το διαχωρισμό και τη μείωση του ρόλου της κυβέρνησης, τη δημιουργία πιο λιτής και ευέλικτης οργανωτικής δομής και συστημάτων και στην ελευθερία των μάνατζερ στο τρόπο διαχείρισης του δημόσιου οργανισμού. (Larbi, G.A. 1993,2003, Androciceanu A., 2007: 154-161). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ερευνητές που δίνουν έμφαση στην **αγορά και τον ανταγωνισμό** ως ένα τρόπο επιλογής και «φωνής» στους πολίτες-καταναλωτές για την προώθηση της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών (σύναψη συμβολαίων μεταξύ κυβέρνησης και προμηθευτών των υπηρεσιών). Πρέπει να επισημανθεί ωστόσο, ότι οι ιδέες και των δύο κατηγοριών ερευνητών επικαλύπτονται στην πράξη. Ο Hood αναφέρει για παράδειγμα ότι η Νέα Δημόσια Διοίκηση είναι η ένωση δύο διαφορετικών ροών ιδεών. Η πρώτη ιδέα της ελευθερίας διαχείρισης των υπηρεσιών του δημοσίου τομέα προέρχεται από το παραδοσιακό επιστημονικό τομέα του μάνατζμεντ. (Hood, 1991:6-7, Ferlie et al., 1996:11). Η τάση προς την αποκεντρωμένη διαχείριση στις δημόσιες υπηρεσίες αποτελεί μέρος της προσπάθειας απογραφειοτισμού των δημοσίων υπηρεσιών. Η επισκόπηση της βιβλιογραφίας αποσαφηνίζει ότι η Νέα Δημόσια Διοίκηση δεν είναι ένα ομοιογενές σύνολο, αλλά μάλλον έχει στοιχεία που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές τάσεις μεταρρυθμιστικών προσπαθειών της δημόσιας διοίκησης στις χώρες του ΟΟΣΑ. (Androciceanu A., 2007: 154-161).

Ο Hood (1991:3-19) καθόρισε τα **βασικά δογματικά στοιχεία** της νέας δημόσιας διοίκησης όπως αυτά της επαγγελματικής διαχείρισης, των προτύπων και δεικτών απόδοσης, της μεγαλύτερης έμφασης στους ελέγχους παραγωγής, το μεγαλύτερο ανταγωνισμό, το στυλ μάνατζμεντ του ιδιωτικού τομέα και τη μεγαλύτερη πειθαρχία στη χρησιμοποίηση των πόρων. Αναλυτικά τα **κύρια χαρακτηριστικά** της Νέας Δημόσιας Διοίκησης όπως έχουν καταγραφεί από τον Larbi, G.A. (1993,2003) είναι:

- Υποδιαίρεση των τεράστιων γραφειοκρατικών οργανισμών σε διαχωριζόμενες υπηρεσίες με ξεχωριστές λειτουργίες, δηλαδή διαίρεση των υπουργείων σε χωριστές υπηρεσίες. Επίσης διαχωρισμός των υπευθύνων χάραξης στρατηγικών (υπουργεία) και των εκτελεστικών διαδικασιών της κυβέρνησης (υπηρεσίες). Οι υπηρεσίες θα σχετίζονται με την κεντρική διοίκηση (υπουργεία) όχι μέσω της

παραδοσιακής ιεραρχίας αλλά από συμβατικές συμφωνίες. Τα καλύτερα παραδείγματα είναι οι εκτελεστικοί οργανισμοί στο Ηνωμένο Βασίλειο.

- Αντικατάσταση των παραδοσιακά «τεράστιων ιεραρχικών δομών» με ευέλικτες και προσαρμοζόμενες δομές.
- Διαχωρισμός μεταξύ χρηματοδότησης, προμήθειας και παροχής υπηρεσιών. Σαφέστερος διαχωρισμός (οργανωτικός και οικονομικός) αφενός, μεταξύ αυτών που καθορίζουν το εύρος κάλυψης των αναγκών και χρηματοδοτούν τις δημόσιες υπηρεσίες, και, αφετέρου, αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες. Η προσφορά λοιπόν δημοσίων αγαθών και υπηρεσιών δεν προϋποθέτει και παραγωγή τους από το κράτος αλλά εξασφαλίζει μόνο την χρηματοδότησή τους. Παροχή έτσι υπηρεσιών μπορεί να γίνεται μέσω συμβολαίων και από τον ιδιωτικό τομέα.
- Ελευθερία στους μάνατζερ των υπηρεσιών να αποφασίζουν και να διαχειρίζονται με σαφή ευθύνη, καθώς και μείωση του ρόλου του εκάστοτε υπουργείου στη διαχείριση.
- Οι προϋπολογισμοί και οι δημοσιονομικοί έλεγχοι μεταφέρονται στις αποκεντρωμένες μονάδες, με τη δημιουργία κέντρων προϋπολογισμού και κέντρων ελέγχου κόστους.
- Εφαρμογή τεχνικών οικονομικής αξιολόγησης όπως η ανάλυση κόστους-ωφέλειας.
- Διαφάνεια στους προϋπολογισμούς σε λογιστικούς όρους. Καταγραφή των δαπανών μέσω του προϋπολογισμού αλλά και επινόηση τρόπων από τους μάνατζερ των υπηρεσιών να καταστούν διαχειριστές με μεγαλύτερη επίγνωση όχι μόνο του τρέχοντος κόστους των πράξεων, αλλά επίσης και των κεφαλαίων.
- Προσανατολισμός στο εξωτερικό περιβάλλον. Μεγαλύτερη έμφαση στα στοιχεία ελέγχου, στην κατανομή των πόρων και στις ανταμοιβές που συνδέονται με την απόδοση, χρήση των συμφωνιών απόδοσης και πληρωμή βάσει των αποδόσεων. Το συμβόλαιο αποδοτικότητας είναι μια δέσμη εργαλείων που χρησιμοποιείται για να ορίσει τις ευθύνες και τις προσδοκίες μεταξύ των μερών για την επίτευξη αμοιβών συμφωνημένων αποτελεσμάτων. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:185). Το συμβόλαιο αποδοτικότητας απαιτεί, από τους μάνατζερ, έλεγχο, λογοδοσία, επίτευξη στόχων, χρήση δεικτών,

προσανατολισμό στο εξωτερικό περιβάλλον ώστε να επιτύχουν επιχειρηματική ευελιξία και μεγαλύτερο έλεγχο της αγοράς.

- Έμφαση στην ποιότητα με την έννοια της ανταπόκρισης στις επιθυμίες των χρηστών των δημοσίων υπηρεσιών. Οι χρήστες των δημοσίων υπηρεσιών ονομάζονται πια πελάτες. Οι απόψεις των πελατών και τα αιτήματα τους χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στη διαμόρφωση της παροχής υπηρεσιών.
- Αλλαγή των εργασιακών σχέσεων. Προτίμηση σε συμβάσεις ορισμένου χρόνου παρά στην μονιμότητα. Παροχή οικονομικών και άλλων κινήτρων και εξέλιξη ιεραρχική και οικονομική βάση των επιδόσεων. Ο εργαζόμενος θεωρείται ως «εσωτερικός πελάτης».
- Έμφαση στην αριστεία μετατρέποντας τους οργανισμούς σε οργανισμούς μάθησης (Philippidou S. et al, 2004: 317-337).

Στην Ελλάδα, πρόσφατα, έχουν τεθεί σε εφαρμογή αντίστοιχα προγράμματα και δράσεις στη λογική της Νέας Δημόσιας Διοίκησης. Ο σημαντικότερος παράγοντας που ευνοεί και ωθεί παρόμοιες μεταρρυθμίσεις είναι τα προγράμματα και οι δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν ψηφιστεί οι παρακάτω νόμοι που προωθούν το νέο αυτό μεταρρυθμιστικό πλαίσιο:

Ο Νόμος **1943/1991** «Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης, αναβάθμισης του προσωπικού της και άλλες διατάξεις». Ο νόμος επιχειρεί για πρώτη φορά την εισαγωγή στοιχείων της νέας δημόσιας διοίκησης στο ελληνικό διοικητικό τοπίο. Αναφέρει ότι για τη μεθοδική και αποτελεσματική προώθηση μέτρων καταπολέμησης της γραφειοκρατίας, βελτίωσης των μεθόδων και διαδικασιών, αύξησης της παραγωγικότητας, αναβάθμισης του προσωπικού, προσαρμογής των οργανωτικών δομών, αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν οι φορείς του δημόσιου τομέα, καταρτίζεται κάθε τρία χρόνια πρόγραμμα εκσυγχρονισμού της δημόσιας διοίκησης στο πλαίσιο της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της χώρας. Στο πρόγραμμα αναφέρονται οι μέθοδοι, οι διαδικασίες, τα συστήματα ορθολογικής οργάνωσης, λειτουργίας και στελέχωσης και προβλέπονται τα μέσα που απαιτούνται για την πραγμάτωση των ανωτέρω σκοπών.

Ο Νόμος **2839/2000** «Ρυθμίσεις θεμάτων του Υπουργείου Εσωτερικών και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης». Στο Υπουργείο Εσωτερικών και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, συνίσταται το Εθνικό Συμβούλιο Διοικητικής Μεταρρύθμισης, στο οποίο κοινωνικοί, επιστημονικοί, οικονομικοί φορείς, συνδικαλιστικές οργανώσεις, ανεξάρτητες διοικητικές αρχές και κόμματα εισάγουν μείζονος σημασίας προτάσεις που αφορούν τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης.

Ο Νόμος **2880/2001** «Πρόγραμμα Πολιτεία για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης». Ο παρών νόμος προβλέπει την εισαγωγή νέων μεθόδων λειτουργίας, την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, την επιμόρφωση και βέλτιστη χρήση του ανθρώπινου δυναμικού. Εγκαινιάζει έτσι για πρώτη φορά την εισαγωγή αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στη διοικητική πραγματικότητα.

Ο Νόμος **3230/2004** «Καθιέρωση ενός συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις» με τον οποίο καθιερώνεται το σύστημα «Διοίκηση μέσω Στόχων», ώστε να υπάρξει αποτελεσματικότερη λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών και ανταπόκριση του ανθρώπινου δυναμικού στις σύγχρονες ανάγκες και τα νέα πρότυπα διοίκησης. Με τον όρο Διοίκηση μέσω Στόχων ορίζεται η διαδικασία προσδιορισμού σαφών επιδιώξεων - επιδόσεων στα ανώτατα ιεραρχικά επίπεδα κάθε φορέα και εν συνεχεία η διάχυση των γενικότερων αυτών επιδιώξεων υπό μορφή εξειδικευμένων δράσεων σε κάθε κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο. Σε κάθε επίπεδο οι προϊστάμενοι και οι υφιστάμενοι δεσμεύονται σε ετήσια βάση για την υλοποίηση συγκεκριμένων ενεργειών και την επίτευξη συγκεκριμένων ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων, λαμβανομένων υπόψη και των δεικτών αποδοτικότητας γενικών ή ειδικών όπου υπάρχουν. Επιπρόσθετα, καθιερώνεται η μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της Διοίκησης.

Τα προγράμματα του ΥΠΕΣΔΑ «Ποιότητα για τον Πολίτη», «Κοινωνία της Πληροφορίας», «e-Government», «Αριάδνη», και «ΣΥΖΕΥΞΙΣ». Στόχος των προγραμμάτων είναι η αναδιοργάνωση του δημόσιου τομέα, η ηλεκτρονική ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ δημοσίων υπηρεσιών και η ηλεκτρονική διασύνδεση των πολιτών με τους δημόσιους φορείς ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε πληροφορίες δημοσίου ενδιαφέροντος.

Η έκθεση της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, (2006) αναφέρει ότι η ολοκληρωτική προώθηση της Ηλεκτρονικής Δημόσιας Διοίκησης προσκρούει στο γεγονός ότι οι περισσότεροι φορείς αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τα ηλεκτρονικά συστήματα διακυβέρνησης και να αξιοποιήσουν στον μέγιστο βαθμό τις δυνατότητες τους. Η αδυναμία αυτή, αποδίδεται στο κανονιστικό πλαίσιο, στις διαδικασίες, στις δομές και στο ανθρώπινο δυναμικό της Δημόσιας Διοίκησης (Υπουργείο Εσωτερικών, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2006:1-2).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η αλλαγή του τρόπου σκέψης και δράσης της δημόσιας διοίκησης, έχει γίνει αισθητή στον 21^ο αιώνα. Μελετητές από την άλλη πλευρά όμως, θεωρούν ότι η Νέα Δημόσια Διοίκηση δεν προσφέρει κάτι νέο και η χρήση της δεν θα οδηγήσει σε ριζοσπαστικές μεταβολές που με τη σειρά τους θα φέρουν παροχή ίσων ευκαιριών σε αγαθά και υπηρεσίες. Το αίτημα για παραγωγή και διάθεση αγαθών ή παροχή ποιοτικά καλύτερων υπηρεσιών δεν είναι κάτι νέο, αλλά παλαιό, μόνιμο και διαρκές και σαφώς συναρτάται με το επίπεδο ανάπτυξης κάθε κοινωνίας, καθώς και με το μεταβαλλόμενο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό, πολιτιστικό ή και πληροφορικό περιβάλλον. (Παγκάκης Γ., 2002:81-82).

Επιπρόσθετα, συγγραφείς πιστεύουν ότι *«πολλές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται αντί να προάγουν μια ανθρωποκεντρική και δημοκρατική εκδοχή της ποιότητας στη διοίκηση, συχνά την υπαγάγουν σε μια οικονομική και λογιστική εκδοχή του οφέλους και του αποτελέσματος, περιλαμβανόμενης της κερδοφορίας»*. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:17). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι Βρετανικές μεταρρυθμιστικές πολιτικές (1979-1997) που είχαν νεοφιλελεύθερο προσανατολισμό, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση του πολίτη σε «καταναλωτή» και την ιδιωτικοποίηση και οικονομικοποίηση των δημόσιων αγαθών. (Καρκατσούλης Π., 2004:312-350). Επίσης, για τη Νέα Δημόσια Διοίκηση, σημείο αναφοράς παραμένει η πρακτική του ιδιωτικού τομέα. Αλλά αντί της μερικής επιλεκτικής υιοθέτησης μεθόδων και ιδεών του ιδιωτικού τομέα από τον κρατικό, η Νέα Δημόσια Διοίκηση επιχείρησε να ταυτοποιήσει τις δύο αυτές διοικητικές πρακτικές. Στο αγοραίο μοντέλο οι πολίτες είναι πελάτες. Είναι καταναλωτές και επομένως οι σχέσεις τους με το κράτος και τη διοίκηση καθορίζονται πρωτίστως από την αγοραστική τους δύναμη. (Αργυριάδης, Δ., 2004:15-

19). Εάν όμως τούτο ισχύσει και για το δημόσιο τομέα καταστρατηγείται η αρχή των δημοσίων αγαθών για κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα. Ανάλογη είναι και η επίκληση «ελευθερία στους managers». Όπως υπογραμμίζει και ο Αργυριάδης, Δ., (2004:15-19), η επίκληση αυτή έχει βάση σε πολλά συστήματα όπου οι περιορισμοί καταντούν τροχοπέδη. Αλλά στην περίπτωση αυτή δεν ενοχοποιούνται οι κανόνες και οι διαδικασίες που κατακρίνει η Νέα Δημόσια Διοίκηση. Απλώς ενοχοποιείται η έλλειψη μέτρου.

Τέλος, η **παγκοσμιοποίηση της δημόσιας διοίκησης** σημαίνει εξάρτηση της εθνικής κρατικής εξουσίας σε επίπεδο χάραξης δημόσιας εθνικής πολιτικής και την υπαγωγή μιας χώρας στον απόλυτο έλεγχο μιας άλλης, χωρίς ενσωμάτωση της πρώτης στη δεύτερη, που ασκεί τον έλεγχο. (Παγκάκης Γ., 2002:25). Όμως η δημόσια διοίκηση διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία ακριβώς γιατί διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και η φύση του κράτους. Ο δημόσιος τομέας κάθε χώρας έχει κάποιες ιδιαιτερότητες και κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφέρουν συγκρινόμενος με άλλες χώρες. (Claver E., et al, 1999: 455-564). Όπως τονίζει και ο Αργυριάδης Δ., (2007), η δημόσια διοίκηση εμπεριέχει τεχνικά θέματα τα οποία μπορούν και πρέπει να εξετάζονται επιστημονικά, δηλαδή με την ακρίβεια και την αυστηρότητα που επιτάσσουν οι κανόνες της επιστήμης. Από την άλλη πλευρά όμως, η δημόσια διοίκηση είναι και δομές, διαδικασίες και πολιτικές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ένα πολιτικό περίβλημα και βεβαίως λειτουργούν μέσα σε ένα δεοντολογικό πλαίσιο το οποίο καθορίζεται από την **κουλτούρα ενός έθνους** και ενός τόπου. Επίσης καθορίζεται από πολιτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αυτό ακριβώς προσδίδει και την ιδιομορφία στη διοίκηση, καθώς και την ιδιομορφία των διοικητικών συστημάτων στα διάφορα κράτη.

Πρόσφατα, έχουν εμφανιστεί παγκοσμίως έντονες αμφισβητήσεις και στο μοντέλο της νέας δημόσιας διοίκησης και η αναζήτηση ενός νέου τρόπου για τη δημόσια διοικητική πρακτική έχει αρχίσει. Οι αμφισβητήσεις αυτές είναι απίθανο να οδηγήσουν μια επιστροφή στο γραφειοκρατικό πρότυπο, αλλά μάλλον προκαλούν επαναπροσδιορισμό του τρόπου σκέψης του κράτους, το σκοπό και τον τρόπο λειτουργίας και διαχείρισης του. (O'Flynn J., 2007:353-366).

2.4 Από το Μοντέλο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης στη Θεωρία της Δημόσιας

Αξίας

«Η δημόσια αξία δεν είναι ένας προορισμός, είναι μια μόνιμη τρέχουσα διαδικασία δημιουργίας και επαναδημιουργίας»

(Moore M.)

Τα προβλήματα με τις προσεγγίσεις και τις τεχνικές της Νέας Δημόσιας Διοίκησης, ειδικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, οδήγησαν σε μια αυξανόμενη αναγνώριση ότι οι κοινωνικές αξίες, έμφυτες στις δημόσιες υπηρεσίες, δεν μπορούν να εξεταστούν επαρκώς από τον οικονομικό υπολογισμό αποδοτικότητας των αγορών. (Hefetz A., Warner M., 2004:174).

Την εποχή εκείνη, ο Moore M., (1994:296–303), εισήγαγε, για πρώτη φορά, την έννοια της **Δημόσιας Αξίας**, και τη χαρακτήρισε ως ένα τρόπο μετατόπισης από τις ισχυρές ιδεολογικές θέσεις της αγοράς. Ανέπτυξε ένα νέο «**μετά - ανταγωνιστικό**» υπόδειγμα που ουσιαστικά σήμαινε, μια μετατόπιση από την εστίαση στα αποτελέσματα και στην αποδοτικότητα προς την επίτευξη των ευρέων κυβερνητικών στόχων και τη δημιουργία δημόσιων αξιών. Η έννοια της δημόσιας αξίας έχει καθιερωθεί από τότε, ως τεχνική διαπίστωσης της επιτυχίας ή όχι των δημοσίων υπηρεσιών και οργανισμών στη Μεγάλη Βρετανία, στην Αυστραλία και σε μερικές ακόμη χώρες. (Talbot C., 2008:1-26). Επαγγελματίες και μελετητές ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για την ιδέα της δημόσιας αξίας ως ένα τρόπο κατανόησης της κυβερνητικής δραστηριότητας στη χάραξη πολιτικής και στην παροχή δημοσίων υπηρεσιών αλλά και ως ένα τρόπο καταγραφής των επιτυχημένων δημόσιων οργανισμών και των επιτυχημένων δημόσιων μάνατζερ. (O'Flynn J., 2007:353-366).

Ενώ, η συζήτηση της δημόσιας αξίας έχει γίνει δημοφιλής, εντούτοις, ο **σαφής καθορισμός** της παραμένει ασαφής και αόριστος. Ο O'Flynn J., (2005), περιγράφει τη δημόσια αξία ως πολυδιάστατο μόρφωμα - μια αντανάκλαση των συλλογικά εκφρασμένων προτιμήσεων που καταναλώνονται από το σύνολο των πολιτών και που δημιουργείται όχι μόνο μέσω των αποτελεσμάτων αλλά και μέσω των διαδικασιών που μπορούν να προάγουν την εμπιστοσύνη ή τη δικαιοσύνη.

Οι Kelly G., et al (2002:4) καθορίζουν τη δημόσια αξία ως την αξία που δημιουργείται από την κυβέρνηση και που παρέχεται μέσω των υπηρεσιών, των κανονισμών, των νόμων και άλλων ενεργειών και είναι κριτήριο μέτρησης της

απόδοσης των δημοσίων υπηρεσιών για τον τρόπο λήψης των αποφάσεων κατανομής των πόρων. Τονίζουν δε εμφαντικά ότι «η θεωρία της δημόσιας αξίας προσφέρει έναν τρόπο μέτρησης των κυβερνητικών αποδόσεων και των πολιτικών αποφάσεων. Λαμβάνοντας υπόψη την ολιστική αυτή προσέγγιση, εξετάζεται στο σύνολο η επίδραση του Κράτους στους πολίτες, πως μπορούν να βελτιωθούν οι πολιτικές αποφάσεις και να ισχυροποιηθεί η σχέση μεταξύ Κράτους και πολιτών.» (Kelly G., et al,2002:35).

Ο Stoker G., (2006:42) περιγράφει τη δημόσια αξία ως το άθροισμα των μεμονωμένων προτιμήσεων των χρηστών ή των παραγωγών των δημοσίων υπηρεσιών που έχουν οριστεί συλλογικά μέσω της συζήτησης από τους εκλεγμένους κυβερνητικούς υπαλλήλους και τα βασικά ενδιαφερόμενα μέλη (πολίτες, χρήστες και εργαζόμενοι).

Οι Horner L., Hazel L., (2005:34), θεωρούν τους πολίτες ως «μετόχους» που αποφασίζουν πως οι φόροι τους μπορούν να δαπανηθούν. Η αξία μπορεί να δημιουργηθεί μέσω της βελτίωσης της οικονομικής ευημερίας, της βελτίωσης της κοινωνικής συνοχής ή της πολιτιστικής ανάπτυξης. Η αξία (οι καλύτερες υπηρεσίες, η ενισχυμένη εμπιστοσύνη, η μείωση των κοινωνικών προβλημάτων ή η αποφυγή αυτών) προσδιορίζεται από τον πολίτη. Οι πολίτες το επιτυγχάνουν, μέσω της δημοκρατικής διαδικασίας, όχι μόνο μέσω της ψήφου, αλλά μέσω της συμμετοχής τους στις διαβουλεύσεις και στις έρευνες.

Οι Hefetz A., και Warner M.,(2004:171), υποστηρίζουν ότι, αντίθετα από τον ιδιωτικό τομέα, οι δημόσιοι μάνατζερ δεν εξασφαλίζουν απλώς μια διαδικασία αγοράς των υπηρεσιών αλλά, ισορροπούν τις τεχνικές και πολιτικές ανησυχίες για να εξασφαλίσουν τη δημόσια αξία. Ο ρόλος του δημόσιου μάνατζερ, σε αυτήν την προσέγγιση, είναι καθοριστικός.

Οι Alford J., O'Flynn J., (2008:1-25) θεωρούν ότι η δημόσια αξία δίνει έμφαση στο τι πιστεύουν οι άνθρωποι ότι είναι αξία, παρά τι θεωρεί ο μάνατζερ ενός δημόσιου τομέα για την έννοια αυτή. Σημαίνει μια ενεργή αίσθηση της προστιθέμενης αξίας, παρά μια παθητική αίσθηση της προστασίας των ενδιαφερομένων. Η δημόσια αξία είναι μια περιεκτική προσέγγιση στην αντίληψη για τη δημόσια διαχείριση και για τη συνεχή βελτίωση των δημοσίων υπηρεσιών. (Constable S., et al 2008).

Ένα σημαντικό μέρος της προσέγγισης της δημόσιας αξίας αποτελεί η έννοια των συλλογικών προτιμήσεων που τη διακρίνει, σε διαστολή με την έννοια της ατομικής

προσέγγισης της νέας δημόσιας διοίκησης. Η δημόσια αξία στηρίζεται στην πολιτική έκφραση των συλλογικά καθορισμένων προτιμήσεων, δηλαδή σε αυτό που το σύνολο των πολιτών καθορίζει ποια αξία είναι πολύτιμη ή όχι (Alford 2002, Kelly et al, 2002, Moore 1995). Αυτό φυσικά έρχεται σε αντίθεση με την άποψη ότι οι μεμονωμένες προτιμήσεις μπορούν να αθροιστούν για να απεικονίσουν τι θέλει το κοινό από την κυβέρνηση, όπως είναι η τάση στη νέα δημόσια διοίκηση. Όπως οι Moore M., και Braga A., (2004:3-19), σημειώνουν, οι πολίτες αποφασίζουν μαζί, μέσω των εκλεγμένων αντιπροσώπων τι εκτιμούν ως συλλογικό και αυτό αντιπροσωπεύει ένα πολύ πιο σύνθετο και διάχυτο σύνολο ανταλλαγών που παρομοιάζεται ως κοινωνική ανταλλαγή και είναι αρκετά διαφορετικό από τις άμεσες οικονομικές σχέσεις ανταλλαγής που πραγματοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα. Είναι, δυνατό να υποστηριχτεί ότι η δημόσια αξία είναι το αγαθό ή η υπηρεσία που παραδίδεται από τις κυβερνητικές οργανώσεις στο σύνολο των πολιτών της παρά στα άτομα. (Alford J., 2002: 337–346). Ο Πίνακας 2.3. παρουσιάζει τις βασικότερες διαφορές μεταξύ της θεωρίας της Νέας Δημόσιας Διοίκησης και της θεωρίας της Δημόσιας Αξίας.

Πίνακας 2.3: Διαφορές μεταξύ της Θεωρίας της Νέας Δημόσιας Διοίκησης & της Θεωρίας της Δημόσιας Αξίας

	<i>Νέα Δημόσια Διοίκηση</i>	<i>Δημόσια Αξία</i>
<i>Χαρακτηρισμός</i>	Μετά-γραφειοκρατικό Ανταγωνιστικό Κυβερνητικό Μοντέλο	Μετά ανταγωνιστικό Μοντέλο
<i>Εστίαση</i>	Αποτελέσματα	Σχέσεις
<i>Στόχοι της διοίκησης</i>	Επίτευξη προσυμφωνημένων στόχων-απόδοσης	Ποικίλοι στόχοι συμπεριλαμβανομένων της ανταποκρισιμότητας στο πολίτη/χρήστη, ανανέωση εξουσιοδότησης και εμπιστοσύνης μέσω της ποιότητας των υπηρεσιών.
<i>Καθορισμός δημόσιου ενδιαφέροντος</i>	Ατομικές προτιμήσεις	Συλλογικές προτιμήσεις
<i>Αντικειμενικός Σκοπός της Απόδοσης</i>	Διαχείριση των εισροών και των εκροών ώστε να υπάρξει διαβεβαίωση οικονομίας και ανταποκρισιμότητας στους πελάτες	Ποικίλοι στόχοι συμπεριλαμβανομένων των εκροών του οργανισμού, την ικανοποίηση, τα αποτελέσματα, την εμπιστοσύνη και τη

		νομιμότητα
Κυρίαρχο μοντέλο Λογοδοσίας	Ανοδικά οφέλη μέσω της απόδοσης των συμβολαίων και των πελατών μέσω των μηχανισμών της αγοράς	Ποικίλα μοντέλα που συμπεριλαμβάνουν τους πολίτες ως επόπτες της κυβέρνησης, τους πελάτες ως χρήστες και τους φορολογούμενους ως μετόχους

Πηγή: O'Flynn J., (2007:353-366)

Η ιδέα της δημόσιας αξίας ανήκει στον M. Moore (1995:71). Ο συγγραφέας έδωσε έμφαση σε τρεις πλευρές της απόδοσης των δημοσίων υπηρεσιών. (Talbot C., 2008:1-26)

- Στη παροχή πραγματικών υπηρεσιών,
- Στην επίτευξη κοινωνικών αποτελεσμάτων,
- Στη διατήρηση της εμπιστοσύνης και την νομιμότητας των υπηρεσιών.

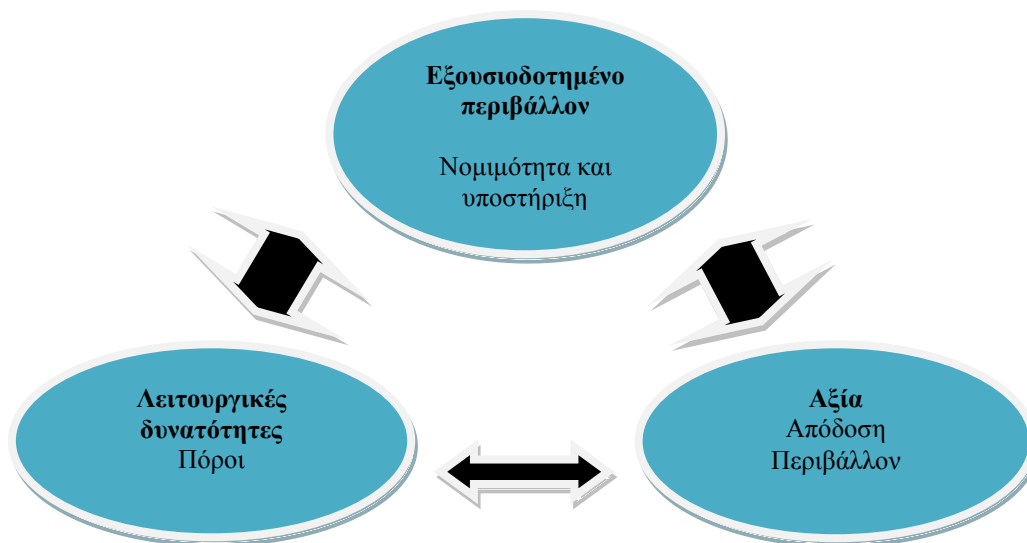
Το τρίτο σημείο ήταν σχετικά νέο και πρόσφερε, από πολλές απόψεις, μια αντιστάθμιση στη μάλλον στενή οικονομική θεωρία της Νέας Δημόσιας Διοίκησης. Η εμπιστοσύνη και η νομιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες και τις δραστηριότητές τους ενθαρρύνει στο ελάχιστο τη συμμόρφωση και στην καλύτερη συνεργασία ή ακόμη και στη συμπαραγωγή μεταξύ των μεμονωμένων πολιτών ή των συλλογικών ομάδων και των υπηρεσιών του Κράτους. Νομιμοποιεί τη συλλογή των δημοσίων κεφαλαίων για την εκτέλεση των συλλογικών προγραμμάτων δράσης που το μοντέλο των αγορών δεν παρείχε. Με έναν γενικότερο τρόπο, το τρίτο αυτό σημείο αυξάνει το κοινωνικό κεφάλαιο με την αύξηση των γενικών επιπέδων εμπιστοσύνης στην κοινωνία. Επιπλέον, η έννοια της δημόσιας αξίας περιέγραψε έναν ενεργό, στρατηγικό, ρόλο για τους δημόσιους εργαζόμενους στην υπεράσπιση και στην ανάπτυξη των υπηρεσιών τους.

Ο Moore M (1995:71), υποστηρίζει ότι η δημιουργία της δημόσιας αξίας είναι η κεντρική δραστηριότητα των **δημόσιων μάνατζερ**, ακριβώς όπως είναι η δημιουργία της ιδιωτικής αξίας στη δράση των μάνατζερ του ιδιωτικού τομέα. Διατύπωσε το πλαίσιο της δημόσιας αξίας για να βοηθήσει τους μάνατζερ του δημόσιου τομέα στη κατανόηση των περιορισμών και των ευκαιριών μέσα στους οποίους λειτουργούν, και υπογράμμισε την πρόκληση στη δημιουργία δημόσιων πολύτιμων αποτελεσμάτων. Η κεντρική του πρόταση ήταν ότι οι δημόσιοι πόροι πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να αυξήσουν την αξία, όχι μόνο υπό μια στενή οικονομική έννοια, αλλά ότι οι πράξεις

τους πρέπει να εκτιμηθούν ευρύτερα από τους πολίτες. Το θεωρητικό πλαίσιο που ανέπτυξε το ονόμασε ως «στρατηγικό τρίγωνο» και αποτελεί μία προσπάθεια σύλλληψης των στόχων και των περιορισμών της διαχείρισης του δημόσιου τομέα. Εκτιμά ότι οι επιτυχημένοι δημόσιοι μάνατζερ είναι «εξερευνητές» που τους ανατίθεται από την κοινωνία η ανακάλυψη και η προώθηση της δημόσιας αξίας. (Moore, 1995).

Το στρατηγικό τρίγωνο προϋποθέτει ότι μια στρατηγική για έναν οργανισμό του δημόσιου τομέα θα πρέπει να στοχεύει: πρώτον, στη δημιουργία ενός ουσιαστικά πολύτιμου αγαθού (δηλαδή να αποτελεί δημόσια αξία), δεύτερον, στη νομιμότητα και στη βιωσιμότητα με την προσέλκυση ικανοποιητικής υποστήριξης από το περιβάλλον, (δηλαδή από τους πολιτικούς, το κοινό και τους εργαζόμενους), με την οφειλόμενη αναγνώριση της διαφορετικής δύναμής τους και τρίτον, στη λειτουργικότητα και στην εφικτότητα (δηλαδή να είναι πραγματοποιήσιμο με τους διαθέσιμους οργανωτικούς και άλλους πόρους). (Moore 1995:71).

Σχήμα 2.1. Το στρατηγικό τρίγωνο του M. Moore



Πηγή: Moore M., (1995:71)

Η εφαρμογή της ως άνω στρατηγικής απαιτεί από το μάνατζερ του δημόσιου οργανισμού να επιδιώξει την **ευθυγράμμιση των μεταξύ τους στοιχείων** διότι κάθε ένα εξ' αυτών είναι στρατηγικά σημαντικό.

Η προσέγγιση της δημόσιας αξίας τονίζει ότι, σκοπός ενός μάνατζερ δεν είναι μόνο η εφαρμογή της πολιτικής και της εμμονής στους θεσμικούς κανόνες. Περιλαμβάνει την αναζήτηση των ευκαιριών ώστε να γίνουν σημαντικές βελτιώσεις στον τρόπο ζωής των ατόμων. Αντίθετα από την ιδιωτική επιχείρηση, οι οργανισμοί που παρέχουν τις

δημόσιες υπηρεσίες είναι άμεσα υπεύθυνες στους πολίτες και τους δημοκρατικούς αντιπροσώπους τους. Επομένως, η δημόσια αξία δεν μπορεί να παρέχεται χωρίς τη συνεχιζόμενη δημόσια δέσμευση και διάλογο. Συνεπώς, ο μάνατζερ του δημοσίου πρέπει από τη μία, να ειδικεύεται στην αποδοτική και καινοτόμο επέκταση των διαθέσιμων πόρων και στην αποτελεσματικότητα και από την άλλη, να μπορεί να πείσει εμπλεκόμενους να υιοθετήσουν παρόμοιους σκοπούς και προσεγγίσεις. Η δυνατότητα να προσαρμοστούν, να διαμορφώσουν και να ρυθμίσουν θέματα του εξωτερικού περιβάλλοντος είναι επίσης μια ικανότητα των μάνατζερ των δημοσίων οργανισμών. (Coats D., Passmore E., 2008:1-63).

Η δημόσια αξία δεν διαθέτει μοναδικά διοικητικά εργαλεία. Μάλλον, μπορεί να θεωρηθεί πλαίσιο μέσα στο οποίο τα υπάρχοντα διοικητικά εργαλεία και τα πρότυπα μπορούν συχνά να εφαρμοστούν για να δημιουργήσουν την αξιοπρόσεχτη προστιθέμενη αξία και για τον πολίτη και για το φορολογούμενο.

Η έννοια της συμπαραγωγής των υπηρεσιών είναι συμβατή με την εστίαση στην παραγωγή των σχέσεων υψηλής εμπιστοσύνης με τους χρήστες υπηρεσιών, το κοινό και άλλες αντιπροσωπείες προμηθευτών. Η προσέγγιση της δημόσιας αξίας εστιάζει στην ευθύνη του κοινού ώστε οι ίδιοι να συμβάλουν σε αυτό που θεωρείται «πολύτιμο». Στην ουσία είναι συν-διαμορφωτές της δημόσιας πολιτικής και επιχειρηματικότητας.

Συν-διαμορφωτές θεωρούνται επίσης και οι εργαζόμενοι οι οποίοι είναι ελεύθεροι να προτείνουν νέες ιδέες βελτίωσης της εργασίας του οργανισμού, σε θέματα αποδοτικότητας και παροχών. Οι δημόσιες οργανώσεις που επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν τη δημόσια αξία ως αρχή οφείλουν να δημιουργήσουν ένα είδος **συμμετοχικής κουλτούρας** στην οποία, η αναζήτηση της δημόσιας αξίας από τους εργαζόμενους θα ανταμείβεται ακριβώς όπως ανταμείβονται στις ιδιωτικές εταιρίες. (Benington J., Moore M., 2010).

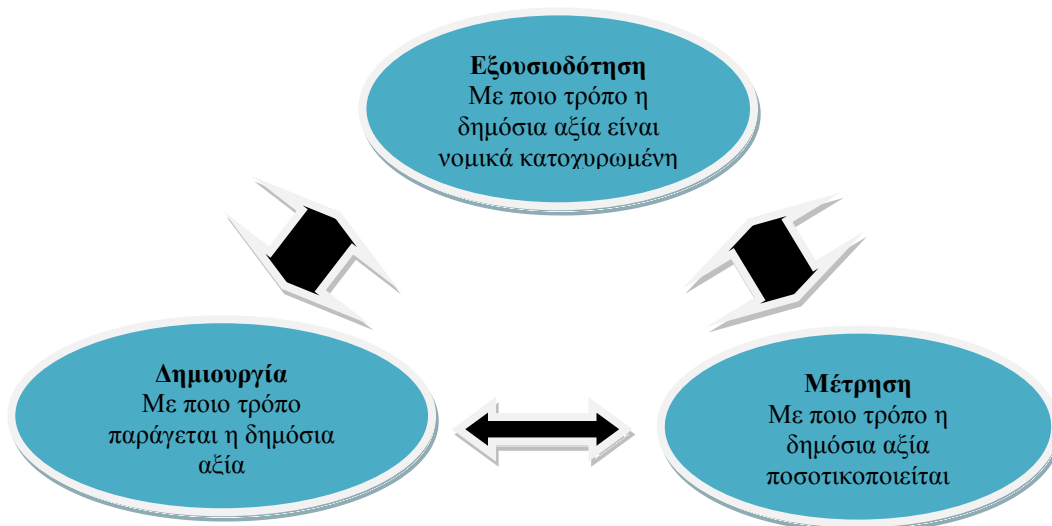
Η θεωρία της δημόσιας αξίας, επιτρέπει στους δημόσιους μάνατζερ να αναρωτηθούν τρεις πολύ απλές ερωτήσεις:

- Ποια είναι η αποστολή αυτής της υπηρεσίας;
- Σε ποιους είμαστε υπεύθυνοι;
- Πώς ξέρουμε εάν είμαστε επιτυχείς;

Οι μάνατζερ των δημοσίων οργανισμών πρέπει να προσδιορίσουν τους σκοπούς που ο οργανισμός υποτίθεται ότι εξυπηρετεί. Οι δημόσιες υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τους φορολογούμενους και υπόκεινται σε μια διαδικασία δημοκρατικής υπευθυνότητας. Η διαδικασία για ποιους σκοπούς ο οργανισμός έχει ιδρυθεί για να εξυπηρετήσει δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια διαδικασία δέσμευσης με το κοινό. Με άλλα λόγια, η δημόσια αξία έχει τις ρίζες της σε ένα πρότυπο διακυβέρνησης. Η δημόσια αξία στηρίζεται στην ιδέα ότι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών καθορίζεται καλύτερα από την ανταπόκριση στις δημόσιες προτιμήσεις. (Coats D., Passmore E., 2008:1-63).

Η δυναμική της Δημόσιας Αξίας περιληπτικά εμφανίζεται στο ακόλουθο σχήμα.

Σχήμα 2.2. Η δυναμική της Δημόσιας Αξίας



Πηγή: (Coats D., Passmore E., 2008:1-63).

Σύμφωνα με τους Coats D., Passmore E., (2008:1-63), η θεωρία της δημόσιας αξίας βοηθά:

- Στην ανάπτυξη ενός υγιούς σεβασμού της επαγγελματικής κρίσης αφού ένας από τους εμπλεκόμενους στον προσδιορισμό της δημόσιας αξίας είναι οι εργαζόμενοι του οργανισμού.
- Στην κατανόηση ότι όλες οι δημόσιες υπηρεσίες χρειάζονται σαφείς στόχους και ότι οι πολίτες πρέπει να είναι συμμετέχοντες στον καθορισμό των στόχων.
- Στο να δοθεί αξία «στη φωνή των πολιτών»
- Στην αξιολόγηση των πολιτικών αποφάσεων μέσω των αποτελεσμάτων και των αρχών της προσβασιμότητας και ισότητας για όλους.

- Στον τρόπο συμμετοχής τόσο των πολιτών όσο και των εργαζόμενων και τον τρόπο αξιολόγησης της επιτυχίας ή όχι του οργανισμού.

Οι πολίτες μπορούν να συμμετέχουν στο καθορισμό της δημόσιας αξίας μέσω: επίσημων ή νομικών μηχανισμών (επίσημες διαδικασίες διαβουλεύσεων, δημόσιες ακροάσεις, ρυθμίσεις διακυβέρνησης), ενημέρωσης και επικοινωνίας (υπό μορφή φυλλαδίων, ενημερωτικών δελτίων, διαφήμισης μέσω των μέσων ενημέρωσης ή του ιστοχώρου), συνεχούς αλληλεπίδρασης με τις υπηρεσίες, έρευνας αγοράς (π.χ. έρευνες, ομάδες εστίασης), συζητήσεων με επιτροπές κοινού ή ειδικούς ή ακόμη και με μεταβίβαση ευθύνης (π.χ. συμμετοχή στη σύνταξη προϋπολογισμού ή στη διαπραγμάτευση για νέα χρηματοδότηση με τις κοινοτικές δυνάμεις). (Coats D., Passmore E., 2008:1-63)

Η θεωρία της δημόσιας αξίας απαιτεί δημοκρατική υπευθυνότητα και προτείνει το συνεχιζόμενο διάλογο μεταξύ των μάνατζερ και των πολιτών. Οι πολίτες καλούνται να γίνουν κοινωνοί των διλημάτων των μάνατζερ, όπως για παράδειγμα των περιορισμών των πόρων και να επανακαθορίσουν δράσεις και ενέργειες.

Οι δημόσιοι οργανισμοί, οφείλουν να υιοθετήσουν μια **πολύ διαφορετική εργασιακή κουλτούρα**. Ο εκτενής διάλογος με το κοινό και με τους εργαζόμενους δημιουργεί ένα είδος **κουλτούρας που εστιάζεται τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον**. Στην πραγματικότητα τούτο σημαίνει ότι, οι οργανισμοί πρέπει να αναρωτηθούν πώς ο διάλογος με το προσωπικό και το κοινό μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ανταποκρινόμενων δημόσιων υπηρεσιών.

Σε διάφορες συζητήσεις για τον όρο δημόσια αξία μεταξύ επαγγελματιών και σχεδιαστών πολιτικής έχουν τεθεί δύο ερωτήματα: (Talbot C., 2008:1-26)

1. Είναι δυνατόν να υπάρχει μια μοναδική δημόσια αξία στο κόσμο των συγκρουόμενων αξιών και του ανταγωνισμού μεταξύ των συστημάτων;
2. Πώς μπορεί να μετρηθεί η δημόσια αξία;

Το θεωρητικό Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών υπογραμμίζεται ότι μπορεί να αποτελέσει επεξηγηματικό εργαλείο στα παραπάνω ερωτήματα. (Talbot C., 2008:1-26). Ο συγγραφέας θεωρεί ότι δεν υπάρχει μία μόνο δημόσια αξία αλλά πολλά διαφοροποιημένα είδη δημοσίων αξιών. Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών, ως θεωρία, υποστηρίζει την ισορροπία μεταξύ των περιορισμένων επιλογών ή αξιών όπου

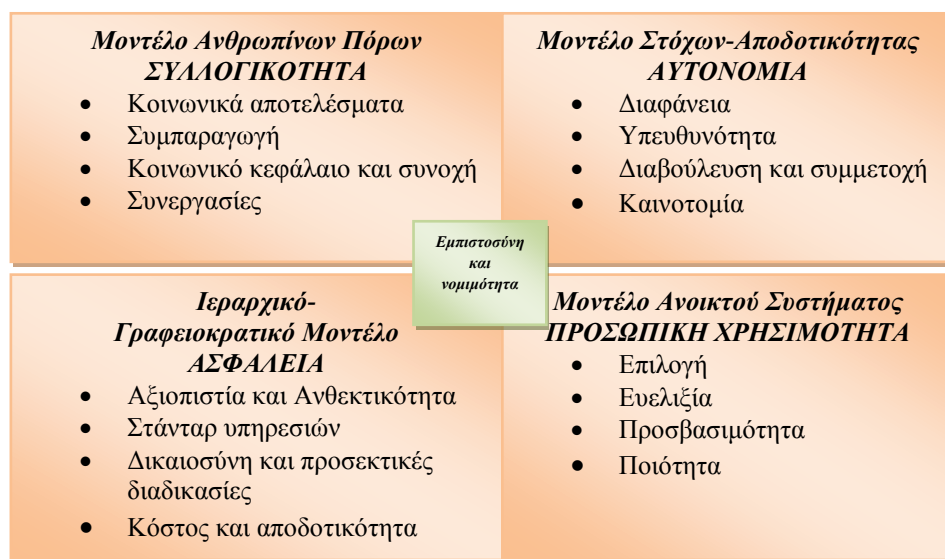
καμία αξία δεν μπορεί να αγνοηθεί και όλες σε κάποιο βαθμό δύναται να συνυπάρχουν ώστε, να επιτύχουν την αριστεία οι δημόσιοι οργανισμοί.

Σύμφωνα με το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών, των Cameron & Quinn, που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, οι οργανισμοί ενσωματώνουν, σε διαφορετικό βέβαια βαθμό, τα χαρακτηριστικά και των τεσσάρων μοντέλων κουλτούρας (μοντέλο ανθρωπίνων πόρων, μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας, ανοικτό μοντέλο, ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο). Η εφαρμογή του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών στη θεωρία της δημόσιας αξίας παράγει έναν τρόπο εξέτασης των συγκρουόμενων δημόσιων αξιών με τις οποίες όλες οι δημόσιες υπηρεσίες πρέπει να ασχοληθούν με έναν συνεπή και κατανοητό τρόπο. (Talbot C., 2008:1-26)

Προσφέρει μια φόρμα της **ισορροπημένης βαθμολογικής κάρτας** δείχνοντας ότι η απόδοση σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε κάθε μοντέλο κουλτούρας αλλά κάθε ένα έχει τη σημαντικότητά του. Η ισορροπημένη βαθμολογική κάρτα παρέχει στους μάνατζερ μια ένδειξη της απόδοσης του οργανισμού με βάση το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών των συμμετόχων. Απεικονίζει τον οργανισμό υπό το πρίσμα των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών, υπαλλήλων και μετόχων. Η ισορροπημένη βαθμολογική κάρτα είναι σημαντική επειδή συγκεντρώνει τα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά στα οποία ένας οργανισμός πρέπει να εστιάσει την προσοχή του για να είναι ανταγωνιστικός. Μεταξύ αυτών είναι η πελατοκεντρική προσέγγιση, η βελτίωση της ποιότητας, η έμφαση στην ομαδική εργασία, η μείωση του χρόνου ανάπτυξης νέων προϊόντων και υπηρεσιών, καθώς και η μακροπρόθεσμη διαχείριση. (Noe R. et al., 2006:34).

Το σχήμα 2.3. αποτυπώνει μια αρχική προσπάθεια χαρτογράφησης των αξιών που πρέπει να δίδει βαρύτητα ένας δημόσιος οργανισμός ανάλογα με το βαθμό του μοντέλου κουλτούρας που τον χαρακτηρίζει.

Σχήμα 2.3. Ανταγωνιστικές Δημόσιες Αξίες



Ένας δημόσιος οργανισμός οφείλει να μετρά με τα ακόλουθα αξιολογικά κριτήρια το βαθμό που συγκεντρώνει στην ικανοποίηση του κοινού:

- Εμπιστοσύνη και νομιμότητα
- Συλλογικότητα
- Ασφάλεια
- Προσωπική χρησιμότητα
- Αυτονομία

Η **εμπιστοσύνη και η νομιμότητα** τοποθετούνται σκόπιμα στην κορυφή αυτού του καταλόγου, σύμφωνα με τη προσέγγιση της δημόσιας αξίας, διότι βρίσκεται στο ανώτατο σημείο της αξιολογικής πυραμίδας και στο κέντρο του θεωρητικού της πλαισίου. Η μέτρηση της νομιμότητας και της εμπιστοσύνης γίνεται μέσω της ανάλυσης των λογιστικών ελέγχων και επιθεωρήσεων, τον αριθμό των καταγγελιών και των ανάλογων ερευνών σε όλους τους εμπλεκόμενους (χρήστες, εργαζόμενους, κοινό).

Η **συλλογικότητα** αναφέρεται σε εκείνες τις πιο αλτρουιστικές αξίες δημόσιου και κοινωνικού ενδιαφέροντος που οι πολίτες επιδιώκουν χωρίς απαραίτητως την ύπαρξη του άμεσου οφέλους. Παραδείγματος χάριν, οι πολίτες θεωρούν αξία την ποιοτική εκπαίδευση των παιδιών από τα σχολεία ακόμα και αν οι ίδιοι είναι ήδη μορφωμένοι και δεν θα αποκόμιζαν οποιοδήποτε άμεσο προσωπικό όφελος από μια τέτοια έκβαση. Η μέτρηση της συλλογικότητας πραγματοποιείται μέσω των συγκεκριμένων κοινωνικών συνεπειών για τις οποίες μια υπηρεσία είναι αρμόδια (π.χ. εκπαίδευση,

ένδεια παιδιών, κ.λπ.), της ενεργούς συμπαραγωγής από τους χρήστες των υπηρεσιών και των γενικών μέτρων κοινωνικής συνοχής.

Η **ασφάλεια** είναι ο βαθμός αξιοπιστίας του οργανισμού να ανταποκριθεί μέσω των γραφειοκρατικών διαδικασιών στις απαιτήσεις της ικανοποίησης των πολιτών, της δικαιοσύνης στην εργασία, στην εφαρμογή προτύπων και ελέγχων.

Η **προσωπική χρησιμότητα** είναι η εστίαση της δημόσιας διοίκησης στην εξατομίκευση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα το Comprehensive Spending Review (2007:31), δεσμεύει την κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας να *«ικανοποιήσει τις αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών μέσω των προτύπων που προσφέρονται από τον ιδιωτικό τομέα με εύκαμπτες, εξατομικευμένες, προσαρμοσμένες δημόσιες υπηρεσίες που συμπεριφέρονται στους πολίτες με προσοχή και σεβασμό στις προσωπικές προτιμήσεις και εκτιμούν την αξία του χρόνου των πολιτών»*. Οι ελλοχεύουσες αξίες που εκφράζονται είναι εκείνες του προσωπικού συμφέροντος. Η μέτρηση της προσωπικής χρησιμότητας πραγματοποιείται μέσω του βαθμού διαθέσιμης επιλογής, της εξατομίκευσης και της ευελιξίας των υπηρεσιών, της δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες και της ποιότητας των υπηρεσιών (συγκρινόμενες με παρόμοιες υπηρεσίες).

Η **αυτονομία** αναφέρεται στην επιθυμία για προσωπική ελευθερία και προσδιορισμό των υπηρεσιών. Αυτό περιλαμβάνει τις διαβουλεύσεις και τη συμμετοχή, η οποία απαιτεί στη συνέχεια, από τις δημόσιες υπηρεσίες, την πλήρη διαφάνεια, υπευθυνότητα, καινοτομία και δημιουργικότητα. Συγκεκριμένα οι υπηρεσίες πρέπει να εξελίσσονται συνεχώς και να μετασχηματίζονται για να ικανοποιήσουν τις νέες ανάγκες και τα μεταβαλλόμενα σχέδια των προτιμήσεων. Η μέτρηση της αυτονομίας γίνεται μέσω της διαφάνειας και της ελευθερίας των πληροφοριών για τις υπηρεσίες, της υπευθυνότητας των υπηρεσιών, τον βαθμό των διαβουλεύσεων και το βαθμό συμμετοχής στη διαμόρφωση των υπηρεσιών καθώς και το βαθμό καινοτομίας στις υπηρεσίες.

Οι μάνατζερ των δημοσίων υπηρεσιών γνωρίζουν ότι η ισορροπία των πράξεων μέσα σε όλα τα είδη των μοντέλων είναι η ίδια η ουσία της πολιτικής και διοικητικής εργασίας σε μια δημοκρατική κοινωνία. Η προσέγγιση του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών συστηματοποιεί την κατανόηση αυτών των προβληματικών ζητημάτων και τα εμφανίζει για συζήτηση και κρίση. Όπως υποστηρίζει ο Κόντης Θ.,

(1998:355), έργο της δημόσιας διοίκησης είναι να βρει τη **χρυσή τομή** μέσα από ένα τεράστιο δίκτυο αλληλοσυγκρουόμενων και επικαλυπτόμενων, και πολλές φορές δύσκολα προσδιοριζόμενων, ειδικών συμφερόντων των πολιτών, που αποτελεί και το δημόσιο συμφέρον.

Η ανάλυση της δημόσιας αξίας στηριζόμενη στο Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών είναι μια καινούργια προσέγγιση η οποία απαιτεί περισσότερη έρευνα και μελέτη. Εντούτοις, η εργασία του Talbot C., (2008:1-26), εμφανίζει μια καινούργια οπτική καταγραφής των δημοσίων αξιών ανάλογα με το μοντέλο κουλτούρας που διακατέχει έναν δημόσιο οργανισμό.

Στην Ελλάδα, ακόμη και σήμερα, σύμφωνα με τον Ράπανο Β., (2009:1-70), το βασικό πρόβλημα του δημόσιου τομέα παραμένει η χαμηλή αποτελεσματικότητα του. Το ζητούμενο είναι επομένως, να εξεταστεί από που θα μπορούσε να αρχίσει κανείς μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια για να αρχίσουν να αποδίδουν αποτέλεσμα οι δαπάνες του δημοσίου.

2.5 Η Αμφισβήτηση της Γραφειοκρατίας στο Δημόσιο Τομέα και η Θεμελίωση της Θεωρίας της Δημόσιας Αξίας

«Η δημόσια διοίκηση εξακολουθεί να αποτελεί τον «μεγάλο ασθενή» της ελληνικής κοινωνίας» (Μακρυδημήτρης Α.)

Ανατρέχοντας στους νόμους που ψηφίστηκαν στη χώρα έως σήμερα, διαπιστώνεται ότι οι νομοθέτες αντιλήφθηκαν τα προβλήματα λειτουργίας του δημοσίου τομέα και συνειδητοποίησαν την ανάγκη σύστασης μεταγραφειοκρατικών οργανωτικών υποδειγμάτων εισάγοντας τεχνικές και προσεγγίσεις της νέας δημόσιας διοίκησης. Κατά συνέπεια, το ερώτημα που αναδεικνύεται επικεντρώνεται στο γιατί οι νόμοι δεν εφαρμόστηκαν στην έκταση που έπρεπε ώστε ο δημόσιος τομέας σήμερα να έχει λύσει τα βασικά δυσλειτουργικά του προβλήματα και να εμφανίζονται ήδη κάποια βελτιωτικά βήματα στη παροχή δημοσίων υπηρεσιών;

Οι μελετητές της δημόσιας διοίκησης εκφράζουν έντονα την αναγκαιότητα άμεσης δράσης. Όπως επισημαίνει ο Κέφης Β., (2005:67), *«η διάχυτη δυσaréσκεια, η παγκοσμιοποίηση, η τεχνολογική επανάσταση και ο διεθνής ανταγωνισμός επιτάσσουν την οργανωσιακή αλλαγή. Οι πολλαπλές και πολύπλοκες οικονομικές και κοινωνικές*

εξελιζεις συνιστούν μια εν δυνάμει πρόκληση για προσαρμογή της δημόσιας διοίκησης σε ένα νέο περιβάλλον δράσης, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί επιτυχώς στις ανάγκες και προσδοκίες του πολίτη». Ο Μακρυδημήτρης Α., (1999:21), αναφέρει ότι απαιτείται επειγόντως μια ριζική μεταρρύθμιση. Το σύνθημα οργανωτικής και διοικητικής αλλαγής που έχει καθιερωθεί στις αναπτυγμένες χώρες, κατά τον συγγραφέα, είναι το «**from bureaucracy to flexocracy**» και αναφέρεται στην ανάγκη σύστασης μεταγραφειοκρατικών οργανωτικών υποδειγμάτων στο δημόσιο και τον κοινωνικό τομέα, δηλαδή, υποδειγμάτων που αξιοποιούν λιγότερο την αυστηρή νομική ιεραρχία των κανόνων και των αξιωμάτων και περισσότερο τα δίκτυα της επικοινωνίας, τη δυναμική και δημιουργική στοχοθεσία και την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού για την αντιμετώπιση των υπαρκτών δημοσίων προβλημάτων.

Τα τελευταία δύο χρόνια επικρατεί έντονα η άποψη ότι ο δημόσιος τομέα είναι αντιπαραγωγικός, κάτι που αποτελεί τροχοπέδη στην οικονομία και συνεπώς επιτάσσεται η μείωσή του. Η μείωση όμως, του δημοσίου τομέα αρκεί για την καλύτερη λειτουργία του; Το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (Ράπανος Β., 2009:1-70), επισημαίνει ότι το μέγεθος του δημοσίου τομέα εξαρτάται από ιστορικούς και ιδεολογικούς παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την έκτασή του. Για παράδειγμα οι ΗΠΑ στηριζόμενες σε ιδεολογικά κριτήρια αντιτίθενται στο μεγάλο κράτος. Αντιθέτως, οι χώρες της Βόρειας Ευρώπης και ιδιαίτερα οι Σκανδιναβικές, επέλεξαν να επεκτείνουν το δημόσιο τομέα τους σημαντικά και παρά την επίτευξη σημαντικών μεταρρυθμίσεων, εξακολουθούν να έχουν μεγάλης έκτασης δημόσιο τομέα. Το ενδιαφέρον στις χώρες αυτές είναι ότι, παρά το μέγεθος του δημοσίου τομέα, οι οικονομίες τους είναι από τις πλέον καινοτόμες και ανταγωνιστικές σε παγκόσμιο επίπεδο. Εκείνο που φαίνεται τελικά να παίζει καθοριστικό ρόλο είναι πρωτίστως η ύπαρξη των κατάλληλων θεσμών και μηχανισμών που διασφαλίζουν, το πόσο αποτελεσματικά λειτουργεί ο θεσμός του δημοσίου τομέα. Η απουσία θεσμών, καταλήγει ο IOBE στην έκθεσή του, είναι από τις βασικές αδυναμίες του ελληνικού δημόσιου συστήματος.

Κατά τον Παγκάκη Γ., (2002:35), για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ο δημόσιος τομέας απαιτείται πρώτον, **αποκέντρωση** και **αποσυγκέντρωση** της εξουσίας με μεταφορά αποφασιστικών αρμοδιοτήτων σε άλλα επίπεδα και ταυτόχρονη μεταφορά σε αυτά ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων δεύτερον,

απογραφειοκρατικοποίηση με απλούστευση, απλοποίηση, κατάργηση, εξάλειψη γραφειοκρατικών τύπων και διαδικασιών και τρίτον, **απομυθοποίηση του νομικισμού** και της **τυπολατρίας** που αποστερεί τα στελέχη της διοίκησης από τη δυνατότητα ανάπτυξης δράσης με πρωτοβουλία.

Η οργανωτική ανασυγκρότηση με μεγαλύτερη εκχώρηση αρμοδιοτήτων, απαιτεί αλλαγή της δομής του οργανισμού από πολύ-επίπεδη σε **λιτή, εύκαμπτη και οριζόντια ιεραρχία**. Αντί της ιεραρχικής αλληλεξάρτησης προτείνεται, από ακαδημαϊκούς, η λειτουργική αλληλεξάρτηση στο εσωτερικό κάθε τμήματος και κάθε ενιαίου και ομογενοποιημένου συνόλου της παραγωγικής διαδικασίας του κάθε οργανισμού. (Σαρρής Μ., 2001:172). Το να αλλάζει κανείς, τις δομές και τις διαδικασίες ενός οργανισμού θεωρείται δύσκολο εγχείρημα διότι προϋποθέτει αλλαγή στην αναδιανομή της εσωτερικής «περιουσίας» του οργανισμού. (Schein E., 2004:98). Τούτο σημαίνει ότι από τη διοίκηση που βασίζεται στην εντολή και τον έλεγχο κατευθύνεται ο οργανισμός στη συμμετοχική διοίκηση με εργαζόμενους όλων των επιπέδων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Σαρρής Μ., κ.ά. (2003:31-52), *«η επιτυχία ενός δημόσιου οργανισμού, δεν αναφέρεται πλέον στην ορθολογικοποίηση και τελειοποίηση ενός διοικητικού και πυραμιδικού μοντέλου οργάνωσης της εργασίας τύπου Taylor ή Weber, αλλά στην εφαρμογή μέτρων απογραφειοκρατικοποίησης, μέτρων που διασφαλίζουν τη συμμετοχή και υπευθυνότητα των μελών του οργανισμού. Οι λέξεις-κλειδιά που κυριαρχούν σήμερα είναι υποκίνηση-παρακίνηση, ενεργοποίηση, επικοινωνία, υπευθυνότητα, συναισθηματική επένδυση και συμμετοχή του προσωπικού στις διεργασίες παραγωγής έργου, στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων και στις εργασιακές σχέσεις συνολικά»*. Έχει αποδειχθεί ότι το απογραφειοκρατικοποιημένο - φιλικό περιβάλλον εργασίας επιδρά θετικά σε έννοιες όπως υποστήριξη, ανταλλαγή πληροφοριών, ικανοποίηση από την εργασία, εργασιακή απόδοση, δέσμευση στην εργασία και στον οργανισμό. Έρευνα που διεξήχθη σε εργαζόμενους των δημοσίων υπηρεσιών κατέγραψε ότι στους οργανισμούς που χαρακτηρίζονται από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης οι εργαζόμενοι δήλωσαν μικρά ποσοστά φιλικότητας ως προς το περιβάλλον εργασίας. (Mao H., Chen C., Hsieh T., 2009: 255-266).

Η συμμετοχή του εργαζόμενου στη διαδικασία παραγωγής έργου ή λήψης αποφάσεων, παρέχει τη δυνατότητα ανάπτυξης δημιουργικών πρωτοβουλιών, αναδεικνύει το ομαδικό πνεύμα συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα, καθιερώνει τη

διεπιστημονική αντίληψη στη λήψη αποφάσεων ή την κατάρτιση προγραμμάτων δράσης και ουσιαστικά παρέχει κίνητρο στους εργαζόμενους επίτευξης των στόχων του οργανισμού. (Θεοφανίδης Σ., κ.ά. (1998:18). Σύμφωνα με τον Μακρυδημήτρη Α., (1999:102, 104), στόχος είναι ένα νέο δυναμικό μοντέλο εργαζομένων με ικανότητα χειρισμού πληροφοριών και ικανότητα διαμόρφωσης κρίσεων και εκτιμήσεων και η μετατροπή του εργαζόμενου από γραφειοκράτη σε εργαζόμενο πολλαπλών ικανοτήτων και προσόντων. Το ως άνω δύναται να επιτευχθεί με επιμόρφωση όλων των εργαζομένων, ώστε να μπορούν να εφαρμόζουν τα δεδομένα της σύγχρονης διοικητικής επιστήμης και πρακτικής. (Ζιανίκας Χ., 1996:96). Θα πρέπει συνεπώς, ένας δημόσιος οργανισμός να εξελιχθεί σε έναν οργανισμό συνεχούς μάθησης ώστε να υπάρξει αναβάθμιση του ρόλου ενός από τους συντελεστές παραγωγής, αυτού του ίδιου του ανθρώπινου δυναμικού. Έχει παρατηρηθεί ότι δίδεται περισσότερο βαρύτητα στην αλλαγή των συστημάτων, στις δημόσιες υπηρεσίες παρά στην αλλαγή της νοοτροπίας των εργαζομένων. (Casson S., George C., 1995:2). Η Philippidou S. (2009:13-55), υπογραμμίζει ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων θα συνταξιοδοτηθεί μέσα στα επόμενα πέντε έως δέκα χρόνια. Τονίζει δε ότι είναι ευκαιρία, η προσέλκυση, η πρόσληψη και η διατήρηση της νέας γενιάς, δημιουργώντας μια σαφή αποστολή, μια ισχυρή ηγεσία και μια σύγχρονη προσέγγιση της διαχείρισης. Οι Κυβερνήσεις πρέπει να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της δημιουργίας πιο ενδιαφέροντων θέσεων εργασίας και ανάθεση περισσότερων ευθυνών και, επίσης, να αυξήσουν την κινητικότητα, που απαιτεί επαγγελματική γνώση συστημάτων διαχείρισης.

Συνακολούθως, θα πρέπει να υπάρξουν διοικητικές πρακτικές ώστε να ελέγχεται η απόδοση, να αξιολογείται η παραγωγικότητα και να καθιερωθούν κίνητρα παραγωγικότητας. Η **παραγωγικότητα**, διαστάσεις της οποίας είναι τόσο η αποτελεσματικότητα όσο και η αποδοτικότητα, δεν είναι μια επιλογή αλλά μια **ανάγκη**. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:201). Για παράδειγμα, θα μπορούσε να καθιερωθεί η χορήγηση, αναλογικά σε όλους τους εργαζόμενους, ενός ποσοστού ως πριμ παραγωγικότητας ανάλογα με τη μείωση των δαπανών του τμήματος που απασχολούνται, την ταχύτητα διεκπεραίωσης μιας υπόθεσης ή την ικανοποίηση των πολιτών από το τμήμα που εξυπηρετήθηκαν.

Απαραίτητο συστατικό επιτυχίας όλων των προαναφερόμενων είναι η ανάδειξη των **επικεφαλής των οργανισμών** με κριτήρια αυστηρά και αξιοκρατικά. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Ζιανίκας Χ., (1996:320) «*από τους απλούς διαχειριστές της καθολικής διοικητικής ακαμψίας θα πρέπει να φθάσουμε στην **ανάδειξη χαρισματικών ηγετών**, στο σύνολο της δημόσιας διοίκησης. Ηγετών, ικανών να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των καιρών και παράλληλα να επιδοθούν, συστηματικά, στην επιχείρηση βαθιών θεσμικών αλλαγών*». Η σημερινή οικονομική, πολιτισμική, τεχνοκρατούμενη και ανταγωνιστική πραγματικότητα απαιτεί ηγέτες δημοσίων οργανισμών τόσο με τις απαιτούμενες γνώσεις και τεχνικές δεξιότητες στον τομέα που αναλαμβάνουν καθήκοντα όσο και ατομικές και κοινωνικές ικανότητες όπως συναισθηματική νοημοσύνη, διαχείριση συγκρούσεων και αλλαγών και παρακίνησης. Ο ηγέτης πρέπει να είναι γνώστης ευρύτατου φάσματος λειτουργικών και επιχειρησιακών καθηκόντων, οφείλει να λειτουργεί ως πρότυπο και θα πρέπει να διακρίνεται από διάθεση προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο. (Ζιανίκας Χ., 1996:315).

Συνακόλουθα για να υπάρξει αποτελεσματικότητα στο δημόσιο τομέα και να εφαρμοστούν βασικοί μέθοδοι της σύγχρονης διοίκησης απαιτείται η **πολιτική βούληση και αλλαγή κουλτούρας**, καθώς και η δημιουργία ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος διοίκησης, μακριά από κρατικές παρεμβάσεις, στο πλαίσιο των δυτικοευρωπαϊκών κρατών. (Κέφης Β., 1998:11). Η δημόσια διοίκηση θα μπορούσε να **αυτοδιοικηθεί**, να **αυτοοργανωθεί** και να ρυθμίσει μόνη της, πέραν από τις υπαγορεύσεις της πολιτικής ηγεσίας, τον τρόπο οργάνωσής της, τη μεθοδολογία και τις τεχνικές που θα χρησιμοποιήσει καθώς και τον τρόπον εκτέλεσης των πολιτικών αποφάσεων. (Κόντης Θ., 1998:369). Συνεπώς, το σημείο εκκίνησης ουσιώδους διοικητικής μεταρρύθμισης άρχεται από την **αλλαγή κουλτούρας τόσο σε πολιτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οργανισμών**. Η αλλαγή του τρόπου σκέψης και δράσης των κρατικών λειτουργών, η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και η ανάδειξη της συμμετοχικής διοίκησης θεωρούνται προτεραιότητες στο ελληνικό δημόσιο σύστημα. Επιστημονική επικρατούσα πεποίθηση θεωρείται ότι εάν δημιουργηθεί μια **μικρή αλλαγή στο σύστημα**, αυτό σημαίνει μια **μικρή αλλαγή στη κουλτούρα** η οποία επιτρέπει μια μεγαλύτερη αλλαγή στο σύστημα και μια μεγαλύτερη αλλαγή στην κουλτούρα. (Casson S., George C., 1995:5).

Οι Metcalfe and Richards (1987:65-86), θεωρούν ότι η κουλτούρα στο δημόσιο πρέπει να μετατραπεί:

- Από υπηρεσιακή κουλτούρα σε κουλτούρα ευθύνης,
- Από κουλτούρα ρουτίνας σε κουλτούρα καινοτομίας,
- Από κουλτούρα κόστους βασιζόμενη στον προϋπολογισμό σε κουλτούρα γνώσης του κόστους,
- Από κουλτούρα σταθερότητας σε κουλτούρα συνεχούς ανάπτυξης,
- Από διοικητική κουλτούρα βασιζόμενη στις διαδικασίες σε κουλτούρα των επιτευγμάτων.

Η ανάπτυξη μιας **διοικητικής κουλτούρας** που δεν ταυτίζεται με τη διαχείριση της καθημερινότητας αλλά με τη στρατηγική σκέψη, που είναι προσανατολισμένη στην επίτευξη των **ποιοτικών αποτελεσμάτων** που να ικανοποιούν τις ανάγκες των πολιτών μπορεί να συμβάλλει ως καταλύτης στην οικονομική και κοινωνική ανέλιξη. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:97). Για να επιτευχθεί ο ανωτέρω στόχος, απαιτείται η ενίσχυση των μηχανισμών εκείνων που διευκολύνουν και διασφαλίζουν μια συνεχή και συνεπή προσπάθεια βελτιωτικής αλλαγής. Αυτό εξασφαλίζεται με τη συμμετοχή, τη συναίνεση την αποδοχή το διάλογο και την επικοινωνία. Όπως υποστηρίζεται, «ο διάλογος είναι η μόνη οδός που οδηγεί σε λύσεις αποδεκτές και βιώσιμες. Ο διάλογος, ωστόσο, για να μην εξαντλείται σε στείρα αντιπαράθεση και κραυγαλέα συνθήματα, αλλά για να αποδώσει, χρειάζεται δομές και πρόσφορες διαδικασίες. Πολύ περισσότερο βέβαια, η **συνεργασία και ο διάλογος** για να καρποφορήσουν προαπαιτούν **ανάπτυξη μιας κουλτούρας του διαλόγου**». (Αργυριάδης Δ., 2004:10,21). Ο **διάλογος** είναι το **όχημα** για την κατανόηση της κουλτούρας και των υποκουλτούρων των δημοσίων οργανισμών. Η συνεχής διαλεκτική σχέση της ηγεσίας της δημόσιας διοίκησης και των μετόχων (εργαζόμενων και πολιτών) καθώς και ο διαρκής διάλογος αποτελεί το θεμελιώδες εργαλείο εκκίνησης των οργανωσιακών μεταρρυθμίσεων. Η συνεχόμενη αλλαγή του περιβάλλοντος, η τεχνολογική πολυπλοκότητα, και η συνεχής μάθηση νέας γνώσης προτάσσει την αναγκαιότητα του διαλόγου. (Schein E., 1993: 27-38). Επιπρόσθετα, χρειάζονται μελέτες για τη διάγνωση και την ανάλυση των πραγματικών αναγκών για κάθε δημόσιο οργανισμό ξεχωριστά διότι η διαδικασία αλλαγής κουλτούρας έχει διαφορετικό βαθμό δυσκολίας από δημόσιο οργανισμό σε δημόσιο οργανισμό. (Kim P.S., et al, 1995: 675-709). Όπως αναφέρει και ο Αργυριάδης Δ.,

2004:23), εφόσον έχουν αναλυθεί οι πραγματικές ανάγκες του δημοσίου τομέα, στη συνέχεια, μπορεί να εφαρμοστεί η «ξένη» πρακτική.

Συστηματικό μελετητικό πλαίσιο και ανάλυση απαιτείται και στην **οργανωσιακή κουλτούρα** που διέπει ξεχωριστά κάθε δημόσιο οργανισμό. Για παράδειγμα στην Αυστραλία, οι νέες οργανωσιακές στρατηγικές που δρομολογήθηκαν, από τη δεκαετία του 1980 ώστε να επιτύχουν καλύτερη λειτουργία του νέου δημόσιου μανάτζμεντ, τόνισαν την αναγκαιότητα καταγραφής της οργανωσιακής κουλτούρας στο δημόσιο τομέα διότι, γνωρίζοντας την υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα μπορούσαν να εφαρμόσουν τις κατάλληλες στρατηγικές της νέας δημόσιας διοίκησης. (Parker R., Bradley L., 2000: 125-141).

Συνεπώς, η μερική επιλεκτική υιοθέτηση μεθόδων και ιδεών του ιδιωτικού από τον δημόσιο τομέα ίσως είναι η μόνη οδός. Η **συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking)**, αποτελεί μέθοδο που εφαρμόζει ο ιδιωτικός τομέας και που μπορεί να εφαρμοστεί και στο δημόσιο. Η συγκριτική αξιολόγηση είναι *«η συνεχής και συστηματική σύγκριση μιας ή περισσότερων επιχειρησιακών στρατηγικών, λειτουργιών, διαδικασιών ή πρακτικών με αυτές των καλύτερων ανταγωνιστών ή αυτών των επιχειρήσεων που θεωρούνται άριστες στο συγκεκριμένο αντικείμενο»*. (π.χ. ιδιωτικά με δημόσια). (Παπαδάκης Β., 2007:133). Έχει ως στόχο να βοηθήσει έναν οργανισμό να βελτιωθεί, δίνοντάς του τη δυνατότητα να ποσοτικοποιήσει τις υπάρχουσες διαφορές απόδοσης, να τεκμηριώσει γιατί αυτές οι διαφορές υπάρχουν και να αναγνωρίσει τα βήματα εκείνα που πρέπει να υιοθετήσει, έτσι ώστε να προλάβει και να ξεπεράσει τους καλύτερους από τους «ανταγωνιστές» της.

Συμπερασματικά τονίζεται ότι, η εξερεύνηση νέων δυνατοτήτων και η εκδίωξη των παλαιών βεβαιοτήτων είναι αναγκαίο βήμα. Η εστίαση στην οργανωσιακή αλλαγή και την ανάπτυξη νέων οργανωσιακών διαδικασιών και πρακτικών αποτελούν θεμελιώδεις μεταρρυθμιστικές συνιστώσες. (Dobers P., Soderholm A., 2009: 480-493). Η αποκέντρωση και η αποσυγκέντρωση της εξουσίας, η απογραφειοκρατικοποίηση, η απομυθοποίηση του νομικισμού και της τυπολατρίας, η λιτή, εύκαμπτη και οριζόντια ιεραρχία, η καταγραφή της παρούσας οργανωσιακής κουλτούρας και η αλλαγή της τόσο σε πολιτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οργανισμών, η ανάπτυξη μιας διοικητικής κουλτούρας βασιζόμενης στην επίτευξη των ποιοτικών αποτελεσμάτων, η ανάπτυξη μιας κουλτούρας διαλόγου, η εξέλιξη του οργανισμού σε οργανισμό συνεχούς μάθησης,

η ανάδειξη χαρισματικών ηγετών, η ανάδειξη ενός νέου δυναμικού μοντέλου εργαζομένων με πολλαπλές ικανότητες και προσόντα με συμμετοχή στη χάραξη και λήψη αποφάσεων του οργανισμού, η μερική υιοθέτηση πρακτικών και μεθόδων του ιδιωτικού τομέα (διοίκηση ολικής ποιότητας, διοίκηση με στόχους, συγκριτική αξιολόγηση, ισορροπημένη βαθμολογική κάρτα, κ.ά.) μπορούν να οδηγήσουν σε εκσυγχρονισμό και αποτελεσματικότητα του δημόσιου τομέα υπό την προϋπόθεση της βελτίωσης της ποιότητας με συγκράτηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο δημόσιος τομέας όμως δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να μελετάται χωρίς την ανάλυση της ευρύτερης κοινωνικής, οικονομικής, πολιτικής και πολιτισμικής πραγματικότητας στην οποία υπάρχει και αναπτύσσεται γιατί απλά είναι δημιούργημα και λειτουργικό αποτέλεσμα του περιβάλλοντος στο οποίο δραστηριοποιείται. Συνεπώς, η οποιαδήποτε μεταρρυθμιστική προσπάθεια απαιτεί πολιτική βούληση για τη δημιουργία μεταγραφειοκρατικών οργανωτικών υποδειγμάτων στο δημόσιο τομέα. Το νομοθετικό πλαίσιο υπάρχει ήδη, η πολιτική θέληση για πλήρη εφαρμογή των νόμων είναι αυτό που αναμένεται.

2.6 Σύνοψη Κεφαλαίου

Οι δημόσιοι οργανισμοί διαδραματίζουν θεμελιακό ρόλο στη λειτουργία των κοινωνιών. Αποτελούν τον υποστηρικτικό μηχανισμό κίνησης της οικονομίας σε μια χώρα και ορίζουν και στηρίζουν τον τρόπο λειτουργίας του θεσμικού πλαισίου εντός του οποίου καλείται να συνυπάρξει κάθε οικονομική και κοινωνική σχέση. Στην Ελλάδα, οι δημόσιοι οργανισμοί θεωρείται ότι είναι δομημένοι με γραφειοκρατικό τρόπο. Ο Βέμπερ, εμπνευστής του γραφειοκρατικού μοντέλου, περιέγραψε τη γραφειοκρατία ως δύναμη επαναστατική λόγω της μεθοδικότητας, της σταθερότητας, της αυστηρότητας και της πειθαρχίας που την χαρακτηρίζουν. Πίστευε ότι η ψυχρή οθρολογιστική διοικητική δράση, πέρα από συναισθηματισμούς, μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου. Η ανθρώπινη πλευρά των μελών ενός οργανισμού δεν λαμβάνονταν υπόψη. Η γραφειοκρατία ιστορικά υπήρξε ένα αποτελεσματικό σύστημα οργάνωσης λόγω κυρίως της σταθερότητας και προβλεψιμότητας του περιβάλλοντος.

Στο σημερινό παγκόσμιο οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό και τεχνολογικά χαοτικό περιβάλλον, το γραφειοκρατικό σύστημα δεν μπορεί να ανταποκριθεί. Ειδικότερα, στον ελληνικό δημόσιο τομέα, ο διαρθρωτικός κατακερματισμός, η σύγχυση αρμοδιοτήτων, η έλλειψη συντονισμού, η λανθασμένη γραφειοκρατική νοοτροπία, η έλλειψη εμπιστοσύνης και η δυσαρέσκεια του κοινού, οι πελατειακές σχέσεις, ο φόβος εκσυγχρονισμού, η τάση προς την αδιαφάνεια και ο περιορισμένος βαθμός αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων, επιτάσσουν την αλλαγή του μοντέλου διοίκησης. Ο δημόσιος τομέας, αποτελεί ένα αντιπαραγωγικό κομμάτι της οικονομίας και απαιτείται η δομική του προσαρμογή στο παγκόσμιο περιβάλλον.

Εδώ και δύο δεκαετίες, σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Νέα Ζηλανδία, ο Καναδάς, οι Η.Π.Α., η Αυστραλία και η Σκανδιναβία, πολλές δημόσιες υπηρεσίες έχουν δεχθεί πιέσεις να γίνουν αποδοτικότερες και αποτελεσματικότερες ώστε να μειωθούν οι δαπάνες διατηρώντας όμως την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτές. Στην προσπάθεια αυτή, ένα σύνολο τεχνικών διαχείρισης και πρακτικές, που σχετίζονται κυρίως με την αγορά και τους ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς τομείς, έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μεταρρύθμιση της διοίκησης και διαχείρισης των δημοσίων οργανισμών αυτών των χωρών.

Το σύνολο αυτών των τεχνικών και πρακτικών έχουν συλλογικά οριστεί ως η «Νέα Δημόσια Διοίκηση» και αντιπροσωπεύει μια παραδειγματική προσπάθεια μεταρρύθμισης του παραδοσιακού μοντέλου δημόσιας διοίκησης. Οι οικονομικές και δημοσιονομικές πιέσεις στις κυβερνήσεις, οι επικρίσεις της αναποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των δημοσίων υπηρεσιών, οι αναδυόμενες νεοφιλελεύθερες πολιτικές, η εξάπλωση των ιδεών του μάνατζμεντ από συμβούλους διεθνούς εμβέλειας, ο δανεισμός των διεθνών χρηματοδοτικών οργανισμών σε αυτές τις χώρες, η εξάπλωση της παγκόσμιας αγοράς, η ανάπτυξη και η χρήση των νέων τεχνολογιών πληροφόρησης, η αυξανόμενη απογοήτευση των πολιτών και η δυσκολία λογοδοσίας και καλής απόδοσης των δημοσίων οργανισμών, πιστεύεται ότι, είναι οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες που οδήγησαν στην αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων του δημοσίου τομέα σε παγκόσμιο επίπεδο και την εισαγωγή των τεχνικών της νέας δημόσιας διοίκησης, που ως βάση έχει την υιοθέτηση του αγοραίου μοντέλου του ιδιωτικού τομέα.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της νέας δημόσιας διοίκησης είναι η υποδιαίρεση των τεράστιων γραφειοκρατικών οργανισμών σε διαχωριζόμενες υπηρεσίες, αντικατάσταση της παραδοσιακής γραφειοκρατικής δομής με ευέλικτη, ελευθερία στους μάνατζερ διαχείρισης των πόρων του οργανισμού, δημιουργία κέντρων κόστους και προϋπολογισμού καθώς και διαφάνεια αυτών, σύναψη συμβολαίων αποδοτικότητας και πληρωμή βάσει των αποδόσεων, έμφαση στην ποιότητα και στην αριστεία των οργανισμών καθώς και αλλαγή των εργασιακών σχέσεων. Στην Ελλάδα, παρότι έχουν ψηφιστεί από το 1991 οι αντίστοιχοι νόμοι εκσυγχρονισμού του δημοσίου τομέα, η αποτελεσματικότητα παραμένει σε χαμηλά επίπεδα.

Εντούτοις, πρόσφατα, έντονη αμφισβήτηση έχει προκύψει παγκοσμίως και στο μοντέλο της νέας δημόσιας διοίκησης ενώ η αναζήτηση ενός νέου τρόπου για τη δημόσια διοικητική πρακτική έχει αρχίσει. Κοινός ερευνητικός τόπος παραδοχής είναι ότι οι κοινωνικές αξίες, που ενυπάρχουν στις δημόσιες υπηρεσίες, δεν μπορούν να εξεταστούν επαρκώς από τον οικονομικό υπολογισμό αποδοτικότητας των αγορών. Η ερμηνευτική αυτή παραδοχή ανέδειξε το θεωρητικό πλαίσιο της Δημόσιας Αξίας. Το επιστημονικό πεδίο της δημόσιας αξίας θεωρεί τους πολίτες ως «μετόχους» που αποφασίζουν μαζί με τους εκλεγμένους αντιπροσώπους, τους μάνατζερ και τους εργαζόμενους των δημοσίων οργανισμών πως οι φόροι τους πρέπει να δαπανούνται και ποιες δημόσιες παροχές είναι σημαντικές (παιδεία, υγεία, ασφάλεια, κλπ). Το θεωρητικό αυτό πλαίσιο διαγράφει ουσιαστικά ένα μετά-ανταγωνιστικό μοντέλο που ως στόχο έχει την ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες του πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών και βασίζεται στην εμπιστοσύνη, στη νομιμότητα, στην ποιότητα και στην ικανοποίηση του κοινού και όλοι οι εμπλεκόμενοι θεωρούνται συν-διαμορφωτές του κοινωνικού σχεδιασμού των υπηρεσιών. Η θεωρία της δημόσιας αξίας θεμελιώνεται με το ρόλο που διαδραματίζουν οι μάνατζερ των δημοσίων υπηρεσιών και τούτο γιατί αφενός, είναι οι υπεύθυνοι αναζήτησης των ευκαιριών ώστε να γίνουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των πολιτών και αφετέρου, ορίζουν τις προτεραιότητες του οργανισμού, συνδιαλέγονται με το κοινό και προσαρμόζουν τις αποφάσεις τους αναλόγως.

Οι μελετητές της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα εκφράζουν έντονα την αναγκαιότητα υιοθέτησης ενός αξιόπιστου μεταρρυθμιστικού πλαισίου του δημοσίου συστήματος. Πιστεύουν στην αλλαγή κουλτούρας τόσο σε πολιτικό επίπεδο όσο και σε

επίπεδο οργανισμών και παράλληλα στην ανάπτυξη μιας διοικητικής κουλτούρας που δεν θα ταυτίζεται με τη διαχείριση της καθημερινότητας αλλά κυρίως με τη στρατηγική σκέψη για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

Θεμελιώδη βήματα που σηματοδοτούν τον ανωτέρω στόχο είναι η αποκέντρωση και αποσυγκέντρωση της εξουσίας, η απογραφειοκρατικοποίηση, η απομυθοποίηση του νομικισμού, η αλλαγή των οργανισμών με λιτή και εύκαμπτη δομή, η αλλαγή των οργανισμών σε οργανισμούς συνεχούς μάθησης, η συμμετοχή των εργαζομένων στη χάραξη των στόχων και στη λήψη των αποφάσεων, η μέτρηση της παραγωγικότητας, η ανάδειξη χαρισματικών ηγετών και η υιοθέτηση τεχνικών και πρακτικών σύγχρονης διοίκησης.

Προϋπόθεση επιτυχίας των ανωτέρω μεταρρυθμιστικών βημάτων είναι ο ουσιαστικός διάλογος και η εις βάθος διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους στο δημόσιο σύστημα κάτι που έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί το «κλειδί» των μεταρρυθμίσεων καθώς και η πολιτική βούληση αλλαγής της διοικητικής πρακτικής και κουλτούρας. Τούτο αποτελεί το ουσιαστικότερο και δυσκολότερο βήμα μιας ουσιώδους διοικητικής μεταρρύθμισης στη χώρα. Όπως αναφέρει και ο Μαρξ: *«πολλοί είναι εκείνοι που ερμηνεύουν και εξηγούν τα πράγματα όμως το ζήτημα είναι να τα αλλάξεις»*. (Μακρυδημήτρης Α., 1999:117).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οργανωσιακή Κουλτούρα & Δημόσιο Νοσοκομείο

«Υγεία και νους εσθλά τω βίω δύο»

(Μένανδρος)

3.1 Εισαγωγή

Τα **δημόσια νοσοκομεία** αποτελούν οργανισμούς όπου παρέχεται ένα **κοινωνικό αγαθό** με πρωταρχική θέση στην κλίμακα αξιών – αναγκών του ανθρώπου, αυτό της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ., 1946), *«υγεία είναι όχι μόνο η απουσία της νόσου αλλά η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας»*. Το κράτος έχοντας την αποκλειστική ευθύνη για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών του, δημιούργησε οργανισμούς παραγωγής, παροχής και διανομής υπηρεσιών υγείας, όπως το νοσοκομείο – στοχεύοντας στην οργανωμένη, γρήγορη και αποτελεσματική ικανοποίηση του ασθενή - πολίτη. Η φύση του αγαθού «υγεία» και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του οδήγησαν το 1963, τον καθηγητή Arrow και μετέπειτα άλλους οικονομολόγους της υγείας να καταδείξουν με εναργή τρόπο ότι, το αγαθό υγεία δεν είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και πως οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να κατανέμονται βάσει των υγειονομικών αναγκών και όχι βάσει του εισοδήματος, του πλούτου ή της αγοραστικής δύναμης του ατόμου. Και τούτο γιατί είναι το μοναδικό δημόσιο αγαθό με τόσο έντονες εξωτερικές επιδράσεις. Έτσι πρώτιστο καθήκον ενός κράτους είναι η εξασφάλιση της δημόσιας υγείας. Κατ' επέκταση, κανένα μέλος της κοινωνίας δεν θα πρέπει να αποκλείεται από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών εάν, δεν έχει την οικονομική δύναμη να καταβάλλει την τιμή που απαιτείται για την προστασία της υγείας τους. (Υφαντόπουλος Ι., 2003:243). Στο σημερινό σύστημα υγείας, οι δικαιούχοι κάλυψης παροχών σε είδος από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές. Τα ανασφάλιστα ή μη προνομιούχες κατηγορίες του πληθυσμού έχουν επίσης πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία υπό ορισμένες βέβαια προϋποθέσεις. (Οικονόμου Χ., 2004:235).

Υποστηρίζεται ότι, η υγεία θεωρείται αγαθό που δεν υπόκειται στους νόμους της αγοράς, διότι στον τομέα αυτό επικρατούν συνθήκες που αλλοιώνουν τις βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η λειτουργία της αγοράς. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:54). Η

αδυναμία λειτουργίας της αγοράς υγείας, με την κλασική έννοια, εδράζεται στους ακόλουθους λόγους:

1. Ύπαρξη μεγαλύτερης ανάγκης κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας στα άτομα με μικρότερη οικονομική δυνατότητα. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:54)
2. Ύπαρξη, σε ορισμένες περιπτώσεις, απαγορευτικού κόστους ακόμη και στα άτομα με μεγάλη οικονομική δυνατότητα. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:54)
3. Ύπαρξη ασυμμετρίας πληροφόρησης. Ο ασθενής διακατέχεται από αδυναμία γνώσης των ιατρικών, διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών που θα πρέπει να ακολουθηθούν και συνεπώς δεν είναι σε θέση να γνωρίζει το προϊόν που αγοράζει. (Γούλα Α., 2007:199)
4. Ύπαρξη εξωτερικών επιδράσεων. Η υγεία αποτελεί αγαθό που προκαλεί εξωτερικές κοινωνικές επιδράσεις διότι η παραγωγική ή καταναλωτική δραστηριότητα μιας ομάδας επηρεάζει ουσιαστικά τις συνθήκες παραγωγής ή κατανάλωσης άλλων ομάδων, χωρίς να είναι εφικτή ή επιθυμητή η επιβολή κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος. (Σούλης Σ., 1999:59). Δηλαδή, η παραγωγή ή η χρήση υγειονομικών υπηρεσιών παρέχει όφελος (ή συνεπάγεται κόστος) όχι μόνο στο άτομο που τα παράγει ή τα χρησιμοποιεί, αλλά και σε άλλα άτομα, χωρίς τα τελευταία να καταβάλλουν μία τιμή για το όφελος που αποκομίζουν, όπως για παράδειγμα ο εμβολιασμός. (Υφαντόπουλος Ι., 2003:253).
5. Ύπαρξη αβεβαιότητας: Η αβεβαιότητα κυριαρχεί σε όλο το σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, ένα ατύχημα ή κάποιο άλλο τυχαίο γεγονός μπορεί να προξενήσει βλάβη σε κάποιο ιδιώτη. Αυτό σημαίνει ότι η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη είναι απρόβλεπτη από την πλευρά του κάθε ξεχωριστού ιδιώτη. Οι καταναλωτές δεν έχουν γνώση της ωφέλειας των διαφόρων θεραπειών χωρίς τις απαραίτητες ιατρικές συμβουλές και σε πολλές περιπτώσεις οι ίδιοι οι γιατροί δεν είναι σε θέση να προβλέψουν τα αποτελέσματα της θεραπείας τους με βεβαιότητα. (Σούλης Σ., 1999:57).

Κρίνεται σκόπιμο στο σημείο αυτό, να επισημανθεί η ιδιαιτερότητα του προϊόντος «υγεία» που παράγεται στον κυριότερο τομέα του συστήματος υγείας, δηλαδή, στο νοσοκομείο λόγω της ιδιαίτερης τεχνολογικής δομής και της εξειδίκευσης των πόρων του. Αντίθετα από άλλες συνηθισμένες παραγωγικές διαδικασίες, όπου παράγονται

προϊόντα σχετικά ομοιογενή, το προϊόν του νοσοκομείου παρουσιάζει ανομοιογένεια. Η ανομοιογένεια οφείλεται πρώτον, στις μεγάλες διαφορές στην παραγωγή που χαρακτηρίζει τη νοσηλεία περιπτώσεων σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες και δεύτερον, στην ανομοιογένεια της κάθε ημέρας νοσηλείας, από την άποψη των παραγωγικών πόρων που απασχολούνται κάθε ημέρα για τη νοσηλεία μιας περίπτωσης δηλαδή, στην παραγωγή διαφορετικού είδους προσφερόμενων υπηρεσιών. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:75).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες υγείας εξαρτώνται από πολιτισμικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς ή γενετικούς παράγοντες καθώς και από τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με διάφορες εκτιμήσεις, στο σύστημα υγείας, αποδίδεται το 10-15% της συνεισφοράς στην κατάσταση της υγείας (απόθεμα υγείας) ενός πληθυσμού, ενώ το υπόλοιπο 85-90% καθορίζεται από εξωγενείς παράγοντες, όπως το φυσικό περιβάλλον, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης και από γενετικούς παράγοντες. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:65). Η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η βελτίωση των εισοδημάτων, τις τελευταίες δεκαετίες, συνέβαλαν στη μείωση της θνησιμότητας από διάφορα νοσήματα καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις ανεπτυγμένες χώρες. Παρά ταύτα, ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζει θετικό ή αρνητικό ρόλο στο επίπεδο υγείας των πολιτών. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:31). Για το λόγο αυτό καθώς και για την καλύτερη κατανόηση του τρόπου οργάνωσης λειτουργίας και δράσης (**οργανωσιακή κουλτούρα**) ενός δημοσίου νοσοκομείου, κρίνεται απαραίτητη η αναφορά των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας όπως, οργάνωση, διοίκηση, δαπάνες υγείας, χρηματοδότηση, εισροές, εκροές και εργασιακές σχέσεις του συστήματος.

3.2 Σύστημα Υγείας

*«Η διατήρηση της υγείας είναι καθήκον»
(H. Spencer)*

Ως **σύστημα υγείας** ορίζεται το συνδυασμένο σύνολο των ατόμων, των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις όπου, η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας των πολιτών. (Murray J., Frenk, J. 2000:717-731). Τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν μια ιδιομορφία σε σχέση με άλλα κοινωνικό-

οικονομικά συστήματα, εξαιτίας των ειδικών χαρακτηριστικών της οργάνωσής τους, αλλά και, όπως προαναφέρθηκε, της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας. Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού καθώς και η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. (Δικαίος Κ., κ.ά.,1999). Το επίπεδο ευημερίας και ποιότητας ζωής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα, την ποσότητα, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και το κόστος αυτών που αναλαμβάνει η κοινωνία ή το άτομο.

Ο τομέας υγείας στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) **απασχολεί** κατά μέσο όρο το 5-10% του **εργατικού δυναμικού**, σημειώνοντας αξιόλογη ετήσια αύξηση, που κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 2%. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:147). Ταυτόχρονα, οι **δαπάνες υγείας** διεθνώς αυξάνουν ραγδαία κατά τα τελευταία χρόνια, καθιστώντας έως και προβληματική – σε ορισμένες, τουλάχιστον, χώρες- τη βιωσιμότητα των δημοσίων συστημάτων υγείας. (Τούντας Ι., 2008:17).

Τα συστήματα υγείας, ανάλογα με τον **τρόπο χρηματοδότησής** τους, διακρίνονται σε τέσσερις μορφές: Στο πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridge Model), στο πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck Model), στο πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης και το τέταρτο πρότυπο περιλαμβάνει στοιχεία και από τις τρεις αυτές κύριες μορφές. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά των αναγκών υγείας του πληθυσμού στον Ευρωπαϊκό χώρο.

Η σημερινή μορφή του ελληνικού συστήματος υγείας οφείλεται στον ιδρυτικό νόμο 1397/83, ο οποίος χαρακτηρίζει την υγεία ως «κοινωνικό αγαθό» όπου το Κράτος έχει την ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξάρτητα της κοινωνικής, επαγγελματικής ή οικονομικής τους θέσης. (ΦΕΚ 143τ.Α':1) Γενικότερα, το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- Κυρίως ολοκληρωμένο δημόσιο μοντέλο,

- Δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις όσον αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία που χρηματοδοτούνται από υποχρεωτικές εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών,
- Μοντέλο εθελοντικών συμπληρωματικών αμοιβών από τους ασθενείς για το πληθυσμό που έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και
- Μοντέλο καταβολής ιδιωτικών πληρωμών προς ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, μαιευτήρια, άλλες υπηρεσίες, κλπ. (Τσαλίκης Γ., 2000:49).

Συνυπάρχουν δηλαδή, το μοντέλο ΕΣΥ Beveridge με το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης Bismark, με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού μοντέλου. Η συνύπαρξη αυτή αφορά τόσο τη χρηματοδότηση όσο και τις υποδομές. Οι μισές περίπου δαπάνες υγείας είναι δημόσιες και οι υπόλοιπες ιδιωτικές. Η κατανομή των δαπανών τείνει να εξισορροπιστεί μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με αναστροφή της τάσης την τελευταία 3ετία λόγω της οικονομικής κρίσης. Οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν περίπου το 25%-30% των δημόσιων δαπανών υγείας, ενώ το υπόλοιπο 70%-75% προέρχονται από τη φορολογία. Γενικότερα, το σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από μια **δομική πολυσυνθετικότητα**, διότι το ΕΣΥ συνυπάρχει με ένα μεγάλο και περίπλοκο δημόσιο ασφαλιστικό κλάδο και έναν από τους μεγαλύτερους αναλογικά ιδιωτικούς τομείς στις χώρες τους ΟΟΣΑ. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ χρηματοδοτούνται ταυτόχρονα από τη γενική φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ πολλά από τα ταμεία είναι ταυτόχρονα χρηματοδότες-αγοραστές αλλά και παραγωγοί πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών. (Μανιαδάκης Ν., 2011).

Σε ότι αφορά τις υποδομές, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) διαθέτει το 69% αυτών, ο ιδιωτικός τομέας το 28% και τα νοσοκομεία ΝΠΙΔ το υπόλοιπο 3%. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το ΕΣΥ διαθέτει 201 κέντρα υγείας και 1.478 περιφερειακά ιατρεία, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των 132 νοσοκομείων του ΕΣΥ. (Τούντας Ι., 2010:7). Μελέτη το 2010, για τους εξελθόντες ασθενείς ανά μορφή θεραπευτηρίου κατέγραψε ότι το **81% των ασθενών χρησιμοποίησαν τα δημόσια νοσοκομεία**, το 18,5% τις ιδιωτικές κλινικές και το 0,5% τα ΝΠΙΔ. (Τούντας Ι., 2010:9) και τούτο λόγω των ακριβών κοστολογικών δεδομένων συγκριτικά με τα αντίστοιχα της Π.Φ.Υ. όπου ο ιδιωτικός τομέας λαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό των διαπιστωμένων δαπανών.

Αναφορικά με τις κλίνες, η Ελλάδα διαθέτει αρκετά μεγάλο αριθμό κλινών (4,2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους) σε σχέση με αντίστοιχες ευρωπαϊκές χώρες όπως για παράδειγμα αυτής της Ολλανδίας όπου λειτουργούν 3-3,5 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Η κατανομή των κλινών δεν είναι ίδια για όλες τις περιφέρειες. Η Α' Περιφέρεια Αττικής διαθέτει 6,8 δημόσιες κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ενώ η περιφέρεια της Κ. Ελλάδας και της Πελοποννήσου διαθέτουν λιγότερες από 2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Αντίστοιχα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Α' περιφέρειας Αττικής διαθέτει 6,1 γιατρούς και 3,7 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους ενώ η περιφέρεια της Δ. Μακεδονίας 2,8 γιατρούς και 1,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. (Τούντας Ι., 2010). Είναι χαρακτηριστικό ότι το 70% των Ελλήνων ιατρών εξυπηρετεί τις ανάγκες του 45% του ελληνικού πληθυσμού που κατοικεί στις μεγάλες αστικές περιοχές της χώρας. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:153). Παρά τις διαφοροποιήσεις των ανθρωπίνων πόρων ανά περιφέρεια, γενικά η Ελλάδα διαθέτει παγκοσμίως τη μεγαλύτερη αναλογία Ιατρών / Πληθυσμού. Κατέχει σταθερά τα τελευταία χρόνια μια από τις πρώτες θέσεις στον αριθμό των ιατρών που στελεχώνουν τις νοσηλευτικές μονάδες σε αντίθεση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας- και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό- όπου διαπιστώνονται σημαντικά κενά στη στελέχωση. (Τούντας Ι., 2009:140). Για παράδειγμα το 2007 οι γιατροί ήταν 74% περισσότεροι από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό, είχε αναλογία προς τον πληθυσμό μικρότερη του 67% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. (Στάθης Γ., 2010). Οι περισσότεροι ιατροί ανήκουν σε κλινικές ειδικότητες. Στους καρδιολόγους, για παράδειγμα, η αναλογία είναι 220 ανά 1.000.000 κατοίκους, όταν ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 58 και η Αμερικάνικη ένωση καρδιολόγων συνιστά 50 ανά 1.000.000 κατοίκους. (Τούντας Γ., 2010).

Αναφορικά με τη **διοικητική δομή και κουλτούρα**, το σημερινό δημόσιο σύστημα υγείας, παρουσιάζει όλα εκείνα τα βασικά και σημαντικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν την παθογένεια της δομής και λειτουργίας της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, τα οποία αναλύθηκαν εναργώς στο προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής. Το δημόσιο σύστημα υγείας δηλαδή, αποτελεί έναν βασικό θεσμό του κράτους πρόνοιας και αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο του μοντέλου οργάνωσης της κοινωνίας και οικονομίας. Όπως αναφέρει και ο Μπουρσανίδης Χ., (2000:72), *«η υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας, ως μέρος της ελληνικής κοινωνικό-κρατικής*

*πραγματικότητας, δεν είναι προϊόν νομοτελειών της φύσης αλλά προϊόν έλλογων αποφάσεων και ανθρώπινων δράσεων, όσο και διάπλασης της θεσμικής τάξης.». Έχει χαρακτηριστεί ως ένα μείγμα υποσυστημάτων, ένας **κυκεώνας**, κάθε κομμάτι του οποίου σκοπεύει σε κάτι που δεν είναι ενσωματωμένο στους σχετικούς ανακοινωθέντες στόχους του συνόλου, ενώ εκφράζεται με **δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία και ευθυνοφοβία**. (Levett A., 1999:155).*

Κατά συνέπεια, ο εξορθολογισμός που απαιτείται στη δομή και λειτουργία της δημόσιας διοίκησης ισχύει και για το δημόσιο σύστημα υγείας.

Ειδικότερα, όπως αναφέρει ο Μπουρσανίδης Χ., (2000:75) στο δημόσιο σύστημα υγείας οι αποφάσεις καθώς και η κατανομή των πόρων λαμβάνονται σε κεντρικό επίπεδο. Τα νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία δεν έχουν καμία αποφασιστική αρμοδιότητα και λόγο στη διαδικασία αποφάσεων ή διατίμησης του νοσηλίου. Επιπρόσθετα, στο δημόσιο σύστημα υγείας κυριαρχεί το **γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης** και έμφαση δίδεται στις εγκυκλίους, στις τυπικές διαδικασίες, στην έγκριση του προϋπολογισμού και στη νομιμότητα των διοικητικών πράξεων. Έννοιες όπως κόστος, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα ή ποιότητα δεν κατέχουν ακόμη πρωταρχικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Η δεκαετία του 1980, όταν ψηφίστηκε και εφαρμόστηκε ο νόμος 1397/83, χαρακτηριζόταν από το όραμα για αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του ΕΣΥ. Παρά ταύτα, τη δεκαετία του 1990 άρχισαν έντονα τα σημάδια απορρύθμισής του. Ως ένας από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες της απορρύθμισης εμφανίζεται η **οργανωσιακή κουλτούρα** των υπηρεσιών υγείας. Εξαιτίας της έλλειψης οργανωσιακής κουλτούρας δεν εφαρμόστηκαν αποφάσεις για την ανάπτυξη είτε του πληροφοριακού συστήματος, είτε του ιατρικού φακέλου, είτε ενός προγράμματος διαχείρισης της βιοιατρικής τεχνολογίας. Η κεντρική διοίκηση του συστήματος υγείας (Υπουργείο Υγείας) σπανίως γνωρίζει επακριβώς την κατάσταση των νοσοκομείων καθώς η γραφειοκρατία ή άλλου είδους συμφέροντα δεν επιτρέπουν καμία ουσιαστική και ολοκληρωμένη παρέμβαση. Αναφέρεται συχνά ότι *«η υπάρχουσα οργάνωση του κράτους δεν επιτρέπει κανενός είδους έλεγχο, αφού η κεφαλή δεν ξέρει τι κάνουν τα άκρα»*. (Levett A., 1999:149). Το **δημόσιο «νομικίστικο» πνεύμα** που στοχεύει στη νομιμότητα των πράξεων των μελών του καθώς και η συνεχής θέσπιση και συμμόρφωση σε απρόσωπους κανόνες, καθιστά το δημόσιο σύστημα υγείας απόμακρο

με μικρή ικανοποίηση του πολίτη-ασθενή. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ έως το 2010 ψηφίσθηκαν στη Βουλή σαράντα δύο νόμοι του Υπουργείου Υγείας. (Στάθης Γ., 2010:1).

Σύμφωνα με διάφορες εκθέσεις (Τσαλίκης Γ., 2000:47), (Ζηλίδης Χ., 2005:27) ως αιτίες αναποτελεσματικότητας του δημοσίου συστήματος υγείας αναφέρονται:

- Η απουσία εθνικής πολιτικής και εθνικής στρατηγικής υγείας,
- Η έλλειψη δομών και σχεδιασμού σε περιφερειακό επίπεδο,
- Η χρηματοδότηση από πολλά ασφαλιστικά ταμεία, η υψηλή κρατική επιχορήγηση και η παραοικονομία,
- Η ανεπαρκής διοίκηση – διαχείριση συνδυαζόμενη με τον περιορισμό της ευελιξίας των ανθρωπίνων πόρων, στους προϋπολογισμούς και στις τιμές,
- Η έλλειψη επιτελικού σχεδιασμού – συντονισμού, σύγχρονης οργάνωσης και επαρκούς λειτουργίας των υπηρεσιών,
- Η έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας, ιδίως στις αστικές περιοχές,
- Η έλλειψη πολιτικών ελέγχου των δαπανών, δικτύου πληροφόρησης και επαρκούς αξιολόγησης του συστήματος,
- Η έλλειψη εγγυήσεων παραγωγικότητας, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ποιότητας και ικανοποίησης των πολιτών-ασθενών,
- Η απουσία πολιτικών ποιότητας,
- Η ανεπαρκής πολιτική ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού,
- Οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος υγείας, ιδίως σε ότι αφορά την αντιμετώπιση και εξυπηρέτηση των ασθενών,
- Η ανεπάρκεια υποδομών και τεχνολογίας.

Σε μικρό επίπεδο και ιδιαίτερα σε αυτό του **νοσοκομείου**, η απουσία στη διοίκηση οικονομολόγων της υγείας και εξειδικευμένων μάνατζερ έχει οδηγήσει το επίπεδο οργάνωσης και διαχείρισης σε πολύ χαμηλά επίπεδα με έξαρση φαινομένων όπως λίστες αναμονής, μη εξυπηρέτηση του πληθυσμού στις εφημερίες, χαμηλή πληρότητα νοσοκομειακών κλινών και χαμηλό επίπεδο ξενοδοχειακών υπηρεσιών. (Σούλης Σ., 1999:47). Η μη ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών για τη διαμόρφωση των δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, την αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, την

απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους τμημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, την έλλειψη δικτύου πληροφορικής, την απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και την έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας των ανθρωπίνων πόρων. (Οικονόμου Χ., 2004:239). Ταυτόχρονα, η απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος και η απουσία μεθόδων κοστολόγησης οδήγησαν τα νοσοκομεία στην ελλειμματική κατάσταση που εμφανίζονται σήμερα. (Οικονόμου Χ., 2004:241). Υπολογίζεται ότι την τετραετία 2005-2008 το φαινόμενο γιγαντώθηκε και τα νοσοκομεία παρουσιάζουν ελλείμματα που ξεπερνούν τα 6 δις ευρώ. (Σουλιώτης Κ., 2010).

Το σημερινό υγειονομικό σύστημα, υποστηρίζεται ότι είναι **πανάκριβο, σπάταλο και αναποτελεσματικό**, οδηγώντας με μαθηματική ακρίβεια σε περαιτέρω υποβάθμιση των δεικτών υγείας του πληθυσμού. (Στάθης Γ., 2010:1). Νέα, ακριβά φάρμακα που σώζουν ζωές, εξ αποστάσεως φροντίδα υγείας, καινοτομίες στη βιοϊατρική τεχνολογία, μη παρεμβατικές θεραπείες ή/και νέες χειρουργικές μέθοδοι κλπ, συνδυάζονται με αποτέλεσμα την παροχή πιο αποτελεσματικής φροντίδας υγείας, αλλά και πιο δαπανηρής. Στην πραγματικότητα, το **κόστος** που εκτινάσσεται συνεχώς στα ύψη, αποτελεί μόνιμη απειλή για κάθε φορέα παροχής υγειονομική περίθαλψης. (Sullivan E., Drucker P., 2009:3).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε παγκόσμιο επίπεδο, οι επιστημάνσεις των οικονομολόγων της υγείας διαμόρφωσαν έναν μονόδρομο προσανατολισμού, επικεντρωμένο στον έλεγχο του κόστους και στην ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έγινε συνώνυμη της οικονομικής αποδοτικότητας ή της παραγωγής του αγαθού υγείας με το ελάχιστο κόστος. (Σαρρής, κ.ά., 2003:31-52). Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια μικρή ανταποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων σε όρους αποτελεσμάτων υγείας (**value for money**), αφού παρότι οι δαπάνες υγείας των αναπτυγμένων χωρών έχουν σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, δεν φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:246).

3.3 Δαπάνες Υγείας

Οι **δαπάνες υγείας**, αποτέλεσαν κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης, στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια. Τον 21^ο αιώνα καταλήγουν να θεωρούνται «φορτίο». Μέχρι τα μισά της δεκαετίας του '70, το κόστος της υγείας στα ανεπτυγμένα κράτη δεν απασχολούσε τις κυβερνήσεις, διότι η εξέλιξη των δαπανών υγείας συμβάδιζε με τη σταθερή αύξηση του ΑΕΠ. (Αντωνοπούλου Λ., 2002:9,35). Στο σημερινό αβέβαιο οικονομικό περιβάλλον, οι δημόσιες οικονομίες πρέπει να επανεξετάσουν το «φορτίο» των δαπανών υγείας και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας. Χαρακτηριστικά είναι όσα αναφέρει το Institute of Medicine of U.S.A. (2001:2-3). Μεταξύ του 1993 και του 1999, ο προϋπολογισμός του εθνικού ινστιτούτου υγείας αυξήθηκε από \$10.9 σε \$15.6 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ οι επενδύσεις από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις στην έρευνα και ανάπτυξη, αυξήθηκαν από \$12 σε \$24 δισεκατομμύρια δολάρια. Εντούτοις, περισσότεροι από 40 εκατομμύρια Αμερικανών παραμένουν χωρίς ασφάλιση υγείας και στερούνται πρόσβασης στη βασική περίθαλψη.

Οι δαπάνες υγείας θεωρούνται ως «καθρέπτης» της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και όπως υποστηρίζει ο Λιαρόπουλος Λ., (2007:175), *«Αυτό που κάνει τις δαπάνες υγείας να διαφέρουν από πολλές άλλες κατηγορίες δαπανών είναι η ίδια η φύση του αγαθού της υγείας, η αμεσότητα της ανάγκης και ο έντονα φορτισμένος χαρακτήρας του»*. Τα οφέλη που παράγονται από τις δαπάνες υγείας είναι είτε άμεσα, όταν συνδέονται με την υγεία του άτομου (επιμήκυνση της διάρκειας του εργασιακής ζωής, βελτίωση της παραγωγικότητας), είτε έμμεσα όταν συμβάλλουν στην οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη μιας χώρας (παραγωγή φαρμάκων, εξαγωγή ιατρικού εξοπλισμού, δημιουργία θέσεων εργασίας, κ.ά.). (Αντωνοπούλου Λ., 2002:33).

Το 2008, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δαπανούσαν κατά μέσο όρο 8,3% του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας. Η Ελλάδα το ίδιο έτος δαπανούσε 9,7% του ΑΕΠ ενώ το ποσοστό, το 2010 ανήλθε στο 10,2%. (WHO, 2012). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας, στη χώρα, το 2010, κατανέμονται κατά 55% στον νοσοκομειακό τομέα, 14% στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2% στον οδοντιατρικό τομέα, 25% στα φάρμακα και 4% σε λοιπές υπηρεσίες. (Τούντας Γ., 2011). Παγκοσμίως, για τη νοσοκομειακή περίθαλψη δαπανάται το 50% των συνολικών δαπανών υγείας. (Τούντας Γ., 2008:155). Οι ηγέτες των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι κάτω από εξαιρετική πίεση

και προσπαθούν από τη μία πλευρά να επανατοποθετήσουν στρατηγικά τους οργανισμούς για το μέλλον, και από την άλλη να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της καθημερινής λειτουργίας. (Institute of Medicine of U.S.A. 2001:4). Για παράδειγμα, το κόστος λειτουργίας των ΜΕΘ έχει αυξηθεί σημαντικά και αποτελεί το 15-30% των συνολικών δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης των ανεπτυγμένων χωρών. (Νιάκας Δ., 2004:53).

Το φαινόμενο που χρήζει ιδιαίτερης διερεύνησης είναι το υψηλό ποσοστό που καταφεύγει σε **παραοικονομικές συναλλαγές** πριν την παροχή των υπηρεσιών έπειτα από σχετικό «αίτημα» από την πλευρά των ιατρών. Σημειώνεται ότι στα δημόσια νοσοκομεία το ποσοστό αυτό **ανέρχεται στο 40,5%**, ανατρέποντας σε μεγάλο βαθμό τον όποιο σχεδιασμό αναφορικά με τη διαχείριση της ζήτησης. Η καταβολή αυτών των πληρωμών είναι η διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες και η μείωση του χρόνου αναμονής σε ποσοστό πάνω από 70%. (Σουλιώτης Κ., 2010).

Ως αιτιολογικοί παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, θεωρούνται:

- **Οι δημογραφικές αλλαγές**

Οι δημογραφικές αλλαγές χαρακτηρίζονται από τον αυξανόμενο ρυθμό υπογεννητικότητας και γήρανσης του πληθυσμού. Στις προσεχείς δεκαετίες της τρίτης χιλιετίας, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τις κοινωνικές και δημογραφικές τάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ακριβώς το αυξημένο ποσοστό της γήρανσης. Συνήθως, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν αυξημένες υγειονομικές ανάγκες, πάσχουν από χρόνια νοσήματα, πολύ συχνά περισσότερα του ενός. Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών με το υπάρχον μοντέλο παροχής υπηρεσιών είναι ανεπαρκής με αποτέλεσμα υψηλό κόστος και χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες. Αιτία είναι η έλλειψη των οικογενειακών ιατρών στην Ελλάδα με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να καταλήγουν στο νοσοκομειακό σύστημα. (Βογιατζής Γ., 2010). Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 1980, ήταν κατά μέσο όρο 11,6%, έναντι 14% το 2004. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:179). Στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα ηλικιωμένα άτομα ηλικίας άνω των 65 χρόνων αποτελούν το 13% με 15% του πληθυσμού. (Αντωνοπούλου Λ., 2002:57). Οι μελλοντικές προοπτικές είναι δυσμενέστερες, δεδομένου ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων αναμένεται να ανέλθει στο 27% το 2020. (Υφαντόπουλος Ι., 2003:117) και τα άτομα άνω των 85 ετών θα

αποτελούν το 2015 το 2% του πληθυσμού. (Δημολιάτης Γ., κ.ά., 2002:23). Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Ελλάδα ήταν 13,1% το 1980 και 17,7% το 2004 δηλαδή, ποσοστό αύξησης κατά τη διάρκεια της 25ετίας 35%. Αντίθετα ο πληθυσμός κάτω των 15 ετών από 25% το 1979 μειώθηκε σε 17% το 1992. (Δημολιάτης Γ., κ.ά., 2002:23).

- **Ιατρική Τεχνολογία**

Η εισαγωγή νέων προηγμένων τεχνολογιών στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης προκάλεσε ταυτόχρονα κατακόρυφη αύξηση των δαπανών περίθαλψης. Οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και ο εξειδικευμένος εξοπλισμός κοστίζουν. (ΠΟΥ, 2002:215). Πέρα από την αρχική επένδυση, η συντήρηση και το απαιτούμενο εξειδικευμένο προσωπικό προσ αυξάνουν το κόστος κάθε ιατρικής πράξης. (Σαρρής Σ., 2001:160). Κι αυτό γιατί η εφαρμογή της βαριάς διαγνωστικής τεχνολογίας στις νοσηλευτικές μονάδες δεν επενεργεί όπως η εφαρμογή της προηγμένης τεχνολογίας στις παραδοσιακές βιομηχανικές μονάδες. Συγκεκριμένα, ενώ στις τελευταίες επιφέρει τη μείωση του κόστους παραγωγής για μια δεδομένη ποσότητα παραγομένων προϊόντων, ή ακόμη αύξηση της προσφοράς των αγαθών αυτών χάρη στις οικονομίες κλίμακας που επιτρέπει να πραγματοποιηθούν, με το νοσοκομείο συμβαίνει το αντίθετο. Όπως υποστηρίζει η Αντωνοπούλου Λ., (2002:63), η εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στο υγειονομικό σύστημα συνεπάγεται ένα όλο και πιο πολυάριθμο και εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο είναι επιπλέον και υψηλά αμειβόμενο, πράγμα που επιφέρει αύξηση του μισθολογικού βάρους άρα και του συνολικού κόστους της νοσηλείας. (Αντωνοπούλου Λ., 2002:63). Όμως δεν είναι μόνο το υψηλό κόστος λειτουργίας αλλά και η δυνατότητα πραγματοποίησης ανεξέλεγκτα μεγάλου αριθμού ιατρικών πράξεων που μεγιστοποιούν τις δαπάνες της νοσοκομείο-κεντρικής περίθαλψης. (Σαρρής Σ., 2001:160). Συγκεκριμένα, στη Ελλάδα, το 2009, οι μαγνητικές τομογραφίες ανά 1.000 κατοίκους, ήταν υπερδιπλάσιες του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (Στάθης Γ., 2010:2).

- **Φαρμακευτική κατανάλωση**

Η υπερ-διόγκωση, τα τελευταία χρόνια, της φαρμακευτικής κατανάλωσης οφείλεται τόσο στην αλλαγή του δημογραφικού προτύπου και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής όσο και στη μετατόπιση του επιδημιολογικού φάσματος σε νέες ασθένειες. Παράλληλα όμως, το φάρμακο ως βιομηχανικό προϊόν, στοχεύει στην αύξηση των κερδών των εταιρειών που το παράγει. Το φάρμακο λειτουργεί με δύο παράλληλες

ιδιότητες, ως κοινωνικό αλλά και ως καταναλωτικό προϊόν. Η χρήση του αποκτά διπλή διάσταση διότι συντελεί στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά την ίδια στιγμή υπόκειται στους νόμους της αγοράς. Η ασυμμετρία πληροφόρησης που υφίσταται στο αγαθό υγείας, δίδει την δυνατότητα στον γιατρό να αποφασίζει εκείνος για το είδος και την ποσότητα του φαρμάκου που θα χορηγεί στον ασθενή. (Κακλαμάνης Ν., κ.ά., 2005:15). Επιπρόσθετα, ο πολλαπλά παρεμβατικός ρόλος των προμηθευτών φαρμακευτικών προϊόντων διαμορφώνει, με την ιδιότυπη ισχύ του, την παροχή φαρμάκων για την εξυπηρέτηση του ιδίου οφέλους του. (Γιαννουλάτος Π., 2000:122). Πρόσφατη αναφορά στο περιοδικό British Medical Journal, έδειξε ότι τα περισσότερα άτομα που συμμετέχουν σε επιτροπές ειδικών που καθορίζουν ενδείξεις συνταγογράφησης φαρμάκων έχουν άμεσους δεσμούς με φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες ωφελούνται από την επέκταση της συνταγογράφησης. (Δρίτσας Θ., 2012).

Το 2009 η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, ήταν μεγαλύτερη κατά 60% του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (Στάθης Γ., 2010:2) καταλαμβάνοντας έτσι την τρίτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και την πρώτη θέση, ως ποσοστό του ΑΕΠ. (Δόλγερας Α.). Συγκεκριμένα, η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ανερχόταν το 2008 σε 682 ευρώ, παρουσιάζοντας αύξηση από το 2000 άνω του 400%. (Τούντας Γ., 2011). Το ως άνω φαινόμενο οφείλεται τόσο στη έλλειψη μηχανισμών ελέγχου συγκράτησης του όγκου της συνταγογράφησης όσο και στην πολιτική συγκράτησης των δαπανών που εστιάζεται στην αύξηση των τιμών. (Δόλγερας Α.).

- **Ιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων**

Κοινωνικά ή αισθητικά πρότυπα που δημιουργεί το σύγχρονο μάρκετινγκ σε συνδυασμό με την αλλαγή των αναγκών και τη μετάβαση σε επόμενο εξελικτικό στάδιο επηρεάζουν τη ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών. (Σούλης Σ., 1999:183). Η ιατρικοποίηση προέρχεται από την άμεση εξάρτηση του καταναλωτή από το σύστημα υγείας, και μεταφράζεται από μια καθολική υπαγωγή στις επιταγών των ιατρικών πρακτικών. (Αντωνοπούλου Λ., 2002:63).

- **Ιατρογέννηση και προκλητή ζήτηση**

Είναι γενικά αποδεκτή η άποψη ότι, σε κάποιο βαθμό ότι ιατρογενείς παράγοντες επηρεάζουν τη συνολική ζήτηση για υπηρεσίες, συχνά όχι απαραίτητες. Υποστηρίζεται ότι ένα μεγάλο μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται οφείλεται σε

καταστάσεις υγείας που προκαλούνται από την ίδια την παρέμβαση των υπηρεσιών υγείας. (Λιαρόπουλος Λ., 2007:172). Οι γιατροί, ενθαρρύνουν τους ασθενείς, ιδίως στις χώρες με συστήματα αμοιβής κατά πράξη, να καταναλώσουν όλο και περισσότερο ιατρικές πράξεις ακόμη κι όταν δεν υπάρχει πραγματική ιατρική ανάγκη για αυτό. Είναι το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης που οδηγεί στη διόγκωση του κόστους της περίθαλψης. (Αντωνοπούλου Λ., 2002:67).

- **Moral Hazard (ηθικός κίνδυνος)**

Η υπερκατανάλωση υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών, συχνά αποδίδεται με τον εξειδικευμένο όρο moral hazard. Με τον όρο αυτό αντανακλάται η τάση των ασφαλισμένων να αποφεύγουν μερικές φορές να δρουν ηθικά και υπεύθυνα όταν καταναλώνουν περίθαλψη, χωρίς να επιδεικνύουν την επιμέλεια που θα είχαν αν δεν ήταν ασφαλισμένοι. Έτσι, η ασφάλεια της κάλυψης των δαπανών για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας δεν επιτρέπει τη συγκράτηση του κόστους.

- **Νέο επιδημιολογικό πρότυπο**

Το μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό πρότυπο, με τη διόγκωση των χρόνιων και καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου, των τροχαίων, των εγκεφαλικών καθώς και νέες ασθένειες που εμφανίστηκαν σε σύγχρονες κοινωνίες όπως το aids ή το αλτσχάϊμερ, δημιουργούν σημαντικές δαπάνες περίθαλψης.

- **Άλλοι παράγοντες**

Οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με την παροχή υψηλής ποιότητας και περισσότερο προσανατολισμένων προς τον ασθενή υπηρεσιών, η παγκοσμιοποίηση, οι δυσκολίες στην μακροοικονομική απόδοση των ευρωπαϊκών χωρών και οι πολιτικές και ιδεολογικές μετατοπίσεις, συνέβαλαν στην αύξηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας. (Οικονόμου Χ., 2004:90). Το αυξανόμενο επίπεδο φτώχειας, ανεργίας και μετανάστευσης (όλα τους συνδέονται με υψηλότερο επίπεδο χρόνιων νοσημάτων και ανικανότητας) ασκούν μια προς τα πάνω πίεση στο σύνολο των δαπανών υγείας. (ΠΟΥ, 2002:214).

Όλοι οι προαναφερόμενοι λόγοι και το γεγονός ότι το 50% των δημοσίων δαπανών χρησιμοποιούνται στο νοσοκομειακό τομέα οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να εκδώσει το **Χάρτη Υγείας** το 1996 που προέκυψε από όλα τα κράτη μέλη του στη Λιουμπλιάνα, τονίζοντας ότι, τα συστήματα υγείας είναι αναγκαίο να είναι

προσανατολισμένα πρώτον, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, και δεύτερον στο **νοσοκομειακό τομέα** όπου η **χρηστή διαχείριση** αναδεικνύεται ως κεντρικός στόχος, τρίτον να προσανατολιστούν οι άνθρωποι πόροι, του συστήματος υγείας, στην ενίσχυση των ικανοτήτων τους ώστε να μπορούν να αναπτύξουν εργαλεία αξιολόγησης μιας πιο αποτελεσματικής και αποδοτικής παροχής υγείας και τέλος τα νοσοκομεία να μετεξελιχθούν σε οργανισμούς μάθησης μέσω εφαρμοσμένων εμπειρικών πρακτικών και τεχνικών. (ΠΟΥ, 2002:214-215). Ουσιαστικά η Π.Ο.Υ. προτείνει τη μετάβαση από ένα αναποτελεσματικό σε ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας προσανατολισμένο στην ανάπτυξη ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας δηλαδή προτείνει μια **νέα οργανωσιακή στρατηγική** που θα επιτρέπει τη θεμελίωση ενός νέου μοντέλο **οργανωσιακής κουλτούρας** ως θεμελιώδη προϋπόθεση για την επιτυχή υλοποίηση της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.

Πράγματι, στο σημερινό αβέβαιο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον και με δεδομένο τη σπανιότητα των πόρων οδηγεί στην αναγκαιότητα **αλλαγής κουλτούρας** στο δημόσιο σύστημα υγείας ως σύνολο και στο νοσοκομειακό τομέα ως θεμελιώδες υποσύνολο αυτού. Η εμφάνιση των φαινομένων δυσλειτουργίας, η σπατάλη και η μη άριστη κατανομή των σπάνιων πόρων αποτελούν ένα ανασταλτικό παράγοντα στην πρόοδο και τον εκσυγχρονισμό. Όπως διερωτάται και ο Μπουρσανίδης Χ., «*πως θα μετεξελιχθούν και θα μετασχηματισθούν οι υπάρχουσες δομές και λειτουργικές διαδικασίες ώστε να οδηγηθεί το σύστημα υγείας στον εκσυγχρονισμό;*», (2000:82), μιας και τόσο σύνθετο σύστημα, όπως το εθνικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίζει ένα «*υψηλό βαθμό αβεβαιότητας αναφορικά με τις αποκρίσεις του στην αποδοχή και εκμετάλλευση αλλαγών ή καινοτομιών;*». (Καρυώτης Π., 1992:10).

Τα ως άνω δύο ερωτήματα, αφορούν κυρίως το δημόσιο νοσοκομειακό τομέα, διότι **τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν τον κορμό του ΕΣΥ**, τόσο από πλευράς απασχολούμενου προσωπικού, όσο και από πλευράς συμμετοχής τους στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Στο πλαίσιο ενός διεθνώς ολοένα αυξανόμενου ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας, με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πολιτών, τα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να ανταποκριθούν στα δύο ερωτήματα που έθεσε ο Schein. **Της επιβίωσης, επέκτασης και προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον & της εσωτερικής ολοκλήρωσης που θα επιτρέπει επιτυχή καθημερινή λειτουργία και μάθηση.** (Schein E., 2004:18). Όπως

αποδείχθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, η γνώση της υπάρχουσας οργανωσιακής κουλτούρας ή η δημιουργία μιας κατάλληλης προς το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον κουλτούρας μπορεί να συνδεθεί με την ικανοποίηση των αναγκών των νοσοκομείων για περισσότερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, με την ικανοποίηση των υλικών και κοινωνικών αναγκών των μελών των οργανισμών και με την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών. (Scott T., et al, 2003:1).

3.4 Η Οργανωσιακή Κουλτούρα του Δημοσίου Νοσοκομείου

*«Η κουλτούρα ενός οργανισμού είναι η δύναμη που τον ωθεί να κινείται»
(Cameron K., Quinn R.)*

Το **δημόσιο νοσοκομείο** στην εποχή της επικράτησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της βιογενετικής, αποτελεί το θεμελιώδη δομικό λίθο του συστήματος υγείας (Σούλης, 1994). Αποτελεί το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων, και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Παράλληλα, είναι το κέντρο ανάπτυξης έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρωπίνων πόρων του συστήματος υγείας. Το νοσοκομείο, με την άσκηση της εν λόγω πολιτικής, αποτελεί συνέχεια και συμπληρωματικός μηχανισμός του συστήματος εκπαίδευσης, σε κάθε χώρα, για τα επαγγέλματα υγείας. (Γούλα Α., 2007:21). Τα δημόσια νοσοκομεία είναι οργανισμοί, συνήθως, μεγάλου μεγέθους, με πολυάριθμο προσωπικό και ιδιαίτερα υψηλούς προϋπολογισμούς. (Ζηλίδης Χ., 2005:51). Το νοσοκομειακό υποσύστημα χαρακτηρίζεται ως οικονομική μονάδα, ως μονάδα εντάσεως εργασίας, διότι η προσφορά υπηρεσιών βασίζεται κατά κύριο λόγο στο εξειδικευμένο του ανθρώπινο δυναμικό. Η προσφορά αυτή εντάσσεται στην παραγωγή υπηρεσιών και εξ' αυτού τα νοσοκομεία ανήκουν στον τριτογενή τομέα της οικονομίας και λόγω του μεγάλου αριθμού απασχολούμενων, συνήθως άνω των 100 ατόμων, κατατάσσονται στις μεγάλες επιχειρησιακές μονάδες της χώρας. (Γούλα Α., 2007:21). Παρουσιάζουν οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις γενικές αρχές και το πλαίσιο διοίκησης άλλων οργανισμών. Χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα, διαρκή εξέλιξη, ανάγκη για αλλαγή και υψηλού βαθμού καταμερισμό εργασίας. (Κωσταγιόλας Π., κ.ά. 2008:50).

Επιπρόσθετα, χαρακτηρίζονται από υψηλή επιστημονική και τεχνική εξειδίκευση, από πολλαπλές και σύνθετες διοικητικές αρμοδιότητες και από πολύπλοκες συλλογικές και εργασιακές σχέσεις. Για τη εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας των νοσοκομειακών οργανισμών απαιτείται η συμμετοχή διαφόρων επαγγελματικών ομάδων οι οποίες πρέπει να χαρακτηρίζονται από υψηλή εξειδίκευση στον τομέα της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. (Χρυσάκης Μ., 2002:2). Στο επίκεντρο του νοσοκομειακού συστήματος καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το ιατρικό σώμα, όχι μόνο ως προς την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά συχνά και τη γενικότερη διοίκηση του νοσοκομείου. (Τούντας Γ., 2008:213).

Σκοπός του νοσοκομείου, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη επιχείρηση, δεν είναι μόνο η παραγωγή ενός προϊόντος αλλά, η ικανοποίηση των πρωταρχικών αναγκών του ανθρώπου με την έννοια της συνέχισης της ζωής, με όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα φροντίδα υγείας και ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα κοινωνικής, επαγγελματικής ή οικονομικής κατάστασης, χωρίς σωματικούς και ψυχο-κοινωνικούς λειτουργικούς περιορισμούς. Υπ' αυτήν την έννοια, το νοσοκομείο δεν μπορεί να αναλυθεί ως μια οποιαδήποτε επιχείρηση. (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52).

Η **δομή** του είναι πολυεπίπεδη και τα άτομα που τη συγκροτούν (γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, τεχνολόγοι) είναι ποικιλόμορφα διαφορετικοί σε εκπαίδευση, κοινωνικό ή οικονομικό επίπεδο. Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται εντάσσεται σε οριζόντια και σε πυραμιδικά υποσύνολα. Οριζόντια (λειτουργικά) υποσύνολα αποτελούν οι κλινικές, τα τμήματα και οι μονάδες του νοσοκομείου, ενώ πυραμιδικά (διοικητικά) υποσύνολα αποτελούν οι διάφορες υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική).

Ο βαθμός εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας (οριζόντια διαφοροποίηση) διαφέρει σημαντικά, ενώ ουσιαστικές είναι οι αποκλίσεις ως προς το δικαίωμα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών (κάθετη διαφοροποίηση), με αποτέλεσμα συχνά να παρατηρείται διάσπαση της δομής της εξουσίας και μεγάλες δυσκολίες στην άσκηση διοίκησης. (Κωσταγιόλας Π., κ.ά. 2008:50). Αυτό αντανακλάται και στις ιεραρχικές δομές, οι οποίες τείνουν να επικαλύπτονται από την εξουσία των κυρίαρχων σε βάρος των ασθενέστερων επαγγελματικά τάξεων και ατόμων. (Πολύζος Ν., 2007:77).

Το **ιατρικό** και το **διοικητικό** σώμα αποτελούν τις δύο καθοριστικές δυνάμεις του νοσοκομείου, συχνά με ισχυρές και αντικρουόμενες εξουσίες. Καθεμία από τις

κοινωνικό-επαγγελματικές αυτές ομάδες έχει τη δική της οργάνωση και λειτουργία, γεγονός που περιπλέκει τα ζητήματα διοίκησης. (Τούντας Γ., 2008:213). Παράλληλα τα μέλη της ιατρικής ή νοσηλευτικής υπηρεσίας μπορούν να ασκούν και διοικητικές λειτουργίες με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται συγκρούσεις ρόλων και συμφερόντων. (Σαρρής Μ., 2001:165). Η απουσία ενός ενιαίου συντονισμού των υπηρεσιών μέσα στο Νοσοκομείο οδηγεί στην αυτονόμηση των επιμέρους λειτουργιών του, στην απώλεια της συνεκτικότητάς του και τελικά στην εσωτερική του αποδιοργάνωση. Οι εσωτερικοί ρόλοι και αρμοδιότητες παραμένουν ασαφείς, διαμορφώνοντας, όπως υποστηρίζεται, ένα εσωτερικό περιβάλλον **«οργανωμένης ανευθυνότητας»**. (Ζηλίδης Χ., 2005:53).

Αναφορικά με το οργανωσιακό μοντέλο **κουλτούρας** που κυριαρχεί στα δημόσια νοσοκομεία είναι το **γραφειοκρατικό μοντέλο**, μοντέλο που γενικότερα χαρακτηρίζει ολόκληρη τη δημόσια διοίκηση. Στηρίζεται σε έξι βασικές διαστάσεις της οργάνωσης μιας δημόσιας υπηρεσίας δηλαδή της εξειδίκευσης, της κλίμακας της οργάνωσης, της μισθωτής εργασίας, της μοναδικότητας του προμηθευτή, της κρατικής χρηματοδότησης και της δημόσιας γραφειοκρατίας. Κεντρικό ρόλο διαδραματίζει το Υπουργείο Υγείας το οποίο επιδιώκοντας τη διασφάλιση μιας εξισορροπημένης κλειστής περιθάλψης, εκδίδει αντίστοιχες οδηγίες οι οποίες προδιαγράφουν για κάθε νοσοκομειακή μονάδα τον τύπο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τον πληθυσμό/περιοχή αναφοράς του. (Καρυώτης Π., 1992:133).

Η **ιεραρχία** ξεκινά από την ανώτατη διοίκηση (Διοικητικό Συμβούλιο Διοικητής ή Πρόεδρος), μέσω γραπτών καταχωρήσεων των κανόνων, αποφάσεων και πράξεων, διέρχεται στις τέσσερις (4) υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και ξενοδοχειακή-τεχνική) και καταλήγει στη βάση. Η αυτονομία, βέβαια, των ιατρών στην εργασία τους, οδηγεί και στον τύπο της επαγγελματικής γραφειοκρατίας, αφού ταυτίζονται περισσότερο με το επάγγελμά τους παρά με τον οργανισμό. Ο Διοικητής ή Πρόεδρος του δημόσιου νοσοκομείου διορίζεται από το Υπουργείο Υγείας. Είναι συχνό το φαινόμενο κάθε φορά που αλλάζει υπουργός να αλλάζουν και οι διοικήσεις των νοσοκομείων (Καρατζάς Ν., 2010). Σε οργανισμούς όπως τα νοσοκομεία που αναγνωρίζονται ως οι πλέον περίπλοκοι οργανισμοί υψηλής τεχνολογίας και εξειδίκευσης, υπάρχει ασυνέχεια ως προς την εφαρμογή διοικητικών αποφάσεων λόγω συχνής αλλαγής του ηγέτη του οργανισμού. Επιπρόσθετα, ο ρόλος

τους είναι περιορισμένος, μιας και υποστηρίζεται ότι, είναι απλοί διεκπεραιωτές των εντολών του εκάστοτε Υπουργού Υγείας. (Στάθης Γ., 2010:5).

Ο **προγραμματισμός** ενός δημόσιου νοσοκομείου εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού υγειονομικού προγραμματισμού και οι αντικειμενικοί του σκοποί και στόχοι πρέπει να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους της κεντρικής εξουσίας. (Δικαίος, κ.ά, 1999).

Ο **καταμερισμός της εργασίας** στον ιατρικό και νοσηλευτικό τομέα πραγματοποιείται κατ' ακολουθία των ιατρικών ειδικοτήτων και έχει τις ρίζες του στη θεωρία του Taylor. Ο ασθενής τμηματοποιείται ή επιμερίζεται, αναλόγως της πάθησής του, ενώ παράλληλα αποπροσωποποιείται, επιδεχόμενος έναν αριθμό που αντιστοιχεί στο κρεβάτι ή στο θάλαμο στον οποίο νοσηλεύεται. (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52). Το ως άνω μοντέλο επιδρά στην εργασιακή συμπεριφορά των ιατρών και του λοιπού προσωπικού, οι οποίοι λειτουργούν με αυτοματοποιημένο τρόπο, αυστηρά τεχνικό. Ως εκ τούτου, οι εργασιακές σχέσεις που αναπτύσσονται σε ένα τέτοιο περιβάλλον οργάνωσης της εργασίας επιδέχονται χαρακτηριστικά απρόσωπης συμπεριφοράς. (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52).

Η εφαρμογή ενός ευέλικτου διαχειριστικού **πληροφοριακού συστήματος** στις διοικητικές υπηρεσίες των νοσοκομείων αποδεικνύεται πολλές φορές ιδιαίτερα αδύναμη και ανέφικτη, αφού απουσιάζει η συνεχής εκπαίδευση και συμμετοχή στο σχεδιασμό και τις αποφάσεις. Επιπλέον το σύστημα οργάνωσης της νοσοκομειακής εργασίας απαιτεί όλο και μεγαλύτερη συνεργασία από μεσαία διοικητικά στελέχη ενώ αρκετές φορές διαπιστώνεται η άρνηση μετάδοσης γνώσης και η μετατόπιση ευθυνών, λόγω κυρίως της φύσης της νοσοκομειακής εργασίας. (Μούρτου Ε., 2007:48). Οργανισμοί με προϋπολογισμούς πολλών εκατομμυρίων ευρώ έχουν απαρχαιωμένα συστήματα παρακολούθησης λογαριασμών. Οι κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων χαρακτηρίζονται ως αναχρονιστικοί, και το ακατάλληλο νομικό και οργανωτικό πλαίσιο και η πλήρης έλλειψη σύγχρονου μάνατζμεντ ακυρώνει κάθε προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων. Η επιβολή, επίσης «**κλειστού νοσηλίου**» σε επίπεδα πολύ κάτω του πραγματικού κόστους σωρεύει σημαντικά ελλείμματα, τα οποία αυξάνονται και από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών από την κοινωνική ασφάλιση. (Τούντας Γ., 2010:11).

Ο μηχανολογικός εξοπλισμός και οι συσκευές υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αν και εκσυγχρονίστηκαν την τελευταία δεκαετία, μπορούν να χαρακτηριστούν ως ελλιπείς, αφού πολλές φορές οι ασθενείς παραπέμπονται για διαγνωστικές εξετάσεις στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, παρατηρείται ανισότητα στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας, λόγω έλλειψης κεντρικού σχεδιασμού, έλλειψης αντικειμενικών κριτηρίων και κανόνων για την τοποθέτησή τους, στα εκάστοτε νοσοκομεία. Η απουσία δε του κατάλληλου προσωπικού περιορίζει δραστικά την μακροβιότητα τους καθώς και την ανταποδοτικότητά των πόρων που διατέθηκαν για την απόκτησή τους. (Σιγάλας Ι., 1997:81-85, Δίκαιος Κ. κ.ά., 1999). Γενικότερα, τα δημόσια νοσοκομεία, αποτελούν μη σύγχρονους διοικητικά οργανισμούς, χωρίς αυτοτέλεια, δεν είναι πλήρως μηχανογραφημένοι και δεν εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης. (Μανιαδάκης Ν., 2011). Για το λόγο αυτό υπολογίζεται ότι το **30-40%** περίπου των διενεργούμενων κατ' έτος δαπανών του δημόσιου νοσοκομείου, θεωρούνται **σπατάλες**. (Τούντας Γ., 2008:12).

Τα δημόσια νοσοκομεία, όπως άλλωστε και οι υπόλοιποι οργανισμοί της δημόσιας διοίκησης, λειτουργούν χωρίς την **υπευθυνότητα τήρησης του προϋπολογισμού**, χωρίς την οποιαδήποτε ανάγκη αξιόπιστης λογιστικής παρακολούθησης ή επιδίωξης μιας αποδοτικότερης διαχείρισης. Ουσιαστικά απουσιάζει το κίνητρο βελτίωσης εξαιτίας κυρίως ανάλογης απουσίας σοβαρών εξωτερικών πιέσεων. (Πολύζος Ν., 2007:75). Τούτο οδήγησε για περίπου δύο δεκαετίες να μείνουν εγκλωβισμένα στην αναποτελεσματικότητα του Δημόσιου Λογιστικού, μεταθέτοντας για το μέλλον την εφαρμογή ενός διπλογραφικού Λογιστικού Σχεδίου (Ζηλίδης Χ., 2005:53) και οδηγώντας τα στα ελλείμματα που εμφανίζουν σήμερα. Το πρόβλημα των ελλειμμάτων οφείλεται επίσης, στη διαφορά μεταξύ πραγματικού και κλειστού νοσηλίου, στην ετεροχρονισμένη είσπραξη των νοσηλίων, στην εκτέλεση πράξεων και εξετάσεων που δεν είναι κοστολογημένες και δεν χρεώνονται, στις υπερτιμολογήσεις πολλών προμηθειών και στην έλλειψη επαρκούς ελέγχου της κατανάλωσης νοσοκομειακών προϊόντων και υπηρεσιών (Τούντας Γ., 2010:10). Ο νοσοκομειακός προϋπολογισμός συντάσσεται και εκτελείται χωρίς καμία εσωτερική διάρθρωση (τμηματικοί προϋπολογισμοί) και χωρίς καμία αντιπαραβολή με τα αντίστοιχα έσοδα που επιφέρει κάθε δαπάνη (κέντρα κόστους-κέντρα εσόδων). (Ζηλίδης Χ., 2005:53).

Ήδη τα προαναφερόμενα είχαν επισημανθεί σε έκθεση του ΟΟΣΑ από το 1998. Χαρακτηριστικά η έκθεση αναφέρει ότι στα δημόσια νοσοκομεία εμφανίζεται:

- Έλλειψη ευελιξίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων,
- Έλλειψη κινήτρων απόδοσης για τους ιατρούς και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό,
- Ελαχιστοποίηση του περιθωρίου άσκησης διοίκησης και εξοικονόμησης προσωπικού, αφού τα πάντα καθορίζονται από το υπουργείο,
- Απώλεια πόρων εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού κάλυψης στην επαρχία συγκριτικά με τις μακρές λίστες αναμονής στο κέντρο,
- Μη χρησιμοποίηση της αγοραστικής μονοψωνιακής δύναμης των νοσοκομείων του ΕΣΥ,
- Ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των ιατρών,
- Συνολική αναποτελεσματικότητα με χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών. (Τούντας Γ., 2009:157).

Ως **αιτίες** των προαναφερόμενων προβλημάτων και κατ' επέκταση ως αιτίες αναποτελεσματικότητας και μη αποδοτικότητας του δημοσίου νοσοκομειακού τομέα θεωρείται ότι: (Τσαλίκης Γ., 2000:63).

- Οι δημόσιες επιχειρήσεις ανθίστανται ή αρνούνται να σχεδιάσουν με βάση την ικανοποίηση των ασθενών,
- Δεν κατανέμουν τους πόρους αποδοτικά και ισότιμα, σύμφωνα με κριτήρια και στόχους,
- Υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής γιατί δεν έχουν κίνητρα για αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς,
- Ανθίστανται ή καθυστερούν τον εκσυγχρονισμό ή αλλαγή υπό το φόβο της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας που αντανάκλα κυρίως στο προσωπικό αλλά και το συλλογικό συμφέρον των δημοσίων υπαλλήλων και
- Υπάρχει απουσία εσωτερικού σχεδιασμού και οικονομικού ελέγχου.

Αξιόλογη προσπάθεια καταπολέμησης των ανωτέρω προβλημάτων ξεκίνησε, αν και καθυστερημένα, με τον νόμο **2889/01** (ΦΕΚ 37/2001) όταν η αξιοκρατική επιλογή διοικήσεων και η περιφερειακή οργάνωση και ο έλεγχος του συστήματος έκαναν την πρώτη «δειλή εμφάνισή τους στην Ελλάδα». (Λιαρόπουλος Λ., 2010).

Οι σχετικοί άξονες της μεταρρυθμιστικής πολιτικής, του νόμου, για τα Νοσοκομεία ήταν: (Ζηλίδης Χ., 2005:247)

- Η οργανωτική και διοικητική ανασυγκρότηση του ΕΣΥ, με τη δημιουργία ολοκληρωμένων περιφερειακών συστημάτων υγείας-πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) και την εκχώρηση αρμοδιοτήτων στην περιφέρεια,
- Τη μετατροπή των νοσοκομείων σε αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ),
- Η ορθολογική κατανομή και αξιοποίηση των πόρων,
- Η αποτελεσματική διοίκηση των νοσοκομείων με σύγχρονες μεθόδους management,
- Η επιλογή Διοικητών μετά από δημόσιο διαγωνισμό και αξιολόγηση και την υπογραφή συμβολαίων αποδοτικότητας των Διοικητών με τα ΠεΣΥΠ,
- Η κατάρτιση επιχειρησιακών σχεδίων,
- Η οργάνωση υπηρεσιών υποδοχής ασθενών,
- Η λειτουργία απογευματινών ιατρειών εντός των δημοσίων νοσοκομείων, με σκοπό την «εξολόθρευση» της μάστιγας των παράνομων αμοιβών των ιατρών,
- Η αναβάθμιση του ανθρωπίνου δυναμικού και
- Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Με τον ως άνω νόμο επιχειρήθηκε ένας **διοικητικός εκσυγχρονισμός** και μια προσπάθεια ουσιαστικής αποκέντρωσης. Υπό αυτή τη λογική ο νόμος θεωρήθηκε καινοτόμος. Ο νομοθέτης ακολουθώντας το στόχο της λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας μετέτρεψε όλες οι νοσοκομειακές μονάδες σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ.Π με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Σε ότι αφορά την εσωτερική διάρθρωση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, ο νόμος υιοθέτησε τη θεσμική καινοτομία της καθιέρωσης τμηματικών προϋπολογισμών, κατά τομέα, κλινική και εργαστήριο. (Ζηλίδης Χ., 2005:63). Οι λόγοι καθιέρωσης των τμηματικών προϋπολογισμών ήταν:

- Η καθιέρωση καλύτερου έλεγχου των δαπανών
- Η μέτρηση του κόστους των ιατρικών πράξεων
- Η παροχή κινήτρων για αύξηση της αποδοτικότητας
- Η ύπαρξη υποχρεωτικής τράπεζας δεδομένων
- Η συμμετοχή όλων στη διαχείριση

- Η αξιολόγηση των κάθε είδους αποτελεσμάτων (Μπαρδής Β., 2000:204).

Σε κεντρικό επίπεδο, τα Πε.Σ.Υ.Π είχαν ως στόχο την προώθηση και την προαγωγή προτύπων ποιότητας, στα νοσοκομεία, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί το στοιχείο της ποιοτικής αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας, ένα ζητούμενο άλλωστε πολύ γνωστό και στην διεθνή εμπειρία. Για την καθιέρωση του ποιοτικού ελέγχου στα νοσοκομεία θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες όπως:

1. Ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από το κέντρο ποιότητας του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας.
2. Τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στα ΠεΣΥ με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας και τον έλεγχο της εφαρμογής τους σε συνεργασία με το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας
3. Τμήμα ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε νοσοκομεία με 400 κλίνες και άνω. (Παπανικολάου Χ., 2007:121).

Απώτερος σκοπός της όλης μεταρρύθμισης του 2001 ήταν *«η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού ποιοτικού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης»*. (Κωσταγιόλας Π., κ.ά., 2008:55).

Τέσσερα χρόνια αργότερα, ο νόμος **3329/2005** κατήργησε την αυτοτέλεια των νοσοκομείων, κατήργησε την επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής ανώτερων στελεχών υπηρεσιών υγείας και η τοποθέτηση των διοικητών πραγματοποιείται, από τότε, χωρίς προκήρυξη και χωρίς υπογραφή συμβολαίου αποδοτικότητας. Ο ρόλος τους είναι πια διαχειριστικός παρά στρατηγικός. (Ζηλίδης Χ., 2005:247). Ως αποτέλεσμα το 2010 από τους 171 διοικητές και αναπληρωτές διοικητές νοσοκομείων μόνο οι 24 έχουν πτυχίο συναφές με τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας ή με τα οικονομικά των νοσοκομείων. (Λιαρόπουλος Α., 2010).

Σε αυτό το σημείο, διερωτάται κανείς το εξής ερώτημα: Γιατί ενώ άρχισαν δειλά κάποια βήματα μεταρρύθμισης και αλλαγής του δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος, παρά ταύτα, όχι μόνο αυτά δεν προχώρησαν αλλά ορισμένα μεταρρυθμιστικά και καινοτόμα στοιχεία καταργήθηκαν;

Υποστηρίζεται ότι, η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων οφείλεται στην κυριαρχία της κομματικοκρατικής δημοκρατίας (Μουζέλης Ν, 2003). Ήδη από το 1994, η αρμόδια

επιτροπή των σοφών αλλαγής του συστήματος υγείας κατέληξε στο εξής συμπέρασμα: *«εκείνο που παραμένει ως κυρίαρχο ζήτημα είναι ο τρόπος εφαρμογής εξαιρετικά αναγκαίων αλλαγών. Διαφορετικές ομάδες και πολλά συμφέροντα φαίνεται ότι φέρνουν εμπόδια σε οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων στην Ελλάδα καθορίζεται εν πολλοίς από κομματικές μέριμνες και τις εκάστοτε ανάγκες της πολιτικής διαμάχης»*. (Abel-Smith B., et al 1994:143). Η άποψη αυτή υποστηρίζει την τάση των κομμάτων να διεισδύουν σε όλες τις θεσμικές εκφάνσεις της κοινωνίας, μέσω της εκτεταμένης κομματικοποίησης. Κάθε αλλαγή κυβέρνησης ή ανασχηματισμός συνοδεύεται από καθολικές ανατροπές και αλλαγές σε πολιτικές και πρόσωπα. (Οικονόμου Χ., 2004:216). Η επίτευξη ενός πληρέστερου συστήματος υγείας *«δεν είναι εύκολη υπόθεση, ιδιαίτερα όταν αυτό αναπτύσσεται σ' ένα περιβάλλον πολλαπλών και οργανωμένων συμφερόντων, είτε οικονομικών είτε βαθιά ριζωμένων συντεχνιακών»*. (Μόσιαλος Η., 2011). Ένα πλήθος πρωταγωνιστών ανταγωνίζονται για να διατηρήσουν ή να διευρύνουν τα συμφέροντα τους όπως είναι οι επαγγελματίες του τομέα υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι ιδιώτες που δραστηριοποιούνται στην υγειονομική περίθαλψη, οι φαρμακευτικές εταιρείες και το κράτος. Κάθε ένας από αυτούς έχει αποδειχθεί πολύ σημαντικός σε ότι αφορά τη λήψη αποφάσεων και την εφαρμογή διαφόρων πλευρών των σημαντικών προσπαθειών μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. (Νικολέντζος Α., 2008:183).

Συνοπτικά, μπορεί το νοσοκομειακό σύστημα να χαρακτηρίζεται ως γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης, απέχει ωστόσο αρκετά από το μοντέλο του βεμπεριανού τύπου. Τα διάφορα οικονομικά συμφέροντα, οι πολιτικές παρεμβάσεις, η πελατειακή αντίληψη κάποιων επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τους ασθενείς τους και το φαινόμενο του διπλού συστήματος εξουσίας (που θα αναλυθεί κατωτέρω) καθιστούν πολλές φορές το νοσοκομείο έναν χώρο εσωτερικών συγκρούσεων μεταξύ των διαφόρων υποκοουλτούρων που το συνθέτουν.

3.5 Οι Άτυπες Σχέσεις & οι Υποκοουλτούρες του Δημοσίου Νοσοκομείου

Η επίσημη ιεραρχία ενός δημοσίου νοσοκομείου εμφανίζεται στο οργανόγραμμα και αντανakλά τον τρόπο λειτουργίας του. Παρατηρώντας το επίσημο οργανόγραμμα, (τυπικές σχέσεις) αντιλαμβάνεται κανείς την πολυπλοκότητα στο σύστημα διοικητικών

ελέγχων. Στο νοσοκομείο, ένας εργαζόμενος μπορεί να ανήκει σε δύο ομάδες. Για παράδειγμα, ο παθολόγος γιατρός της παθολογικής κλινικής ανήκει στο λειτουργική ομάδα που συγκροτείται από την παθολογική κλινική και στη διοικητική ομάδα που συγκροτεί η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου συνολικά. Η νοσηλεύτρια της χειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου ανήκει στην οριζόντια ομάδα που συγκροτεί η κλινική και στην πυραμιδική ομάδα που συγκροτεί η νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου. Επίσης τραπεζοκόμος που εξυπηρετεί τους ασθενείς της ίδιας κλινικής ανήκει στη λειτουργική ομάδα της χειρουργικής κλινικής, αλλά και στη διοικητική ομάδα που συγκροτεί η διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου.

Εκτός από τις τυπικές – λειτουργικές ομάδες, μελετώντας επισταμένα τη λειτουργία ενός νοσοκομείου, αντιλαμβάνεται κανείς ότι αυτό το σχήμα δεν παρουσιάζει την αληθινή οργάνωση της εργασίας. Η θεμελιώδης διαφορά προέρχεται από το **ρόλο των άτυπων σχέσεων και την ύπαρξη υποκουλτούρων** μέσα στον επίσημο οργανισμό. Παραδοσιακά, ένας οργανισμός εμπεριέχει τρεις υποκουλτούρες. Την κουλτούρα της εξουσίας, τη λειτουργική κουλτούρα και τη κουλτούρα του προσωπικού διαιρούμενη στις ειδικότητες του καθένα. (Scott T., et al, 2003:6).

Όπως έχει ήδη αναλυθεί στο 1^ο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, στους οργανισμούς, διαπιστώνεται η ύπαρξη ομάδων με μέλη, άτομα με παρόμοιες ενασχολήσεις, θέσεις στην ιεραρχία ή κοινά ενδιαφέροντα. Η κουλτούρα των ανωτέρω ομάδων διαμορφώνεται από διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες: από την τάξη, το επάγγελμα, την ηλικία, το φύλο, τις τεχνικές πηγές, ή από τις εμπειρίες των άτυπων δομών. (Scott T., et al, 2003:7).

Σύμφωνα με το Brown J., (1954), ο **άτυπος οργανισμός** υφίσταται σε πέντε μορφές:

- Ως ένας συνολικός άτυπος οργανισμός που εμφανίζεται ως σύστημα που συνδέει τις ομάδες όλων των κατηγοριών,
- Ως ομάδες που διαμορφώνουν την εσωτερική πολιτική του οργανισμού,
- Ως ομάδες ιδίων ενδιαφερόντων (μικροσυμφέροντα),
- Ως ομάδες δύο- τριών φίλων που μπορεί να ανήκουν σε μεγαλύτερες ομάδες μικροσυμφερόντων,
- Ως απομονωμένα άτομα τα οποία σπάνια συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Ο άτυπος οργανισμός καθορίζει σημαντικά τις σχέσεις που αναπτύσσονται στο πλαίσιο κάθε νοσοκομειακού οργανισμού. Η άτυπη δομή των νοσοκομειακών οργανώσεων παρουσιάζει **διαστρωματώσεις** που οφείλονται στη συνύπαρξη προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων και διαβαθμίσεων, όπως για παράδειγμα ιατρών (καθηγητών, επιμελητών, ειδικευομένων), νοσηλευτών (προϊσταμένων, αδελφών νοσοκόμων), διοικητικών υπαλλήλων (διευθυντών τμημάτων, γραφείων), κ.ο.κ. Η άτυπη δομή των νοσοκομειακών οργανώσεων, στο πλαίσιο της οποίας συνυπάρχουν κέντρα πολλαπλής επικοινωνίας και εξουσίας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της παραγωγικότητας κάθε εργαζομένου στους εν λόγω οργανισμούς. (Χρυσάκης Μ., 2002:28).

Η άτυπη δομή μπορεί να απεικονισθεί σχηματικά με αντίστοιχα **κοινωνιογράμματα**. Το κοινωνιόγραμμα μπορεί να ορισθεί με ανάλογο με το οργανόγραμμα τρόπο ως το *«πρότυπο των άτυπων σχέσεων, υπευθυνοτήτων και εξουσιών καθώς και των διαύλων επικοινωνίας μιας οργάνωσης»*. (Χρυσάκης Μ., 2002:8). Εφαρμόζοντας το κοινωνιόγραμμα σε ένα νοσοκομείο παρατηρούνται οι ακόλουθες εργασιακές σχέσεις και συμμαχίες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52).

- **Σχέσεις ιατρών-προϊσταμένης**

Λόγω της μερικής παρουσίας των ιατρών σε ένα τμήμα επιτρέπεται στην προϊσταμένη να αναλάβει έναν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του τμήματος. Δεδομένου ότι παραμένει σε αυτή τη θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, γνωρίζει πολύ καλά τις λειτουργικές ανάγκες του τμήματος, συντονίζει και παρακολουθεί τις θεραπευτικές διαδικασίες. Η προϊσταμένη λειτουργεί ως το **άτυπο επίκεντρο του οργανωτικού και λειτουργικού υποσυστήματος** που αποτελεί το τμήμα θεραπείας στο οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες της.

- **Σχέσεις ειδικευομένων ιατρών - νοσηλευτών**

Οι ειδικευόμενοι ιατροί λαμβάνουν από τους νοσηλευτές, τεχνικές γνώσεις που αφορούν την καθημερινή λειτουργία του τμήματος, γεγονός που τους επιτρέπει να διαμορφώνουν θετικές σχέσεις μαζί τους. Οι σχέσεις αυτές είναι αμοιβαίες από την πλευρά των νοσηλευτών, διότι γι' αυτούς προκύπτει το όφελος της ενημέρωσης σε ότι αφορά την ιατρική πρακτική, την τυχόν αλλαγή της θεραπευτικής μεθόδου ή τις αλλαγές της θεραπευτικής αγωγής. Οι σχέσεις ειδικευομένων ιατρών και νοσηλευτών

διαμορφώνονται στη βάση **μιας στρατηγικής συμμαχίας** από την οποία επωφελούνται και οι δύο.

- **Σχέσεις βοηθών νοσηλευτών - βοηθών θαλάμων**

Οι σχέσεις βοηθών νοσηλευτών - βοηθών θαλάμων χαρακτηρίζονται συνήθως από **αμοιβαία κατανόηση και εξυπηρέτηση**. Οι δύο αυτές επαγγελματικές κατηγορίες αλληλοβοηθούνται στην εξυπηρέτηση των ασθενών και καλύπτουν η μία την άλλη.

Εκ των ανωτέρω διαφαίνεται ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζεται περισσότερο από την άτυπη παρά από την τυπική δομή και οργάνωση του μικρο-συστήματος μέσα στο οποίο εργάζεται.

Ένα ειδικό κοινωνιομετρικό τεστ εφαρμόστηκε σε έρευνα των Χρυσάκη Μ., Υφαντόπουλο Ι., (2007:93-112), σε διευθυντές των διαφόρων εργασιακών ομάδων – τμημάτων ενός μεσαίου νοσοκομείου, προκειμένου να διαπιστωθούν το είδος και η κατεύθυνση των άτυπων σχέσεων συνεργασίας – επικοινωνίας οι οποίες επικρατούσαν μεταξύ τμημάτων του υπό διερεύνηση νοσοκομειακού οργανισμού. Προέκυψε δε, ότι και οι **τρεις υπηρεσίες** του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική) εμφανίζουν μια σχετική εσωτερική ομοιομορφία ως προς τις επιλογές – αξιολογήσεις που εκφράζει για τη θετική ή όχι συνεργασία τους με τα τμήματα των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Διαπιστώνεται έτσι, η θετική στάση της νοσηλευτικής υπηρεσίας εις ότι αφορά τη συνεργασία της με την ιατρική υπηρεσία και η αρνητική εις ότι αφορά τη διοικητική υπηρεσία. Η ιατρική όσο και η νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου εμφανίζουν μια άτυπη δομή συνεργασίας ιεραρχημένη σε πολύ μικρό βαθμό. Μια κάποια ιεράρχηση, με τη τυπική δομή οργάνωσης, εμφανίζει το κοινωνιόγραμμα της διοικητικής υπηρεσίας της οποίας το γραφείο του διευθυντή συγκεντρώνει τον τυπικό του ηγετικό ρόλο. Οι δείκτες κοινωνιομετρικού γοήτρου παρουσιάζονται ιδιαίτερα χαμηλοί για τη διοικητική υπηρεσία και αρκετά υψηλοί για την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία. Η παρατήρηση στα τμήματα της νοσηλευτικής υπηρεσίας κατέγραψε ότι χαρακτηρίζονται από καλή εσωτερική οργάνωση, αυστηρή τήρηση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας και της δεοντολογίας ενώ τα μέλη τους εργάζονται συλλογικά και διατηρούν άριστες διαπροσωπικές σχέσεις. Αντίθετα, η παρατήρηση στα τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας, έδειξε ότι χαρακτηρίζονται από τυπικές σχέσεις, ανελαστικότητα, γραφειοκρατικοποίηση, σχετικά κακή οργάνωση λειτουργίας και περιορισμένες άτυπες διατμηματικές σχέσεις ενώ και η φύση της εργασίας ορισμένων

από αυτά δεν επιβάλλει τη συχνή συνεργασία με όλα τα τμήματα του νοσοκομείου. Διαφαίνεται λοιπόν με ενάργεια ότι όλες αυτές οι άτυπες σχέσεις, δημιουργούν τις υποκουλτούρες του νοσοκομείου. Στο νοσοκομειακό χώρο οι υποκουλτούρες διακρίνονται ανάλογα την υπηρεσία που ανήκει ο εργαζόμενος. Δηλαδή την ιατρική, την νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική-ξενοδοχειακή.

Εκτός των άτυπων σχέσεων και των υποκουλτούρων που επηρεάζουν την λειτουργικότητα, τη συνεργασία και κατ' επέκταση την παραγωγικότητα του νοσοκομείου, εμφανίζεται ένα παράδοξο φαινόμενο, από την άποψη της διοικητικής επιστήμης, το οποίο δεν υφίσταται σε άλλες επιχειρήσεις. Η ύπαρξη **δύο μορφών εξουσίας**. Η **διοικητική** και η **ιατρική μορφή** εξουσίας. Η μια ασκείται από τους διοικητές των νοσοκομείων όπως ορίζει ο νόμος, ενώ η άλλη ασκείται από τους γιατρούς οι οποίοι συχνά ανατρέπουν ή και παραβιάζουν την πρώτη εξουσιαστική δομή, επικαλούμενοι επείγουσα ιατρική ανάγκη ή στηριζόμενοι στο σημαντικό τους ρόλο στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών. Έτσι, στο νοσοκομείο το προσωπικό δέχεται εντολές που πηγάζουν από τους κατόχους και των δύο μορφών εξουσίας: του διοικητικού τομέα που έχει το «δικαίωμα» να τους «διοικεί», και των γιατρών, των οποίων το δικαίωμα να δίνουν εντολές είναι λιγότερο καθαρά αναγνωρισμένο. (Αγραφιώτης Δ., 2003:334-335). Βέβαια θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι ιατρονοσηλευτικές ροές επιβάλλονται διοικητικό-επιστημονικά από το ιατρικό σώμα ως υπεύθυνο για την πορεία της υγείας του ασθενή.

Είναι φανερό, λοιπόν, ότι η συνύπαρξη των δύο αυτών μορφών εξουσίας καθιστά τα νοσοκομεία οργανισμούς πολύπλοκους *«αφού επιβάλλει την οργάνωση και λειτουργία τους κατά τρόπο που να μην επιτρέπει την ομαλή συνύπαρξή τους, αλλά και την εξομάλυνση των τυχόν συγκρούσεων που συχνά συμβαίνουν μεταξύ τους»*. (Κωσταγιόλας Π., κ.ά., 2008:50). Οι αναπόφευκτες αναπτυσσόμενες αντιθέσεις μεταξύ των δύο αυτών εξουσιών διαμορφώνουν ένα **σύμπλεγμα σχέσεων και ρόλων** μεταξύ του προσωπικού αλλά και μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών. (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52). Το διπλό σύστημα εξουσίας που εκφράζεται με αυτές τις συγκρούσεις εκδηλώνεται σε κάθε λειτουργική σχέση εντός του νοσοκομείου. Στην Ελλάδα, το μέγεθος του ιατρικού δυναμικού είναι δυσανάλογα μεγάλο συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες προσωπικού και τούτο επιτείνει την ενθάρρυνση κλίματος σύγκρουσης και ανταγωνισμού.

Η **εξουσία του ιατρού**, εξουσία την οποία ο Weber χαρακτηρίζει ως **«χαρισματική»**, (Αγραφιώτης Δ., 2003:335) οι ίδιοι οι ιατροί τη συντηρούν λόγω της δυνατότητας, πραγματικής ή εικαζόμενης, που διαθέτουν για τη θεραπεία μιας αρρώστιας, (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52), βρίσκεται σε αντίθεση με την **εξουσία τη διοικητική**. Η διοικητική εξουσία ασκείται από τους διευθυντές των νοσοκομείων και στηρίζεται στις επιτακτικές αναγκαιότητες των οικονομικών προτεραιοτήτων συγκράτησης και ελέγχου των δαπανών και του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. (Σαρρής Μ., κ.ά., 2003:31-52). Η προμήθεια για παράδειγμα του αναγκαίου για τον εκσυγχρονισμό ενός νοσοκομείου τεχνολογικού εξοπλισμού αποτελεί την κατά προτεραιότητα επαγγελματική προσδοκία των ιατρών. Για τη διοικητική διεύθυνση τίθενται όμως και άλλα προβλήματα συνδεδεμένα με το κόστος αγοράς του εξοπλισμού, την αναγκαιότητα εντατικής χρησιμοποίησης του για την όσο το δυνατό ταχύτερη απόσβεση της επένδυσης. Ερμηνευτικά λοιπόν, οι **ιατροί** εκτιμούν **την κλινική αποδοτικότητα** ενώ η **διοικητική διεύθυνση** ενδιαφέρεται περισσότερο για την **οικονομική αποδοτικότητα** μιας επένδυσης. (Χρυσάκης Μ., 2002:7). Παρά το γεγονός ότι η φύση των επαγγελματικών δραστηριοτήτων του ιατρικού και του διοικητικού προσωπικού είναι σαφώς διαφορετική εντούτοις υπάρχουν πεδία συγκλινόντων δικαιοδοσιών και ενδιαφερόντων που οδηγούν κάποτε στην εμφάνιση αντιδικιών και συγκρούσεων οι οποίες συνδέονται συνήθως με τα προβλήματα διαχείρισης των νοσοκομειακών οργανισμών. (Χρυσάκης Μ., 2002:7). Στα δημόσια νοσοκομεία, η διοικητική εξουσία έχει στόχο τη μεγιστοποίηση της ποσοτικής και κυρίως της ποιοτικής διάστασης των νοσοκομειακών υπηρεσιών ενώ η επιδίωξη της ποιότητας είναι κύριο μέλημα της ιατρικής εξουσίας καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας όπως αυτή καθορίζεται από τη «φήμη» για το γιατρό, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες ή τον εξοπλισμό του νοσοκομείου. (Πολύζος Ν., 2007:86)

Σύμφωνα με τον Αγραφιώτη Δ., (2003:335) αυτό είναι το σημαντικό πρόβλημα στο νοσοκομείο. *«Είναι μια δομή διοικητική που πρέπει να ενσωματώνει τους χαρισματικούς επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν την τάση να μην υπακούουν στους κανονισμούς των «εκτελεστικών»*. Κατά συνέπεια, οι διοικητικοί και οι γιατροί προικοδοτούνται με εξουσία, αλλά για λόγους διαφορετικούς και θεμελιακά αντίθετους. Τούτο δημιουργεί, απλά, μια κατάσταση **διαρκούς δομικής εσωτερικής σύγκρουσης** στο πλαίσιο της διοίκησης του νοσοκομείου.

Τα ως άνω δεν είναι μόνο ελληνικό φαινόμενο. Η επιρροή των αξιών του ιατρικού προσωπικού στη δομή και συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία, έχει αποδειχθεί καθοριστική, όπως και οι εσωτερικές αντιθέσεις ή συγκρούσεις που έχουν αναπτυχθεί στο εσωτερικό του περιβάλλον μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:117). Οι Mannion R., et al, (2005:xxi) αναφέρουν ότι στο Βρετανικό σύστημα υγείας υπάρχει **διάσταση μεταξύ του κλινικού και διοικητικού κόσμου** και έλλειψη κατανόησης τους ενός από τον άλλο. Οι διοικητικοί ρόλοι απαιτούν τη σκέψη του οργανισμού σαν ένα σύνολο. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ιατρική επιστήμη όπου η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και δίδεται υψηλή αξία στην επαγγελματική αυτονομία. (Gilmore T., 2002).

Η κυριαρχία του ιατρικού σώματος αφορά την κοινωνία γενικότερα και εμπεριέχει την **πολιτισμική διάσταση** όπου, η ιατρική εξουσία προσδιορίζει το τι συνιστά νόσο και τι όχι, καθώς επίσης και τη σχέση υποταγής των άλλων επαγγελματιών υγείας έναντι των γιατρών. (Οικονόμου Χ., 2005:40). Ανεξαρτήτως της αιτιολογικής προέλευσης της επαγγελματικής αυτονομίας των ιατρών μέσω της τεχνικής εξειδίκευσης, του μονοπωλίου της αγοράς ή των ευρύτερων πολιτισμικών παραγόντων, από τη στιγμή που αυτή έχει εγκαθιδρυθεί, οι ιατροί έχουν κατακτήσει με τρόπο μοναδικό, την κατάλληλη θέση ως πολιτικό λόμπι για να προστατεύονται ακόμη και όταν αμφισβητούνται (Νικολέντζος Α., 2008:20).

Ο Κουνσνέρ Μ., (2000:24) γιατρός και πρώην Υπουργός Υγείας στη Γαλλία, χαρακτηρίζει το λόμπι των γιατρών ως «δικτατορία» και επισημαίνει ότι *«όσο η ιατρική θα λειτουργεί με βάση το αξίωμα ότι όλοι οι γιατροί αξίζουν το ίδιο, όσο θα αρνούμαστε να παραδεχτούμε ότι ένα πτυχίο δεν είναι ένα εφόδιο που εξασφαλίζει επιστημονικά εχέγγυα για πάντα, δεν θα εξελίσσονται οι συμπεριφορές, μέσα στο νοσοκομείο, προς όφελος της ποιότητας»*.

Η **ιατρική υποκουλτούρα**, στο νοσοκομειακό χώρο, είναι τόσο ισχυρή που οι γιατροί ασκούν την εξουσία τους σε όλα τα επίπεδα της δομής του νοσοκομείου, στο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, στους αρρώστους και στη διοίκηση παρεμβαίνοντας ενεργητικά σε όλη την οργανωτική δομή και μπορούν να ασκούν απευθείας την εξουσία τους στη διεύθυνση. (Αγραφιώτης Δ., 2003:334). Εξ' αυτού προκύπτει και η δυσκολία για κατάρτιση ή βελτίωση σταθερών κριτηρίων διοίκησης

και αξιολόγησης. Στην πλειονότητα των νοσοκομείων έχει σχεδόν παγιωθεί η τακτική του ιατρικού επαγγέλματος να βρίσκεται εκτός διοικητικού ελέγχου. (Πολύζος Ν., 2007:80). Ακόμη και σε θέματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας η ιατρική άποψη έχει βαρύνουσα σημασία.

Έρευνες σε νοσοκομεία των ΗΠΑ διαπίστωσαν χαμηλή χρήση των προγραμμάτων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των οργανισμών. Κύριο εμπόδιο στην επιτυχή εφαρμογή τους, είναι η άρνηση του ιατρικού σώματος των νοσοκομείων να υιοθετήσουν νέες πρακτικές στην εργασία τους, εκφράζοντας φόβους μείωσης της επαγγελματικής τους αυτονομίας. Όμως, η συμμετοχή του ιατρικού σώματος στα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομειακού χώρου κρίνεται κρίσιμη για την επιτυχία των κλινικών-διαδικαστικών λειτουργιών. (Levesque D., et al., 2001:139-153). Επιπρόσθετα, σημαντικές έρευνες έδειξαν, ότι η **ατομικιστική συμπεριφορά των ιατρών και η έλλειψη συνεργασίας** με τους άλλους επιστήμονες, ευθύνεται για το μη ασφαλές νοσοκομειακό περιβάλλον (Caroll et al, 2002, Singer et al, 2003).

Υποστηρίζεται ότι θα πρέπει το ενδιαφέρον *«να μην εστιάζεται στην αλλαγή της ανθρώπινης φύσης ενός ιατρού ή των επικοινωνιακών δυνατοτήτων των διοικητών, αλλά στην αλλαγή της δομής των θεσμών υγείας η οποία δημιουργεί συγκεκριμένες ανταμοιβές και κυρώσεις»*. (Νικολέντζος Α., 2008:39).

Σύμφωνα με τον Οικονόμου Χ., (2004:185), ακόμη και η ερμηνεία του πλαισίου λειτουργίας του νοσοκομείου διέπεται από τη γενικότερη υιοθέτηση της ιατρικής ορολογίας. Συγκεκριμένα αναφέρει: *«Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα «ασθενεί» και τα νοσοκομεία «βλάπτουν σοβαρά την υγεία», δεδομένου ότι έχουν υποστεί «έμφραγμα» και έχουν εισαχθεί στην «εντατική». Η θεραπεία γνωστή: το ΕΣΥ χρειάζεται «νυστέρη». Αυτές είναι μερικές από τις εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγραφεί η «συμπτωματολογία», να διεξαχθεί η «διάγνωση» και να προταθεί η «θεραπεία» του υγειονομικού συστήματος της χώρας»*. Η παραπάνω παράγραφος δείχνει με εμφαντικό τρόπο την ισχυρή επιρροή της ιατρικής υποκουλτούρας σε όλο το σύστημα υγείας. Η ιατρική σημειολογία επικρατεί και στους διοικητικούς όρους του νοσοκομειακού οργανισμού.

Στη διοικητική υπηρεσία συναντάμε κυρίως ανοιχτές ομάδες που βασίζονται περισσότερο στην αλληλεξάρτηση παρά στην κοινή δράση. Πρόκειται για διοικητικές ομάδες που διαμορφώνονται εν ονόματι «κοινών συμφερόντων». Τα άτομα που τις

αποτελούν δεν υπόκεινται σε περιορισμούς, αλλά μπορούν να ενταχθούν σε όσες ομάδες προκύπτουν κάθε φορά με γνώμονα πάντα το «κοινό συμφέρον». (Russel C., et al., 1999:633-34). Είναι προφανές ότι στα νοσοκομεία όπου κυρίως το ιατρικό προσωπικό κατέχει απόλυτη εξουσία στον τομέα περίθαλψης των ασθενών και κατευθύνει το ίδιο τις δραστηριότητές του, η δικαιοδοσία της διοικητικής διεύθυνσης περιορίζεται συνήθως στην εξασφάλιση και διαχείριση των πόρων και των μέσων που είναι απολύτως απαραίτητα για την επιτυχή έκβαση των ιατρικών δραστηριοτήτων. (Χρυσάκης Μ., 2002:7). Η **διοικητική υποκουλτούρα** προσπαθεί έτσι να προσδιορίζει το ρόλο της στη παραγωγική διαδικασία μέσω του οργανωμένου γραφειοκρατικού πλαισίου και να αμφισβητεί την κυριαρχία του ιατρικού σώματος διαμέσου της εισαγωγής αντιλήψεων και μέτρων ελέγχου του κόστους. (Γιαννουλάτος Π., 2000: 223). Ο Πίνακας 3.1., που ακολουθεί, εμφανίζει τις κυριότερες διαφορές μεταξύ της διοικητικής και ιατρικής υποκουλτούρας.

Πίνακας 3.1. Διαφορές στην Διοικητική και Ιατρική Υποκουλτούρα

	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΚΟΥΛΤΟΥΡΑ
ΔΟΜΗ	Γραφειοκρατική	Συναδελφική
ΠΙΣΤΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	Χαμηλή	Υψηλή
ΕΣΤΙΑΣΗ	Ασθενείς ως σύνολο	Ασθενείς ως άτομο
ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ	Αποδοτικότητα	Αποτελεσματικότητα
ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	Διοικητικές/οικονομικές	Ιατρικές / τεχνικές
ΕΜΦΑΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	Η ποιότητα όπως ορίζεται από τους καταναλωτές	Τεχνική ποιότητα
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΤΟΥΣ	Μεσαίο	Υψηλό
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΑΤΟΥΣ	Μεσαίο	Υψηλό
ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΚΟΙΝΟΥ	Χαμηλή	Υψηλή αλλά ευάλωτη

Πηγή: Davies. et al, (2000: 111-119)

Η **νοσηλευτική υποκουλτούρα**, στο νοσοκομείο, δεν είναι τόσο έντονη όσο η ιατρική. Υποστηρίζεται ότι αυτό ίσως οφείλεται πρώτον, στο χαμηλό κοινωνικό status στο οποίο η κοινωνική συνείδηση έχει κατατάξει το νοσηλευτικό σώμα και δεύτερον, στην ανικανότητα του ιδίου να διατηρήσει ένα σημαντικό μερίδιο στο πεδίο λήψης των αποφάσεων έναντι του ιατρικού σώματος. Έτσι, η σύγκρουση με το ιατρικό σώμα είναι περιθωριοποιημένη και οι αντιθέσεις μετασχηματίζονται σε ευρύτερης ταχύτητας υποβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτικού σώματος. (Γιαννουλάτος Π., 2000:122). Η

υποκουλτούρα της **τεχνικής υπηρεσίας** έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διοικητικής γραφειοκρατικής δομής ενώ παρουσιάζει ιδιαίτερη συνεκτικότητα, αλληλοκάλυψη και άρνηση στην εντατικοποίηση της εργασίας ακόμη και μη αποδοχή βασικών εργασιακών υποχρεώσεων.

Έχει παρατηρηθεί ότι η συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες είναι δύσκολη και η παροχή πληροφοριών από τη μια προς την άλλη, είναι πολλές φορές ακατόρθωτη. Εκτιμάται ότι η διεύρυνση των υπηρεσιών υγείας, η προμήθεια ολοένα και περισσότερο προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού, η αύξηση του προσωπικού καθώς και η επέκταση της εξειδίκευσης του, αυξάνουν την πολυπλοκότητα των νοσοκομειακών οργανώσεων, επιβάλλοντας έναν ακόμη πιο γραφειοκρατικό συντονισμό των κέντρων αποφάσεων, οξύνοντας και επεκτείνοντας τις συγκρούσεις ανάμεσα στη διοίκηση και τις επαγγελματικές ομάδες. Η αναζήτηση και η εφαρμογή τρόπων «**κοινής αποδοχής**», εκ μέρους της διοίκησης, για τη διευθέτηση των αντιπαλοτήτων μπορεί να βοηθήσει στην εξομάλυνσή τους, στη συνοχή των υπηρεσιών, στην αποφυγή συγκρούσεων και στη διατήρηση του κλίματος καλής συνεργασίας. (Κανελλόπουλος Χ., 1992:433).

3.6 Η Μετάβαση από το Γραφειοκρατικό στο Ανοικτό Οργανωσιακό Μοντέλο.

Ενδείξεις από τη διεθνή εμπειρία.

*«Οι φιλόσοφοι μονάχα εξηγούσαν τον κόσμο, το ζήτημα όμως είναι να τον αλλάξεις»
(Μαρξ Κ.)*

Η προηγηθείσα ανάλυση κατέδειξε τη δυσλειτουργία του δημόσιου νοσοκομειακού οργανισμού εξ' αιτίας των διαφορετικών υποκουλτούρων που επικρατούν στις ομάδες των εργαζομένων οι οποίες βρίσκονται σε μια διαρκή προσπάθεια κατοχύρωσης των εξουσιαστικών τους σχέσεων. Τούτο βέβαια είναι δυνατόν λόγω της γραφειοκρατικής μπεβεριανής ακαμψίας του συστήματος που επικρατεί, της διατήρησης των ιδίων συμφερόντων των διαφορετικών ομάδων και υποκουλτούρων. Διατήρηση που εκφράζεται με θεμελιώδες αντιθετικό στοιχείο δομικών αλλαγών στο νοσοκομειακό σύστημα.

Μεταφερόμενο το **μοντέλο του Weber** από τη βιομηχανία και άλλους οργανισμούς και επιχειρήσεις φαίνεται ότι **δεν ανταποκρίνεται** με τις ιδιαιτερότητες των νοσοκομείων και των υπηρεσιών υγείας γενικότερα. Η ιδιόμορφη δομή του

νοσοκομείου, η ιδιαιτερότητα της αποστολής του, καθώς και η συνύπαρξη ιατρικής και διοικητικής ιεραρχίας **καθιστούν τις παραδοσιακές μορφές διοίκησης ανεπαρκείς**. (Σαρρής Μ., 2001:170)

Με την παραδοχή αυτή, κατά τη δεκαετία του '80, οι προσανατολισμοί των πολιτικών υγείας μεταβλήθηκαν θεαματικά. Υπό το βάρος της προτεραιότητας των Ευρωπαϊκών κυβερνήσεων να οικοδομήσουν μηχανισμούς νομισματικής πειθαρχίας και έλεγχο των δαπανών υγείας (Αντωνοπούλου Λ., 2002:9), η διεθνής κοινότητα επιχείρησε τη **μετάβαση από τα παραδοσιακά** δημόσια συστήματα σε **σχεδιασμένες αγορές** δια των οποίων επιχειρήθηκε η εισαγωγή στοιχείων αγοράς αλλά ταυτόχρονα και η διατήρηση του δημόσιου και κοινωνικού χαρακτήρα των συστημάτων υγείας. (Κυριόπουλος Γ., κ.ά., 2000:115).

Το τοπίο των Ευρωπαϊκών νοσοκομείων άλλαξε ραγδαία. Ενώ προηγουμένως δημόσια νοσοκομεία τύπου Beveridge λειτουργούσαν δυνάμει εντολών και ελέγχου διαχείρισης, από τη δεκαετία του 1980 και μετέπειτα συνήθως διαχωρίζονται από τους αγοραστές, και συχνά η διαίρεση αυτή συνοδεύεται από διαχειριστική αυτονομία για τα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία μετασχηματίζονται από θεσμικά όργανα σε αυτόνομη εταιρεία με ιδιωτικούς κανόνες και με επιπλέον κανονισμούς. (Saltman R., et al., 2002:141). Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στη συμμετοχή των γιατρών στην εν λόγω διαδικασία μέσω της διαχείρισης του κλινικού προϋπολογισμού. Η συμμετοχή αυτή αποσκοπούσε στη μέτρηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων δραστηριότητας σε κάθε τομέα, στην παροχή κινήτρων στους συμμετέχοντες και στη διασφάλιση ότι οι διαθέσιμοι πόροι αξιοποιούνται αποδοτικά. (Πολύζος Ν., 2007:115).

Η **Μεγάλη Βρετανία** αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της μετάβασης. Στις αρχές της δεκαετίας του '80, με την Griffiths Report, εισήχθη το γενικό μάνατζμεντ στα νοσοκομεία για περισσότερη συμμετοχή του ιατρικού σώματος στα οικονομικά και λογιστικά θέματα και η εισαγωγή όρων της αγοράς. Στόχος των μεταρρυθμίσεων ήταν ο διοικητικός και λογιστικός έλεγχος και η εισαγωγή της **επιχειρηματικής κουλτούρας** ή σύμφωνα με το εργαλείο της παρούσας διατριβής του **ανοικτού μοντέλου κουλτούρας** στα νοσοκομεία. Εκείνη την εποχή, αίσθηση προκάλεσε η αντίσταση σε αυτές τις αλλαγές των επαγγελματιών υγείας. (Mannion R., et al., 2005:2). Τα προγράμματα μεταρρύθμισης του δημοσίου ενδιαφέρθηκαν για το διαχωρισμό της πολιτικής από της διοίκησης, της αγοράς από της παροχής υπηρεσιών.

Ο ρόλος της κυβέρνησης στο νέο ρεύμα μεταρρύθμισης, ήταν η πολιτική χάραξη και χρηματοδότηση των υπηρεσιών και όχι η παροχή υπηρεσιών. Μια **νέα γενιά ιδιωτικών ή μη-κερδοσκοπικών** προμηθευτών εμφανίστηκε και προχώρησε σε συμφωνία με την κυβέρνηση μέσω συμβολαίων και συμφωνιών. (Hoggett P., 2005). Τα **συμβόλαια** θεωρήθηκαν τα μέσα για την επίτευξη αποκέντρωσης, καλύτερου προγραμματισμού και ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης και περιφερειακής αποκέντρωσης της κατανομής των πόρων. Θεσπίστηκαν **μέτρα συγκράτησης του κόστους**, είτε στην πλευρά της προσφοράς είτε στην πλευρά της ζήτησης, προκειμένου να ελεγχθούν οι δαπάνες υγείας. (Οικονόμου Χ., 2004: 91). Τα μέτρα στην πλευρά της ζήτησης σκόπευαν να μετατοπίσουν την επιβάρυνση των δαπανών υγείας προς τους ασθενείς προκειμένου να μειωθεί η ζήτηση και τα μέτρα στην πλευρά της προσφοράς επιχείρησαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών.

Η Λευκή Βίβλος «Working for Patients, 1989» υποστήριζε ότι δημιουργώντας νοσοκομεία **αυτό-διοικούμενα** και επιτρέποντάς τους να ανταγωνιστούν για την προσέλκυση ασθενών θα βελτιωνόταν η αποτελεσματικότητα, η ποιότητα και η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας. Η πολιτική αυτή, καθιέρωσε συστήματα **ανταγωνισμού και μηχανισμών αγοράς** στα δημόσια συστήματα υγείας και επέτρεψε τη λήψη αποφάσεων και δημοσιονομική αυτονομία για τα νοσοκομεία εις ότι αφορά μισθούς και προσωπικό. (Saltman R., et al., 2002:130). Στόχος ήταν η αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων, συνδυάζοντας τις αξίες του κοινωνικού κράτους με τις αρετές του ιδιωτικού τομέα. Μια παρόμοια συλλογιστική επικράτησε και σε άλλες χώρες κυρίως στη Σουηδία, Ιταλία, Ισπανία, Νέα Ζηλανδία και πιο πρόσφατα, στην Πορτογαλία.

Στη **Σουηδία** το Υπουργείο Υγείας το 1983 αποφάσισε να εισάγει την έννοια του κόστους της φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία. Υπήρξαν αλλαγές σε μια προσπάθεια αποκεντροποίησης και εισαγωγή κανόνων της αγοράς στο υγειονομικό σύστημα. (Lindkvist L., 1996: 89-105). Στη **Νέα Ζηλανδία**, τέλος της δεκαετίας του 1980, η κυβέρνηση αποφάσισε να μεταρρυθμίσει το δημόσιο τομέα υγείας με αρχές και μεθόδους του ιδιωτικού τομέα. Η κυβέρνηση εισήγαγε έναν ανταγωνιστικό νέο τρόπο λειτουργίας του δημόσιου τομέα υγείας όπου σύνθημα της έγινε η φράση «**value for money**». Έμφαση δόθηκε σε όρους όπως αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Σκοπός ήταν η άμεση υιοθέτηση των μέτρων από τους επαγγελματίες υγείας. (Brunton M., Matheny J., 2009:600-619).

Στις **ΗΠΑ**, οι **συγχωνεύσεις** αναπτύχθηκαν ως στρατηγική επιβίωσης. Τα νοσοκομεία για να παραμείνουν ανταγωνιστικά και να μειώσουν τα έξοδά τους, συνδέθηκαν με ένα νοσοκομειακό δίκτυο ή σύστημα. Τα νοσοκομεία έχουν σχηματίσει συμμαχίες μεταξύ τους για να συνδυάσουν τους πόρους τους και έτσι να αποκλείσουν την επικάλυψη των υπηρεσιών, να επιτύχουν τη μείωση των πλεοναζόντων κλινών, να μειώσουν τα έξοδά τους και να αυξήσουν το μερίδιο αγοράς. Ελπίζουν, επίσης, ότι θα ενισχύσουν την ποιότητα της φροντίδας, θα βελτιώσουν την πρόσβαση σε κεφάλαια, καθώς και τη δυνατότητα επένδυσης στην τεχνολογία της πληροφορικής, καθώς και ότι θα προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας προς την περιφέρειά τους σε όρους κόστους και αποτελεσματικότητας. (Wolper L., 2001:583).

Οι ως τώρα **μεταρρυθμίσεις** του συστήματος υγείας, που αναφέρθηκαν, είχαν την τάση να εστιάζονται πρωτίστως σε **διαρθρωτικές αλλαγές**. Η εισαγωγή οργανισμών όπως του National Institute for Clinical Excellence στις Ηνωμένες Πολιτείες, η δημιουργία της θέσπισης φορέων προτύπων όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ανάπτυξη του συστήματος υποβολής εκθέσεων του ιατρικού σφάλματος στην Αυστραλία, καθώς και η αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά αποτελούν παραδείγματα αυτής της προσέγγισης. (Scott K., et al., 2003:923-945). Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι **διαρθρωτικές αυτές αλλαγές από μόνες τους** δεν επέφεραν τις αναμενόμενες βελτιώσεις στην ποιότητα και στη λειτουργία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Για παράδειγμα, στη Σουηδία φάνηκε προβληματική η εισαγωγή κανόνων της αγοράς στο σύστημα υγείας. Η πορεία έδειξε ότι η αλλαγή στο προϋπολογιστικό σύστημα των δημοσίων νοσοκομείων ήταν δύσκολη. (Lindkvist L., 1996: 89-105). Η μεταρρύθμιση του Βρετανικού συστήματος υγείας, επίσης, κατέληξε με το νέο σύστημα μάνατζμεντ περισσότερο τυπολατρική παρά ορθολογική αναφορικά με τον οικονομικό έλεγχο. (Bourn M., Mahmoud E., 1986:203-224). Υποστηρίζεται ότι οι προσπάθειες δημιουργίας συστήματος αγοράς, η προτεραιότητα στους καταναλωτές πάρα στους παραγωγούς υγείας, η εφαρμογή νέων αρχών διοίκησης με στόχο τη συγκράτηση του κόστους, οδήγησαν το σύστημα υγείας και τους εργαζόμενους σε αυτό σε ένα

εργαστήριο πειραμάτων. (Walby et al, 1994:1). Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι δυνάμεις της αγοράς αύξησαν την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα. Τα εμπειρικά στοιχεία για ύπαρξη ισότητας, ποιότητας, ελευθερία επιλογής, ανταποκρισιμότητας και υποχρέωση λογοδοσίας δεν είναι σαφή. Επίσης, υπάρχει μόνο περιορισμένη απόδειξη που να δηλώνει ότι τα Βρετανικά νοσοκομεία είναι πιο αποδοτικά από ό,τι πριν τις μεταρρυθμίσεις. Αντιθέτως, διαπιστώθηκαν υψηλότερες δαπάνες διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης και μικρότερη παραγωγικότητα. (Saltman R., et al., 2002:131-132). Επίσης, υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφίας πως το νέο δημόσιο μάνατζμεντ στις υπηρεσίες υγείας της Μ. Βρετανίας είχε ως αποτέλεσμα τον **ατομικισμό και τον ανταγωνισμό** παρά την συνεργατική κουλτούρα και τα μοντέλα συμβολαίων για παροχή υπηρεσιών δεν επέφεραν την ποιότητα σε αυτές τις υπηρεσίες. (Maddock S., Morgan G., 1998:234-251). Εμφανίστηκαν, επιπρόσθετα, διάφορα τεχνικά προβλήματα, όπως οι ανεπάρκειες στα συστήματα πληροφοριών. Για το λόγο αυτό, πιστεύεται ότι η σύναψη συμβολαίων μπορεί να καταστεί προβληματική σε χώρες με υποδομές οι οποίες δεν μπορούν να εγγυηθούν επάρκεια πληροφοριών, άσκησης ρυθμιστικού έλεγχου της συμπεριφοράς προμηθευτών και αγοραστών, σχετικά χαμηλό κόστος συνδιαλλαγής και επάρκεια χρηματοδότησης. (Οικονόμου Χ., 2004:92).

Αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών και των εργαζομένων στο Βρετανικό σύστημα υγείας μετά τις μεταρρυθμίσεις, η Young K., (1996:347-367), διαπίστωσε ότι η έλλειψη χρόνου για επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών οδήγησε σε ένα ισχυρότερο γραφειοκρατικό τύπο οργάνωσης. Η μέτρηση της ποιότητας γίνεται με βάση την αποδοτικότητα παρά με την ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας. Πολλοί μάνατζερ ενδιαφέρονται μόνο για τον οικονομικό έλεγχο και όχι για την ανάπτυξη οργανωσιακών συστημάτων που θα υποστηρίζουν τόσο τους ασθενείς όσο και τους εργαζόμενους. Λίγοι είναι οι μάνατζερ που αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα καταγραφής της επίδρασης του νέου συστήματος μάνατζμεντ τόσο στο προσωπικό όσο και στους ασθενείς.

Παρατηρείται λοιπόν ότι, οι δυσλειτουργίες που προκάλεσε το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στους υγειονομικούς οργανισμούς δεν μπόρεσαν να ξεπεραστούν στον επιθυμητό βαθμό με το ανοικτό μοντέλο διοίκησης. Υποστηρίζεται δε ότι, οι υπηρεσίες υγείας μπορεί μεν να έχουν αλλάξει πρακτικές μάνατζμεντ και τις μεθόδους

που διανέμουν τους οικονομικούς πόρους αλλά στην ουσία παραμένουν στις ίδιες γραφειοκρατικές δομές και εντός αυτών των παλαιών πλαισίων οι επαγγελματίες υγείας ενεργούν στο νέο περιβάλλον συμβολαίων. (Maddock S., Morgan G., 1998:234-251). Πολλές φορές μάλιστα, οι σχεδιαστές χάραξης υγειονομικής πολιτικής, στην προσπάθειά τους να διαφυλάξουν τους ασθενείς, δομούν ένα ακόμη πιο ισχυρό καθεστώς κανονιστικών ρυθμίσεων. (Saltman R., et al., 2002:141). Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι, τουλάχιστον στη Μεγάλη Βρετανία, υπήρξε αντίσταση στην αλλαγή του μοντέλου διοίκησης στο δημόσιο σύστημα υγείας που προερχόταν κυρίως από τα μεσαία στελέχη (Carney M., 2006:23-33). Όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, πολλές ιδέες, όσο καλές και να είναι, αποτυγχάνουν να εφαρμοστούν, αν δεν αρθεί πρώτα το **εμπόδιο** που προέρχεται από την **κουλτούρα**. Οι θεωρητικοί πιστεύουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το κυριότερο εμπόδιο εφαρμογής νέας γνώσης ή νέων καινοτομικών αποφάσεων. (Helfrich C., et al, 2007: 1-16). Για παράδειγμα, στη Νέα Ζηλανδία, μέρος της αποτυχίας των μεταρρυθμίσεων οφείλεται στη μη διάγνωση των υποκουλτούρων των υγειονομικών οργανισμών. Οι ηγέτες των οργανισμών δεν μπόρεσαν να διαγνώσουν και να αμβλύνουν τα εμπόδια μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών και αδυνατούσαν να γίνουν οι συνδετικοί κρίκοι ανάμεσα στις υποκουλτούρες. (Brunton M., Matheny J., 2009:600-619).

Νέες δομές, συστήματα και διαδικασίες, σε παγκόσμιο επίπεδο, αναπτύχθηκαν με την ελπίδα να δημιουργήσουν προϋποθέσεις αλλαγής της κουλτούρας του υγειονομικού τομέα. Ενώ οι αλλαγές στις δομές είναι αναγκαίες, δεν καταφέρνουν να προάγουν, παρά ελάχιστα, βελτιώσεις στην ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών ή του προσωπικού. Πιστεύεται ότι η υγειονομική πολιτική και διοίκηση είναι πλούσια σε θεωρητικό υπόβαθρο αλλά δεν έχει καταφέρει να μετατρέψει τη θεωρία σε πράξη ώστε να υπάρξουν αποτελεσματικές αλλαγές. Η αλλαγή στην κουλτούρα εξασφαλίζει τον μηχανισμό της γενικότερης αλλαγής, διαμορφώνει συμπεριφορές και δημιουργεί ένα νέο και ασφαλέστερο περιβάλλον για τους ασθενείς και το προσωπικό. (Mannion R., et al., (2005:xx).

3.7 Ένα Νέο Μοντέλο Οργανωσιακής Κουλτούρας ως Παράγοντας Αλλαγής του Δημοσίου Νοσοκομειακού Συστήματος

*«Η αλλαγή της κουλτούρας είναι το κλειδί για την επιτυχή λειτουργία των NHS»
(Department of Health, 1998)*

Η ευρεία αναφορά, τις τελευταίες δεκαετίες, στις υγειονομικές πολιτικές των ανεπτυγμένων χωρών στην κουλτούρα, υποδηλώνει ότι η τελευταία εξελίχθηκε σε ένα αξιοσημείωτο φαινόμενο με ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον. (Savage J., 2000: 230-238). Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η Μεγάλη Βρετανία και οι Η.Π.Α.

Στη Μεγάλη Βρετανία, μια σειρά από αποτυχίες στο νοσοκομειακό σύστημα, μετά τις μεταρρυθμίσεις, οδήγησαν την δεκαετία του 1990, στη λήψη μέτρων τόσο για την ποιότητα των υπηρεσιών όσο και για την ασφάλεια των ασθενών. Η νέα κυβέρνηση των Εργατικών το 1997, έθεσε μια σημαντική διάσταση. Αναφέρθηκε **στη βελτίωση της ποιότητας μέσω της αλλαγής στην κουλτούρα** των υγειονομικών οργανισμών. (Mannion R., et al., 2005:2) Για παράδειγμα η μεταρρύθμιση με τίτλο: A first class service: Quality in the new NHS (Department of Health 1998) τόνιζε ότι για να πετύχουν οι διαθρωτικές μεταρρυθμίσεις έπρεπε να πραγματοποιηθεί πρώτα αλλαγή της κουλτούρας των νοσοκομείων ώστε να ενδυναμωθούν οι εργαζόμενοι και να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Το ως άνω, προέβλεπε, ότι μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της **συμμετοχικής εργασίας** στην επίλυση προβλημάτων και στη λήψη αποφάσεων, στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, στην ελευθερία επιλογής του προσωπικού της καλύτερης εργασιακής πρακτικής, στην απλοποίηση των διαδικασιών, στην ευελιξία στους ρόλους, στις οργανωτικές σχέσεις και πρακτικές και τέλος στην αλλαγή του χαρακτήρα των νοσοκομείων από ιατρό-κεντρικό να μετατραπεί σε ασθενό-κεντρικό. (Scott K., et al., 2003:923-945).

Το 2001 η Kennedy Report **όριζε την κουλτούρα** των νοσοκομείων ως μια κουλτούρα ανοικτή σε ερεθίσματα, κουλτούρα εμπιστοσύνης, κουλτούρα ποιότητας και ασφάλειας που επιτυγχάνεται μέσω της **συμμετοχικής εργασίας** (Mannion R., et al, 2007). Προς το σκοπό αυτό:

- Ενδυνάμωνε το προσωπικό πρώτης γραμμής να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις του στην ανάπτυξη καινοτόμων υπηρεσιών, στη σωστή παροχή υπηρεσιών και στη κατανομή των πόρων,
- Ενδυνάμωνε τους ασθενείς να είναι ενημερωμένοι και ενεργοί συνεργάτες στη παροχή φροντίδας εμπλέκοντας τους στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη των τοπικών υπηρεσιών,
- Άλλαξε την υγειονομική κουλτούρα με τη θεσμοθέτηση και δημιουργία κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δικτύων σε όλους οργανισμούς.

Το 2003 πρότεινε ότι όλα τα νοσοκομεία θα πρέπει να δείξουν **υψηλά επίπεδα απόδοσης και ικανότητα χρηματοδότησης**. Η κυβέρνηση ανέμενε με αυτό, αλλαγή συμπεριφοράς και ιδιαίτερα σε θέματα καινοτομίας, σχεδιασμού υπηρεσιών και φροντίδα των ασθενών ώστε ο έλεγχος από κεντρικό επίπεδο να μεταφερθεί στην ευθύνη των νοσοκομείων. (Mannion R., et al.,2005:4).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 1999 το Institute of Medicine's (IOM) ανακοίνωσε ότι 98.000 άνθρωποι πεθαίνουν, στο σύστημα υγείας, κάθε χρόνο από ιατρικά λάθη. Στόχος ήταν η προσαρμογή των νοσοκομείων σε μια «**κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών**». Η «κουλτούρα της ασφάλειας των ασθενών» συμπεριλάμβανε την οργάνωση των συστημάτων εις τρόπον ώστε να εμποδίζει τα ιατρικά λάθη να συμβαίνουν. Η μεγαλύτερη πρόκληση του σχεδίου ήταν η αλλαγή της οργανωσιακής συμπεριφοράς και κουλτούρας, των ηγετών των νοσοκομείων. Οι ηγέτες των νοσοκομείων ήταν υποχρεωμένοι να διερευνήσουν γιατί τα ιατρικά λάθη προκαλούνται και να επικεντρωθούν σε βελτιώσεις και εξάλειψη αυτών, αντί να μεταφέρουν το αιτιολογικό πλαίσιο αποκλειστικά στους εργαζόμενους. Η **ποιότητα**, μέσω της συμμετοχικής εργασίας, έγινε ο πρωταρχικός στόχος των περισσότερων νοσοκομείων υποστηριζόμενη από κυβερνητικούς οργανισμούς, τη νομοθεσία και τους καταναλωτές υγείας. (Thweatt E., Kleiner B., 2007:433-441).

Σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες υγείας και οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας συμφωνούν ότι, η παροχή **υψηλής ποιότητας υπηρεσιών** υγείας εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού υγείας να συνεργάζεται ομαδικά. Το **μοντέλο της συμμετοχικής διοίκησης** αναφέρεται, τα τελευταία χρόνια, ως το στοιχείο μετάβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Οι θεωρητικοί έχουν επισημαίνει την αναγκαιότητα μετάβασης σε ένα νέο τρόπο σκέψης όπου θα προάγεται η ενεργή συνεργασία μεταξύ των

επαγγελματιών υγείας και των ηγετών. Η αλλαγή του τρόπου σκέψης φαντάζει δύσκολη εάν όχι ακατόρθωτη στο νέο περιβάλλον συμβολαίων. Η δυσκολία της αλλαγής είναι κατανοητή στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου συνηθίζεται οι πολιτικοί να χαράζουν τα προγράμματα υγείας. Είναι δύσκολο να αμβλύνεις τα όρια μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ειδικά όταν οι εντολές προέρχονται από επάνω προς τα κάτω. Το σημερινό μοντέλο διοίκησης λειτουργεί εναντίον της μάθησης. Η ποιότητα όμως των υπηρεσιών βασίζεται στην ικανότητα των οργανισμών να υποστηρίξουν την **συνεργατική κουλτούρα** και τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων υγείας. (Maddock S., Morgan G., 1998: 234- 251).

Έρευνες για την επίδραση του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης, σε νοσοκομειακούς οργανισμούς, κατέγραψαν θετικά αποτελέσματα προς την επίτευξη τόσο της αποτελεσματικότητας όσο και της ποιότητας. Η Manley K. (2000:34-38), αναφέρει περίπτωση νοσοκομείου όπου τοποθέτησε, για τρία χρόνια, μια εξωτερική νοσηλεύτρια-σύμβουλο στην προσπάθεια να αλλάξει την κουλτούρα των νοσηλευτών του νοσοκομείου με στόχο την καλύτερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Έπειτα από 3 χρόνια και αφού τους δίδαξε το μοντέλο της συμμετοχικής εργασίας, οι νοσηλείτες άλλαξαν τον τρόπο εργασίας τους και υπήρξαν θετικά αποτελέσματα στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

Οι Mannion R., et al, (2005:431-439) σε έρευνά τους σχετικά με τα χαρακτηριστικά που διέπουν τα υψηλής και τα χαμηλής απόδοσης νοσοκομεία, διαπίστωσαν ότι στα υψηλής απόδοσης νοσοκομεία εφαρμόζεται η συμμετοχική εργασία στη λήψη αποφάσεων. Συγκεκριμένα:

- Τα ανώτατα και ανώτερα στελέχη θέτουν ξεκάθαρους και αντικειμενικούς στόχους. Ο Γενικός Διευθυντής νιώθει εξαιρετικά δεσμευμένος στο να συνεχίζει να επιβλέπει τις πολιτικές βελτίωσης της απόδοσης του οργανισμού.
- Υπάρχει μεταβίβαση ευθυνών και υποχρεώσεων στα μεσαία στελέχη διοίκησης.
- Η Διοίκηση καθορίζει την πολιτική απόδοσης και καθιστά το προσωπικό υπεύθυνο για την εκπλήρωση των επιμέρους στόχων.
- Τα νοσοκομεία τοποθετούν μεγάλο βάρος στην ανάπτυξη και στην παρακολούθηση του προσωπικού το οποίο εμφανίζει υψηλή δέσμευση και συνεισφορά στην εκπλήρωση των στόχων.

- Υιοθετούν προληπτική προσέγγιση απέναντι στην Κοινωνική Εταιρική Ευθύνη, και διατηρούν στενές εργασιακές σχέσεις με εξωτερικές – ομάδες ενδιαφερομένων καθώς και με τοπικούς οργανισμούς.
- Ο Γενικός Διευθυντής αναγνωρίζει ότι πριν διοικήσει τους άλλους πρέπει να διοικήσει τον εαυτό του. Γνωρίζει πως οι προσωπικές του επιλογές και οι εσωτερικές του ανάγκες και συμπεριφορές επιδρούν στο υπόλοιπο προσωπικό του οργανισμού.
- Δίδεται αξία στην ομαδική εργασία. Αναγνωρίζεται η σημασία της ομαδικής εργασίας τόσο διοικητικά όσο και κλινικά στην επίτευξη της αλλαγής κουλτούρας και αναγνωρίζεται επίσης η επίδραση της δυναμικής της ομάδας στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

Αντιθέτως στα χαμηλής **απόδοσης νοσοκομεία** παρουσιάζεται:

- Απόμακρη και αποσυνδεδεμένη από τις καθημερινές απαιτήσεις των εργασιακών τους χώρων κουλτούρα. Το ιατρικό προσωπικό συχνά παρεμβαίνει στη γενική στρατηγική του οργανισμού με απώτερο στόχο να ικανοποιηθούν τα δικά του και μόνο συμφέροντα και ανάγκες.
- Η συνολική απόδοση του νοσοκομείου μεταφράζεται ως μια επαγγελματική υπόθεση συγκεκριμένων ομάδων επαγγελματιών και όχι σαν μια υπόθεση της διοίκησης της οποίας ο ρόλος περιορίζεται σε απλές επικουρικές παρεμβάσεις.
- Χαρακτηρίζονται από χαμηλού επιπέδου συνεργασίες/σχέσεις με τους κοινωνικούς εταίρους και τους υπόλοιπους οργανισμούς του τομέα υγείας. Τα εν λόγω νοσοκομεία επιδεικνύουν εσωστρέφεια και εμφανίζονται μορφές αθέμιτου ανταγωνισμού με άλλους οργανισμούς του τομέα υγείας.

Αναφορικά με τις ΗΠΑ, οι Lundstrom T., et al, (2002:93-106), αναφέρουν ότι στις αρχές του 1980, 41 νοσοκομεία, σχεδιάστηκαν **ως νοσοκομεία μαγνήτης (magnet hospitals)**, στη βάση των εργασιακών συμπεριφορών με αποτέλεσμα να γίνουν οι καλύτεροι χώροι εργασίας και οι χώροι όπου επιθυμούσε να εργαστεί το νοσηλευτικό προσωπικό. Η φιλοσοφία των νοσοκομείων ήταν η παρακίνηση των νοσηλευτών να χρησιμοποιήσουν τις γνώσεις τους και τις ικανότητές τους στη πορεία υγείας του ασθενή και να συνεργαστούν με το ιατρικό σώμα. Τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων ήταν:

- Η επικεφαλής της νοσηλευτικής υπηρεσίας ήταν επικεφαλής και της ομάδας λήψης αποφάσεων του νοσοκομείου,
- Υπήρξε οριζόντια δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας,
- Η λήψη αποφάσεων αποκεντρωποιήθηκε σε επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας,
- Είχαν αυτονομία και έλεγχο στη λήψη αποφάσεων για την πορεία των ασθενών,
- Υπήρξε καλή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Ως αποτέλεσμα, το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωνε εργασιακή ασφάλεια, παρουσιάστηκαν λιγότερα περιστατικά επαγγελματικής εξουθένωσης, εξέφραζε μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία του, οι ασθενείς εξέφραζαν μεγαλύτερη ικανοποίηση στις μονάδες νοσηλείας τους και η θνητότητα ήταν λιγότερη σε σχέση με άλλα νοσοκομεία.

Σύμφωνα με το Institute of Medicine (2001:153) το βάρος για **καινοτόμες ενέργειες** όπως οι προαναφερόμενες έγκειται στους ηγέτες των υγειονομικών οργανισμών. Οι ηγέτες μπορεί να χρειαστεί να παρέχουν ένα περιβάλλον ικανό για καινοτομία, που να επιτρέπει στους εργαζόμενους να λαμβάνουν νέους και πιο ευέλικτους ρόλους και αρμοδιότητες και να υποστηρίζουν τα καινοτόμα επιτεύγματα, παρά τις κανονιστικές, νομικές, οικονομικές και μερικές φορές επαγγελματικές συγκρούσεις. Σε ένα απαιτητικό και ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον, η μάθηση και η ενσωμάτωση των βέλτιστων πρακτικών ή οι καινοτόμες ενέργειες που απαιτούνται είναι μονόδρομος.

Πολλοί ακαδημαϊκοί σήμερα πιστεύουν ότι, εκτός της εφαρμογής του μοντέλου της συμμετοχικής εργασίας και ενός περιβάλλοντος καινοτομίας και μάθησης απαιτείται και η εισαγωγή μιας νέας αντίληψης από την πλευρά του ιατρικού σώματος. Όπως υποστηρίζει ο Sabin JE., (1994:317–330), η διαχείριση της περίθαλψης σημαίνει εξισορρόπηση των αναγκών των ασθενών και ανάγκη διατήρησης των πόρων. Η διατήρηση των πόρων, σε ένα σύστημα του δημόσιου τομέα, διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα της περίθαλψης για την κοινωνία και εάν η διαθεσιμότητα εξαρτάται από το κόστος, το ιατρικό σώμα έχει καθήκον να αναπτύξει μεθόδους που ισορροπούν την **καλύτερη φροντίδα με το χαμηλό κόστος**.

Ταυτόχρονα όμως, οι ακαδημαϊκοί υποστηρίζουν ότι, οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οργανισμοί που αντιμετωπίζουν εκτός τους σωματικούς και τους ψυχολογικούς φόβους του ατόμου. Είναι οι οργανισμοί που έρχονται σε επαφή με πολύ σημαντικά γεγονότα της ζωής του ανθρώπου όπως η γέννηση, η ανάπτυξη, η

ασφάλεια, η ασθένεια και ο θάνατος. Όταν οι άνθρωποι επισκέπτονται το νοσοκομείο στην ουσία έρχονται σε επαφή με το επίσημο κοινωνικό κράτος για να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους. Πολλές έρευνες εστίασαν στο τρόπο με τον οποίο οι δημόσιοι οργανισμοί αντιμετωπίζουν αυτούς τους φόβους. Οι έρευνες κατέληξαν ότι η καλύτερη δημόσια υγειονομική υπηρεσία είναι αυτή που θα προάγει την **ποιότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις** μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Σήμερα, οι ανησυχίες των οργανισμών υγείας επικεντρώνονται στους στόχους, προτεραιότητες, στρατηγικές, δείκτες και ξεχνούν ποιος είναι ο **πρωταρχικός σκοπός λειτουργίας τους** και βάσει ποιων **αξιών** δημιουργήθηκαν, ποια είναι δηλαδή η αξιακή τους αποστολή. (Hoggett P.,:2005). Ένας υγειονομικός οργανισμός, λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, θα πρέπει να αλλάζει ώστε να εκπληρώνει το σκοπό του. Οι αλλαγές, τόσο στις δομές του όσο και στη κουλτούρα του είναι αναγκαίες ώστε να είναι ικανός να εκπληρώνει το σκοπό του και να αυξάνει την αποτελεσματικότητά του. (Kalliath T., et al 1999: 143-158).

Αναφορικά με το **ελληνικό δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα**, οφείλει να προετοιμάζεται να λειτουργήσει στις νέες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες διότι όπως, η συντριπτική πλειοψηφία των δεδομένων, καταδεικνύει σε συνθήκες ύφεσης, όπως αυτές που βιώνει η χώρα τα τελευταία χρόνια, η νοσηρότητα αυξάνει ως συνέπεια της ανεργίας, της υποαπασχόλησης, της εργασιακής επισφάλειας και της φτώχειας. Η ζήτηση για δημόσιες, δωρεάν υπηρεσίες υγείας αυξάνει και αυτή εκθετικά, ακολουθώντας τη μείωση του εισοδήματος και την απώλεια των ασφαλιστικών καλύψεων των νοικοκυριών. (Μπένος Α., 2012). Είναι λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη εισαγωγής μιας **νέας αντίληψης διοίκησης** και σχεδιασμού στις υπηρεσίες υγείας, τόσο σε επίπεδο θεσμικής συγκρότησης όσο και σε **λειτουργικό – επιχειρησιακό επίπεδο**. Η νέα αντίληψη και προσέγγιση θα πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη της **υπευθυνότητας** όλων των παραγόντων του νοσοκομειακού συστήματος ώστε να υπάρξει αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων. (Α. Σισσούρας 2000:237). Κυρίαρχο σημείο της προσπάθειας αυτής είναι η αλλαγή της **εργασιακής κουλτούρας**, όπου όλοι οι εργαζόμενοι θα αξιολογούν τον τρόπο εργασίας τους με στόχο τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ενεργούς συμμετοχής στους χώρους εργασίας όπως και στην καταπολέμηση της σπατάλης. (Θεοδώρου Μ., 2012). Συνεπώς, είναι αναγκαία η απαλλαγή από τη δυσκαμψία που παρέχει το σημερινό «νομικό καθεστώς»

των νοσοκομείων και η εξεύρεση ενός άλλου σχήματος. (Γ. Κυριόπουλος, Μ. Οικονόμου, Μ. Γείτονα, 2000:251). Η έλλειψη σύγχρονης **«διοικητικής κουλτούρας»** και η απουσία οποιουδήποτε μηχανισμού αξιολόγησης επεκτείνουν τις συνέπειές τους και στον τομέα της ποιότητας, όπου παρατηρείται απουσία θεσμών και αδυναμία οργάνωσης μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας. (Ζηλίδης Χ., 2005:54). Τονίζεται ότι, στο μέλλον, οι καλοδιοικούμενοι οργανισμοί θα είναι εκείνοι στους οποίους ο χρηματοοικονομικός έλεγχος, η απόδοση των υπηρεσιών και η κλινική διακυβέρνηση πρόκειται να αποτελέσει το βασικό όχημα της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας στη φροντίδα των ασθενών και την ανάπτυξη του ΕΣΥ, έτσι ώστε να διατηρούνται υψηλά πρότυπα. Το ως άνω, απαιτεί **μετασχηματισμό** σε ολόκληρο τον οργανισμό. (Παπανικολάου Β. 2007:265).

Κατά τον Leonard-Barton D., (1992: 111-125), το κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να διακρίνει και να ενισχύει, τις τέσσερις διαστάσεις των θεμελιωδών ικανοτήτων του, δηλαδή τη γνώση του, τα τεχνικά και τα διοικητικά συστήματα που διαθέτει καθώς και τις αξίες και νόρμες του (**οργανωσιακή κουλτούρα**), ώστε να προσφέρει ποιοτικότερες υπηρεσίες με στόχο την απόκτηση συγκριτικού πλεονεκτήματος έναντι άλλων νοσοκομείων. Επίσης, η μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων και των χρηστών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών καθώς και οι *προσδοκίες, οι ανάγκες και οι στάσεις αυτών* έναντι των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει πηγή πληροφοριών για βελτιστοποίηση της ποιότητας τους. (Παπανικολάου Β. 2007:235).

Οι παραπάνω απόψεις συγκλίνουν στην άποψη ότι, το μοντέλο της συμμετοχικής διοίκησης συνοδευόμενο από ένα περιβάλλον που επιτρέπει καινοτόμες ενέργειες μπορεί να οδηγήσουν το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο σε μια οργανωσιακή αλλαγή με στόχο ποιοτικότερες, αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες υπηρεσίες. Βέβαια, η αντιγραφή και μεταφορά μοντέλων και εφαρμογών, από άλλες χώρες, χωρίς την προσαρμογή τους στην κουλτούρα του ελληνικού συστήματος, μπορεί να αποδειχθεί καταστροφική. (Μπαρδής Β., 2000:194). Όπως τονίστηκε και στο 1^ο κεφάλαιο, **διαφορετικά έθνη**, με διαφορετική ιστορία, κουλτούρα και πολιτική εμπειρία, απαιτούν διαφορετική συμπεριφορά και διαφορετικό τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, διαφορετικό μεταρρυθμιστικό πλαίσιο. Είναι γνωστό ότι μόλις οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας, σε ευρωπαϊκή κλίμακα, επιδιώξουν να μεταφράσουν τους στόχους τους στα θεμέλια της οργάνωσης ενός κοινού συστήματος υγείας, κοινές αρχές καταλήγουν σε

αποκλίνοντα και πολλές φορές σε αντιφατικά αποτελέσματα. Θεωρείται έτσι λογικό, η παραδοχή ότι διαφορετικά έθνη έχουν από καιρό θεσμοθετημένες εντελώς διαφορετικές ρυθμίσεις για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. (Saltman R., et al., 2002:xi). Συνεπώς, η αλλαγή του έως σήμερα, γραφειοκρατικού μοντέλου κουλτούρας των δημοσίων νοσοκομείων προς τη κατεύθυνση του συμμετοχικού μοντέλου, προϋποθέτει την προσεκτική μελέτη και κατανόηση πως οι αρχές του συμμετοχικού μοντέλου μπορούν να ενσωματωθούν από τις αντιλήψεις και συμπεριφορές των μελών του οργανισμού λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της γενικότερης ελληνικής κουλτούρας.

3.8 Σύνοψη Κεφαλαίου

Η υγεία των πολιτών εξαρτάται εν μέρει από πολιτισμικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Παράλληλα ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος υγείας, η ποιότητα, η ποσότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας συγκροτούν τις αναγκαίες συνθήκες για τη βελτίωση ή μη του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Το ελληνικό σύστημα υγείας θεωρείται ως μεικτό σύστημα αφού συνυπάρχουν το μοντέλο του Beveridge, με το μοντέλο του Bismarck, με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού μοντέλου. Γενικότερα χαρακτηρίζεται ως σύνθετο, περίπλοκο, πανάκριβο και σπάταλο με τις δαπάνες υγείας να αγγίζουν σήμερα περίπου το 10% του ΑΕΠ, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό του μέσου όρου των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης ενώ, το 50% αυτών των δαπανών καταναλώνεται στο νοσοκομειακό τομέα.

Στην Ελλάδα, το δημόσιο νοσοκομείο αποτελεί τη σπονδυλική στήλη του συστήματος υγείας με στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Η διοικητική δομή και κουλτούρα του χαρακτηρίζεται από την γενικότερη παθογένεια της δομής και λειτουργίας της ελληνικής δημόσιας διοίκησης. Αποτελεί ένα γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης, με απουσία εξειδικευμένων οικονομολόγων της υγείας, έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας των ανθρωπίνων πόρων με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία και ευθυνοφοβία, με απουσία μηχανισμών διασφάλισης

της ποιότητας, με χαμηλό επίπεδο ξενοδοχειακών υπηρεσιών, με λίστες αναμονής, πολυπλοκότητα, με υψηλού βαθμού καταμερισμού εργασίας, με έλλειψη επαρκούς ελέγχου της κατανάλωσης νοσοκομειακών προϊόντων και υπηρεσιών και με απουσία ενός ενιαίου συντονισμού των επιμέρους υπηρεσιών του. Αποτέλεσμα του ανωτέρω αιτιολογικού διαγράμματος όλων αυτών είναι η ελλειμματική προσφορά ποιοτικών κυρίως υπηρεσιών υγείας ενώ τα έσοδα υπολείπονται μακράν των ολοένα αυξανόμενων δαπανών υγείας.

Στο δημόσιο νοσοκομείο, εμφανίζεται το παράδοξο φαινόμενο, από την πλευρά της διοικητικής επιστήμης, η ύπαρξης δύο μορφών εξουσίας. Της διοικητικής και της ιατρικής εξουσίας. Η μεν πρώτη θεωρείται ως θεσμικά η νόμιμη εξουσία και ασκείται από τη διοίκηση, η δε δεύτερη είναι η χαρισματική και ασκείται από το ιατρικό σώμα. Αποτέλεσμα της εν λόγω συνύπαρξης είναι οι αναπόφευκτες και αναπτυσσόμενες αντιθέσεις μεταξύ των εξουσιών με διαμόρφωση ενός ιδιαίτερου αντίστοιχου συμπλέγματος σχέσεων και ρόλων. Τούτο σημαίνει ότι, οι επαγγελματικές υποκουλτούρες που αναπτύσσονται και οι συγκρούσεις που αναδύονται καθιστούν τη συνοχή των υπηρεσιών δύσκολη και τον ενιαίο συντονισμό των ενεργειών ως ένα απλά επιθυμητό αναγκαίο βήμα.

Το ως άνω βέβαια οργανωσιακό μοντέλο δεν αποτελεί μοναδικό ελληνικό φαινόμενο. Προς τούτο ήδη, από τη δεκαετία του 1980, χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία, η Ιταλία, η Ισπανία και οι ΗΠΑ, επιχείρησαν τη μετάβαση από τα παραδοσιακά δημόσια συστήματα (γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας) σε σχεδιασμένες αγορές (ανοικτό μοντέλο κουλτούρας) με διαχωρισμό της πολιτικής από τη διοίκηση και της αγοράς από την παροχή υπηρεσιών. Η πολιτική αυτή κατέστησε τα δημόσια νοσοκομεία αυτό-διοικούμενα και καθιέρωσαν συστήματα ανταγωνισμού και μηχανισμών αγοράς. Στόχος ήταν η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία τους. Παρά ταύτα, τη δεκαετία του 1990, μια σειρά από αποτυχίες του διοικητικού αυτού μοντέλου, οδήγησαν τις χώρες αυτές, που επιχείρησαν τις μεταρρυθμίσεις, στην εισαγωγή του μοντέλου της συμμετοχικής κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και την προστασία της ασφάλειας των ασθενών. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, μετά την εισαγωγή του προαναφερόμενου μοντέλου, κατέγραψαν θετικά αποτελέσματα τόσο στην ποιότητα, στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών, όσο και στην ικανοποίηση των ανθρωπίνων

πόρων και των ασθενών. Κρίνεται λοιπό σκόπιμο για την ολοκλήρωση της θεωρητικής προσέγγισης, της παρούσας διατριβής, να αναλυθεί το εννοιολογικό πλαίσιο του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας καθώς και ο τρόπος αλλαγής και μετάβασης από το σημερινό γραφειοκρατικό προς το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οργανωσιακή Αλλαγή & Συμμετοχικό Μοντέλο Κουλτούρας

«There is nothing more difficult to carry out, nor more doubtful of success, nor more dangerous to handle, than to initiate a new order of things.» (Machiavelli, the Prince)

4.1 Εισαγωγή

Συνοψίζοντας, τις προηγούμενες συμπερασματικές παρατηρήσεις των κεφαλαίων, καθίσταται ευκρινές ότι στο σημερινό παγκόσμιο οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό και τεχνολογικά χαοτικό περιβάλλον, το γραφειοκρατικό σύστημα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες διοικητικές απαιτήσεις. Ειδικότερα, ο δημόσιος τομέας, στην Ελλάδα, αποτελεί ένα χαμηλής παραγωγικότητας τομέα της οικονομίας και απαιτείται η δομική αναπροσαρμογή του. Μελετητές του δημοσίου τομέα εκφράζουν έντονα την αναγκαιότητα άμεσης δράσης και αλλαγής της κουλτούρας σε επίπεδο δημοσίων οργανισμών. Το δημόσιο νοσοκομείο, που αποτελεί μέρος αυτών των οργανισμών, εμφανίζει στοιχεία παθογένειας, τεράστια ελλείμματα, ισχυρές επαγγελματικές υποκουλτούρες, χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων καθώς και έλλειψη επαρκούς ελέγχου της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς του. Λαμβάνοντας υπόψη και τη διεθνή εμπειρία των τελευταίων δεκαετιών, όπου παρατηρούνται ακόμη και σε προηγμένα κράτη οι ως άνω αδυναμίες του επιχειρησιακού συστήματος, το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο χρήζει **αλλαγής μοντέλου κουλτούρας**, κάτι που είναι σύνηθες τόσο σε νοσοκομειακό επίπεδο παγκοσμίως, όσο και σε επίπεδο άλλων οργανισμών είτε του δημοσίου είτε του ιδιωτικού τομέα. Για παράδειγμα η American Management Association αναφέρει ότι το 84% των εταιριών στην Αμερική εφαρμόζουν τουλάχιστον ένα πρόγραμμα οργανωσιακής αλλαγής ενώ, το 46% δήλωσαν ότι βρίσκονται σε εξέλιξη τρία ή περισσότερα προγράμματα / πρωτοβουλίες. (Peak H., 1996:7).

Είναι αποδεκτό ότι, οι σημερινοί οργανισμοί καλούνται να αντιμετωπίσουν συνεχώς μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα. Η απόδοσή τους συνεπώς εξαρτάται από την αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος του οποίου είναι μέρος. Οι ταχύτερες και σε αρκετές περιπτώσεις ταυτόχρονες αλλαγές οδηγούν τους οργανισμούς στην υιοθέτηση

συγκεκριμένων στρατηγικών προσαρμογής ή αλλαγών για την εξασφάλιση της **βιωσιμότητας** και αποτελεσματικής λειτουργίας τους. (Χυτήρης Λ., 2001:326).

Σύμφωνα με τον Kotter, οι οργανισμοί ωθούνται στις αλλαγές λόγω, της ραγδαίας ανάπτυξης και εξέλιξης της τεχνολογίας, της διεθνούς οικονομικής και νομισματικής ενοποίησης, της ωρίμανσης των αγορών στις ανεπτυγμένες χώρες και της κατάρρευσης των κεντρικά προγραμματισμένων οικονομιών με την επικράτηση του καπιταλιστικού συστήματος και της ανοικτής αγοράς. (Κέφης Β., 2005:181). Επιπλέον, παράγοντες όπως οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις για ποιότητα και υψηλά επίπεδα εξυπηρέτησης και ικανοποίησης των πελατών, η μεγαλύτερη ευελιξία στη δομή εργασιών και στα μοντέλα διοίκησης και, τέλος η μεταβαλλόμενη φύση και σύνθεση του εργατικού δυναμικού επιβάλλουν την οργανωσιακή αλλαγή. (Mullins, 1985:5-8).

Αλλαγή διαφαίνεται και στη διάρκεια του κύκλου ζωής των προϊόντων όπου έχει μειωθεί σημαντικά καθώς, και στη μετάβαση προς ένα παραγωγικό υπόδειγμα στο οποίο οι εργαζόμενοι αναπτύσσουν ιδέες και λύσεις, επεξεργάζονται πληροφορίες (στρατηγικού, εμπορικού ή τεχνικού χαρακτήρα) και διαχειρίζονται την αυτοματοποιημένη παραγωγή σε ένα πλαίσιο ευμετάβλητων συνθηκών. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:19).

Στον 21^ο αιώνα, εξαιτίας του αυξανόμενου παγκόσμιου ανταγωνισμού και της αυξανόμενης χρησιμοποίησης των τεχνολογιών, ο **οργανωσιακός σχεδιασμός και η οργανωσιακή αλλαγή** είναι προτεραιότητα του μάνατζμεντ. Σήμερα, όσο ποτέ άλλοτε, οι μάνατζερ ψάχνουν για νέους και καλύτερους τρόπους συντονισμού και παρακίνησης των εργαζομένων ώστε να αυξηθεί η «αξία» που μπορεί να δημιουργήσει ο οργανισμός τους. Ο οργανωσιακός σχεδιασμός και η αλλαγή επιδρά στην ικανότητα του οργανισμού να διαχειρίζεται το απρόοπτο, να δημιουργεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, να διαχειρίζεται την ποικιλομορφία αποτελεσματικά και να αυξάνει την αποδοτικότητα και την δυνατότητα καινοτομίας του. (Jones G.,2010:33). Οι Bounds et al., (1994:113) θεωρούν ότι οι οργανισμοί εκτός του οράματος, του σκοπού, τους στόχους που άπτονται του οράματος, τα μέσα που προσεγγίζουν τους στόχους και τους δείκτες μέτρησης της εργασίας, οφείλουν να αναπτύξουν διαδικασίες αλλαγής δράσεων εάν το τελικό αποτέλεσμα δεν ικανοποιεί το όραμα και τον σκοπό του οργανισμού.

4.2 Η Έννοια της Οργανωσιακής Αλλαγής

*«Ότι ήταν αποτελεσματικό στο παρελθόν δεν αρκεί πια να χτίσει το μέλλον»
(Γκολντστάιν, 2003:21)*

Σύμφωνα με τον Jones G., (2010:31), η οργανωσιακή αλλαγή είναι η διαδικασία με την οποία οι οργανισμοί κινούνται από την **παρούσα κατάσταση προς την επιθυμητή** με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους. Ο στόχος της οργανωσιακής αλλαγής είναι να ανακαλύπτει νέους ή πιο εξελιγμένους τρόπους χρησιμοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων που έχει για την αύξηση της οργανωσιακής του ικανότητας ώστε να δημιουργεί «αξία» και απόδοση.

Ο Χυτήρης Λ. (2001:326), ορίζει την αλλαγή ως τη **«μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη, ή διαφορετικά, τη μετάβαση από ένα δεδομένο σύνολο συνθηκών σε ένα διαφορετικό»**. Αυτή η μετάβαση είναι μια διαδικασία προσαρμογής και επανατοποθέτησης του ατόμου ή των οργανωμένων ομάδων σε ένα καινούργιο περιβάλλον, όπου θα μπορούν να λειτουργήσουν πιο αποτελεσματικά.

Ο Κέφης Β., (2005:181) θεωρεί την οργανωσιακή αλλαγή ως την συνειδητοποίηση της ανάγκης για την **«ανατροπή του παλαιού και την εισαγωγή του νέου, που θα οδηγήσει στην ανάπτυξη και στην πρόοδο»**, ενώ ο Μπουραντάς Δ., (2002:573), τονίζει ότι η αλλαγή εκφράζει τη βασική **προϋπόθεση επιβίωσης** και τη θεωρεί ως κρίσιμο παράγοντα επιτυχίας ενός οργανισμού.

Η αλλαγή δεν είναι ένα γεγονός, αλλά μια διεργασία που βρίσκεται συνεχώς σε εξέλιξη. Η διεργασία μιας αλλαγής ξεκινά με την παύση των συνθηκών της παρούσας εργασιακής κατάστασης και προϋποθέτει μια μακρά μεταβατική περίοδο προσαρμογής στις επιθυμητές οργανωσιακές αλλαγές έως ότου επιτευχθεί η επιθυμητή κατάσταση. Από τη στιγμή που θα επιτευχθεί η επιθυμητή κατάσταση, η διεργασία της αλλαγής ενεργοποιείται και πάλι. (Sullivan E., Drucker P., 2009:127).

Οι Verdu A., Gomez-Gras J., (2009:668-690) αναφέρουν την **ικανότητα** των οργανισμών να αναγνωρίζουν τις αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον και να προσαρμόζονται σε αυτές ως **οργανωσιακή ευελιξία**. Πιστεύουν ότι οι εταιρείες που επιθυμούν να πετύχουν **ανταγωνιστικό πλεονέκτημα**, έναντι των άλλων επιχειρήσεων, θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τη νέα αυτή μεταβλητή, η οποία θεωρείται κρίσιμη στον 21^ο αιώνα. Η θεωρία της οργανωσιακής αλλαγής θεωρεί την ευελιξία ως **μια**

δυναμική ικανότητα του οργανισμού να προσαρμόζεται. Ευελιξία θα πρέπει να υπάρχει στη στρατηγική, στις δομές, στη λειτουργία καθώς και στις εσωτερικές και εξωτερικές ευκαιρίες.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί η διάκριση μεταξύ της **αλλαγής** που είναι **παροδική**, ασυνεχής και διακοπτόμενη και της αλλαγής που είναι **συνεχής** και εξελισσόμενη. (Porras JI, Silvers RC. 1991: 51-78). Παροδική αλλαγή εφαρμόζουν οργανισμοί που είναι για μεγάλο χρονικό διάστημα αδρανείς, η αλλαγή είναι αναγκαστική και όχι εκ προθέσεως και δεν αποτελεί διαρκή διοικητικό στόχο. Η αλλαγή σε αυτούς τους οργανισμούς θεωρείται μια περιστασιακή διακοπή ή απόκλιση από την ισορροπία. Όταν συμβαίνει δε, θεωρείται ως δραματικό γεγονός, έχει μικρή διάρκεια και υπάρχει ασυνέχεια. Αντίθετα, συνεχής αλλαγή χαρακτηρίζει τους οργανισμούς οι οποίοι είναι αυτό-οργανωμένοι, η αλλαγή είναι σταθερή, εξελισσόμενη και αθροιστική. Η αλλαγή θεωρείται ως ένα «μοτίβο» με ατελείωτες τροποποιήσεις στις διαδικασίες εργασίας και στις πρακτικές. Υπάρχει μετατόπιση εξουσίας, αυτοσχεδιασμός, μάθηση και έμφαση δίδεται στη μακροπρόθεσμη προσαρμοστικότητα του οργανισμού. Η συνεχής αλλαγή είναι η βασική παράμετρος που εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα ενός οργανισμού. (Weick K., Quinn R., 1999: 361-386).

Η οργανωσιακή αλλαγή, ανάλογα με τον **τύπο της**, μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

1. Εξωτερική (προερχόμενη από εξωτερικές δυνάμεις) ή Εσωτερική (προερχόμενη από εσωτερικές δυνάμεις)
2. Επιβαλλόμενη ή Απογραμμάτιστη
3. Διαπραγματεύσιμη. Σε αυτό τον τύπο αλλαγής η νέα συμπεριφορά που πρέπει να υιοθετηθεί καθώς και η σκοπιμότητα της αλλαγής για τον οργανισμό, αποτελεί αντικείμενο συζήτησης των ενδιαφερομένων.
4. Φυσιολογική ή Προγραμματισμένη (Χυτήρης Λ., 2001:330).

Αλλαγή γενικότερα σημαίνει **μεταβολή** σε βασικές λειτουργικές κατηγορίες ενός σύγχρονου οργανισμού όπως: (Κέφης Β., 2005:181, 183, Χυτήρης Λ., 2001:330).

- Στη δομή – διάρθρωση (οργάνωση, συστήματα εξουσίας και ελέγχου, πολιτικές, διατμηματικές σχέσεις)
- Στην τεχνολογία, (εξοπλισμός, αυτοματοποίηση, παραγωγικές διαδικασίες, τύπος παραγωγής)

- Στο ανθρώπινο δυναμικό (γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις, ηγετικές ικανότητες, συμπεριφορά, ομάδες, σχέσεις)
- Στο έργο (απλό, δύσκολο, υπεύθυνο, ρουτίνας)
- Στην κουλτούρα (βασική φιλοσοφία του οργανισμού)
- Στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η **αλλαγή στη δομή** των οργανισμών, σε ένα ραγδαία μεταβαλλόμενο κόσμο, θεωρείται δεδομένη. Συχνά αναδεικνύεται η ανάγκη μετατροπής των οργανώσεων σε **ανοικτά συστήματα** τα οποία θα υιοθετήσουν νέα είδη επαφών του οργανισμού με τα περιβάλλοντά του, επαφών που θα εκφεύγουν των παραδοσιακών ορίων. Η αμφισβήτηση των παραδοσιακών ορίων και των δομών είναι ένα σημαντικό βήμα διευκόλυνσης της οργανωσιακής αλλαγής. (Γκολντστάιν Τ., 2003:144-146). Γενικότερα, τις τελευταίες δεκαετίες, τίθενται ζητήματα αναθεώρησης και επανασχεδιασμού του τρόπου οργάνωσης της εργασίας. (Σαρρής Μ., 2001:172). Μελετητές προτείνουν την **τήξη των άκαμπτων συνόρων** μεταξύ των οργανώσεων (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:141) εκ του γεγονότος ότι τα κοινωνικά συστήματα δεν είναι γενικά τόσο άκαμπτα, παρά την πολυπλοκότητα των σχέσεων ανάμεσα στα διαδρώμενα στοιχεία. Τα κοινωνικά συστήματα έχουν πράγματι μια εσωτερική πολυπλοκότητα, μια διαφοροποιημένη και πλούσια διαρθρωμένη δομή. (Jurger R., et al., 1996:195-196). Ακόμη και η θεωρία του χάους υποστηρίζει ότι το κίνητρο για τη δημιουργία μόνιμων οργανωτικών δομών είναι καταδικασμένο να αποτύχει. (Sullivan E., Drucker P., 2009:15).

Αυτή η ουσιαστική αδυναμία οδήγησε στην αναγκαιότητα του **ανασχεδιασμού** ή της **αναδιάρθρωσης** των επιχειρησιακών διαδικασιών σε πολλούς οργανισμούς, ώστε οι δομές και οι διαδικασίες να γίνουν περισσότερο ευέλικτες, λιτές και οριζόντιες για να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότερη λειτουργία τους. (Μπουραντάς Δ., 2002:519).

Η **αλλαγή στην κουλτούρα**, πιστεύεται ότι παρέχει τη **μηχανή της γενικότερης αλλαγής**, μπορεί να διαμορφώνει συμπεριφορές και να δημιουργεί, ειδικότερα στην περίπτωση ενός υγειονομικού οργανισμού, ένα καινοτόμο και ασφαλέστερο περιβάλλον για τους ασθενείς και το προσωπικό (Mannion R., et al., 2005:2). Ο Atkinson P., θεωρεί ότι η αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε όταν επικρατεί μια σημαντική κρίση, είτε όταν η επιχείρηση είναι νέα και μικρή, είτε όταν υφίσταται μια μη ευρέως αποδεκτή κουλτούρα (Ζαβλανός Μ., 2002:402).

Γενικότερα, η κουλτούρα των οργανισμών μπορεί να αλλάξει στην πορεία της ζωής τους ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά. Μπορεί ένας οργανισμός να ξεκινήσει τη λειτουργία του με το ανοικτό μοντέλο κουλτούρας και να αλλάξει στη συνέχεια, προσαρμοζόμενος στο εξωτερικό περιβάλλον, στο μοντέλο στόχων/αποδοτικότητα. (Cameron and Quinn, 2006:53). Για παράδειγμα, ο τραπεζικός επιχειρησιακός χώρος παλαιότερα διακατέχεται από το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων ή το ιεραρχικό μοντέλο κουλτούρας (εσωτερική εστίαση). Στο νέο περιβάλλον οι **τράπεζες** άρχισαν να δίνουν έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στην ανάπτυξη και την καινοτομία. Δηλαδή άλλαξε το μοντέλο κουλτούρας τους και κατευθύνθηκε προς το μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα και το αναπτυξιακό μοντέλο (εξωτερική εστίαση). (Cameron and Quinn, 2006:57). Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η πολυεθνική IBM. Στη δεκαετία του '80 η **IBM** είχε υιοθετήσει σταθερές και άκαμπτες αξίες που της επέτρεπαν να έχει επιτυχίες για όσο καιρό το εξωτερικό της περιβάλλον παρέμεινε σταθερό. Η ίδια όμως ακαμψία οδήγησε σε μια σειρά προβλημάτων και σε κρίση του μάνατζμεντ, ο δε κύκλος της επιτυχίας, που είχε λειτουργήσει αποτελεσματικά επί τριάντα έτη, αποδείχθηκε ανεπαρκής από τη στιγμή που το περιβάλλον κατέστη ευμετάβλητο. Για το λόγο αυτό, σήμερα, η επιχείρηση διαθέτει μια κουλτούρα και μια οργανωτική δομή που της επιτρέπει να προσαρμόζεται σε μεταβολές του περιβάλλοντος. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:32). Όπως έχει αποδειχθεί από τους Ogbonna E, Harris L (2000:33-53) η κουλτούρα η οποία εμφορείται από επιθυμία για αλλαγή είναι αυτή που αναπτύσσει καινοτομικά προγράμματα, έχει ανταγωνιστική συμπεριφορά και καλύτερες αποδόσεις. (Platonova E., et al, 2006: 200-209).

Όπως έχει ήδη αναλυθεί, στο 1^ο κεφάλαιο, ο ισχυρός ρόλος της κουλτούρας ή των υποκουλτούρων στον οργανισμό μπορεί να εμποδίζει την αλλαγή δομής ή διαδικασιών. Προς το σκοπό αυτό οι Cameron and Quinn, (2006:2) πιστεύουν ότι η αλλαγή κουλτούρας μπορεί να συμβεί σε εκείνους τους οργανισμούς που διοικούνται με σύνεση σε έντονα ανταγωνιστικές συνθήκες στο νέο κοινωνικό-οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον και γνωρίζουν πολύ καλά να διαχειρίζονται την ήδη υπάρχουσα κουλτούρα του οργανισμού. Το μέσον για τη γνώση, την κατανόηση και τη διαχείριση τόσο της κουλτούρας όσο και των υποκουλτούρων του οργανισμού αποτελεί ο διάλογος. Κατά το Schein E., (1993:27-38), ο διάλογος αποτελεί το κλειδί για τις οργανωσιακές μεταρρυθμίσεις. Η αλλαγή του περιβάλλοντος, η τεχνολογική

πολυπλοκότητα, και η συνεχής μάθηση καινούργιας γνώσης προϋποθέτουν την αναγκαιότητα του διαλόγου μεταξύ των μελών του οργανισμού.

Ένας τρόπος αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας είναι η χρησιμοποίηση της «προσθήκης συμπεριφοράς» ή της «υποκατάστασης συμπεριφοράς», προκειμένου να καθιερωθούν νέα πρότυπα συμπεριφοράς, μεταξύ της ηγεσίας και των εργαζομένων. Το κρίσιμο στοιχείο και για τις δύο αυτές περιπτώσεις είναι να επιλέγουν συμπεριφορές που είναι κεντρικής σημασίας και συμβολικές της παλαιάς κουλτούρας και της νέας κουλτούρας την οποία επιθυμεί ο οργανισμός να δημιουργήσει. (Κ. Τζωρτζάκης, Α. Τζωρτζάκη 2007:187). Ουσιαστικά η αλλαγή στη κουλτούρα απαιτεί όχι μόνο δομικές και διαδικαστικές αλλαγές αλλά χρειάζεται **συμπεριφοριστική αλλαγή** και θεμελίωση νέων αξιών. (Davies et al, 2000:111-119). Οι προαναφερόμενοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η απότομη αλλαγή του συνόλου της οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να καταστεί προβληματική και πιθανώς ακατάλληλη. Ο κάθε οργανισμός θα πρέπει να αντιληφθεί ποιες συγκεκριμένες πολιτιστικές συμπεριφορές πρέπει να αλλαχθούν και να στοχεύουν πιο συγκεκριμένα στην αλλαγή τους. Για την επιτυχή έκβαση του εν λόγω εγχειρήματος, θα πρέπει να έχουν μια φανερή και ενεργή στρατηγική η οποία θα συμπεριλαμβάνει εκείνες τις **αξίες που διατηρούν ενωμένο τον οργανισμό**. Συνεπώς, η μέτρηση και η εκτίμηση του εύρους αλλά και των στοιχείων εμβάθυνσης της επικρατούσας κουλτούρας αποτελεί άκρως απαραίτητη και σημαντική διαδικασία. Το αποτέλεσμα είναι η αναγνώριση των αξιών και των πρακτικών που πρέπει να διατηρήσουν μέσω της ενίσχυσης των συμπεριφορών που υποστηρίζουν τις εν λόγω αξίες και ποιες αξίες της υπάρχουσας κουλτούρας πρέπει να αλλάξουν. Οι οργανισμοί που επιθυμούν την αλλαγή της κουλτούρας, πρέπει να δρουν προσεκτικά και να διαγιγνώσκουν τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αφομοιωθεί από τα μέλη του οργανισμού. Οι αξίες που σήμερα έχει ένας οργανισμός μπορεί να εξηγεί το γεγονός γιατί οι άνθρωποι επέλεξαν να εργαστούν σε αυτό το χώρο και γιατί παραμένουν σ' αυτόν. Αλλάζοντας τις αξίες απαιτείται μεγάλο διάστημα προσαρμογής και υπάρχει πιθανότητα πολλοί εργαζόμενοι να εγκαταλείψουν τη συμμετοχή τους σε αυτή τη προσπάθεια αλλαγής των αξιών. (Mallak L., et al, 2003:180-190). Όπως αναφέρεται, στους βασικούς λόγους αποτυχίας στην αλλαγή θεωρούνται, η αποτυχία αποτελεσματικής προετοιμασίας των ανθρωπίνων πόρων για τη νέα κουλτούρα, η εχθρική κουλτούρα εντός του οργανισμού για την εισαγωγή καινοτομιών, η έλλειψη

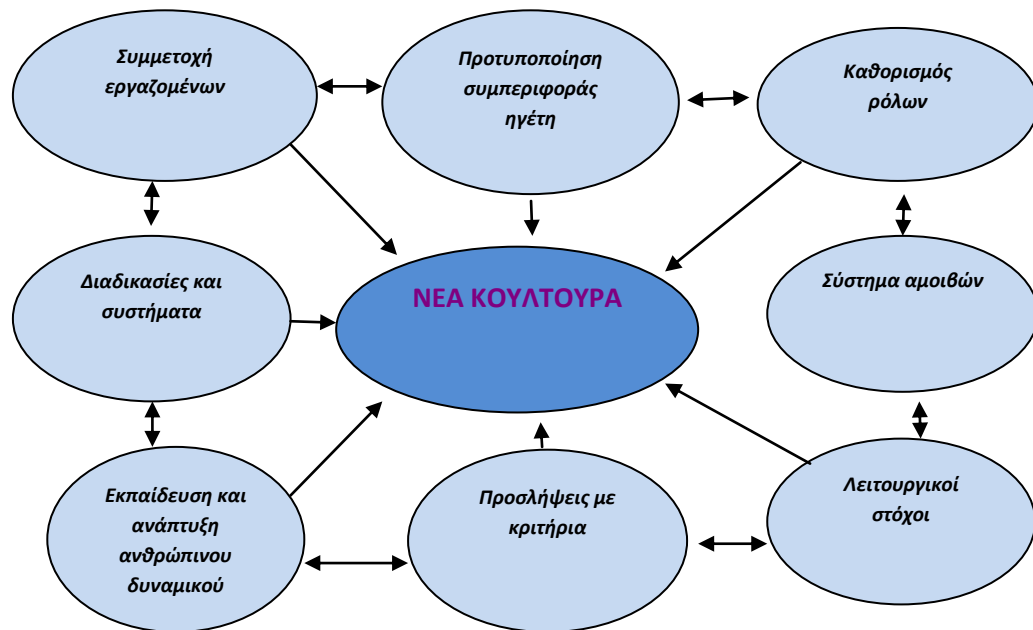
στρατηγικής για την καλλιέργεια μιας νέας κουλτούρας, η απουσία σαφούς οράματος για την αλλαγή καθώς και ευθύνες και ρόλοι που δεν είναι πλήρως καθορισμένοι και κατανοητοί. (Παπανικολάου Β., 2007:153).

Η αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού, πιστεύεται ότι αρχίζει όταν κάποιος συναισθηματικά ευφυής ηγέτης πρώτον, εξετάζει την κουλτούρα που διέπει τις καθημερινές δραστηριότητες και συμπεριφορές μιας ομάδας καθώς και τις κρυμμένες διαστάσεις αυτής, όπως στα συναισθήματα των εργαζομένων, δεύτερον, ανακαλύπτει τις δυνατές αξίες που ενώνουν τα μέλη του οργανισμού (Goleman D., et al., 2002:215) και τρίτον, αποφασίζει να προχωρήσει στην αλλαγή των αρνητικών συμπεριφορών και συναισθημάτων. Ο οραματιστής ηγέτης επιχειρεί να ενώσει ταυτόχρονα τις αξίες του, τις φιλοσοφίες του και τις συμπεριφορές της οργανωσιακής κουλτούρας με αυτές των ατόμων ώστε να επιτύχουν την οργανωσιακή αλλαγή. Ο σκοπός εξάλλου ενός οργανισμού είναι να παρέχει μια εργασία που ικανοποιεί τον εργαζόμενο και ταυτόχρονα να παράγει προϊόντα ή υπηρεσίες που βοηθούν γενικά την κοινωνία. (Campbell R., 2009:328-343).

Οι Bounds et al., (1994:113), θεωρούν ότι ο ηγέτης θα πρέπει να εξετάζει τη συμπεριφορά του, να καθορίζει τους ρόλους, το σύστημα αμοιβών, τους λειτουργικούς στόχους του οργανισμού, τον τρόπο πρόσληψης, την εκπαίδευση και την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, τις διαδικασίες και τα συστήματα καθώς και το βαθμό συμμετοχής των ανθρωπίνων πόρων στη λήψη αποφάσεων (σχήμα 4.1.) ώστε, να επιτευχθούν οι απαραίτητες αλλαγές που θα οδηγήσουν στην αφομοίωση της νέας κουλτούρας.

Ο Ζαβλανός Μ., (2002:402), θεωρεί ότι για να επιτευχθεί με επιτυχία η αλλαγή της κουλτούρας θα πρέπει η συμπεριφορά του ηγέτη να αποτελεί πρότυπο για τα υπόλοιπα μέλη, να δημιουργηθούν νέα σύμβολα, τελετές και ιστορίες που θα αντικαταστήσουν τα παλαιά, να προωθηθούν τα μέλη του οργανισμού που αποδέχονται τη νέα κουλτούρα, να αλλάξει το σύστημα αμοιβών ώστε να ενθαρρυνθεί η αποδοχή των νέων αξιών και να δημιουργηθεί κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συμμετοχής των ατόμων στη λήψη αποφάσεων.

Σχήμα 4.1: Κύρια στοιχεία αλλαγής προς επίτευξη της νέας κουλτούρας



Πηγή: Bounds et al., (1994:113)

Ο Schein E., (2004:292) υποστηρίζει ότι ο **τρόπος αλλαγής** της οργανωσιακής κουλτούρας εξαρτάται, από το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται ο οργανισμός. Για τον συγγραφέα, θα πρέπει να εφαρμοστούν διαφορετικές μέθοδοι και πρακτικές οργανωσιακής αλλαγής ανάλογα το στάδιο ανάπτυξης:

1. **Γέννηση και πρώτη ανάπτυξη:** Σε αυτό το στάδιο η κουλτούρα δίνει έμφαση στη κοινωνικοποίηση και στην αποδοχή. Ο οργανισμός χρειάζεται πρώτον, τη βοήθεια συμβούλων για να πραγματοποιηθεί η αλλαγή και δεύτερον, τη τοποθέτηση νέων ηγετών ώστε να οδηγήσουν τον οργανισμό μακριά από την κρίση.
2. **Μέση ηλικία οργανισμού:** Η κουλτούρα του οργανισμού, σε αυτό το στάδιο, είναι καλά διαμορφωμένη στις δομές της. Οι υποκουλτούρες έχουν αναπτυχθεί κάνοντας δύσκολη την όποια αλλαγή. Οι μηχανισμοί αλλαγής, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, είναι η σχεδιασμένη αλλαγή και ανάπτυξη, η τεχνολογική ανάπτυξη και η συνεχής μάθηση.
3. **Ωριμότητα του οργανισμού.** Οι μηχανισμοί αλλαγής, σε αυτό το στάδιο, είναι η αναγκαστική πειθώ, η στροφή του οργανισμού, η αναδιοργάνωση και τέλος η αναγέννηση.

Μια νέα προσέγγιση της οργανωσιακής θεωρίας που χρησιμοποιεί γνώσεις από την επιστήμη της συμπεριφοράς, με σκοπό να βοηθηθούν οι οργανισμοί στην προσαρμογή τους στην αλλαγή, είναι ο τομέας της οργανωτικής ανάπτυξης (Ζαβλανός Μ., 2002:409). Η οργανωτική ανάπτυξη βασίζεται στη συστηματική διάγνωση και αξιολόγηση των προβλημάτων του οργανισμού, που οδηγεί σε συγκεκριμένους τύπους αλλαγών. (Ζαβλανός Μ., 2002:433). Αποτελεί δηλαδή, μια **σύνθετη εκπαιδευτική στρατηγική** που αποσκοπεί στην αλλαγή των πιστεύω, των στάσεων, των αξιών, των οργανωτικών δομών, έτσι ώστε να προσαρμόζεται ο οργανισμός καλύτερα στις νέες τεχνολογίες, τα νέα δεδομένα της αγοράς και τις προκλήσεις με αποτέλεσμα τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του. (Μπουραντάς Δ., 2002: 590). Οι μέθοδοι στη διαδικασία της οργανωτικής ανάπτυξης προϋποθέτουν τη συμμετοχή των ιδίων των μελών του συστήματος στην εκτίμηση, διάγνωση και αλλαγή του δικού τους οργανισμού. Είναι ουσιαστικά μια **συμμετοχική διεργασία** όπου το πρωταρχικό μέλημα είναι η επαρκής οργανωτική επικοινωνία, η ενσωμάτωση ατομικών και οργανωτικών στόχων και η ανάπτυξη ενός κλίματος εμπιστοσύνης στον τομέα λήψης αποφάσεων. (Ζαβλανός Μ., 2002:410).

4.3 Μοντέλα Οργανωσιακής Αλλαγής

«Δεν υπάρχει τίποτε πιο μόνιμο εκτός από τη αλλαγή» (Ηράκλειτος).

Η βιβλιογραφία προσφέρει αρκετά θεωρητικά μοντέλα που αναπτύχθηκαν με στόχο την υλοποίηση μιας σχεδιασμένης αλλαγής. Από τα πιο γνωστά μοντέλα που προδιαγράφουν τα στάδια αλλαγής είναι αυτό του Kotter J. Ο Kotter θεωρεί ότι, για μια σχεδιασμένη, επιτυχημένη και μεγάλης κλίμακας αλλαγή, απαιτούνται 8 βήματα (Kotter J. Cohen D., 2002:31).

1. **Αύξηση του επείγοντος.** Τα μέλη του οργανισμού αντιλαμβάνονται την αναγκαιότητα της αλλαγής και αρχίζουν να παρακινούν ο ένας τον άλλον.
2. **Συγκρότηση της ηγετικής ομάδας.** Συγκροτείται μια ομάδα αρκετά ισχυρή για να ηγηθεί μιας μεγάλης κλίμακας αλλαγής και τα υπόλοιπα μέλη ξεκινούν να συνεργάζονται με ικανοποιητικό τρόπο.
3. **Δημιουργία του οράματος και στρατηγικής.** Η ηγετική ομάδα αναπτύσσει το κατάλληλο όραμα και τη στρατηγική.

4. **Επικοινωνία με σκοπό τη μετάδοση του οράματος.** Τα άτομα αρχίζουν να νιώθουν τον εαυτό τους συνοδοιπόρο της προσπάθειας αλλαγής και αυτό φαίνεται από τη συμπεριφορά τους.
5. **Εκχώρηση αρμοδιοτήτων για ανάληψη δράσης.** Περισσότερα άτομα νιώθουν ικανά να δράσουν και προσπαθούν να συμβάλλουν στην επιτυχία του οράματος.
6. **Επίτευξη βραχυχρόνιων επιτυχιών.** Αναπτύσσεται δυναμική καθώς τα άτομα προσπαθούν να υλοποιήσουν το όραμα, ενώ όλο και μειώνεται ο αριθμός εκείνων που αντιτίθενται στην αλλαγή.
7. **Ενίσχυση επιτεύξεων και αλλαγών.** Τα άτομα παρακινούν το ένα μετά το άλλο μέχρι να επιτευχθεί το όραμα.
8. **Παγίωση της αλλαγής.** Η νέα και νικηφόρα συμπεριφορά συνεχίζεται παρά τα εμπόδια που προβάλλει η παράδοση, η εναλλαγή ηγετών, ή άλλοι λόγοι αντίστασης.

Ένα δεύτερο μοντέλο αλλαγής κουλτούρας είναι το **μοντέλο των Lewin – Schein** (Ζαβλανός Μ., 2002:423), το οποίο αποτελείται από τρία στάδια:

1. **Ξεπάγωμα.** Αρχίζει η συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας για αλλαγή και η δημιουργία προσδοκιών για μια νέα επιθυμητή κατάσταση. Η ηγεσία παρέχει κίνητρα στα μέλη για την αναζήτηση νέων μεθόδων, πρακτικών ή λύσεων σε θέματα εργασίας.
2. **Αλλαγή.** Ακολουθούν ενέργειες που αφορούν την υλοποίηση της αλλαγής με την εφαρμογή νέων συστημάτων, διαδικασιών ή προγραμμάτων καθώς και την αλλαγή αξιών, στάσεων, συμπεριφορών.
3. **Ξαναπάγωμα.** Πραγματοποιείται αξιολόγηση για να καθοριστεί ο βαθμός επιτυχίας της αλλαγής και η αναγκαιότητα για περαιτέρω δράση. Σε αυτό το στάδιο εξασφαλίζεται η μονιμότητα των νέων καταστάσεων, δεξιοτήτων ή μοντέλων συμπεριφοράς.

Ο Cameron K., (2004:5), με τη σειρά του προτείνει ένα άλλο μοντέλο αλλαγής κουλτούρας το οποίο αποτελείται από 7 στάδια.

1. **Σημασία διευκρίνισης.** Ο σκοπός αυτού του βήματος είναι, να διευκρινιστούν για τον οργανισμό οι μέθοδοι, οι πρακτικές, οι αξίες ή οι συμπεριφορές που θα αλλάξουν και αντίστοιχα αυτές που θα παραμείνουν ίδιες.

2. **Προσδιορισμός των αφηγηματικών παραδειγμάτων.** Χρησιμοποίηση ενός ή δύο θετικών περιστατικών ή εκδηλώσεων που επεξηγούν τις βασικές αξίες που θα χαρακτηρίσουν τη μελλοντική κουλτούρα του οργανισμού.
3. **Καθοριστικές στρατηγικές πρωτοβουλίες.** Οι στρατηγικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες που θα αρχίσουν, αυτές που θα σταματήσουν, και αυτές που θα ενισχυθούν περισσότερο.
4. **Προσδιορισμός μικρών βημάτων προς κατάκτηση.** Οι μικρές επιτυχίες δημιουργούν την ορμή προς την επιθυμητή κατεύθυνση και εμποδίζουν την αντίσταση δεδομένου ότι, σπάνια οι άνθρωποι αντιστέκονται στις μικρές αλλαγές.
5. **Δείκτες προόδου** σε ένα χρονικό πλαίσιο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
6. **Επικοινωνία και σύμβολα.** Υιοθέτηση νέων μορφών επικοινωνίας και συμβόλων.
7. **Ενεργοποίηση της ηγεσίας.** Η οργανωσιακή αλλαγή απαιτεί την εμπλοκή της ηγεσίας σε όλη την προσπάθεια. Η αλλαγή κουλτούρας δεν εμφανίζεται τυχαία ή ακούσια στις οργανώσεις και απαιτεί από τους ηγέτες συνειδητά και με συνέπεια να κατευθύνουν τη διαδικασία.

Τέλος, οι Silverzweig and Allen, (1976:33-49) προτείνουν ένα μοντέλο αλλαγής τεσσάρων βημάτων.

1. **Ανάλυση της υπάρχουσας κουλτούρας.** Ανάλυση της υπάρχουσας κουλτούρας και υιοθέτηση συγκεκριμένων στόχων μέτρησης της. Κατάρτιση σχεδίου και προγράμματος για αλλαγή αυτής.
2. **Αναζήτηση της επιθυμητής κουλτούρας.** Συμμετοχή όλων των μελών του οργανισμού σε ομάδες εργασίας με στόχο τόσο την ανάδειξη των προσωπικών επιθυμιών των μελών όσο και την ανάδειξη των τιθέμενων επιθυμιών από την πλευρά της ηγεσίας για τον συνολικό προσδιορισμό της επιθυμητής κουλτούρας.
3. **Τροποποίηση των κρίσιμων σημείων για την υιοθέτηση της επιθυμητής κουλτούρας.** Τα σημεία μπορεί να εστιάζονται στις οργανωσιακές δομές, στα συστήματα αμοιβών, στα συστήματα επικοινωνίας, στην ανάπτυξη

ομάδων εργασίας, στο μοντέλο διοίκησης, στη μέτρηση αποτελεσμάτων ή στα συστήματα επίβλεψης και ελέγχου.

4. Μέτρηση αποτελεσμάτων και διατήρηση της επιθυμητής κουλτούρας.

Διατήρηση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων και στόχων και προώθηση της δια-βίου οργανωσιακής αλλαγής.

Η επιτυχία των προαναφερόμενων μοντέλων εξαρτάται από τέσσερις παράγοντες:

- Τον εκτεταμένο προγραμματισμό και σχεδιασμό
- Την ακριβή εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης
- Τη σωστή πρόβλεψη της αντίστασης για αλλαγή
- Την ικανότητα να ξεπεραστεί αυτή η αντίσταση (Γκολντστάιν Τ., 2003:26-27).

Υποστηρίζεται ότι, τα αναλυόμενα ανωτέρω μοντέλα αλλαγής βασίζονται στην έννοια της ισορροπίας. Συνεπώς, ένα **«σύστημα το οποίο επιδιώκει την ισορροπία είναι ένα σύστημα που αντιστέκεται στην αλλαγή»**. Τέτοια συστήματα δεν έχουν τη δυνατότητα δημιουργικής εξέλιξης και αδυνατούν να βρουν νέους τρόπους για να ανταποκριθούν στα περιβάλλοντά τους. (Γκολντστάιν Τ., 2003:38). Ο συγγραφέας πιστεύει ότι **«μόνο ένα μοντέλο αυτό-οργάνωσης που διαθέτει τη δυναμική της αυθόρμητης συστημικής αναδιάρθρωσης μπορεί να επιφέρει το ριζικό οργανωσιακό μετασχηματισμό»**.

Η αυτό-οργάνωση, είναι μια **διαδικασία μετασχηματισμού** η οποία ελευθερώνει και αξιοποιεί, την αυθόρμητη και ριζική μετατροπή της δομής και της λειτουργίας του οργανισμού. Είναι ένα νέο ισχυρό μοντέλο καθοδήγησης της οργανωσιακής αλλαγής. (Γκολντστάιν Τ., 2003:22-23). Στο πλαίσιο της αυτό-οργάνωσης τα όρια θα πρέπει να είναι όχι και τόσο διαπερατά προκειμένου να μπορούν να συγκρατούν το σύστημα αλλά και αρκετά διαπερατά ώστε να επιτρέπουν την ανταλλαγή με το περιβάλλον. (Γκολντστάιν Τ., 2003: 153).

4.4 Οργανωσιακή Αλλαγή και Αντίσταση

«Κάθε οργανισμός είναι το προϊόν σκέψης και δράσης των μελών του.

Εάν αλλάξεις τον τρόπο που οι άνθρωποι σκέφτονται και δρουν τότε μπορείς να αλλάξεις τον κόσμο»

(Senge, 1985).

Ανεξάρτητα με το μοντέλο αλλαγής που θα επιλέξει ένας οργανισμός, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας, κατά τον αρχικό στάδιο της αλλαγής, είναι η κατανόηση από όλους τους εμπλεκόμενους της αναγκαιότητας της αλλαγής, η σπουδαιότητά της και οι συνέπειες που θα επέλθουν από την αδράνεια ή από την επιλογή άλλου τύπου αλλαγής. (Σαχινίδης Α., κ.ά.2005:106-114). Το ως άνω προϋποθέτει τη διάθεση και επιθυμία των ανθρώπων για αλλαγή. Αλλαγή στο τρόπο που βλέπουν τον κόσμο, που συμπεριφέρονται και που αντιδρούν μέσα σε ένα δομημένο κοινωνικό πλαίσιο. **Αλλαγή στις αξίες και στα πιστεύω** του οργανισμού και πως τα πράγματα λειτουργούσαν μέσα σε αυτό το καλούπι. (Bounds et al., 1994:501). Σχεδόν όλες οι αλλαγές θα απαιτήσουν από τα μέλη του οργανισμού να τροποποιήσουν τον τρόπο με τον οποίο έχουν συνηθίσει να συμπεριφέρονται. Όπως υποστηρίζουν ο Schneider, Brief & Guzzo, (1996:7) «εάν οι άνθρωποι δεν επιθυμούν να αλλάξουν, δεν μπορεί να υπάρξει οργανωσιακή αλλαγή». Εξαιτίας αυτού του κοινωνιολογικού δεδομένου, όταν οργανισμοί επιχειρούν να ξεκινήσουν προγράμματα αλλαγής βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με άτομα ή ομάδες ατόμων τα οποία αντιστέκονται στις προτεινόμενες αλλαγές και δεν είναι πολλές φορές σαφές εάν, η αντίσταση οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου (προσωπικότητα) ή είναι συνάρτηση του τρόπου με τον οποίο ανακοινώνεται και εφαρμόζεται τελικά η αλλαγή. Παρά ταύτα, ένα είναι βέβαιο. Η οποιαδήποτε προσπάθεια οργανωσιακής αλλαγής δεν θα είχε τόσο έντονες αντιδράσεις εάν, οι οργανισμοί ήταν απλά μηχανισμοί παραγωγής υπηρεσιών και αγαθών. (Scott T., et al,2003:60). Οι οργανισμοί όμως, είναι δυναμικά κοινωνικά συστήματα που αποτελούνται από ανθρώπους των οποίων τα συναισθήματα και οι προσδοκίες επηρεάζουν την επιτυχία ή όχι μιας αλλαγής.

Για την ερμηνεία των στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στην αλλαγή ο Judson, τονίζει ότι πρέπει να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζονται τα άτομα τα οποία δέχονται τις συνέπειες της αλλαγής. Οι συνέπειες κατά τον συγγραφέα μπορούν να διακριθούν σε **λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες**. Οι

λειτουργικές συνέπειες της αλλαγής οριοθετούνται στον τρόπο με τον οποίο έως τότε διεξήγαγαν την εργασία τους και για το λόγο αυτό η ενεργή συνεργασία όσων εμπλέκονται άμεσα στις αλλαγές είναι απαραίτητη. Οι ψυχολογικές συνέπειες έχουν άμεση σχέση με την αβεβαιότητα που προκαλεί η αλλαγή στον τρόπο εργασίας και τέλος, οι κοινωνικές συνέπειες συνίστανται στις ήδη διαμορφωμένες διαπροσωπικές σχέσεις στα πλαίσια του εργασιακού χώρου.(Judson A., 1991).

Ο Davidson J., (2002:20-23), θεωρεί ότι πρέπει να ακολουθείται μια διαδικασία τεσσάρων βημάτων ώστε να μειωθούν οι συνέπειες της αλλαγής στους εμπλεκόμενους:

Βήμα I. Αναγνώριση των γεγονότων,

Βήμα II. Πρόκληση των πεποιθήσεων,

Βήμα III. Αναγνώριση των συναισθημάτων και

Βήμα IV. Σύνδεση της αλλαγής με τις αξίες των ατόμων.

Ο Φρόιντ θεωρούσε ότι οι άνθρωποι ελέγχονται από δύο τάσεις. Την αγάπη και την επίθεση. Η αγάπη ελέγχει τις ανθρώπινες επιθυμίες για την εύρεση της ευτυχίας. Για κάθε άτομο, η ευτυχία έχει ένα διαφορετικό νόημα. Η επίθεση λειτουργεί ως ένας προστατευτικός μηχανισμός διατήρησης αυτών που έχει ήδη κατακτήσει ο άνθρωπος και διαβεβαίωσης συνέχισης της ευτυχίας. Το αίσθημα της επίθεσης στις οργανωσιακές αλλαγές, που μεταφράζεται ως **αντίσταση**, υποκρύπτει το **φόβο**. (Campbell R., 2009:328-343). Στο πλαίσιο μιας οργάνωσης η αντίσταση και ο φόβος αντανakλούν την ανάγκη των εμπλεκόμενων να προστατέψουν την αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα και τα ιδανικά τους, και δεν σημαίνει απαραίτητα ροπή προς την αδράνεια. (Γκολντστάιν T., 2003:87). Εκτός τους φόβου, ειδικότερα αυτών που θεωρούν ότι κινδυνεύουν με την απώλεια των κεκτημένων δικαιωμάτων, εξουσιών και ευεργετημάτων, υπάρχει, από μερίδα εμπλεκόμενων, η συντηρητική διάθεση. Θεωρούν την υπάρχουσα κατάσταση ασφαλή, βολική και δεν πρέπει, συνεπώς να μεταβληθεί. (Ζιανίκας X., 1996:117).

Ο Ζαβλανός M., (2002:419), τονίζει ότι εκτός του φόβου και της αβεβαιότητας που επιφέρει η οργανωσιακή αλλαγή μπορεί να εγείρει συναισθήματα όπως **απώλεια του ελέγχου**, **απειλή του εγωισμού** ή **απειλή εναντίον οικονομικών συμφερόντων** ή του **γοήτρου του ατόμου** και φόβο για επιπλέον **φόρτο εργασίας**. Η αύξηση του φόρτου εργασίας όχι μόνο αποδίδεται στην αλλαγή αλλά καθιστά επίσης την αλλαγή μη ελκυστική και προβληματική οδηγώντας σε μη υποστηρικτικές στάσεις. (Vakola M.,

Nikolaou I., 2005:160-174). Επιπρόσθετα, οι Armenakis A., και Bedeian A., (1999:293-315) θεωρούν το **άγχος**, ως εμπόδιο για την αλλαγή στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αλλαγών και υποστηρίζουν ότι η αλλαγή προκαλεί κυνισμό και άγχος, που είναι ανασταλτικοί παράγοντες επιτυχίας της αλλαγής.

Οι Kotter J, και Cohen D., (2002:43) παραθέτουν τέσσερα είδη συμπεριφοράς που συνήθως εμποδίζουν τη δρομολόγηση της απαραίτητης αλλαγής:

1. Το πρώτο είναι η **αυταρέσκεια** που υποκινείται από λανθασμένη υπερηφάνεια ή αλαζονεία δηλαδή, η υπερκτίμηση των δυνατοτήτων του ατόμου που πιστεύει ότι μπορεί να επιτύχει τα τιθέντα αποτελέσματα ή τους επιθυμητούς στόχους χωρίς να είναι απαραίτητη η οργανωσιακή αλλαγή.
2. Το δεύτερο είναι η **ακινητοποίηση, η αυτοπροστασία**, ένα είδος απόκρυψης, ή παρακίνησης από το φόβο ή τον πανικό.
3. Το τρίτο είναι η **θυμωμένη αντίδραση** που συνοδεύεται από τη φράση «δεν μπορείς να με αναγκάσεις να αλλάξω».
4. Και το τέταρτο είναι η **πολύ απαισιόδοξη στάση** που οδηγεί στον μόνιμο δισταγμό.

Ειδικότερα για το πρώτο είδος συμπεριφοράς ο Kotter J., (2001:175), θεωρεί ότι ο συνδυασμός έγκυρων δεδομένων από ένα πλήθος εξωτερικών πηγών, η ευρεία μετάδοση αυτής της πληροφόρησης μέσα στον οργανισμό και η ειλικρίνεια της αναπληροφόρησης, συμβάλουν πολύ στην εκρίζωση ή στην αποβολή της αυταρέσκειας.

Ο Schein, από την άλλη πλευρά, υποστηρίζει ότι, η διαδικασία της αλλαγής επιφέρει **άγχος επιβίωσης ή ενοχή**. Το αίσθημα ότι πρέπει κάποιος να αλλάξει συνοδεύεται από άγχος αλλαγής των κεκτημένων του, του ρόλου του ή της δύναμής που του δίδει η θέση του, τα στοιχεία της ταυτότητας του και δημιουργεί άρνηση και αντίσταση στην αλλαγή. Ο μόνος τρόπος ανάκαμψης αυτής της αντίστασης είναι η **ψυχολογική ασφάλεια**. (Schein E., 2004:336). Επιπλέον όπως οι Kotter J, και Cohen D., (2002:27,212) πιστεύουν, *«οι άνθρωποι αλλάζουν αυτό που κάνουν πιο πολύ επειδή τους έδειξαν μια αλήθεια που επηρεάζει τα συναισθήματά τους και λιγότερο επειδή τους παρουσίασαν μια ανάλυση που αλλάζει τον τρόπο σκέψης τους»*. Για τους συγγραφείς, η πρόκληση στη διαδικασία αλλαγής είναι η **αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς**. Η ανάλυση και η σκέψη οδηγούνται από την συναίσθηση των όσων συμβαίνουν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο εάν οι εμπλεκόμενοι «δουν μια αλήθεια» στην αλλαγή η

οποία μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματά τους. Η σκέψη και η ανάλυση θεωρούν ότι είναι βασικές συνιστώσες, αλλά η καρδιά της αλλαγής είναι το συναίσθημα. Υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι **«βλέπουν, νιώθουν, αλλάζουν»**. Επιπλέον συμπληρώνουν ότι η κουλτούρα αλλάζει πραγματικά μόνο όταν έχει αποδειχθεί ότι κάποια νέα μέθοδος λειτουργίας αποδίδει για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. (Kotter J, και Cohen D., 2002:208). Ο Μπουραντάς Δ., (2002:584) υποστηρίζει ότι η θεσμοποίηση των αλλαγών συνιστάται στην αλλαγή και τη ρουτινοποίηση νέων ομαδικών συμπεριφορών. Η αλλαγή της συλλογικής συμπεριφοράς προηγείται της αλλαγής των γνώσεων, των στάσεων ή ακόμη και της ατομικής συμπεριφοράς. (Μπουραντάς Δ., 2002:584).

Απαραίτητη προϋπόθεση αλλαγής και επιτυχίας αυτής είναι η ύπαρξη ενός **νέου οράματος** το οποίο θα ενσωματωθεί στις νέες οργανωσιακές πρακτικές. (Γκολνστάιν Τ., 2003:21). Το νέο όραμα οφείλει να αναφέρεται στη νέα κουλτούρα και να δείχνει μια τελική κατάσταση στην οποία οδηγούν τα σχέδια και οι στρατηγικές. Έχει τόσο δημιουργική όσο και συναισθηματική συνιστώσα. (Kotter J, και Cohen D., 2002:23). *«Η πρόκληση λοιπόν είναι, πώς να συντονιστούν οι άνθρωποι στο κοινό όραμα και κατόπιν στη στρατηγική του οργανισμού με τρόπο που θα ξυπνά το πάθος τους»*. (Goleman D., et al., 2002:227). Το όραμα εάν δεν μεταδοθεί σωστά και στην έκταση που πρέπει, δεν θα επηρεάζει τα συναισθήματα των εμπλεκομένων στην αλλαγή. Χωρίς το **όνειρο, το βαθύτερο** νόημα που καθοδηγεί τις πράξεις, δεν υπάρχει λόγος κινητοποίησης προκειμένου τα μέλη να προσπαθήσουν για κάτι παραπάνω από ότι επιβάλλουν οι συμβατικές τους υποχρεώσεις. Αυτό το κάτι παραπάνω το εγείρει ο ηγέτης. (Τσούκας Χ. 2004:79). Πως όμως μπορούν οι ηγέτες να βοηθήσουν τον οργανισμό να διαμορφώσει και να αναδείξει το ιδανικό του όραμα και να κινητοποιηθούν τα μέλη; Όπως τονίζει οι Goleman D., et al., (2002:223), *«κατ' αρχάς πρέπει να ξεκινήσουν εξετάζοντας **προσεκτικά τον εαυτό τους**: τα δικά τους όνειρα και προσωπικά οράματα για τον οργανισμό του οποίου ηγούνται»*, μιας και όπως υποστηρίζει ο Schein E., (2004:418), *«η κατανόηση της κουλτούρας και η αλλαγή αυτής αρχίζουν πρώτα από μέσα μας»*.

Αυτό προϋποθέτει μια βαθιά προσωπική αναζήτηση και μια **βαθιά προσωπική αλλαγή**. Η ανάδειξη ενός νέου εγώ το οποίο θα ανταποκρίνεται στη σημερινή πραγματικότητα. Ο Quinn R., (1996:9,38) θεωρεί ότι ο ηγέτης μπορεί να αλλάξει τον

οργανισμό μόνο όταν αλλάξει τον εαυτό του. Εάν αποτύχει να αλλάξει τον εαυτό του, ο οργανισμός δεν επιτυγχάνει αλλαγή. Η συμπεριφορά του και τις πράξεις του δίνουν το παράδειγμα για το νέο όραμα και την αλλαγή. (Bounds et al., 1994:166, Quinn R., 1996:160).

Στη συνέχεια όπως υπογραμμίζει ο Senge, μπορούν να εφαρμόσουν τα **πέντε στάδια δημιουργίας κοινού οράματος**, για την αλλαγή: (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:42)

1. Η «διακήρυξη» (η ηγεσία διατυπώνει το όραμά της)
2. Η «πώληση» (η ηγεσία εμπνέει με το όραμά της)
3. Η «επαλήθευση» (η ηγεσία επιδιώκει να διαπιστώσει αν τα μέλη υποστηρίζουν ή συμφωνούν με το όραμά της)
4. Η «διαβούλευση» (τα μέλη εκφράζονται σχετικά με τους δυνατούς τρόπους μετατροπής, συμπλήρωσης ή βελτίωσης των στόχων του οράματος)
5. Η «από κοινού δημιουργία» (η ηγεσία από κοινού με τα μέλη τροποποιεί και εμπλουτίζει το κοινό όραμα).

Επιπρόσθετα, η **αντίληψη του ρόλου** δίνει στους εργαζόμενους όραμα για το τι περιμένει ο οργανισμός από αυτούς. Η αντίληψη του ρόλου εισχωρεί στο μυαλό των ανθρώπων ως πιστεύω για το τι περιμένουν οι άλλοι από αυτούς. Εάν οι συνθήκες είναι οι κατάλληλες, αυτές οι αντιλήψεις οδηγούν σε κατάλληλη συμπεριφορά ρόλου. (Bounds et al., 1994:135). Συνεπώς, τα μέλη της οργάνωσης πρέπει να καθίστανται κοινωνοί του οράματος, γνώστες της αποστολής και του ρόλου τους, στοιχεία που συμβάλλουν στη προσήλωση των μελών και στην αποστολή της οργάνωσης. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:105).

Τέλος η **κατάλληλη στρατηγική** που θα ακολουθήσει ο οργανισμός θα πρέπει να ταιριάζει με τη νέα κουλτούρα και το νέο όραμα ώστε να παρακινηθούν και να ενεργοποιηθούν οι εμπλεκόμενοι να συμβάλλουν στην επιτυχία της αλλαγής και στην αποτελεσματική εκπλήρωση της κουλτούρας και του οράματος. Αρωγός στην παρακίνηση και στην ενεργοποίηση είναι οι ειλικρινείς σχέσεις μεταξύ της ηγεσίας και των μελών. Η διαχείριση των συγκρούσεων, η δημιουργία υποστηρικτικών εργασιακών σχέσεων και η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλουν στη θετική στάση προς την αλλαγή και, επομένως, συνιστούν παράγοντες για την επιτυχία ενός προγράμματος αλλαγής (Vakola M., Nikolaou I., 2005:160-174) ή όπως ο Quinn R., (1996:42) θεωρεί,

οι σχέσεις είναι το «**κλειδί**» για την επιτυχία της αλλαγής. Εάν η πλειοψηφία των μελών αντιλαμβάνεται ότι ο οργανισμός αναπτύσσει υποστηρικτικούς οργανωσιακούς μηχανισμούς για την αλλαγή, όπως: δέσμευση από την ηγεσία, κατανομή των πόρων, ανταμοιβές, κατάρτιση, συμμετοχή στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της κ.λπ., η αλλαγή καταλήγει σε επιτυχία. (Armenakis, A., et al, 1993:681-702). Διαφορετικά η αλλαγή είναι μια αγχωτική εμπειρία. (McHugh, 1993: 18-32).

Ο Pasmore W. (1994), έθεσε τέσσερις **κανόνες πραγματοποίησης μιας αλλαγής**:

- Ο πρώτος κανόνας της αλλαγής, είναι η γνωστοποίηση των συνεπειών στους εμπλεκόμενους από την αλλαγή,
- Ο δεύτερος κανόνας είναι η προετοιμασία των ατόμων για την αλλαγή μέσω της εκπαίδευσης ώστε να υπάρξει επιτυχία στην αλλαγή,
- Ο τρίτος κανόνας, είναι η εμπλοκή όλο και περισσότερων ατόμων και
- Ο τέταρτος κανόνας είναι, μετά τη συμμετοχή των περισσότερων, να αλλαχθούν αυτά που πραγματικά χρειάζονται σε ολόκληρο το σύστημα ώστε η αλλαγή να καταλήγει σε συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Συνεπώς, όλα τα μέλη του οργανισμού (ηγεσία και εργαζόμενοι) θεωρούνται **φορείς** της οργανωσιακής αλλαγής. Συγκεκριμένα οι φορείς είναι: (Μπουραντάς Δ., 2005:186)

- **Η ηγεσία.** Οραματίζεται την επιθυμητή κατάσταση και χαράσσει τη στρατηγική,
- **Οι υποστηρικτές – διευκολυντές της αλλαγής.** Τα μέλη του οργανισμού, σε οποιοδήποτε ιεραρχικό επίπεδο, που έχουν δεχθεί το όραμα και τους στόχους της αλλαγής, υποστηρίζουν και διευκολύνουν την υλοποίησή της,
- **Οι υλοποιητές των αλλαγών.** Τα μέλη που δημιουργούν τις «τεχνικές» συνθήκες για την υλοποίηση της αλλαγής, προγραμματίζουν, συντονίζουν, υλοποιούν, σε καθημερινή βάση την όλη διαδικασία της αλλαγής και ελέγχουν ενέργειες που αφορούν το σχεδιασμό και την υλοποίηση της αλλαγής,
- **Οι δέκτες των αλλαγών.** Είναι όλα τα μέλη της οργάνωσης τα οποία πρέπει να υιοθετήσουν, να προσαρμοστούν και να εφαρμόζουν τις αλλαγές.

Πρωταρχικός και σημαντικότερος φορέας για την επιτυχία της αλλαγής, θεωρείται η ηγεσία.

4.5 Ο Ρόλος της Ηγεσίας στην Οργανωσιακή Αλλαγή

«Εμείς πρέπει να γίνουμε η αλλαγή που θέλουμε να δούμε» (Γκάντι)

Η ηγεσία είναι μία από τις οκτώ λειτουργίες του μάνατζμεντ και υποστηρίζεται ότι αποτελεί τον κρισιμότερο παράγοντα επιτυχίας ή αποτυχίας ενός οργανισμού καθώς και ότι είναι υπεύθυνη για την ίδια την επιβίωση του. (Μπουραντάς Δ., 2005:195). Ο Drucker P., (1996:13,87), θεωρεί την **ηγεσία** ως το ζωοποιό στοιχείο που χωρίς την ύπαρξή του, «οι πόροι της παραγωγής» ενός οργανισμού παραμένουν απλοί πόροι χωρίς να γίνονται ποτέ παραγωγή και επιπλέον υποστηρίζει ότι, «*ηγεσία σημαίνει εξισορρόπηση ποικίλων αναγκών και στόχων του οργανισμού με **κριτική σκέψη***». Ένας γενικός όρος της ηγεσίας είναι η άσκηση διοίκησης-διεύθυνσης ή κατεύθυνσης μιας δραστηριότητας ενός συγκροτημένου συνόλου. (Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής, 2007).

Μέχρι τη δεκαετία του 1980, η έρευνα στην ηγεσία επικεντρωνόταν σε λογιστικά, επικοινωνιακά και κοινωνικό-ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ηγέτες στη διαδικασία επίτευξης των στόχων ενός οργανισμού. Στη διάρκεια της δεκαετίας του '80 και εντεύθεν, λόγω της δυναμικότητας και της πολυπλοκότητας του περιβάλλοντος στο οποίο δρουν οι οργανισμοί, η αποτελεσματική ηγεσία, θεωρείται ολοένα και πιο κρίσιμη μεταβλητή και ένας νέος ορισμός της ηγεσίας αναπτύχθηκε εμπεριέχοντας νέες έννοιες. (Sendelbach N., 1993:75-99). Σύμφωνα με τη νέα αυτή θεώρηση, η ηγεσία έχει στόχο να ορίσει την οργανωσιακή πραγματικότητα, να δει τις ασαφείς καταστάσεις και πληροφορίες και να πείσει τους κατώτερους να ασπαστούν την άποψη του ηγέτη για τα πράγματα που συμβαίνουν στον οργανισμό. (Scott T., et al, 2003:30).

Ο Gilmore T., (2002) υποστηρίζει ότι η ηγεσία είναι μια λειτουργία ενός συλλογικού τρόπου ζωής, είναι ένας τρόπος που απαιτεί την παρακίνηση μιας ομάδας ατόμων να συγκεντρώνουν όλες τις προσπάθειές τους και να εργάζονται για έναν κοινό στόχο. Ο Μπουραντάς Δ., (2005:197) θεωρεί την ηγεσία ως «*διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μιας μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη), με τέτοιο τρόπο ώστε εθελοντικά και πρόθυμα και με την κατάλληλη συνεργασία να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό για να υλοποιούν αποτελεσματικούς στόχους που απορρέουν από την*

αποστολή της ομάδας και τη φιλοδοξία της για πρόοδο ή ένα καλύτερο μέλλον», και προτείνει τη διεπιστημονική διεύρυνση αυτής, επειδή αποτελεί ένα **πολύπλοκο κοινωνικό φαινόμενο**. (Μπουραντάς Δ., 2008). Το Institute of Medicine, (2001:150), τονίζει ότι η ηγεσία είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία και τη μεταρρύθμιση του οράματος και των στόχων του οργανισμού, την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών όλων εκείνων που εργάζονται στον οργανισμό, παρέχοντας τους κατεύθυνση, δημιουργία κινήτρων για αλλαγή, ενσωμάτωση, ευκαιρίες βελτίωσης και δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος εργασίας και μιας κουλτούρας διαρκούς βελτίωσης που να ενθαρρύνει και να επιτρέπει την επιτυχία. Αναφορικά με τη σχέση ηγεσίας και κουλτούρας, ο Schein E., (2004:1) υπογραμμίζει ότι *«η δυναμική διαδικασία της δημιουργίας και της διαχείρισης της κουλτούρας είναι το ουσιαστικό διοικητικό αποτύπωμα, η ταυτότητα της ηγεσίας και στην ουσία η ηγεσία και η κουλτούρα είναι οι δύο πλευρές του ίδιου νομίσματος»*.

Σε αρκετά συγγράμματα ο όρος ηγεσία αναφέρεται και ως μάνατζμεντ. Ο Kotter J., (2001:42), διευκρινίζει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των εννοιών του **μάνατζμεντ** και της **ηγεσίας** ενός οργανισμού. Για τον συγγραφέα, το μάνατζμεντ δημιουργεί ένα βαθμό προβλεψιμότητας και οργάνωσης και έχει τη δυνατότητα συνεχούς παραγωγής των αναμενόμενων από όλους τους ενδιαφερόμενους βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε αντίθεση με την ηγεσία, που έχει ένα πιο δυναμικό ρόλο, έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί εξαιρετικά χρήσιμες αλλαγές στον οργανισμό, συχνά σε θεαματικό βαθμό, είτε πρόκειται για καινοτόμα προϊόντα είτε για μεθόδους και πρακτικές, με στόχο την ανταγωνιστικότητα. Την άποψη αυτή, υποστηρίζει ο Schein E., (2004:11) και συμπληρώνει ότι *«η ηγεσία δημιουργεί και αλλάζει την κουλτούρα ενώ η διοίκηση και διαχείριση δρουν στο πλαίσιο μια διαμορφωμένης κουλτούρας»*.

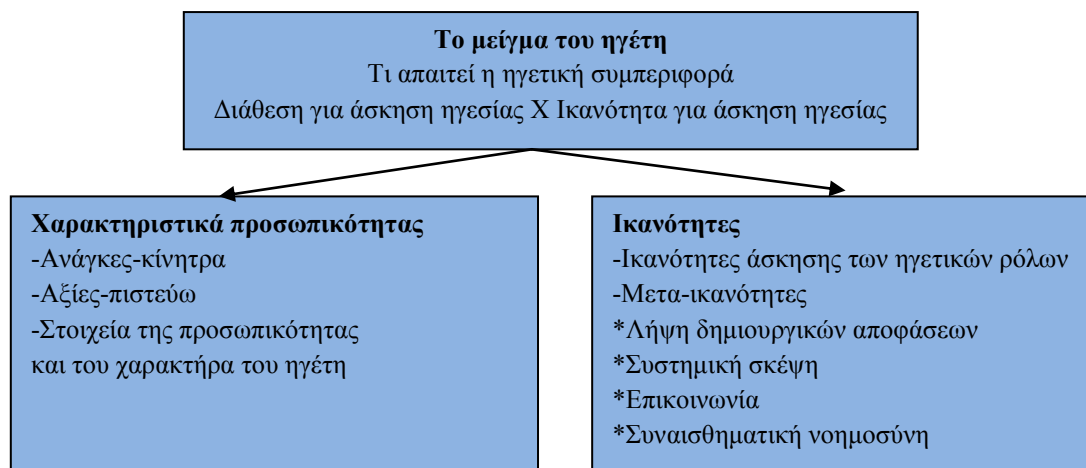
Για να υπάρξει αλλαγή στην κουλτούρα, θα πρέπει οι ηγέτες να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης τους και τις πρακτικές τους προς τα μέλη του οργανισμού. Η έννοια της κουλτούρας παρέχει στους ηγέτες τη δυνατότητα κατανόησης της συμπεριφοράς του ανθρώπινου δυναμικού. Νέες πρακτικές και νέος τρόπος σκέψης σημαίνει νέα κουλτούρα. (Bounds et al., 1994:88). Συνεπώς, οι ηγέτες οφείλουν να:

- Αναλύουν και να περιγράφουν την ανάγκη για αλλαγή,
- Εξασφαλίζουν συμμετοχή στο σχεδιασμό όσων πρόκειται να επηρεασθούν από την αλλαγή,

- Παρέχουν ουσιαστική και ολοκληρωμένη πληροφόρηση,
 - Παρέχουν δυνατότητα να ακουστούν αντιρρήσεις,
 - Εξασφαλίζουν ευρεία και ενεργητική συναίνεση,
 - Λαμβάνουν υπόψη πρότυπα και συνήθειες ομάδων,
 - Εφαρμόσουν μόνο όσες αλλαγές είναι αναγκαίες,
 - Χειρισθούν κατάλληλα το χρόνο και να
 - Επιφέρουν τις όποιες αναγκαίες τροποποιήσεις κατά τη διαδικασία της αλλαγής.
- (Χυτήρης Λ., 2001: 339).

Σκοπός τους είναι να καταφέρουν **«συνηθισμένους ανθρώπους να κάνουν ασυνήθιστα πράγματα»**. (Drucker P., 1996:192). Η επιτυχία του εν λόγω εγχειρήματος απαιτεί από την πλευρά του ηγέτη ένα **μείγμα προσόντων** ώστε να ασκήσει επιτυχημένη ηγεσία και αποτελεσματική ηγετική συμπεριφορά. Τα προσόντα συνίστανται, στη διάθεσή του για άσκηση εξουσίας καθώς και στην ικανότητά του να την ασκεί. Η διάθεση προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του ηγέτη όπως ανάγκες, πιστεύω, κίνητρα, αξίες, ενώ οι ικανότητες άσκησης ηγεσίας, εκτός των τυπικών προσόντων, αναφέρεται σε χαρακτηριστικά όπως επικοινωνία, συναισθηματική νοημοσύνη, λήψη δημιουργικών αποφάσεων και συστημική σκέψη. (σχήμα 4.2)

Σχήμα 4.2: Το μείγμα των στοιχείων που συνθέτουν το προφίλ του ηγέτη



Πηγή: Μπουραντάς Δ., (2005: 251)

Αναφορικά με την ηγετική συμπεριφορά, όπως διαπιστώθηκε στο 1^ο κεφάλαιο και αναλύθηκε στη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών, σε έναν οργανισμό, απαιτείται από τον ηγέτη η ισορροπία ή η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς του κάθε φορά στις διαφορετικές ανταγωνιστικές καταστάσεις. Απαιτείται συνεπώς μια υψηλού βαθμού **ηγετική συμπεριφοριακή πολυπλοκότητα** ώστε να είναι πιο ευέλικτος στις οργανωσιακές απαιτήσεις με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. (Lawrence K., et al, 2009: 87-102). Ο ηγέτης θα πρέπει να συνεργάζεται αλλά ταυτόχρονα να είναι και ανταγωνιστικός. Να προχωρά συνεχώς σε αλλαγές αλλά και να διατηρεί τη σταθερότητα. Να εστιάζει στα αποτελέσματα αλλά και να βοηθά τα μέλη του οργανισμού. Η επιτυχία του συνεπώς, εξαρτάται από τη σύνθεση αυτών των φαινομενικά αντιφατικών ζητημάτων. Τούτο απαιτεί, όχι μόνο **εστίαση στους στόχους** αλλά και εστίαση στον **τρόπο σκέψης** ο οποίος υποστηρίζεται ότι καλύπτει ένα σύνολο πέντε διαφορετικών «κατευθύνσεων». (Gosling J., Mintzberg H., 2005). Οι κατευθύνσεις ενός διευθυντικού τρόπου σκέψης, βοηθούν τους ηγέτες να ερμηνεύουν και να αντιμετωπίζουν τον κόσμο που τους περιβάλλει ώστε να μπορούν να προχωρούν στις απαραίτητες αλλαγές. Κάθε κατεύθυνση έχει το δικό της βασικό στόχο όπως αναφέρεται στον πίνακα 4.1. Συγκεκριμένα:

Πίνακας 4.1: Οι Πέντε Κατευθύνσεις του Διευθυντικού Τρόπου Σκέψης

1.	Η Σκέψη της Στοχαστικής Κατεύθυνσης	Η στοχαστική σκέψη κατευθύνεται προς το εγώ – δεν μπορεί να υπάρξει κατανόηση χωρίς αυτογνωσία . Οι ηγέτες που διαθέτουν στοχαστική σκέψη αντιμετωπίζουν με σεβασμό το παρελθόν, τα σημαντικά γεγονότα, τις μεγάλες επιτυχίες ή τις αποτυχίες καθώς και τα καθημερινά μικρά πράγματα, που όμως κάνουν τους οργανισμούς να λειτουργούν.
2.	Η Σκέψη της Αναλυτικής Κατεύθυνσης	Οι οργανισμοί στηρίζονται στο συστηματικό διαχωρισμό των δραστηριοτήτων και εκεί παρέχει απάντηση η ανάλυση. Κανείς δεν μπορεί να οργανώσει κάτι χωρίς ανάλυση. Η αποτελεσματική ανάλυση προσφέρει μία κοινή γλώσσα ενώ, διαφαίνονται οι αξίες που οδηγούν τον οργανισμό σε συγκεκριμένες επιλογές. Επιτρέπει

		στους ανθρώπους να κατανοήσουν ποια είναι η κινητήριος δύναμη των προσπαθειών τους. Εξασφαλίζει δείκτες για τη μέτρηση της απόδοσης. Η ίδια η οργανωτική δομή είναι αναλυτική.
3.	Η Σκέψη της Πραγματιστικής Κατεύθυνσης	Η πραγματιστική σκέψη τοποθετεί το στόχο της πέρα από τα όρια του οργανισμού, στο ευρύτερο περιβάλλον. Η ματιά στο διαφορετικό εξωτερικό περιβάλλον, οδηγεί σε διαφορετική εσωτερική θεώρηση. Ουσιαστικά, η πραγματιστική σκέψη βοηθά ώστε να τοποθετηθεί και να διαμορφωθεί η στοχαστική σκέψη σε ένα ευρύτερο πλαίσιο πληροφοριών.
4.	Η Σκέψη της Συνεργατικής Κατεύθυνσης	Η συνεργατική σκέψη κινείται πέρα από το εγώ, στο δίκτυο των σχέσεων του ηγέτη. Είναι η διαχείριση των σχέσεων μεταξύ των μελών μιας ομάδας, μεταξύ τμημάτων, ή μεταξύ συμμάχων. Δεν είναι οι ηγέτες αυτοί που κάνουν πραγματικότητα τους στόχους του οργανισμού. Αντίθετα, έργο τους είναι να δημιουργήσουν τις δομές, τις συνθήκες και τις συμπεριφορές με τις οποίες θα υλοποιηθούν οι στόχοι από τα μέλη του οργανισμού. Και τούτο απαιτεί συνεργατική σκέψη. Οι ηγέτες σε αυτή τη κατεύθυνση ακολουθούν το συμμετοχικό στυλ διοίκησης, ακούν περισσότερο και μιλούν λιγότερο.
5.	Η Σκέψη προς την Κατεύθυνση της Δράσης	Η κατεύθυνση της δράσης στοχεύει στην ενοποίηση όλων των υπολοίπων κατευθύνσεων μέσα από τη διαδικασία της αλλαγής – του εγώ, των σχέσεων, του οργανισμού και του ευρύτερου πλαισίου. Η δράση στηρίζεται σε μελετημένες στρατηγικές και, προσεκτικά σχεδιασμένες αποφάσεις. Η συνεργατική σκέψη αποτελεί ουσιαστικά το μέγιστο προσόν ενός πραγματικού στοχαστικού και αναλυτικού ηγέτη.

Πηγή: Gosling J., Mintzberg H., (2005)

Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι για να «επιτύχει ο ηγέτης την **αλλαγή** απαιτείται να είναι στοχαστικά συνεργάσιμος καθώς και αναλυτικά πραγματιστής». Ταυτόχρονα, χρειάζεται η συναισθηματική του εμπλοκή καθώς και η προσωπική του δέσμευση. Οι Devos G., et al., (2002), θεωρούν ότι η αποτυχία της οργανωσιακής αλλαγής οφείλεται συχνά στην έλλειψη δέσμευσης και στη συναισθηματική εμπλοκή του ηγέτη στη διαδικασία της αλλαγής. Έρευνες κατέγραψαν ότι το 70% των προγραμμάτων ανασχεδιασμού των οργανωσιακών διαδικασιών είχαν περιορισμένη επιτυχία λόγω της μη δέσμευσης και εμπλοκής των ηγετών. Συνήθως, οι ηγέτες των οργανισμών, αποφεύγουν να ταυτιστούν απόλυτα με τις επιχειρούμενες αλλαγές ώστε να ελέγχουν το βαθμό έκθεσης τους σε πιθανή αποτυχία. Διαχειρίζονται τον κίνδυνο αποτυχίας με το μικρότερο προσωπικό κόστος δημιουργώντας τα εχέγγυα μιας μελλοντικής μεταπήδησης σε άλλον οργανισμό.

Σημαντική μεταβλητή, επίσης, στην επιτυχία ή όχι μιας οργανωσιακής αλλαγής είναι στο στυλ ηγεσίας που θα εφαρμόσει ο ηγέτης. Υποστηρίζεται ότι, όπου οι ηγέτες χρησιμοποιούν δυσαρμονικά στυλ διοίκησης **η κουλτούρα ή η αλλαγή αυτής καταλήγει να είναι τοξική**. (Goleman D., 2002:213). Συνεπώς ποιο στυλ διοίκησης ή ποια συμπεριφορά του ηγέτη μπορεί να παράγει το καλύτερο αποτέλεσμα σχετικά με τη συνολική απόδοση του οργανισμού ή με την επιτυχία μιας οργανωσιακής αλλαγής;

Ο Likert, έπειτα από έρευνα 30 ετών, κατέληξε ότι, δεν υπάρχει ένα ηγετικό στυλ που είναι σταθερά καλύτερο και αποτελεσματικότερο από κάποιο άλλο. Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από τη χρησιμοποίηση ενός στυλ ηγεσίας που είναι **κατάλληλο σε μια συγκεκριμένη κατάσταση**. (Ζαβλανός Μ., 2002:274). Δηλαδή, οι ηγέτες ενεργούν σύμφωνα με μια ή περισσότερες διακριτές προσεγγίσεις – στυλ, τις οποίες εναλλάσσουν επιδέξια ανάλογα με την οργανωσιακή περίσταση. (Goleman D., 2002:75). Ο Λειβαδάς Λ. (2003:76) θεωρεί ότι το στυλ διοίκησης πρέπει να είναι εκείνο που ανταποκρίνεται στα κίνητρα και στα ενδιαφέροντα των ατόμων του οργανισμού, τους διεγείρει το συναίσθημα και ενεργοποιεί την επιθυμία τους για δράση. Ο πίνακας 4.2., που ακολουθεί, παρουσιάζει συνοπτικά, συγκεκριμένα στυλ ηγεσίας που χρησιμοποιεί ένας ηγέτης ανάλογα την οργανωσιακή κατάσταση του οργανισμού.

Πίνακας 4.2.: Στυλ Ηγεσίας

Στυλ εμπιστοσύνης (Bose P.,2004:179-210)	Ο ηγέτης εμπνέει και ενισχύει την εμπιστοσύνη των μελών του οργανισμού μέσω της διαδικασίας των θετικών εμπειριών και σταδιακά η συμπεριφορά του γίνεται πρότυπο. Ο Μέγας Αλέξανδρος αποτελεί παράδειγμα ηγέτη που είχε κερδίσει την εμπιστοσύνη του στρατού του.
Στυλ έμπνευσης (Bose P.,2004:179-210)	Ο ηγέτης δέχεται την ευθύνη για μια εξέλιξη που δεν θα μπορούσε να είχε προβλέψει. Έτσι ενισχύεται η πίστη που έχουν τα μέλη. Έχει αξιοζήλευτη ικανότητα να εμπνέει και να ενεργοποιεί τους εργαζόμενους, αναλύοντας τα σχέδια του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν ο Τσόρτσιλ, στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου που ήταν σε θέση να ξεσηκώνει το λαό του με νικηφόρα οράματα.
Στυλ συνοχής (Bose P.,2004:179-210)	Ο ηγέτης έχει εμπιστοσύνη σε αυτούς που εξουσιοδοτεί ότι θα λειτουργήσουν με δική τους πρωτοβουλία, αλλά αφού έχουν συζητήσει τα σχέδια τόσες και τόσες φορές, που η εφαρμογή τους έρχεται ως φυσιολογική συνέπεια. Ο Ναπολέον, εκτός της εμπιστοσύνης που είχε στους στρατηγούς του, γνώριζε τα πάντα για το στρατό του και συμμετείχε σε όλες τις εργασίες, σε τέτοιο βαθμό που τον αποκαλούσαν ο «μικρός δεκανέας».
Στυλ Επίθεσης (Bose P.,2004:179-210)	Ο ηγέτης ποτέ δεν περιμένει να έρθουν οι λύσεις στα προβλήματα από άλλα κέντρα αποφάσεων αλλά επιχειρεί πάντα ο ίδιος να τις οραματίζεται και να τις διαμορφώνει.
Ανθρωπιστικό στυλ (Bose P.,2004:179-210)	Μεγαλόψυχος απέναντι στα μέλη του οργανισμού.
Αυταρχικό στυλ (Bose P.,2004:179-210)	Ένας ηγέτης «θυμώνει ανάλογα το άτομο, με τον κατάλληλο τρόπο, την κατάλληλη στιγμή και για την κατάλληλη αιτία».
Αρμονικό στυλ (Goleman D., et al., 2002:39)	Ο αρμονικός ηγέτης είναι αυτός που χρησιμοποιεί αυθεντικό λόγο στηριζόμενος στις δικές του αρχές και αξίες, εναρμονίζεται με τα αισθήματα των μελών του οργανισμού, αγγίζει με τα λόγια του το συναισθηματικό κόσμο των μελών και προσφέρει ανάταση και έμπνευση την ώρα της κρίσης.

	Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Γκάντι. Αν και στην αρχή των ομιλιών του δεν τον εμπιστευόντουσαν, όταν συνέχιζε να μιλάει, οι άνθρωποι σταδιακά τον πίστεψαν γιατί ήξεραν ότι άκουγαν κάτι αληθινό, κάτι σημαντικό. Αυτός ο μικροκαμωμένος άνδρας ταξίδεψε σε όλη την ενδοχώρα και αιχμαλώτισε την αίσθηση ποιοι πραγματικά ήταν οι Ινδοί. Όταν διακήρυττε το έπραττε με έναν τρόπο που τον αισθάνονταν και τον καταλάβαιναν και τον θεωρούσαν δικό τους. (Quinn R., 1996:215).
Συνεργατικό στυλ (Goleman D., et al., 2002:88)	Το συνεργατικό στυλ ηγεσίας βασίζεται στη δεξιότητα της διαχείρισης των συγκρούσεων, ειδικά όταν ο ηγέτης καλείται να δημιουργήσει μια αρμονική ομάδα εργασίας από διαφορετικά ακόμη και ανταγωνιστικά μεταξύ τους άτομα.
Μεταρρυθμιστικό στυλ (Ζαβλανός Μ., 2006:199)	Ο ηγέτης μεταρρυθμιστής έχει την ιδανική συμπεριφορά, αποτελεί πρότυπο για τους υφισταμένους, παρακινεί και εμπνέει τα άτομα γύρω του, ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα, δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις ατομικές ανάγκες των ατόμων και συμπεριφέρεται ανάλογα και ενεργεί ως μέντορας.
Συναισθηματικό στυλ (Goleman D., et al., 2002:29)	Ο συναισθηματικός ηγέτης έχει το ταλέντο να λειτουργεί ως μεταίχμιος «γητευτής», ασκώντας ολοφάνερη επίδραση στο μυαλό των μελών του οργανισμού.
Δημοκρατικό στυλ (Goleman D., et al., 2002:90,92)	Ο δημοκρατικός ηγέτης εντάσσει όλα τα μέλη του οργανισμού στην αλλαγή και δημιουργεί συναισθήματα εμπιστοσύνης και σεβασμού. Σεβασμός σημαίνει η ανοικτή και προσεγμένη διάθεση προς την ανάπτυξη της αξίας των μελών. Είναι το άριστο στυλ ειδικά στις περιπτώσεις όπου ο ηγέτης δεν είναι σίγουρος για τις μελλοντικές κατευθύνσεις. Το δημοκρατικό στυλ δομείται σε τρεις δεξιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης: α) την ομαδικότητα, β) τη συνεργατικότητα και γ) τη διαχείριση των συγκρούσεων και επιρροή.

Συνεπώς, η αποτελεσματική ηγετική συμπεριφορά, που οδηγεί στην οργανωσιακή αλλαγή συνίσταται στην άσκηση των ανωτέρω ηγετικών ρόλων (μείγμα). Βασική προϋπόθεση άσκησης του μείγματος των ρόλων θεωρείται η ανάπτυξη της ικανότητας της συναισθηματικής νοημοσύνης του ηγέτη.

Ως **συναισθηματική νοημοσύνη** ορίζεται «η ικανότητα του ατόμου να ελέγχει και να ρυθμίζει τα δικά του συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων και να τα χρησιμοποιεί για να κατευθύνει τη σκέψη και τη δράση του» (Μπιτσάνη Ε., 2006:309) ή όπως θεωρεί ο Boyatzis R., «είναι η ικανότητα διαχείρισης με ευφυΐα τόσο των δικών σου συναισθημάτων όσο και των άλλων και προπάντων είναι συνυφασμένη με την αυτογνωσία». (Κέφης Β., 2005:96). Η ικανότητα αυτή θεωρείται ως ένα σπάνιο χάρισμα. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται τα μηνύματα-συναισθήματα που εκπέμπουν οι άλλοι. Αν λοιπόν δοθεί σημασία στα συναισθήματα που εκπέμπει το περιβάλλον, επιτυγχάνεται ευκολότερα ο συντονισμός κάτι που επιφέρει την καλύτερη συνεργασία μεταξύ του ηγέτη και των μελών του. (Βογιατζής Ρ., 2006). Οι Gosling J., Mintzberg H., (2005) περιγράφουν εναργώς σε ένα παράδειγμα, τη συναισθηματική αυτή ικανότητα του ηγέτη: «*Φανταστείτε τον οργανισμό σας ως άμαξα που τη σέρνουν άγρια άλογα. Τα άλογα αυτά αντιπροσωπεύουν τα Συναισθήματα, τις Προσδοκίες και τα Κίνητρα όλων των μελών του οργανισμού. Το να κρατήσετε σταθερή την πορεία της άμαξας ή να αλλάξατε κατεύθυνση απαιτεί την Ικανότητα Αντίληψης του εδάφους και των δυνατοτήτων της ομάδας στο συγκεκριμένο έδαφος, και κατά συνέπεια τη χάραξη για διατήρηση ή αλλαγή της πορείας*».

Η συναισθηματική νοημοσύνη σημαίνει εκπαίδευση και ανάπτυξη τόσο των προσωπικών όσο και των κοινωνικών δεξιοτήτων. (Goleman D., et al., 2002:58-59)

Ως **προσωπικές ικανότητες** θεωρούνται:

- Η **αυτοεπίγνωση** (συναισθηματική αυτοεπίγνωση, ακριβής αυτοαξιολόγηση, αυτοπεποίθηση)
- Η **αυτοδιαχείριση** (αυτοέλεγχος, διαφάνεια, προσαρμοστικότητα, επίτευξη, πρωτοβουλία, αισιοδοξία) και

Ως **κοινωνικές ικανότητες** θεωρούνται:

- Η **κοινωνική επίγνωση** (ενσυναίσθηση, οργανωτική επίγνωση, εξυπηρέτηση)

- Η **διαχείριση σχέσεων** (έμπνευση, επιρροή, ανάπτυξη των άλλων, καταλύτης αλλαγών, διαχείριση συγκρούσεων, οικοδόμηση δεσμών, συνεργατικότητα και ομαδική δουλειά).

Η ικανότητα διαχείρισης των σχέσεων θεωρείται από τις σημαντικότερες γιατί οριοθετεί τον τρόπο που ο ηγέτης *«ενορχηστρώνει τη συλλογική προσπάθεια»* και εμπνέει με τη συμπεριφορά του τα μέλη να υπαγάγουν το ατομικό τους συμφέρον στη καλύτερη πορεία του οργανισμού και στην αλλαγή. Οι πράξεις του δημιουργούν έναν *«ενάρτετο κύκλο»* με τα μέλη, αφού διαθέτει την ψυχική ωριμότητα να αναγνωρίζει τα όριά του επιμερίζοντας και διαχέοντας εξουσία σε όλον τον οργανισμό σε κάθε άνθρωπο, σε κάθε επίπεδο που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο λειτουργεί ως ηγέτης σε κάποια ομάδα και αποδέχεται την εξάρτησή του από τους συνεργάτες του. (Τσούκας Χ., 2004:43,46,85). Με τον τρόπο αυτό δημιουργεί μια δεξαμενή θετικής ενέργειας που απελευθερώνει τα καλύτερα στοιχεία των μελών. (Goleman D., et al., 2002:15).

Ο σύγχρονος ηγέτης λειτουργεί ως σύμβουλος και υποστηρικτής του έργου των μελών του αξιοποιώντας τις ικανότητες τους και δημιουργώντας μια ατμόσφαιρα στην οποία ο οργανισμός βελτιώνεται συνεχώς. (Ζαβλανός Μ., 2006:182). Οι διοικητικές πρακτικές που εφαρμόζει εμπεριέχουν την έννοια της συναντίληψης ως τους επιδιωκόμενους στόχους της αλλαγής. (Ζιανίκας Χ., 1996:222). Καμία καινοτομία ή βαθιά εκσυγχρονιστική αλλαγή και καμιά αξιολογη εργασία δεν μπορεί να επιτευχθεί, χωρίς τη συμβολή των μελών του οργανισμού.

Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται ένα δημοκρατικό κλίμα όπου το πνεύμα της συνεργασίας είναι ζωντανό. Η ομάδα σκέπτεται το «εμείς» και δεν αποτελεί ένα απλό άθροισμα. (Μπιτσάνη Ε., 2006:97). Έτσι τα μέλη σκέφτονται, συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν την εργασία τους και αναλαμβάνουν την ευθύνη για τα αποτελέσματά της. (Λειβαδάς Λ., 2003:76). Διδάσκονται ουσιαστικά τον τρόπο ηγεσίας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η διαρκής επιτυχία των οργανισμών εξαρτάται από την ικανότητα των ηγετών να αναπτύσσουν νέους ηγέτες που θα οδηγήσουν σε επιτυχία στο μέλλον. Οι άνθρωποι είναι ίσως η μοναδική πηγή διαρκούς ανταγωνιστικότητας. *«Η ουσιαστική κληρονομιά που αφήνει ένας ηγέτης δεν είναι τα προϊόντα, τα κεφάλαια ή τα μερίδια αγοράς. Γιατί απλά αυτά εξαφανίζονται πολύ γρήγορα στο περιβάλλον που ζούμε. Εκείνο που μένει είναι οι νέοι ηγέτες που θα συνεχίσουν την πορεία του*

οργανισμού και θα τον οδηγήσουν σε ακόμη μεγαλύτερες επιτυχίες». (Μπουραντάς Δ., 2002).

Για την ενθάρρυνση των μελών, όμως να αναλαμβάνουν προσωπική ευθύνη για τη βελτίωση του τρόπου με τον οποίο διεκπεραιώνουν την εργασία τους, τη συμμετοχή τους στη διαδικασία της αλλαγής καθώς και την ανάπτυξη τους ως νέοι ηγέτες χρειάζεται **υποκίνηση, ενδυνάμωση και κίνητρα**, έννοιες οι οποίες απαιτείται να είναι ενσωματωμένες στην κουλτούρα του οργανισμού. (Λειβαδάς Λ., 2003:159).

Υποκίνηση είναι η συνειδητή προσπάθεια δημιουργίας και καλλιέργειας μιας **εσωτερικής διάθεσης στα άτομα** ώστε να μπορούν να αποδώσουν καλύτερα. Είναι η διαδικασία που οδηγεί στην **ικανοποίηση κάποιων ατομικών αναγκών**, όπως στην ικανοποίηση από την εργασία. (Κέφης Β., 2005:148). Για να υπάρξει υποκίνηση θα πρέπει να δοθούν κίνητρα. Τα κίνητρα δεν είναι μόνο οικονομικά (Θεοφανίδης Σ., κ.ά., 1998:149). Ο Maslow πίστευε ότι τα μέλη δεν επιδιώκουν μόνο οικονομικές αμοιβές για να παρακινηθούν. Τα μέλη προσπαθούν να ικανοποιήσουν ανώτερες ανάγκες που πολλές φορές δεν ικανοποιούνται με οικονομικές αμοιβές. (Μπουραντάς Δ., 2002:260). Για να ικανοποιηθούν οι ανώτερες ανάγκες χρειάζονται οργανωσιακές καταστάσεις που οδηγούν σε ένα εργασιακό περιβάλλον ενδυνάμωσης (Quinn R., 1996: 225) όπως:

1. **Ξεκάθαρο όραμα και στρατηγική** καθώς και πρόσβαση στη πληροφορία που χρειάζονται για να πετύχουν το όραμα,
2. **Συμμετοχική εργασία**, ευελιξία, ενδιαφέρον, δημιουργικός και συμμετοχικός τρόπος επίλυσης των προβλημάτων,
3. **Πειθαρχία και έλεγχος**. Στόχοι, επιθεώρηση και υπευθυνότητα έργου,
4. **Υποστηρικτικότητα και αίσθηση ασφάλειας**. Υποστηρικτικότητα τόσο από την ηγεσία όσο και από την ομάδα εργασίας.

Η συμμετοχική εργασία, καλύπτει το τρίτο επίπεδο της πυραμίδας των ανωτέρω αναγκών του Maslow (κοινωνικές ανάγκες). Η συνειδητοποίηση του ατόμου ότι τον εμπιστεύεται ο ηγέτης να αναλάβει έργο και τον θεωρεί αξιόπιστο καλύπτει το τέταρτο επίπεδο (ανάγκη αυτό-εκτίμησης) της πυραμίδας. Η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την εργασία του καλύπτει το πέμπτο επίπεδο (ανάγκη αυτό-ολοκλήρωσης, ανάγκη ανάπτυξης της προσωπικότητάς) της πυραμίδας. (Casson S., George C., 1997:14).

Τέλος, η **κοινωνικό-συναισθηματική υποστήριξη** των μελών στο χώρο εργασίας οδηγεί σε υποκίνηση και υψηλότερη παραγωγικότητα. Οργανισμοί που δίδουν έμφαση στο όραμα το οποίο βοηθά στη κατανόηση της πορείας του οργανισμού και των στρατηγικών επίτευξης των στόχων οδηγεί τα μέλη να εμπιστεύονται τους ηγέτες και να αυξάνεται η παραγωγικότητα. (Mathew J., 2007:677-695). Ο ως άνω ερευνητής, κατέγραψε ότι, εργαζόμενοι που απασχολούνταν σε οργανισμούς που τους υποστήριζαν κοινωνικό-συναισθηματικά, και έδιναν παράλληλα έμφαση στην ενδυνάμωση και στην επαγγελματική τους ελευθερία, πολύ συχνά εργάζονταν εθελοντικά για περισσότερες ώρες και ένιωθαν υπεύθυνοι για την ποιότητα των παρεχομένων προϊόντων. Λόγω της ενδυνάμωσης, οι εργαζόμενοι έρχονται συχνά σε επαφή με τους πελάτες (τυπικά και άτυπα) ώστε να συζητούν θέματα ποιότητας των προϊόντων, το οποίο είχε ως συνέπεια την αύξηση της παραγωγικότητας.

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω αναλυτικά δεδομένα, διαφαίνεται ότι **ο σημερινός ηγέτης** θα πρέπει ο ίδιος να ενστερνιστεί την αναγκαιότητα της:

- Εσωτερικής αναζήτησης,
- Παρακίνησης προς το δρόμο της μάθησης και της αλλαγής ιδιαίτερα σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο όπου καταργούνται τα όρια και δεν υπάρχουν πια δεδομένα,
- Συναισθηματικής δύναμης στη διαχείριση του δικού του άγχους και των μελών μιας και η μάθηση και η αλλαγή γίνονται πια μέρος της εργασιακής ζωής,
- Αναζήτησης νέων ικανοτήτων στην ανάλυση και αλλαγή των παραδοχών της κουλτούρας,
- Επιθυμίας και ικανότητας στην εμπλοκή όλων στη διαδικασία αλλαγής. (Schein E., 2004:418)

Όπως υπογραμμίζει και ο Μπουραντάς Δ., (2004), *«στη σημερινή αγορά των ιδεών και της γνώσης, θεωρείται ως σπάνιος πόρος το διανοητικό, κοινωνικό και συναισθηματικό κεφάλαιο. Δηλαδή οι ανθρώπινοι πόροι που με τις γνώσεις, τις αξίες, τα πιστεύω, την αυτοπαρακίνηση και τη διάθεση, οδηγούν τους οργανισμούς σε υψηλές αποδόσεις»*.

4.6 Η Συστημική Προσέγγιση ως Τρόπος Σκέψης του Ηγέτη

«Για να έχουν νόημα τα επιμέρους στοιχεία, πρέπει να υπάρχουν ολότητες» (Πλάτωνας)

Η Συστημική Προσέγγιση είναι η διεπιστημονική μελέτη της ιδεατής οργάνωσης των συστημάτων και ερευνά τις κοινές αρχές των πολυσύνθετων και πολύπλοκων οντοτήτων καθώς και τα μοντέλα τα οποία τις περιγράφουν όπως για παράδειγμα, των οργανισμών. Γενικότερα, η **συστημική προσέγγιση** θεωρείται ως *«μία καινούργια επιστημολογική, μεθοδολογική προσέγγιση η οποία διευκολύνει τη συλλογή και οργάνωση συσσωρευμένης γνώσης με σκοπό την αποδοτικότητα των ενεργειών στην αναζήτηση ικανοποιητικά αποδεκτών λύσεων στα μεγάλα επιστημονικά προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας»*. (Σπύρου Θ., Αρνέλλος Α., 2002). Η συστημική σκέψη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την **κυβερνητική** την επιστήμη που μελετά τον έλεγχο και την επικοινωνία σε συστήματα ζώντων οργανισμών και μηχανών και επικεντρώνεται περισσότερο στα συστήματα που κατευθύνονται για έναν σκοπό, μία επιδίωξη, συστήματα που έχουν έναν προορισμό που τελικά κατευθύνει τις λειτουργίες τους (*goal-directed systems*). (Σπύρου Θ., Αρνέλλος Α., 2002). Η επιστημολογία της κυβερνητικής και στη συνέχεια η επιστημολογία του κονστρουκτιβισμού υποστηρίζουν ότι η γνώση δεν εισέρχεται στο υποκείμενο παθητικά μέσω των αισθήσεων του ή μέσω της επικοινωνίας, αλλά χτίζεται δραστικά από το γνωστικό υποκείμενο. Δηλαδή, στην περίπτωση των οργανισμών, η γνώση που αποκτούν τα μέλη εισέρχεται σταδιακά με τη πάροδο του χρόνου και με την ικανότητα μετάδοσης της γνώσης από τον ηγέτη.

Η συστημική σκέψη προωθεί τόσο, την επιστημονική αντιμετώπιση των προβλημάτων εκτός και εντός του οργανισμού όσο και την προώθηση της συνεργασίας των διαφόρων επιστημονικών κλάδων για να επιτευχθεί η διεπιστημονική προσέγγιση και να βρεθούν λύσεις στα οργανωσιακά συστήματα. Πρόκειται για ένα τρόπο σκέψης που εξετάζει τα πράγματα στην καθολική τους αλληλεξάρτηση. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:42)

Ένας οργανισμός είναι μια ολότητα που αποτελείται από τμήματα και μέλη που επηρεάζονται τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον που δρουν και το κάθε τμήμα ή μέλος του οργανισμού, έχει μια συνεχή διάδραση σε άλλα τμήματα ή μέλη. Η συστημική σκέψη θεωρεί **βασική ικανότητα του ηγέτη** να κατανοεί και να

μελετά τα στοιχεία που συγκροτούν έναν οργανισμό, τον τρόπο λειτουργίας τους, καθώς και την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση:

1. Οι οργανισμοί είναι συστήματα, τα οποία βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με άλλα κοινωνικά συστήματα και η δυνατότητα τους να λειτουργήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα εξαρτάται κατά ένα ποσοστό και από αυτά. Επομένως, οι οργανισμοί, οφείλουν να προσαρμόζονται σε ένα επιχειρησιακό περιβάλλον που μεταβάλλεται ραγδαία (Κωσταγιόλας Π., κ.ά., 2008:45) και ο ηγέτης χρειάζεται να γνωρίζει τον τρόπο προσαρμογής και αλλαγής.
2. Η αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού θεωρείται ως μια λειτουργία της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη δομή, στα πρόσωπα, στην τεχνολογία και στο περιβάλλον. (Sullivan E., Drucker P., 2009:14)
3. Τα άτομα και οι ομάδες αλληλεπιδρούν μέσα στη δομή της επίσημης οργάνωσης. Η συμπεριφορά τους επηρεάζεται από την οργανωσιακή δομή, την τεχνολογία, το ηγετικό στυλ και το σύστημα διοίκησης μέσα από το οποίο οι οργανωτικές διαδικασίες προγραμματίζονται, κατευθύνονται και ελέγχονται. (Ζαβλανός Μ., 2002:25).
4. Η συμπεριφορά ενός συστήματος δεν εξαρτάται από την κατάσταση ενός μέρους του, αλλά από την αλληλεξάρτησή του με τα άλλα μέρη. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:38). Στη συστημική θεώρηση οι συμπεριφορές ερμηνεύονται από τις διασυνδέσεις των μερών και τις οργανωτικές σχέσεις αυτών. Κατά τη συστημική θεωρία, τα φαινόμενα ερμηνεύονται με βάση τον τρόπο οργάνωσης και με το χαρακτήρα που έχει το σύστημα στο οποίο ανάγονται. (Ζιανίκας Χ., 1996:36)
5. Η κατανόηση ενός συστήματος απαιτεί τη γνώση πως ταιριάζει μέσα σε ένα ευρύτερο σύστημα του οποίου αποτελεί μέρος. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:38)
6. Τα τοπικά άριστα δεν κάνουν το συνολικό άριστο. Ο ηγέτης οφείλει να βλέπει τα φαινόμενα και τις οντότητες αποτελούμενα από επιμέρους αλληλεπιδρώντα μέρη, δηλαδή ως ολότητες και όχι ως άθροισμα μερών. Ουσιαστικά πρόκειται για την αναλυτική και συνθετική σκέψη που συνδέεται κυρίως με την ικανότητα λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων, την ικανότητα διαμόρφωσης

στρατηγικής, την ικανότητα ανάπτυξης δομών και οργάνωσης, και την ικανότητα συνεχούς μάθησης. (Μπουραντάς Δ., 2005:261)

7. Η κουλτούρα αποτελεί επίσης ολότητα αποτελούμενη από επιμέρους στοιχεία. Συνεπώς η αλλαγή αυτής απαιτεί τη σύλληψη και διαχείριση τόσο της ολότητας όσο και των επιμέρους στοιχείων της (Μπουραντάς Δ., 2002:570).

Θερμός υποστηρικτής της συστημικής προσέγγισης στη διοικητική δομή των οργανισμών ήταν ο Deming, ο οποίος πρότεινε την αντικατάσταση του παραδοσιακού τρόπου οργανωτικής δομής με τη συστημική προσέγγιση. Σύμφωνα με τον Deming όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα στη διαδικασία παραγωγής ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας «δεν θα πρέπει να αναζητούνται οι ευθύνες σε μεμονωμένα άτομα, αλλά θα πρέπει να διορθωθεί το σύστημα διότι εκεί βρίσκεται το πρόβλημα». (Κωσταγιόλας Π., κ.ά., 2008:47)

Η ανάπτυξη της «συστημικής σκέψης» δηλαδή της σκέψης που αντιλαμβάνεται τις διασυνδέσεις κάθε πράγματος με αυτά που το περιβάλλουν, είναι απαραίτητο συστατικό στον τρόπο σκέψης και δράσης του ηγέτη ώστε να επιτύχει οποιαδήποτε αλλαγή. Ο συστημικός ηγέτης συνδέει την ολική εικόνα, συνδυάζει διαφορετικές οπτικές γωνίες και ανακαλύπτει κοινούς ορίζοντες υλοποίησης αλλαγών με τα μέλη του οργανισμού.

Ο Ασημακόπουλος Ν., (2006), αποτυπώνει της διαφορές στον τρόπο σκέψης και δράσης του κλασικού μάνατζερ και του συστημικού ηγέτη. (πίνακας 4.3.)

Πίνακας 4.3.: Διαφορές μεταξύ Κλασικού Μάνατζερ και Συστημικού Ηγέτη

<i>Χαρακτηριστικά</i>	<i>Κλασική Προσέγγιση</i>	<i>Συστημική Προσέγγιση</i>
1	Αποτίμηση αξίας	Δημιουργία αξίας
2	Στατική ηγεσία	Δυναμική ηγεσία
3	Σκληρή ηγεσία	Ηγέτης αρχιτέκτονας
4	Ανθρώπινη υπακοή	Ανθρώπινη πρωτοβουλία
5	Λιτές δομές	Ευνοϊκό περιβάλλον
6	Εκμετάλλευση του στατικού περιβάλλοντος	Διαχείριση της καινοτομίας
7	Βελτίωση	Καινοτομία
8	Ατομικισμός	Συλλογικότητα
9	Διατήρηση του status quo	Δεκτικότητα στην καινοτομία
10	Διαχείριση συστημάτων και διαδικασιών	Διαχείριση και ανέλιξη προσώπων
11	Εργαζόμενος - τμήμα του	Εργαζόμενος - κεφάλαιο της

	μηχανισμού	επιχείρησης
12	Δομές	Δομές και Σχέσεις
13	Στρατηγική του κόστους	Στρατηγική της αξίας
14	Λύσεις διαφυγής	Συστημικές λύσεις
15	Ανάλυση των προβλημάτων και κατανόηση των μερών	Δόμηση των προβλημάτων και αναζήτηση ολιστικών λύσεων
16	Εστίαση σε ότι μας χωρίζει και μας διαφοροποιεί	Εστίαση σε ότι μας ενώνει
17	Ατομικό συμφέρον	Συστημική Ηθική
18	Διαχείριση δομών και συστημάτων	Συστημική Ηγεσία
19	Αδυναμία διορατικότητας	Μακροπρόθεσμη θεώρηση
20	Απομονωμένα προβλήματα	Συστημικές συνιστώσες
21	Οργανισμός ως άθροισμα ανθρώπων	Οργανισμός ως σχέσεις ανθρώπων

Πηγή: Ασημακόπουλος Ν., (2006)

Τέλος, η συστημική προσέγγιση απαιτεί από τα μέλη και από τον ηγέτη την **διεπιστημονική μελέτη** του οργανισμού. Μια σειρά από προβλήματα σε δημόσιους οργανισμούς όπως για παράδειγμα των νοσοκομείων απαιτούν την ενεργοποίηση πολλαπλών γνώσεων, δεξιοτήτων, και ειδικοτήτων, προκειμένου να υπάρξει κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα. Καθετί στον οργανισμό θα πρέπει να αναθεωρείται με τις συνάφειές του και τις διασυνδέσεις του. (Αγραφιώτης Δ., 2000:25-26).

4.7 Ανάλυση του Συμμετοχικού Μοντέλου Κουλτούρας

«Η προσπάθεια αλλαγής της κουλτούρας γίνεται ένα ταξίδι στο άγνωστο όπου μπορεί ή όχι να επιτευχθεί ο σκοπός» (Ogbonna E.,2007)

Οι συνθήκες στο εξωτερικό περιβάλλον αλλάζουν και η ανάγκη ανταγωνιστικότητας ή ακόμη και επιβίωσης ενός οργανισμού γίνεται εντονότερη. Συνέπεια των έντονων αυτών εξωτερικών πιέσεων είναι η συρρίκνωση του κλασικού ιεραρχικού συστήματος διοίκησης έναντι του συμμετοχικού. (Λειβαδάς Λ., 2003:69). Αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο η αναγκαιότητα και τα πλεονεκτήματα της συλλογικής δράσης σε σχέση με αυτά της ατομικής εργασιακής προσπάθειας δηλαδή, η ανάδυση του συμμετοχικού έναντι του ατομικού.

Οι Bartlett C., και Ghoshal S., (1995: 11-23) τονίζουν ότι οι μάνατζερ αντιλήφθηκαν ότι η επιτυχία δεν βρίσκεται μόνο στις στρατηγικές και στον έλεγχο αλλά στη δημιουργία εκείνου του εργασιακού περιβάλλοντος που θα υποστηρίξει τους ανθρώπινους πόρους. Θεώρησαν τη συμμετοχική εργασία ως αναντικατάστατη αξία. Το συμμετοχικό σύστημα διοίκησης διακρίνεται σε δύο γενικές μορφές ύφους διοίκησης:

1. Στο **συμβουλευτικό ύφος** που αποτελεί τον πρόδρομο της συμμετοχής και
2. Στο **συμμετοχικό ύφος** που είναι εξελιγμένο και πιο αποτελεσματικό και ανταποκρίνεται θετικά στα κίνητρα, στα ενδιαφέροντα και τις προσδοκίες των εργαζομένων. (Λειβαδάς Λ., 2003:69).

Αυτός ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της διοίκησης των οργανισμών, που εμφανίστηκε στην Ιαπωνία μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ονομάστηκε θεωρία «Ζ». Η θεωρία «Ζ» φαίνεται ότι είναι περισσότερο ένας τρόπος ζωής προσανατολισμένος στη συλλογική προσπάθεια, με κεντρικό άξονα την ομάδα εργασίας. Αυτός ο τρόπος λήψης αποφάσεων καλείται συναινετικός τρόπος λήψης αποφάσεων (Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., 2007:91-92) και είναι ένα διαφορετικό **μοντέλο κουλτούρας**. Οι Kotter J. Cohen D., (2002:193) θεωρούν ότι το συγκεκριμένο μοντέλο κουλτούρας βοηθάει τις διαδικασίες να λειτουργούν αποτελεσματικά ώστε να αναδεικνύεται νικητής ένας οργανισμός. Οι Coch & French υποστηρίζουν ότι όσο πιο μεγάλος είναι ο βαθμός της συμμετοχής των μελών του οργανισμού στη λήψη των αποφάσεων, τόσο πιο μεγάλη είναι η παραγωγικότητα και τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των μελών. (Ζαβλανός Μ., 2002:149)

Το **συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης** δεν είναι χαλαρό σύστημα διοίκησης, αλλά πολύ καλά δομημένο και συμπαγές. Είναι ένα σύστημα αυτοελέγχου και ταυτόχρονα σύστημα ατομικής ευθύνης, με τις αποφάσεις να λαμβάνονται ομαδικά, αλλά η εφαρμογή τους να αφορά ατομικά το κάθε μέλος που φέρει και προσωπική ευθύνη για την επιτυχία. (Λειβαδάς Λ., 2003: 167). Το κλειδί για τη συνεργασία, προϋποθέτει και περιλαμβάνει την αυθόρμητη συνεργασία την αυτό-υποκινούμενη δράση και βρίσκεται στην καλλιέργεια της συν-αντίληψης και στη δημιουργία μιας κοινής κουλτούρας. (Τσούκας Χ., 2004:75).

Για να μπορέσει να εφαρμοστεί το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης, απαιτείται η **κουλτούρα** του οργανισμού να διακατέχεται από τις ακόλουθες **αξίες**:

- Εμπιστοσύνη,
- Υψηλή ομαδική εργασία,
- Ενδυνάμωση προσωπικού,
- Συστηματική εκπαίδευση,
- Ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων,
- Αξιολόγηση απόδοσης,
- Ενθαρρυντικές αμοιβές,
- Ανασχεδιασμός λειτουργίας,
- Υψηλότερα κίνητρα,
- Ανάλυση αυξημένων πρωτοβουλιών και ευθυνών,
- Αίσθημα δημιουργίας,
- Ικανοποίηση από την εργασία, (Λειβαδάς Λ., 2003:80)
- Από κάτω προς τα επάνω μορφή επικοινωνίας, (Κέφης Β., 2005:52).
- Μεταβίβαση αρμοδιοτήτων. Ως μεταβίβαση αρμοδιοτήτων νοείται η ανάθεση ευθυνών και εξουσιών στα μέλη προκειμένου να λαμβάνουν αποφάσεις για όλες τις πτυχές της ανάπτυξης προϊόντων ή της εξυπηρέτησης των πελατών-χρηστών. (Noe R. et al., 2006:24).

Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης βασίζεται στη **δημιουργία ομάδων εργασίας**. Ο Γεώργας (1995), ορίζει την ομάδα «ως ένα δυναμικό σύνολο ατόμων με κάποιο σκοπό που, κάτω από συνθήκες που ευνοούν την ενότητα, εξελίσσεται σε οργανωμένο σύστημα με αλληλεξαρτώμενους ρόλους, θεσμούς, κοινούς στόχους, αξίες, στάσεις και ομοιογενή συμπεριφορά, που ικανοποιεί τις ανάγκες των μελών». (Κουλιεράκης Γ., 2000:105).

Η ομάδα για να μπορέσει να λειτουργήσει αποτελεσματικά απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Οι Larson & La Fasto προσδιόρισαν οκτώ παράγοντες:

1. Καθαρή διατύπωση των στόχων,
2. Δομή που μεταβάλλεται ανάλογα με τα αποτελέσματα,
3. Ικανά μέλη ομάδας,
4. Ενιαία δέσμευση στους στόχους,
5. Κλίμα συνεργασίας,
6. Επίπεδα καλών επιδόσεων,
7. Εξωτερική υποστήριξη και αναγνώριση,
8. Ηγεσία που διέπεται από αρχές (French W.L & Bell C.H 1995: 98).

Οι Fried et al, (2000), συμπλήρωσαν ότι οι ομάδες χρειάζεται να διαθέτουν επιπλέον έξι χαρακτηριστικά ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά. (Institute of Medicine 2001:50).

1. Κατάλληλο μέγεθος και κατάλληλη σύνθεση ώστε να υπάρχει η δυνατότητα μειώσεις αρνητικών επιπτώσεων. Υποστηρίζεται ότι οι μικρές ομάδες έχουν πιο έντονες σχέσεις, συμφωνούν πιο εύκολα και αναζητούν γνώμες, ενώ οι μεγάλες ομάδες έχουν χαλαρές σχέσεις και δημιουργείται κλίμα προσφοράς υποδείξεων και πληροφοριών (Αγραφιώτης Δ., 2003:356).
2. Κατάλληλες διαδικασίες και δομές,
3. Ηγεσία που δίνει έμφαση στην αριστεία, μεταφέρει σαφείς στόχους και προσδοκίες και είναι ικανή στη διαχείριση των συγκρούσεων,
4. Ύπαρξη αντιστοίχισης ρόλων και κατάρτισης και προώθηση της συνοχής, όταν η εργασία είναι άκρως αλληλεξαρτώμενη,
5. Απόκτηση απαιτούμενων πόρων και θέσπιση κατάλληλων ανταμοιβών,
6. Κουλτούρα που να διακατέχεται από διαφάνεια, συνεργασία και μάθηση από τα λάθη.

Κατά τον Campbell R., (2009:328-343) η ομάδα για να είναι επιτυχής θα πρέπει να δημιουργήσει μια **κουλτούρα νικητή** όπου τα μέλη θα δαπανούν χρόνο μαζί και θα διέπονται σύμφωνα με το συγγραφέα, από πέντε (5) αρχές:

1. Εμπιστοσύνη,
2. Σύγκρουση, (η έννοια της σύγκρουσης εμπεριέχεται διότι με τη διαφωνία και τη διαφορετική άποψη ένα θέμα προσεγγίζεται με ποικίλους τρόπους και διαμορφώνονται καλύτερες αποφάσεις),
3. Δέσμευση στην αποστολή της ομάδας,
4. Υπευθυνότητα, και
5. Αποτελεσματικότητα.

Οι Sullivan E., Drucker P., (2009:156) θεωρούν ότι η ομάδα θα πρέπει επιπλέον να διαθέτει αντιλήψεις βελτίωσης της **παραγωγικότητας**, ώστε να είναι σε θέση να αξιοποιεί τους διαθέσιμους πόρους και **συνοχή**, δηλαδή να διακατέχεται από τις ίδιες αξίες, πεποιθήσεις και στόχους. Έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα και η ποσότητα της επικοινωνίας είναι μεγαλύτερη στις ομάδες με υψηλή συνεκτικότητα από ότι στις

ομάδες με χαμηλή. Η υψηλή συνεκτικότητα βοηθά στην επίτευξη των στόχων. (Ζαβλανός Μ., 2002:226).

Η δημιουργία των ομάδων εξαρτάται από τον ηγέτη του οργανισμού. Ο ηγέτης είναι το άτομο που νιώθει πολύ έντονη την αίσθηση της αλλαγής προς ένα συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης μέσω της δημιουργίας ομάδων και συνήθως φέρνει κοντά τα πρώτα άτομα. Τα συγκεκριμένα άτομα επιλέγονται με βάση τις κατάλληλες γνώσεις που διαθέτουν, τις διασυνδέσεις, τις έγκυρες πληροφορίες, την επίσημη αρμοδιότητα, τις ηγετικές δεξιότητες και την αξιοπιστία. Οι ομάδες συγκροτούνται με προσέλκυση ατόμων και κατά καιρούς με την απομάκρυνση άλλων. Με την πάροδο του χρόνου στα κατώτερα κλιμάκια σχηματίζονται επιπλέον ομάδες. (Kotter J. Cohen D., 2002:74-75).

Ο Tuckman, προσδιορίζει πιο αναλυτικά τα στάδια ανάπτυξης των ομάδων: (Ζαβλανός Μ., 2002:223).

- **Στάδιο σχηματισμού:** Τα μέλη γνωρίζονται, προσδιορίζουν τις υπευθυνότητες και τους κανόνες της συνεργασίας τους αναφορικά με την εκτέλεση των καθηκόντων.
- **Στάδιο ανακατατάξεων:** Είναι το στάδιο των αντιθέσεων. Τα μέλη μπορεί να διαφωνήσουν για τον ηγέτη της ομάδας, τα καθήκοντα του κάθε μέλους ή τις προτεραιότητες των θεμάτων προς επίλυση. Είναι το στάδιο που τα μέλη, θα πρέπει να θέσουν σε αναστολή τις πεποιθήσεις τους προς όφελος της ομάδας. Σε αυτό το στάδιο ένα μέλος, κατά προτίμηση κάποιος που κατέχει την τεχνική της λύσης προβλημάτων και της ορθής διεξαγωγής μιας συζήτησης, αναλαμβάνει τον ρόλο του διευκολυντή (facilitator), τουλάχιστον προσωρινά. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:41).
- **Στάδιο ομαλοποίησης:** Έπειτα από τη λύση των παραπάνω θεμάτων, τα μέλη αρχίζουν να διατυπώνουν τα πρότυπα συμπεριφοράς, που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και στην συνεργασία. Χαρακτηρίζεται δε ως στάδιο συνεκτικότητας της ομάδας.
- **Στάδιο απόδοσης:** Τα μέλη της ομάδας είναι ικανά να εκτελούν αποτελεσματικά τα καθήκοντα τα οποία τους ανατίθενται.
- **Στάδιο διάλυσης:** Όταν η διάρκεια του έργου είναι καθορισμένη, η ομάδα διαλύεται και τα μέλη αναζητούν άλλους συνεργάτες, άτομα ή ομάδες.

Κάθε ομάδα αναδεικνύει το δικό της ηγέτη, δηλαδή θέτει ένα ιδανικό πρότυπο μέλους και το άτομο το οποίο πλησιάζει την ιδεατή αυτή μορφή έχει τις περισσότερες πιθανότητες να ηγηθεί της ομάδας. Οι ηγέτες των ομάδων δεν διαθέτουν τυπική εξουσία. Το κριτήριο προώθησης τους είναι η επιτυχής επίλυση των προβλημάτων της ομάδας, μέσω των διαδικασιών που ακολουθούν όπως υποκίνηση για δράση, σταθεροποίηση των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της ομάδας με την πειθώ και το συμβιβασμό, σύνδεση με τα ανώτερα κλιμάκια του οργανισμού και συνειδητοποίηση στόχων και μέσων. (Αγραφιώτης Δ., 2003:357)

Οι ομάδες, κατά τους Goleman D., et al, (2002:195,199), μπορούν να λειτουργήσουν και να διατηρήσουν αποτελεσματικές σχέσεις με τον υπόλοιπο οργανισμό εάν διαθέτουν κοινωνική επίγνωση και ιδιαίτερα ενσυναίσθηση. Οι προαναφερόμενες αρετές της **συναισθηματικής νοημοσύνης** συνεισφέρουν ώστε οι ομάδες να λειτουργούν πιο «έξυπνα» από τα μεμονωμένα άτομα. Την συναισθηματική νοημοσύνη την εμπνέει ο ηγέτης του οργανισμού και επειδή τα συναισθήματα είναι μεταδοτικά, η συμπεριφορά και τα συναισθήματα του ηγέτη μεταφέρονται στην ομάδα. Ουσιαστικά, η ομάδα λειτουργεί σύμφωνα με την **συμπεριφοριστική προσέγγιση** όπου τα πρότυπα της συμπεριφοράς μαθαίνονται και το περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των μελών του οργανισμού. (Κουλιεράκης Γ., 2000:121). Όσο περισσότερο ενισχύει το περιβάλλον μια συμπεριφορά, τόσο περισσότερο το άτομο έχει κίνητρα να την επαναλαμβάνει και, αντίστροφα, όσο πιο αποτρεπτικό είναι το περιβάλλον του σε κάποια συμπεριφορά, τόσο μειώνεται η συχνότητα εκδήλωσής της. Η συμπεριφορά συνεπώς ενεργοποιεί **μηχανισμούς μίμησης** για όλα τα μέλη της ομάδας. Τα μέλη των ομάδων μαθαίνουν ο ένας από τον άλλον και διαμορφώνουν κοινές συμπεριφορές. (Κουλιεράκης Γ., 2000:121).

Η ομάδα, σύμφωνα με τον Senge αποτελεί μια μονάδα μάθησης. Ο ρόλος της είναι σημαντικός εάν υπάρχει μια προϋπόθεση. Ο **διάλογος**. Ο διάλογος είναι ένας υποσχόμενος τρόπος που βοηθά τις ομάδες να συνειδητοποιήσουν τα προβλήματα γύρω τους και να γίνουν πιο δημιουργικές και αποτελεσματικές. Η ικανότητα του διαλόγου είναι η πιο σημαντική από τις ανθρώπινες ικανότητες. Είναι «η τέχνη του να ακούς ουσιαστικά και ενεργά». Είναι η θεμελιώδης διαδικασία ώστε να χτιστεί κοινός τρόπος κατανόησης των κρυφών μηνυμάτων των άλλων μελών της ομάδων καθώς και του τρόπου σκέψης κάθε ατόμου ξεχωριστά. Ο διάλογος σκοπεύει να κάνει μια ομάδα να

σκέφτεται ανοικτά, πέρα από τα όρια της δικής της ομάδας, δημιουργικά και το πιο σημαντικό να μάθει να συζητά μαζί με τους άλλους. Για να υπάρξει διάλογος θα πρέπει να άτομα της ομάδας να μιλάνε την ίδια γλώσσα. (Schein E., 1993:27-38). Ο διάλογος αποτελεί το διαλεκτικό εργαλείο αύξησης του πληροφοριακού υλικού των ατόμων σε οποιαδήποτε κοινωνική ομάδα και αν ανήκουν.

Σε έναν οργανισμό μπορούν να υπάρξουν τρία (3) είδη ομάδων:

1. Οι κύκλοι ποιότητας,
2. Οι αυτοδιαχειριζόμενες ομάδες και
3. Οι διατμηματικές ομάδες.

Οι **κύκλοι ποιότητας** είναι μικρές ομάδες εργαζομένων, 5-15 ατόμων οι οποίες εκτελούν όμοια ή παρόμοια μεταξύ τους εργασία, συναντιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα για να διαπιστώσουν τις αιτίες των εργασιακών προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας τους, προτείνουν λύσεις και αναλαμβάνουν την υλοποίηση των προτάσεων τους. Ανάλογα την επικρατούσα κουλτούρα του οργανισμού, ο κύκλος ποιότητας μπορεί να συντελέσει στην υποβολή ενός απλού προγράμματος προτάσεων ή ακόμη να συμβάλλει στην συμμετοχή των εργαζομένων στη διοίκηση του οργανισμού (Χυτήρης Λ., 1986:365-381). Τα οφέλη από τη χρησιμοποίηση του κύκλου ποιότητας είναι η βελτίωση των στάσεων, των προσωπικών ικανοτήτων και της συμπεριφοράς των ατόμων σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα του οργανισμού. (Ζαβλανός Μ., 2002:230). Η επιτυχία της ομάδας εξασφαλίζεται με τη στήριξη της διοίκησης, με τη μεθοδική εκπαίδευση των μελών της, με την ανάδειξη των δεξιοτήτων και ικανοτήτων τους, με την προθυμία και με τη δέσμευση όλων για συνεργασία και κοινή δράση (Κέφης Β., 2005:51) με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας και τη δημιουργία καλύτερης ποιότητας εργασιακής ζωής. Για το σκοπό αυτό η αυτόβουλη συμμετοχή των μελών και η ελεύθερη αποχώρηση τους από την ομάδα, όταν το επιθυμούν είναι απαραίτητη συνιστώσα για την επιτυχία του κύκλου. Σύμφωνα με τον Χυτήρη Λ., (1986:365-381), σε έναν κύκλο ποιότητας εκλέγεται από τα μέλη της εν λόγω ομάδας ο **ηγέτης** της. Ο βασικός στόχος του τελευταίου είναι να αναπτύσσει στα μέλη της ομάδας ένα αίσθημα ομαδικής συνεργασίας και πλήρους συμμετοχής όλων των μελών στην επίλυση των προβλημάτων. Επιπρόσθετα, ορίζεται ο **συντονιστής - διευκολυντής** που ρόλος του είναι η επίλυση οποιονδήποτε ανθρώπινων διαφορών ή συγκρούσεων που θα

παρουσιασθούν μεταξύ των μελών της ομάδας και μεταξύ διαφορετικών κύκλων ποιότητας. Τέλος, δημιουργείται η **λειτουργική επιτροπή** με σκοπό την επίβλεψη του όλου προγράμματος, για την εξασφάλιση της λειτουργίας και προώθησης των κύκλων ποιότητας ή του ενός κύκλου ποιότητας. Η επιτροπή αυτή θεωρείται ότι είναι ένας άτυπος κύκλος. Στην Ιαπωνία λειτουργούν σήμερα 1.000.000 κύκλοι ποιότητας με δέκα εκατομμύρια μέλη, ενώ στην Αμερική υπάρχουν περί τους 2.500 κύκλους, αρκετοί εκ των οποίων σε εταιρείες παροχής υπηρεσιών.

Ένα δεύτερο είδος ομάδας που μπορεί να δημιουργηθεί σε έναν οργανισμό είναι η **αυτοδιαχειριζόμενη ομάδα**. Αποτελείται από 5-15 άτομα διαφορετικών προσόντων και δεξιοτήτων. Η ομάδα εργάζεται μαζί για την παραγωγή ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας. Η συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας ενδέχεται να αναπτυχθεί τόσο πολύ, ώστε η ομάδα εργασίας να μετεξελιχθεί σε **αυτοδιευθυνόμενη ομάδα**, οπότε αποτελείται από αμοιβαία εξαρτώμενους εργαζόμενους που διαμοιράζουν μεταξύ τους τα περισσότερα ή όλα τα καθήκοντα ενός παραδοσιακού προϊσταμένου. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:39). Προϋπόθεση ύπαρξης της αυτοδιαχειριζόμενης ομάδας είναι η πρόσβαση σε όλες τις πληροφορίες και η εκχώρηση εξουσίας στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Έχουν την ελευθερία να προγραμματίζουν, να επιλύουν προβλήματα, να θέτουν προτεραιότητες και να διαχειρίζονται πόρους (Ζαβλανός Μ., 2002:230).

Το τρίτο είδος ομάδας είναι η **διατμηματική ομάδα**. Αποτελείται από μέλη του ίδιου ή διαφορετικού ιεραρχικού επιπέδου αλλά από διαφορετικά λειτουργικά τμήματα του οργανισμού. Πραγματοποιούν διάφορα καθήκοντα, όπως, η εισαγωγή νέας τεχνολογίας στον οργανισμό, η συνεργασία με πελάτες και προμηθευτές, ο εντοπισμός τομέων για βελτίωση της ποιότητας ή η ανάπτυξη νέου προϊόντος. (Ζαβλανός Μ., 2002:230).

Η λειτουργία των ομάδων στον οργανισμό, δημιουργεί μια πολύ διαφορετική αλλά ισχυρή και υποκινητική κουλτούρα όπου ενθαρρύνεται η **αυτοεκτίμηση** του ατόμου. (Λειβαδάς Λ., 2003:132). Όπως υποστηρίζουν ο Kotter and Heskett, τα μέλη που ανήκουν σε οργανισμό με **συμμετοχική κουλτούρα** έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι **ικανοποιημένοι και πιστοί** και παράλληλα διατεθειμένοι να προσφέρουν στον οργανισμό. Επιθυμούν να εμπλακούν στον οργανισμό και να υποστηρίξουν πιθανές

αλλαγές και είναι ενθουσιασμένοι να προσφέρουν στους πελάτες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. (Bellou V., 2007:510-522).

Η συμμετοχή των μελών στον καθορισμό της στρατηγικής, της εργασίας και της απόδοσης καθιστά δυνατή την **αυτοδέσμευση** τους στους οργανωσιακούς στόχους. Το ηθικό είναι υψηλό και υπάρχει η αίσθηση της **δημιουργικότητας**, της ικανοποίησης από την εργασία και της αποτελεσματικότητας. (Μπιτσάνη Ε., 2006:113). Οι οργανισμοί με συμμετοχική κουλτούρα δίδουν σημασία στην ευεξία των εργαζομένων τους, την ανάπτυξή τους και στην ανάγκη για συνεργασία. Το είδος αυτό της κουλτούρας είναι πιο αποτελεσματικό σε σχέση με αυτό που δίνει έμφαση στη δύναμη, στον έλεγχο και στην ανταγωνιστικότητα (Cooke and Rousseau, 1988:245-273). Ο μέσος εργαζόμενος, όταν του παρέχεται η δυνατότητα να συμμετέχει στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων, αναπτύσσει ένα σημαντικά υψηλότερο επίπεδο αφοσίωσης προς την επιχείρηση και ταύτισης με τους στόχους της. Μεγαλύτερη αφοσίωση των εργαζομένων συνεπάγεται καλύτερη απόδοση, μικρότερα ποσοστά αποχωρήσεων, καλύτερο εργασιακό κλίμα. Μεγαλύτερη ταύτιση με τους στόχους της επιχείρησης σημαίνει μεγαλύτερη προσπάθεια επίτευξης αυτών. (Παπαδάκης Β., 2007:367).

Η Batt R. (2002, 587-597), συμφωνεί επίσης με το ως άνω συμπέρασμα και αναφέρει ότι θα πρέπει οι εργαζόμενοι να εργάζονται σε ένα περιβάλλον όπου μπορεί να αναπτύσουν τις δεξιότητές τους ενώ ο Guest E., (1994:251-270), τονίζει ότι *«οι εργαζόμενοι αποδίδουν γιατί το θέλουν, παρά γιατί τα οικονομικά κίνητρα ή οι γραφειοκρατικές διαδικασίες το απαιτούν»*.

Οι πολυδύναμες ομάδες εργαζομένων συγκεντρώνουν, επιπλέον, ευνοϊκές συνθήκες για τη **συσσώρευση γνώσεων** ατομικά, καθώς στην ομάδα εργασίας οι λιγότερο έμπειροι βελτιώνουν τις γνώσεις τους μέσα από τη συνεργασία τους με τους πιο πεπειραμένους. Η συλλογική γνώση, κυκλοφορεί μέσα στην ομάδα και κάθε μέλος, που συμμετέχει σε αυτή, κατακτά, μετά την πάροδο ενός ορισμένου χρόνου, το σύνολο των γνώσεων, των πρακτικών και των δεξιοτήτων της ομάδας. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., (2005: 24). Η θεωρία της «συνέχειας της γνώσης» ως εργαλείο κοινωνικής ανάπτυξης πρέπει να μεταφέρεται ως οργανωσιακό μοντέλο μεταφοράς της γνώσης από τους εμπειρότερους στους λιγότερο έμπειρους για την αύξηση της παραγωγικότητας.

Ο Dyson K., υποστηρίζει ότι η συμμετοχή βοηθάει στην ανάπτυξη των **πολιτικών αρετών** ευνοεί τη δημοκρατικοποίηση, την έννοια της κοινωνικής ιδιοκτησίας, της αυτοπεποίθησης και της ηθικής ανάπτυξης (Παγκάκης Γ., 1986:41).

Ο Ζαβλανός Μ., (2002:230), θεωρεί ότι οι ομάδες αυξάνουν την παραγωγικότητα τουλάχιστον κατά 30% ή και περισσότερο ενώ ελαττώνουν το λειτουργικό κόστος, με αποτέλεσμα ο οργανισμός να παραμένει ανταγωνιστικός. Οι Platonova E., et al., (2006:200-209) τονίζουν ότι οι οργανισμοί οι οποίοι εφαρμόζουν **συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων** εμφανίζουν να έχουν πάρει καλύτερες αποφάσεις επειδή περισσότεροι εργαζόμενοι εκφράζουν την άποψή τους και ο επικεφαλής της ομάδας νιώθει δεσμευμένος απέναντι σε αυτές τις αποφάσεις. Άλλωστε επειδή οι ηγετικές μονάδες δεν διαθέτουν το γνωστικό αλάθητο, οι παρεμβάσεις του προσωπικού μέσω του συμμετοχικού μάνατζμεντ στη λήψη αποφάσεων, αποτελούν το αναγκαίο διαθρωτικό εργαλείο τους.

Η δέσμευση του ηγέτη του οργανισμού απέναντι στις ομάδες καθώς και τα πρότυπα συμπεριφοράς και το στυλ διοίκησης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία ή όχι των ομάδων. Εάν ο ηγέτης εφαρμόσει το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας που συνεπάγεται ενεργή συμμετοχή των μελών στα δρώμενα της εργασίας αλλά συνεχίζει να εφαρμόζει παραδοσιακές πρακτικές και μεθόδους του γραφειοκρατικού μοντέλου τότε η αντίθεση αυτή μπορεί να δημιουργήσει **νέου τύπου συγκρούσεις στην εργασία** η δε συμμετοχή των μελών στις ομάδες εργασίας θα έχει έναν υποχρεωτικό χαρακτήρα και δεν θα στηρίζεται στην αυθόρμητη συνεργασία και στην αυτό-υποκινούμενη δράση. (Σαρρής Μ., 2001:173). Χαρακτηριστικό παράδειγμα του ως άνω αποτελεί η εταιρεία Johnsonville Foods. (Γκολντστάιν Τ., 2003: 129-131). Όταν ο ηγέτης αποφάσισε να αλλάξει το μοντέλο κουλτούρας και να υιοθετήσει το συμμετοχικό, συνειδητοποίησε ότι κανείς δεν ήθελε να υιοθετήσει τη νέα φιλοσοφία του επιμερισμού της ευθύνης για τη λήψη των αποφάσεων. Συνειδητοποίησε ότι οι ίδιες οι ηγετικές προσδοκίες του υπονόμευαν τις προθέσεις του για πραγματοποίηση της αλλαγής. Είχε συμβάλλει στη δημιουργία ενός τρόπου διοίκησης ο οποίος εμπόδιζε τα μέλη να αναλάβουν ευθύνες. Για την επίτευξη της αλλαγής, υιοθέτησε συγκεκριμένες πρακτικές. Ο ποιοτικός έλεγχος ανατέθηκε στις ομάδες των εργαζομένων στη γραμμή παραγωγής, εκεί όπου παρασκευάζονται τα προϊόντα, και όχι στους επιθεωρητές ποιοτικού ελέγχου. Οι ίδιες οι ομάδες εργασίας απαντούσαν στα παράπονα των πελατών. Πολλές από τις

αποφάσεις, για χρονοδιαγράμματα, μοντέλα λειτουργίας, εκχωρήσεις, προϋπολογισμούς, ποιοτικά μέτρα παραχωρήθηκαν σε αυτές. Τα διευθυντικά στελέχη μετονομάστηκαν σε συντονιστές και προγυμναστές και συμπεριφέρονταν περισσότερο ως βοηθοί και δάσκαλοι παρά ως δεσποτικοί αρχηγοί. Οι εργαζόμενοι στη γραμμή παραγωγής αποφάσισαν να ονομαστούν μέλη. Οι εργαζόμενοι στη γραμμή παραγωγής ανέλαβαν αρκετές ευθύνες αναφορικά με ζωτικά θέματα του ανθρώπινου δυναμικού και την αξιολόγηση της απόδοσης των συναδέλφων τους. Η αμοιβή στηριζόταν σε στοιχεία όπως, αμοιβή της υπευθυνότητας ή μέρισμα από την εταιρική αποδοτικότητα. Το παράδειγμα αυτό καταδεικνύει ότι η συμπεριφορά του ηγέτη αποτελεί πρότυπο για τα μέλη (ικανότητα αυτογνωσίας), ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα και μεταβιβάζει αρμοδιότητες και εξουσία στα κατώτερα ιεραρχικά κλιμάκια. Ουσιαστικά εφαρμόζει τις αρχές του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης ξεκινώντας πρωτίστως την εφαρμογή του μοντέλου από τον ίδιο.

Οι ηγέτες που εφαρμόζουν το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας και τη συστημική προσέγγιση στην ανάλυση, στη μελέτη και στη κατανόηση των στοιχείων που απαρτίζουν έναν οργανισμό καθώς και τον τρόπο λειτουργίας τους οδηγούν τον οργανισμό να μετασχηματιστεί σε «οργανισμό μάθησης».

4.8 Σχέση Συμμετοχικού Μοντέλου Κουλτούρας και Οργανισμού Μάθησης

“We cannot solve today’s problems with the same level of thinking that created the problems in the first place.” (Albert Einstein)

Ο **οργανισμός μάθησης** αποτελεί το σύγχρονο μοντέλο οργανισμού. Η «μαθησιακή οργάνωση», είναι μια οργανωτική μορφή που επιτρέπει στα μέλη της να αναβαθμίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους. Η οικονομική και πολιτική συγκυρία των τελευταίων ετών κατέδειξε ότι η επιτυχία ανήκει σε εκείνους τους οργανισμούς οι οποίοι έδωσαν προτεραιότητα στη μάθηση ώστε να μπορούν στον κατάλληλο χρόνο να βρίσκονται στο προσκήνιο των βαθιών εκσυγχρονιστικών αλλαγών. (Ζιανίκας Χ., 1996:115). Η ικανότητα συνεπώς ενός οργανισμού στη μάθηση που τον καθιστά έτοιμο για κάθε είδους αλλαγή στο διαρκές μεταβαλλόμενο επιχειρησιακό περιβάλλον, σε μικρό και μεγάλο επίπεδο, έγινε ένας κρίσιμος παράγοντας για την επιτυχία και την επιβίωση του. Πολλές εταιρείες σχεδιάζουν ακριβώς μακροπρόθεσμα προγράμματα εκπαίδευσης νέων

δεξιοτήτων των μελών τους έτσι ώστε να είναι ικανοί να διαχειριστούν θέματα που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον.

Ο Senge υποστηρίζει ότι ο μακροπρόθεσμος σκοπός ενός οργανισμού είναι η **διαδικασία διαχείρισης της γνώσης**, η οποία θα του επιτρέπει να ανακαλύπτει συνεχώς καλύτερους τρόπους παραγωγής προϊόντων και παροχής υπηρεσιών που θα ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών του. Το μέλλον ενός οργανισμού δεν είναι προβλέψιμο, η μάθηση αντικαθιστά τον έλεγχο και οι ηγέτες θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους στη μάθηση. Η μάθηση προκύπτει με τη «δοκιμή» και το «σφάλμα». (Ζαβλανός Μ., 2006:197) και η κατάρτιση των μελών του οργανισμού αντιμετωπίζεται ως μέρος ενός συστήματος που αποσκοπεί στη δημιουργία πνευματικού κεφαλαίου. (Noe R. et al., 2006:339).

Η θεωρία της **οργανωσιακής μάθησης** επιδιώκει να προσδιορίσει τις συνθήκες που είναι αναγκαίες για την προσαρμογή, την εξέλιξη και τον μετασχηματισμό των οργανισμών, μέσα σε ένα περιβάλλον που μεταβάλλεται διαρκώς και με μεγάλη ταχύτητα, έτσι ώστε να μετατραπούν σε μαθησιακές οργανώσεις. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:28).

Τα **πρότυπα οργανωσιακής μάθησης** αποτελούν μια αποτελεσματική οργανωτική λύση, που προωθεί την ομαδικότητα και τη συνεργασία των μελών ανεξαρτήτως ιεραρχικού επιπέδου, ώστε τα εμπειρότερα μέλη να μεταφέρουν τις γνώσεις τους στους λιγότερο έμπειρους και να αξιοποιούνται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό οι εμπειρίες, οι γνώσεις και οι δεξιότητες του συνόλου των μελών. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:182). Δηλαδή σκοπός του οργανισμού είναι η διάδοση της γνώσης μεταξύ των μελών του. (Ζαβλανός Μ., 2005). Η μάθηση επομένως θεωρείται ως αδιαχώριστο στοιχείο μιας συλλογικής πρακτικής. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:28) και προϋποθέτει τη σταθερή αλλαγή της σκέψης, των στάσεων και των συμπεριφορών που προκύπτει ως έμμεσο ή άμεσο αποτέλεσμα της γνώσης και της εμπειρίας. (Μπουραντάς Δ., 2002:473).

Ορισμένες κουλτούρες, υποστηρίζεται ότι, έχουν πιο θετική επίδραση στην οργανωσιακή μάθηση από άλλες. Η οργανωσιακή μάθηση βασίζεται σε συνεργασίες και χαρακτηρίζεται ως ένας «πυρήνας ικανότητας», οι δε συνεργασίες χαρακτηρίζονται ως κύρια πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Prahalad K., και Hamel G., 1990:79–91). Η δημιουργία, η διάδοση και η αξιοποίηση της γνώσης προϋποθέτει την

κατάλληλη – φιλική κουλτούρα. Απαιτείται συνεπώς μια **κουλτούρα συμμετοχικότητας** όπου κυριαρχεί η συστημική προσέγγιση του οργανισμού διότι το μοντέλο της οργανωσιακής μάθησης βασίζεται στη συστημική θεώρηση. Οι ηγέτες και τα μέλη του οργανισμού κατανέμουν τη συνολική υπευθυνότητα διατηρώντας παράλληλα και την ατομική υπευθυνότητα. (Ζαβλανός Μ., 2005). Σταδιακά καταλήγουν σε μία κουλτούρα μάθησης.

Ο Pfeffer J. (1998), υποστηρίζει ότι ο οργανισμός που διακατέχεται από «**κουλτούρα μάθησης**» οδηγεί σε ικανοποιημένους εργαζόμενους και η ικανοποίηση με τη σειρά της οδηγεί σε καλύτερη παραγωγικότητα και οικονομική απόδοση. Πιστεύει ότι ο ικανοποιημένος εργαζόμενος αυξάνει κατά 30% την οικονομική απόδοση. (Sahinidis A., Bouris J., 2008:63-76). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε τα τελευταία 5 χρόνια, σε ελληνικούς οργανισμούς, που επιλέχθηκαν βάσει της άριστης οικονομικής τους απόδοσης, κατέγραψε ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης, ικανοποίηση από την εργασία, παρακίνηση, εργασιακή δέσμευση και οικονομική απόδοση. (Sahinidis A., Bouris J., 2008: 63-76).

Η μάθηση δημιουργείται με δύο τρόπους. Πρώτον, μέσα από τυπικές διαδικασίες και πρακτικές και δεύτερον μέσα από την ατομική πρωτοβουλία του κάθε μέλους, τις άτυπες διαπροσωπικές σχέσεις, τον πειραματισμό και τους αυτοσχεδιασμούς. (Μπουραντάς Δ., 2002:494).

Εμπειρογνώμονες που έχουν αναλύσει την έννοια της οργάνωσης που μαθαίνει, με κυριότερο τον Senge, κατέληξαν ότι απαιτούνται ορισμένα οργανωτικά χαρακτηριστικά για την ανάπτυξη της μάθησης σε έναν οργανισμό (Alas R., Vadi M., 2003:83–98). Το 1992, ο ίδιος μελετητής υποστήριξε ότι οι οργανισμοί μάθησης μπορούν να αναπτυχθούν εάν η κουλτούρα του οργανισμού εμπεριέχει τα κάτωθι χαρακτηριστικά: (Jordan P., 2004: 456-471), (Mannion R., Davies H., Marshall M., 2005:26)

1. Προσωπική υπεροχή

Κάθε μέλος του οργανισμού θα πρέπει να επιδιώκει την προσωπική υπεροχή. Η προσωπική υπεροχή συνεπάγεται ενίσχυση των τεχνικών δεξιοτήτων του ατόμου ώστε να αποκτήσει αυτογνωσία με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του οργανισμού. Πιστεύει ότι απαιτείται και η ενίσχυση των ικανοτήτων της συναισθηματικής νοημοσύνης που οδηγεί σε συναισθηματική

αυτοσυνείδηση και συναισθηματική ευαισθητοποίηση απέναντι στα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού.

2. Νοητικά μοντέλα

Τα νοητικά μοντέλα είναι οι βαθύτερες πεποιθήσεις που έχουν διαμορφώσει τα άτομα. Τα μοντέλα αυτά επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης των ανθρώπων. Ο Senge, περιγράφοντας το όραμά του για την οργάνωση της μάθησης, ισχυρίζεται ότι οι ηγέτες πρέπει να διαγνώσουν τα επικρατούντα νοητικά μοντέλα που υποστηρίζουν την παρούσα κουλτούρα και να τα προσαρμόσουν ανάλογα στην επιθυμητή. Προς το σκοπό αυτό, οι στόχοι, η στρατηγική, τα μέσα και οι πρακτικές με τους οποίους επιτυγχάνεται ο σκοπός του οργανισμού αξιολογούνται και κινούν την διαδικασία αποδοχής των επιτυχιών ή αποτυχιών του παρελθόντος και τέλος προωθούν εκείνα τα νοητικά μοντέλα που έχει πράγματι ανάγκη ο οργανισμός.

3. Συστημική σκέψη

Ο Senge αναγνωρίζει ότι οι οργανώσεις είναι συστημικές οντότητες όπου κάθε ενέργεια παράγει σχετικές συνέπειες και ότι οι ενέργειες για την αλλαγή ενός τμήματος του οργανισμού θα έχει συνέπειες και σε άλλα τμήματα του οργανισμού. Η έννοια της συστημικής σκέψης δεν επικεντρώνεται μόνο στις συνέπειες της αλλαγής των διεργασιών και των δομών στα πλαίσια του οργανισμού, αλλά και στις συνέπειες των συναισθηματικών θεμάτων κατά την αλλαγή των οργανωτικών προτύπων. Σε μια επικείμενη οργανωσιακή αλλαγή, οι ηγέτες ενθαρρύνουν τα μέλη τους στις συλλογικές δραστηριότητες ώστε να υπάρξει ανταλλαγή απόψεων στα θέματα που θα επηρεαστούν από την αλλαγή.

4. Ομαδική Μάθηση

Ο Senge περιγράφει την ομαδική μάθηση ως αλλαγή στα μοτίβα επικοινωνίας εντός των ομάδων. Η συζήτηση και η ακρόαση σημαντικών θεμάτων ανοικτά συμβάλλει στην ομαδική μάθηση. Για να επιτευχθεί τούτο, θα πρέπει προσωπικές σχέσεις ή συμπάθειες να παραμερίζονται ώστε να αντιμετωπίζονται ισότιμα όλα τα μέλη της ομάδας μάθησης. Με αυτό τον τρόπο κατανοούνται καλύτερα οι συμπεριφορές και τα αισθήματα που οδηγούν στη λήψη ενεργειών και δράσεων.

5. Κοινό όραμα

Η τελική πτυχή της οργάνωσης μάθησης, συνεπάγεται την αναγκαιότητα από τα μέλη να μοιραστούν ένα κοινό όραμα για το μέλλον που να είναι ενσωματωμένο στη

φιλοσοφία, αξίες, αποστολή και τους στόχους του οργανισμού. Το κοινό όραμα επιτρέπει στην οργάνωση να ξεχωρίζει από άλλους οργανισμούς στο ίδιο τομέα. Ο Senge υποστήριξε ότι για να μπορεί να εκπληρωθεί το όραμα χρειάζεται η δέσμευση της ηγεσίας. Παρέχοντας η ηγεσία στρατηγική κατεύθυνση και συνολικές αξίες για τον τρόπο δράσης όλων των μελών του οργανισμού καθίσταται αρωγός στην εκπλήρωση του οράματος.

Οι οργανισμοί μάθησης, υποστηρίζεται ότι, έχουν θετική επίδραση στη διαχείριση της κουλτούρας. Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:26-27), θεωρούν ότι μπορεί να ενισχυθεί η οργανωσιακή μάθηση σε έναν οργανισμό εάν, αυτός διακατέχεται από ορισμένες αξίες όπως:

- Η αναγνώριση και η διάχυση μιας επιτυχίας,
- Η απουσία αυταρέσκειας,
- Η ανοχή στα λάθη,
- Η προτεραιότητα στον άνθρωπο,
- Η αναγνώριση της χρήσιμης γνώσης,
- Η διαχείριση της γνώσης,
- Η εμπιστοσύνη στους συνεργάτες και
- Η εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον για ευκαιρίες μάθησης.

Ανάλογες συμπεριφορές σε ένα συλλογικό μαθησιακό περιβάλλον έχουν καταγραφεί από τους Kinghorn B, et al, (2007: 526-534), οι οποίοι επισημαίνουν ότι στον οργανισμό θα πρέπει να υφίστανται:

- Ξεκάθαροι στόχοι λειτουργίας
- Γρήγορη ανατροφοδότηση
- Ανοικτή επικοινωνία
- Διοίκηση με δέσμευση
- Ξεκάθαροι στόχοι για το μέλλον – ανακοινώσιμοι σε όλον τον οργανισμό
- Συμμετοχικότητα στις αποφάσεις
- Συνδεσιμότητα μεταξύ της εργασίας των ατόμων και τις προτεραιότητες του οργανισμού
- Συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούν τις λύσεις των προβλημάτων
- Προσωπικός και μόνο ανταγωνισμός
- Προσβασιμότητα στους πόρους του οργανισμού ανά τμήμα

- Αυτονομία αποφάσεων σε επίπεδο τμημάτων
- Υποστήριξη και διευκόλυνση της εργασίας από τα αμέσως ανώτερα ιεραρχικά επίπεδα.

Οι Alas R., Vadi M., (2003:83–98) υποστηρίζουν ότι κουλτούρες προσανατολισμένες στο στόχο (μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας) και κουλτούρες προσανατολισμένες στις σχέσεις μεταξύ των μελών (μοντέλο ανθρωπίνων πόρων) επηρεάζουν θετικά την οργανωτική μάθηση. Σε έρευνα τους διαπιστώθηκε ότι, για να αναπτυχθεί οργανωσιακή μάθηση σε έναν οργανισμό, θα πρέπει να δοθεί **χρόνος** προκειμένου να αναπτυχθούν **σχέσεις** μεταξύ των **μελών** – μια αναγκαία βάση. Η κουλτούρα που είναι προσανατολισμένη στην οργανωσιακή μάθηση ξεκινά μετά τα **πέντε χρόνια**. Τούτο αιτιολογείται γιατί, όσο περισσότερα χρόνια εργάζεται ένα μέλος σε έναν οργανισμό τόσο πιο εύκολο είναι να δημιουργηθούν σχέσεις μεταξύ τους. Κουλτούρα οργανωσιακής μάθησης, μεταξύ των μελών με θητεία πέντε ετών ή και λιγότερο σε έναν συγκεκριμένο οργανισμό δύσκολα επιτυγχάνεται. Διαπίστωσαν επίσης, ότι τα άτομα **μεγαλύτερης ηλικίας** είναι καλύτερη ομάδα εκπαιδευομένων, από την άποψη της οργανωσιακής μάθησης από τα νεότερα, κάτι βέβαια που αντίκειται στη θεωρία της γρήγορης μαθησιακής προσαρμοστικότητας από τους νέους εργαζόμενους.

Ο χρόνος βέβαια ως μόνη συνιστώσα δεν εγγυάται ότι κάθε οργανισμός μετατρέπεται σε μια οργάνωση που μαθαίνει. Αυτό εξαρτάται από διάφορα χαρακτηριστικά με κυριότερο την κουλτούρα. Η δημιουργία κουλτούρας μάθησης και ευνοϊκού κλίματος, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ενός οργανισμού μάθησης. Τα μέλη του οργανισμού απαιτείται να ενστερνιστούν την έννοια της μάθησης, η οποία έννοια εστιάζει στη συνεχή βελτίωση του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς των ατόμων. Σκέψη και συμπεριφορά αποτελούν βασικές θεμελιακές προϋποθέσεις που οδηγούν στη συνεργασία όλων για συνεχή αναζήτηση νέων ιδεών, πρακτικών ή καινοτομιών. (Μπουραντάς Δ., 2005:169). Ο Senge, υποστηρίζει ότι πολλοί οργανισμοί έχουν **μαθησιακές δυσκολίες** οι οποίες τους εμποδίζουν να γίνουν αποτελεσματικοί. Οι δυσκολίες αυτές εντοπίζονται στον τρόπο που ο καθένας αντιλαμβάνεται τα πράγματα γύρω του καθώς και στον τρόπο επικοινωνίας και συνεργασίας. Οι οργανωσιακές βελτιώσεις αρχίζουν τόσο από το ατομικό όσο και από το ομαδικό επίπεδο στο οποίο, τα άτομα μαθαίνουν νέους τρόπους σκέψης και διάδρασης. (Ζαβλανός Μ., 2006:449).

Η διατήρηση επίσης, ειδικών επιστημόνων και τεχνολόγων με **υψηλή εξειδίκευση** για μεγάλη χρονική περίοδο στο οργανισμό, βοηθά στη μετάδοση της γνώσης και στην τήρηση ενός επιπέδου υψηλής δημιουργικότητας και δραστηριότητας. Με τον τρόπο αυτό, τα μέλη του οργανισμού, διαπιστώνουν και πείθονται για την αναγκαιότητα συνεργασίας. (Alas R., Vadi M., 2003:83–98).

Η βασικότερη όμως συνιστώσα μετατροπής ενός επιχειρησιακού συστήματος σε οργανισμό μάθησης είναι ο **ηγέτης** ο οποίος είναι υπεύθυνος τόσο για τη δημιουργία όσο και για τη διατήρηση συνεχούς μαθησιακού κλίματος. Ο ηγέτης χρειάζεται να έχει συστημική σκέψη ώστε να κατανοεί την αλληλεξάρτηση των διαφόρων μερών του συστήματος, να έχει διαίσθηση, να προβλέπει τις εξελίξεις και να έχει συνολική θεώρηση των επικείμενων αλλαγών (Ζαβλανός Μ., 2005). Επιπροσθέτως, απαιτείται να ανέχεται τις συγκρούσεις, να υποστηρίζει τον πειραματισμό, την ανάληψη κινδύνων και τις μεθόδους επίλυσης προβλημάτων που στηρίζονται στη δοκιμή και στην απόρριψη. (Sullivan E., Drucker P., 2009:15). Είναι δική του ευθύνη ο μετασχηματισμός της δομής κατά τρόπο που να βοηθά τα άτομα να αναπτύσσονται προσωπικά καθώς και η εφαρμογή ενός **μικτού συστήματος επικοινωνίας** όπου όλοι επικοινωνούν με όλους, μετατρέποντάς τους σε απαραίτητες μονάδες του οργανισμού και σε αποδέκτες μιας **διά βίου διαδικασίας μάθησης**. (Κέφης Β., 2005:78).

Ένας οργανισμός μάθησης οδηγείται σε εφαρμογή νέων μεθόδων και πρακτικών που συμβάλλουν τόσο στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα του οργανισμού όσο και στην **ποιότητα** του. Ιδιαίτερα για τον τομέα των **δημοσίων υπηρεσιών**, η βελτίωση της ποιότητας στηρίζεται στην παραγωγή ιδεών και σε κάποιες περιπτώσεις στην εισαγωγή αλλαγών ή ακόμα και ανατροπών της τρέχουσας κατάστασης. (Κωσταγιόλας Π. κ.ά., 2008:252-253). Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είναι ο βασικός κρίκος για την αλλαγή των οργανισμών. Οι δημόσιοι οργανισμοί λειτουργούν σήμερα σε ένα ιδιαίτερα ασφυκτικό οικονομικό περιβάλλον και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπολείπονται των κοινωνικών προσδοκιών. (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:24).

Οι δημόσιοι οργανισμοί, όπως τα νοσοκομεία, είναι οργανισμοί οι οποίοι δεν χαρακτηρίζονται από κουλτούρα μάθησης. Συνεπώς, δεν μπορεί να επιτευχθεί αλλαγή υπέρ της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Οι λόγοι του εν λόγω φαινομένου καταγράφονται από τον Ζαβλανό Μ (2005). Στους δημόσιους οργανισμούς συνήθως:

- Δεν υπάρχει συνέχεια στις αλλαγές και δεν προσαρμόζονται στις αλλαγές του εξωτερικού περιβάλλοντος,
- Τα μέλη δεν ενθαρρύνονται και δεν ενδυναμώνονται στην κατεύθυνση των καινοτομικών πρωτοβουλιών,
- Οι διοικήσεις των οργανισμών δεν απαρτίζονται από άτομα της κουλτούρας αλλαγής και συνεπώς δεν μπορούν να γίνουν φορείς αλλαγής,
- Δεν υφίσταται ανάπτυξη των ομάδων εργασίας,
- Δεν εφαρμόζεται η συστημική προσέγγιση των οργανισμών,
- Δεν υπάρχει συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων,
- Δεν εφαρμόζουν δείκτες μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων,
- Τα μέλη του οργανισμού δεν έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες,
- Δεν παρέχεται συνεχής εκπαίδευση σε νέες μεθόδους και πρακτικές διοίκησης.

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνουν ότι απαιτείται αναδιοργάνωση, συνεχείς αλλαγές και εισαγωγή στις διαδικασίες μάθησης. Οι αλλαγές, που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα, υπό τη μορφή νομοθετημάτων δεν επαρκούν στο σημερινό μεταβαλλόμενο κόσμο. Η σχεδίαση ενός **πλαίσιου διοίκησης της μάθησης** όπου οι δημόσιοι οργανισμοί θα μαθαίνουν και επομένως θα αλλάζουν βελτιώνοντας την απόδοσή και την ποιότητά τους, αποφεύγοντας τη φθορά, είναι αναγκαία πρακτική. (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., 2005:225). Η πρακτική αυτή θα επιφέρει αλλαγή στις σχέσεις των πολιτών με τις δημόσιες υπηρεσίες, αλλαγή κουλτούρας και μετάβαση από τη γραφειοκρατική κουλτούρα στην **κουλτούρα της ποιότητας**, δηλαδή σε μια δέσμη αξιών που έχουν σημείο αναφοράς τον πολίτη. (Claver C.et al, 1999: 455-464). Κατά συνέπεια, ο επιδιωκόμενος στόχος κάθε οργανισμού να δημιουργήσει ένα σύγχρονο πλαίσιο κουλτούρας ποιότητας διέρχεται από μια μακροχρόνια προσπάθεια ισχυροποίησης μιας κουλτούρας μάθησης που αποτελεί και τη μοναδική δίοδο για την επιθυμητή αλλαγή κουλτούρας. Γιατί όμως επιδιώκεται μέσω της κουλτούρας μάθησης η επικράτηση της κουλτούρας ποιότητας έναντι της γραφειοκρατίας; Ο G. Bush το 1992 τόνισε ότι η κουλτούρα της ποιότητας δεν είναι μόνο μια στρατηγική. Είναι ένας νέος τρόπος εργασίας, ένας νέος τρόπος σκέψης. Η επιδίωξη της ποιότητας και της αριστείας είναι κάτι περισσότερο από μια καλή δουλειά. Είναι **τρόπος ζωής**. Είναι να

δίνεις κάτι πίσω στη κοινωνία, να προσφέρεις το καλύτερο στους άλλους. (Whetten D., Cameron K., Mathew J. 1996).

Σε πολλούς οργανισμούς, διεθνώς, υφίσταται μια σημαντική μετατόπιση. Η ποιότητα τείνει να αντικαθιστά την αποτελεσματικότητα ως κεντρική οργανωσιακή μεταβλητή. (Whetten D., Cameron K., Mathew J., 1996). Η «*κουλτούρα της οργανωσιακής ποιότητας*» αποτελεί πρόσφατο μελετητικό αντικείμενο. Για παράδειγμα, σε αμερικάνικους οργανισμούς, τη δεκαετία του '70 οι οργανισμοί όριζαν τη ποιοτική κουλτούρα ως την «*εύρεση του λάθους*». Τη δεκαετία του '80 την όριζαν ως «*αποτροπή του λάθους*». Από τη δεκαετία του '90 και έπειτα εστίασαν τη προσοχή τους στη «*δημιουργία ποιότητας και συνεχούς βελτίωσης*». Το φιλοσοφικό στίγμα των σύγχρονων οργανισμών εμπεριέχει την ποιότητα και τη βελτίωση ως θεμελιώδους εννοιολογικούς σχηματισμούς.

Επομένως, και για τους δημόσιους οργανισμούς, η «κουλτούρα της βελτίωσης της ποιότητας» θα πρέπει να γίνει αναπόσπαστο τμήμα της φιλοσοφίας τους. Μίας φιλοσοφικής προσέγγισης που θα παρακινεί τα μέλη του να εργάζονται στο εν λόγω ιδεολογικό-διοικητικό πλαίσιο. Χρειάζεται λοιπόν αλλαγή της εσωστρέφειας που χαρακτηρίζει τους δημοσίους οργανισμούς σε εξωστρέφεια, του συγκεντρωτισμού σε εκχώρηση αρμοδιοτήτων, της πολιτικής φιλοσοφίας σε ανοικτή και ειλικρινή φιλοσοφία, της απουσίας ανάληψης κινδύνων σε περισσότερο τολμηρές πρωτοβουλίες, των χρονοβόρων διαδικασιών λήψης αποφάσεων σε επιτάχυνση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων. (Kotter J., 2001:184).

Η δημιουργία και η διάδοση της κουλτούρας ποιότητας ανήκει στον ηγέτη. Ο ηγέτης πρέπει να διαθέτει εκτός των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων, αυτογνωσία, συναισθηματική νοημοσύνη και συστημική σκέψη. Η Παπανικολάου Β., (2007:125), θεωρεί ότι το ανοικτό πνεύμα, η εμπιστοσύνη, η παροχή κινήτρων και η αφοσίωση του ηγέτη και των μελών αποτελούν τα θεμέλια μιας νοοτροπίας ποιότητας. Όπως χαρακτηριστικά τονίζει: «*η βελτίωση της ποιότητας εξαρτάται δευτερευόντως από την ύπαρξη περισσότερου προσωπικού, εξοπλισμού ή χρημάτων και σχετίζεται περισσότερο με τη συμπεριφορά παρά με την τεχνολογία*».

4.9 Η Εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Κουλτούρας στους Νοσοκομειακούς Οργανισμούς

*«Δεν επιβιώνει το δυνατότερο είδος, ούτε το ευφύεστερο, αλλά το πιο ευπροσάρμοστο στις αλλαγές»
(Δαρβίνος)*

Το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας, στις υπηρεσίες υγείας, εστιάζει την προσέγγιση της αναβάθμιση του ρόλου του σημαντικότερου συντελεστή παραγωγής, του ίδιου του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και στην εναρμόνιση του συνόλου των συντελεστών παραγωγής. (Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., 2003:31-52). Έχει όμως αποδειχθεί ότι το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας όταν εφαρμόζεται στο νοσοκομειακό σύστημα επιφέρει και καλύτερα αποτελέσματα;

Έρευνες σε διεθνές επίπεδο, κατέγραψαν θετικά αποτελέσματα σε νοσοκομειακούς οργανισμούς που διέπονται από το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας. Οι Shortell S et al, (2001:207-217) και ο Gerrish K., (1999:367-375) κατέδειξαν καλύτερα **κλινικά αποτελέσματα**, τόσο σε εσωτερικούς όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς νοσοκομείων. Οι ίδιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα που διέπει τον υγειονομικό οργανισμό είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στο **κλίμα ασφάλειας** που νιώθει ο ασθενής στο νοσοκομείο. Οι Firth και Cozens (2001:26-31), συμπληρώνουν ότι η βελτίωση στην ασφάλεια των ασθενών επιτυγχάνεται μέσω της οργανωσιακής μάθησης και της εργασίας μέσω ομάδας. Για το λόγο αυτό, τα νοσοκομεία με συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας έχουν υψηλότερο θετικό ποσοστό στο δείκτη «ασφαλές κλίμα για τους ασθενείς» σε σχέση με αυτά που υιοθετούν το ιεραρχικό μοντέλο διοίκησης. (Speroff T., et al 2010:592-596). Το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας συνδέεται άμεσα με την φιλοσοφία όπου θέλει τον ασθενή στο κέντρο όλων των ενεργειών. Οι Zimmerman J., et al (1993: 1443-1451), τονίζουν ότι στα νοσοκομεία όπου υπάρχει ασθενο-κεντρικό σύστημα κουλτούρας, υπάρχει ισχυρή νοσηλευτική και ιατρική ηγεσία, αποτελεσματική επικοινωνία και συντονισμός, συμμετοχική εργασία στην επίλυση των προβλημάτων και στη διαχείριση των διαμαχών και ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη πορεία του ασθενή. Οι Meterko M., et al, (2004:492-498), σε έρευνά τους, κατέγραψαν θετική συσχέτιση μεταξύ των νοσοκομείων όπου επικρατέστερο

μοντέλο κουλτούρας είναι το συμμετοχικό και της **ικανοποίησης των ασθενών** και αρνητική συσχέτιση με την γραφειοκρατική κουλτούρα.

Οι Speroff T., et al, (2010:592-596), και οι Callen J., et al (2007:635-639), υποστηρίζουν ότι οι οργανωσιακές κουλτούρες που δίνουν έμφαση στη συμμετοχική εργασία και στη καινοτομικότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την έννοια **βελτίωση της ποιότητας** και της αποτελεσματικότητας και τα μέλη είναι θετικά σε αλλαγές, σε αντίθεση με νοσοκομεία που διέπονται από το ιεραρχικό μοντέλο. Αυτού του είδους οι οργανισμοί (ιεραρχικοί) προωθούν τη σταθερότητα, έχουν αντίσταση στην αλλαγή και συνεπώς δεν προωθούν την βελτίωση της ποιότητας.

Η Carney M., (2006:23-332) υποστήριξε ότι όταν τα μεσαία νοσηλευτικά στελέχη εμπλέκονται στις στρατηγικές αποφάσεις τότε το **επίπεδο ποιότητας** προς τους ασθενείς είναι υψηλότερο. Αυτό συμβαίνει διότι τα στελέχη συνειδητοποιούν ευκολότερα τα λειτουργικά συστήματα του νοσοκομείου. Η έρευνά της πραγματοποιήθηκε σε 60 δημόσια νοσοκομεία στην Ιρλανδία. Αξιοπρόσεκτο στην έρευνά της είναι η μικρή συμμετοχή, των γιατρών, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων. Υψηλή θετική συσχέτιση του συμμετοχικού μοντέλου με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κατέγραψαν οι Shortell et al, (1994:508-528) και οι Young et al, (1998:1211-1236). Οι Boan D., Funderburk F., (2003:1-17), και οι Davies H., et al (2007:46-65), θεωρούν τη συμμετοχική κουλτούρα ως το κλειδί στην επιτυχή **εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας** καθώς και την εφαρμογή των αρχών της διασφάλισης ποιότητας σε οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα της υγείας. Μια κουλτούρα όπου δίδει έμφαση στη μάθηση, στη συμμετοχική εργασία και στην εστίαση στον πελάτη-χρήστη είναι το κλειδί για πρόοδο στη βελτίωση της ποιότητας. Θεωρητικοί πιστεύουν ότι η ανταλλαγή **υποστήριξης μεταξύ των εργαζομένων**, οι οποίοι συνεργάζονται για την παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς είναι το μέτρο παρακίνησης αυτών για παροχή άριστης ποιότητας φροντίδας. (Allscheid, 1995: 521-536).

Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005) και οι Davies H et al., (2003), κατέδειξαν ότι το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων συσχετίζεται με **λιγότερα παράπονα** των ασθενών και περισσότερη **ικανοποίηση του προσωπικού** και τέτοιου είδους κουλτούρα υπάρχει σε οργανισμούς μικρού ή μεσαίου μεγέθους.

Οι Rondeau, και Wagar, (1998:14-21), μελετώντας νοσοκομεία του Καναδά, κατέγραψαν ότι τα νοσοκομεία με επικρατέστερο το μοντέλο της συμμετοχικής κουλτούρας συσχετίζονται θετικά με **υψηλούς δείκτες αποτελεσματικής απόδοσης**. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και ο Saffold G., (1988:546-558), και τονίζει ότι η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων έχει αποδειχθεί ότι δίδει υψηλότερη απόδοση. Τέλος, οι Den Hartog D., Verburg R., (2004:55-78), σε 175 οργανισμούς στην Ολλανδία, απέδειξαν ότι οργανισμοί των οποίων οι πρακτικές διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων συμπεριλάμβαναν ένα συνδυασμό μεθόδων με έμφαση στην ανάπτυξη των εργαζομένων, στην αυστηρή επιλογή αυτών, στο σύστημα προαγωγών βάσει της απόδοσης, στην αυτονομία του εργαζόμενου και στη γνώση όλων των εργαζομένων της **φιλοσοφίας**, του **οράματος** και του **σκοπού** του οργανισμού, είχαν παράλληλα και υψηλή απόδοση.

Από την έρευνα των Gifford et al, (2002:13-26), διαφάνει ότι στα νοσοκομεία με επικρατέστερο το μοντέλο της συμμετοχικής κουλτούρας, αυτό συσχετίζεται θετικά με τις **μη αντικαταστάσεις** των νοσηλευτών. Ο Gerowitz M., (1996:69-78), υποστηρίζει ότι νοσοκομεία με κυρίαρχο μοντέλο κουλτούρας το συμμετοχικό είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με την **αφοσίωση των εργαζομένων** και τη **δέσμευση** τους σε σχέση με τα μοντέλα κουλτούρας του ιεραρχικού, του ανοικτού και των στόχων – αποδοτικότητας. Αποδείχτηκε ότι, οι αξίες του γραφειοκρατικού μοντέλου σχετίζονται αρνητικά με την εργασιακή δέσμευση, ικανοποίηση από την εργασία, εργασιακή συνέπεια, ενδυνάμωση και θετικά με τη διάθεση για αλλαγή εργασίας. (Goodman E., et al 2001:58-68). Δυο παράγοντες που φαίνεται ότι συσχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων είναι η ασφάλεια της εργασίας και η αναγνώριση της απόδοσης των εργαζομένων. (Platonova E., et al, 2006:200-209).

Ο Σαρρής Μ., (2001:173), θεωρεί ότι, το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας προσφέρεται ιδιαίτερα για τις υπηρεσίες υγείας αφού στηρίζεται στη *«διεπιστημονική προσέγγιση της αρρώστιας και αναγνωρίζει τα πολλαπλασιαστικά οφέλη από την αμοιβαία συμπληρωματικότητα των επαγγελματικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων στη παροχή υπηρεσιών υγείας»*. Παρά ταύτα, το Institute of Medicine (2001:150), τονίζει ότι ενώ, έχει συσσωρευτεί ένα τεράστιο σύνολο γνώσεων σχετικά με τη δημιουργία, διαχείριση και επικοινωνία αποτελεσματικών ομάδων στο νοσοκομειακό χώρο, η εφαρμογή παραμένει δύσκολη. Η ομαδική εργασία επιβραδύνεται ή σταματά είτε, λόγω

θεσμικών, νομικών, οικονομικών και δομικών εμποδίων είτε, λόγω της κατάρτισης που δέχονται οι επαγγελματίες υγείας. Τα μέλη των ομάδων εκπαιδεύονται σε ξεχωριστό επιστημονικό κλάδο και εκπαιδευτικά προγράμματα και συνεπώς δεν είναι προετοιμασμένα για συνεργασία με άλλους επιστημονικούς κλάδους. Επιπρόσθετα, η συστηματική μελέτη των διαφόρων μεταρρυθμίσεων, διεθνώς, στον τομέα της υγείας καταδεικνύει κυρίως παρεμβάσεις σχετικές με την κλινική ιατρική και όχι ολοκληρωμένες παρεμβάσεις σε δομικά θέματα. (Dijkstra R., et al, 2006:1-10). Όπως τονίζει και ο Savage C., (2000:13-23), *«χρειάζεται χρόνος για να απελευθερωθούμε από τις υφιστάμενες περιοριστικές κατευθύνσεις και τις περιοριστικές οργανωτικές δομές και να ασπαστούμε νέες ιδέες για τη διοίκηση και την οργάνωση»*.

Οι ως άνω δυσκολίες αντανakλούνται στην ύπαρξη τόσο ισχυρών **υποκουλτούρων** στο νοσοκομείο ιδιαίτερα στον ιατρικό και διοικητικό τομέα, όπως άλλωστε διαπιστώθηκε. Η διαχείριση της εν λόγω ποικιλομορφίας στην κουλτούρα στον υγειονομικό τομέα και η σύμπραξη των διαφορετικών υποκουλτούρων θεωρείται ως **πρόκληση**. (Davies H., et al, 2000:111-119). Στις δύο αυτές ομάδες είναι ριζωμένη μια διαφορετική επαγγελματική κουλτούρα και άρα είναι μία πρόκληση η χάραξη στρατηγικών μετασχηματισμού της κουλτούρας που θα επιτυγχάνουν με επιτυχία ένα βαθμό **«πολιτιστικής συνύπαρξης»**. Ένας σημαντικός πρόδρομος στην επίτευξη αυτής της συνύπαρξης είναι η αναγνώριση ότι ένα μεγάλο μέρος της σύγκρουσης προέρχεται από θέματα **δύναμης και νομιμότητας**. Καταλυτικό ρόλο στη συνύπαρξη έχει ο ηγέτης του νοσοκομείου. Με το πρότυπο συμπεριφοράς και την εστίαση στην αποστολή και στο όραμα μπορεί να διευκολύνει στη διεύθυνση των αξιών της κουλτούρας σε όλες τις επαγγελματικές ομάδες.

Οι ίδιες δυσκολίες διαφαίνονται, ακόμη πιο έντονα, τόσο στο ελληνικό δημόσιο τομέα όσο και στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, αναλύθηκαν οι οργανωτικές προσαρμογές και μεταρρυθμίσεις στις οποίες προέβησαν οι δημόσιοι οργανισμοί προκειμένου να υπερκερασθούν οι όποιες δυσλειτουργικές ή αναποτελεσματικές όψεις και ενέργειες της γραφειοκρατικής διοίκησης. Με τον νόμο 2880/2001, εγκαινιάστηκε για πρώτη φορά η εισαγωγή αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και η κουλτούρα ολικής ποιότητας στη διοικητική πραγματικότητα. Την ίδια χρονιά ο Νόμος 2889, προέβλεπε τη συνεχή βελτίωση της

ποιότητας των υπηρεσιών των νοσοκομείων συστήνοντας μεθόδους και πρακτικές της διοίκησης ολικής ποιότητας.

Η **κουλτούρα ολικής ποιότητας** είναι «η ολοκληρωμένη δέσμευση για συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των διαδικασιών, η οποία εκδηλώνεται με τη συμμετοχή όλων, ώστε να ικανοποιούνται απόλυτα οι διαπιστωμένες σημερινές και μελλοντικές ανάγκες των πελατών». (Κέφης Β., 2005:34) **Ουσιαστικά είναι η μέθοδος του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης στη πράξη.** Όπως τονίζουν οι Casson S., George C., (1997:2), είναι ο τρόπος που ζεις, ο τρόπος που εργάζεσαι, ο τρόπος που επιτρέπει σε κάθε μέλος του οργανισμού να βάζει τα δυνατά του με κάθε τρόπο έτσι ώστε ολόκληρος ο οργανισμός να λειτουργεί με τη μέγιστη προσπάθεια για το καλό των πελατών-χρηστών του.

Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες διαπιστώθηκε μια αντίφαση. Ενώ η εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας απαιτεί συμμετοχικές πρακτικές, πολλά προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας εφαρμόζονται με μη συμμετοχικό τρόπο, κατ' εντολή των ανώτερων διευθυντικών στελεχών. (Γκολντστάιν Τ., 2003:30-31). Συνεπώς, δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ούτε οι αρχές του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας ούτε οι αρχές της κουλτούρας ολικής ποιότητας. Οποιοσδήποτε προσπάθειες από τους ηγέτες να υπαγορευθεί απλά και μόνο η ποιότητα συνάντησαν αντίσταση και φτωχά αποτελέσματα. (Boan D., Funderburk F., 2003: 1-17). Οι Shortell S., et al (1995:376-401), πιστεύουν ότι το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων που δίνει έμφαση στη συμμετοχική εργασία και συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων εμφανίζεται να συνδέεται με καλύτερη εφαρμογή των μεθόδων ΔΟΠ. Υπήρξαν στοιχεία ότι μια ασθενοκεντρική κουλτούρα συνδέεται θετικά με την εφαρμογή κανόνων κλινικής ιατρικής. Σε αντίθεση, μια ιεραρχική κουλτούρα, που δίνει έμφαση σε τυπικούς κανόνες και νομοθεσία εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την εφαρμογή μεθόδων ΔΟΠ.

Σύμφωνα με τους Casson S., George C., (1997:3), για να εφαρμοστεί με επιτυχία η κουλτούρα ολικής ποιότητας, απαιτείται:

- Οι ηγέτες να εγκύπτουν πρώτα τον εαυτό τους για την πηγή ενός προβλήματος (αυτογνωσία),
- Τα μέλη να εργάζονται ομαδικά και ο ηγέτης να είναι μέλος αυτής της ομάδας,
- Οι ηγέτες να μπορούν και να κάνουν την εργασία της ομάδας τους,

- Όλοι να ελέγχουν την ποιότητα της εργασίας τόσο της δικιάς τους όσο και των μελών της ομάδας,
- Όλοι να δέχονται ως προσωπική την αποτυχία και
- Όλοι να προσπαθούν να κατανοήσουν την αιτία της αποτυχίας.

Η **μη διάγνωση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας** στους δημοσίους οργανισμούς και η αντιγραφή και μεταφορά μοντέλων και εφαρμογών, από άλλες χώρες, χωρίς την προσαρμογή τους στην κουλτούρα του ελληνικού συστήματος εμπόδισαν την ουσιαστική εφαρμογή της κουλτούρας ολικής ποιότητας. Διαφορετικά έθνη, με διαφορετική κουλτούρα και πολιτική εμπειρία, απαιτούν διαφορετική συμπεριφορά και διαφορετικό τρόπο οργάνωσης και διοίκησης μιας αλλαγής. Οι Sousa-Poza A., et al., (2000:744-761), υποστηρίζουν ότι όταν ένας οργανισμός επιχειρεί να εφαρμόσει προγράμματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, θα πρέπει να λάβει υπόψη του και τις εθνογραφικές κουλτούρες διότι η «φιλοσοφία» της απαιτεί συσχέτιση με τον τρόπο που τα μέλη του οργανισμού σκέφτονται και συμπεριφέρονται. Καμία στρατηγική εφαρμογής δεν μπορεί να εφαρμοστεί με απόλυτη επιστημονική καθαρότητα για όλο τον κόσμο. Η κουλτούρα ολικής ποιότητας απαιτεί μια προσέγγιση ξεχωριστή για τον κάθε οργανισμό που θα λαμβάνει υπόψη τις αδυναμίες του και τα δυνατά του σημεία. Η επιτυχία του προγράμματος βασίζεται στον ηγέτη του οργανισμού και στην ικανότητά του να διακρίνει τις ανάγκες και την κουλτούρα του οργανισμού.

Αναφορικά με τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, τίθεται σε αμφισβήτηση εάν, οι διοικητές των νοσοκομείων, είναι ικανοί να πραγματοποιήσουν αλλαγές κουλτούρας ή κινητοποίησης των μελών προς το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας. Η Bellou V., (2008:496-509), υποστηρίζει ότι ενώ, με τον Ν. 2889/2001, έγινε μια προσπάθεια να τοποθετηθούν ανεξάρτητοι διοικητές σε κάθε νοσοκομείο, σε μια προσπάθεια επίτευξης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας καθώς και αλλαγής κουλτούρας εφαρμόζοντας προγράμματα ανάπτυξης των ομάδων εργασίας παρά ταύτα, οι αξίες, οι προσδοκίες, και οι πρακτικές των εργαζομένων εμφορούνται ακόμη από μια γραφειοκρατική κουλτούρα η οποία οφείλεται σε παλαιότητες πολιτικές και πρακτικές. Επιπρόσθετα, όπως συμβαίνει και στην πλειοψηφία των δημοσίων οργανισμών, στα νοσοκομεία, οι διοικητές δεν μπόρεσαν να δημιουργήσουν, σε όλα τα μέλη του οργανισμού, μια ισχυρή και σαφή κουλτούρα που να υπογραμμίζει τη μάθηση ή στην

ικανοποίηση των αιτημάτων και των προσδοκιών των ασθενών. (Bellou V.,2010:383-395). Η ως άνω συγγραφέας, σε έρευνά της, κατέγραψε ότι στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχει απουσία προσοχής στη λεπτομέρεια, **απουσία συμμετοχικής διοίκησης** και έλλειψη αποφασιστικότητας ως χαρακτηριστικών της οργανωσιακής κουλτούρας. Τα μέλη δίδουν μεγαλύτερη προσοχή στα αποτελέσματα των πράξεων τους παρά στη κάλυψη των αναγκών των ασθενών. (Bellou V., 2007:510-522). Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της κουλτούρας των δημοσίων νοσοκομείων είναι η προαγωγή της επιθετικότητας και η ανεκτικότητα. (Bellou V.,2008:496-509). Η Καστανιώτη Κ., κ.ά. (2011), σε παρόμοια έρευνα, κατέγραψε ως χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας των ελληνικών νοσοκομείων, την προσαρμοστικότητα, την προβλεψιμότητα καθώς και τη διάθεση για πολύωρη εργασία, χαρακτηριστικά τα οποία δεν καλύπτουν τις προσδοκίες των μελών του οργανισμού.

Ο Campbell R., (2009:328-343) τονίζει ότι εάν θέλουν να παραμείνουν στην αγορά, οι υγειονομικοί οργανισμοί, θα πρέπει να δημιουργήσουν μια **κουλτούρα «νικητή»** με συνεχείς αλλαγές σύμφωνα με τις απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Το σημαντικότερο συστατικό δημιουργίας, κατά το συγγραφέα, μιας κουλτούρας «νικητή» είναι η συμμετοχική εργασία με την έμπρακτη υποστήριξη του ηγέτη. Κουλτούρα του «νικητή» σημαίνει μεγιστοποίηση των δυνατών στοιχείων των μελών με αποτέλεσμα τα μέλη να βοηθούν πρώτα από όλα τον εαυτό τους και στη συνέχεια τον οργανισμό. Ο Brown (1998) συμπληρώνει ότι **τρεις μηχανισμοί** διευκολύνουν την καλύτερη απόδοση των οργανισμών:

1. Κοινός στόχος και κοινά μέσα για όλους,
2. Υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης και αναγνώριση των πρακτικών που οι εργαζόμενοι θεωρούν σημαντικές όπως συμμετοχική εργασία,
3. Συνεχής μάθηση και μάθηση από το παρελθόν.

Η Manley K. (2000:34-38), υποστηρίζει ότι οι **άριστοι οργανισμοί** υιοθετούν κάποιες από τις παρακάτω αρχές στην κουλτούρα τους:

- Οι άνθρωποι αξίζουν (Gregory, 1983)
- Έμφαση στην εσωτερική επικοινωνία με σεβασμό σε όλους τους εργαζόμενους και σε όλα τα επίπεδα (Peters and Waterman, 1982).
- Κοινές αξίες αναφορικά με την αξία του εργαζόμενου, το σεβασμό στον πελάτη και κατεύθυνση προς την τελειότητα (Baker, 1980).

Οι ηγέτες των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων οφείλουν να αντιληφθούν ότι οι εργαζόμενοι δεν είναι οργανωσιακά εργαλεία αλλά αποτελούν τα μέσα για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων (Νιάκας Δ., 2004:108). Σχεδόν δύο δεκαετίες τώρα, οικονομολόγοι της υγείας, έχουν εναργώς υποδείξει την αναγκαιότητα μετάβασης σε μια νέα αντίληψη, σε ένα νέο μοντέλο κουλτούρας. Ο Σούλης Σ., (1994:11), τονίζει δε ότι *«θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι ένα **Εθνικό Σύστημα Υγείας** δεν έχει καμία σχέση με την **ανάπτυξη γραφειοκρατικών δομών** που θυμίζουν απλώς την ανάπτυξη της στρατοκρατικής γραφειοκρατίας στην πρώην Σοβιετική Ένωση. Ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας πρέπει να είναι ένα διαρκώς **αναπτυσσόμενο σύστημα** που κρύβει μια δυναμική και εξέλιξη. Θα πρέπει έτσι να επιδιώξουμε σε εθνικό επίπεδο, τον κεντρικό σχεδιασμό, προγραμματισμό και έλεγχο του Συστήματος Υγείας και να εξασφαλίσουμε σε μικρό-επίπεδο κίνητρα για δημιουργικές πρωτοβουλίες και δραστηριότητες από **μη αλλοτριωμένους ανθρώπινους πόρους**»*. Το ως άνω μπορεί να επιτευχθεί από εμπνευσμένους, χαρισματικούς και συναισθηματικά ευφυείς ηγέτες είτε σε πολιτικό είτε σε επιχειρησιακό-νοσοκομειακό επίπεδο.

4.10 Σύνοψη Κεφαλαίου

Σε παγκόσμια κλίμακα, οι οργανισμοί, αναπτύσσουν διαδικασίες αλλαγής δράσεων επίτευξης του οράματος και του σκοπού τους, ανακαλύπτουν νέους ή πιο εξελιγμένους τρόπους χρησιμοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων τους, ώστε να λειτουργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά στο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η προαναφερόμενη διαδικασία χαρακτηρίζεται ως «οργανωσιακή αλλαγή» σε βασικές λειτουργικές κατηγορίες του οργανισμού όπως στη δομή, στα συστήματα, στην τεχνολογία, ή στο ανθρώπινο δυναμικό. Σημαντικότερος τομέας όλων, που παρέχει τη μηχανή της γενικότερης αλλαγής, θεωρείται η αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού. Πολυεθνικές εταιρείες, τράπεζες ή υγειονομικοί οργανισμοί αλλάζουν την κουλτούρα τους, στη πορεία της οργανωσιακής τους ζωής, με στόχο την προσαρμογή τους στο εξωτερικό ή εσωτερικό περιβάλλον.

Η αλλαγή στην κουλτούρα προϋποθέτει συμπεριφοριστική αλλαγή και υιοθέτηση νέων αξιών, συμπεριφορών και προτύπων στον οργανισμό. Η θεωρία της οργανωσιακής ανάπτυξης καθώς και τα θεωρητικά μοντέλα της οργανωσιακής αλλαγής

μπορούν να βοηθήσουν τους οργανισμούς στην υλοποίηση μιας σχεδιασμένης αλλαγής. Ανεξάρτητα από το επιλεγθέν μοντέλο αλλαγής, βασική συνιστώσα επιτυχίας της είναι η διάθεση των μελών του οργανισμού για αλλαγή. Σχεδόν όλες οι αλλαγές θα απαιτήσουν από τα μέλη να τροποποιήσουν τον τρόπο με τον οποίο έχουν συνηθίσει να συμπεριφέρονται. Η πρόκληση είναι η αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Εξαιτίας αυτής της παραμέτρου, συχνά προγράμματα αλλαγής αποτυγχάνουν λόγω αντίστασης όσων εμπλέκονται άμεσα στις αλλαγές. Η αντίσταση μπορεί να οφείλεται είτε σε φόβο, είτε σε αυτοπροστασία είτε σε αυταρέσκεια.

Το άτομο καταλύτης για την αντιμετώπιση της αντίστασης είναι ο ηγέτης του οργανισμού. Ο ηγέτης είναι αυτός που θα κινητοποιήσει τα υπόλοιπα μέλη στη πορεία της αλλαγής. Προς το σκοπό αυτό, χρειάζεται μια βαθιά προσωπική αλλαγή, μια ανάδειξη ενός νέου εγώ, μιας νέας συμπεριφοράς που θα αντανάκλαζε το όραμα για την αλλαγή. Ο ηγέτης διαμορφώνει και αλλάζει την κουλτούρα και εξασφαλίζει τη συμμετοχή στο σχεδιασμό όσων πρόκειται να επηρεαστούν από την αλλαγή. Απαιτείται συνεπώς, να διαθέτει ένα μείγμα προσόντων και ένα μείγμα στυλ διοίκησης ανάλογα την οργανωσιακή κατάσταση καθώς και να είναι στοχαστικά συνεργάσιμος και αναλυτικά πραγματιστής.

Βασικότερο προσόν του σημερινού ηγέτη, θεωρείται η συναισθηματική νοημοσύνη που απαιτεί εκπαίδευση και ανάπτυξη τόσο των προσωπικών του όσο και των κοινωνικών του δεξιοτήτων. Η συναισθηματική νοημοσύνη συμπεριλαμβάνει την αυτοεπίγνωση και την κοινωνική επίγνωση, την αυτοδιαχείριση καθώς και την ικανότητα διαχείρισης των σχέσεων μέσα στον οργανισμό. Οι ικανότητες αυτές ενορχηστρώνουν την συλλογική προσπάθεια. Καμία βαθιά εκσυγχρονιστική αλλαγή δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την συμβολή των μελών του οργανισμού. Σκοπός του ηγέτη είναι η υποκίνηση και η ενδυνάμωση αυτών ώστε να απελευθερώσουν τη διανοητική τους δύναμη και να συμμετέχουν ενεργά προς την επίτευξη του οράματος και του στόχου του οργανισμού.

Απαραίτητο συστατικό στον τρόπο σκέψης και δράσης του ηγέτη είναι η συστημική σκέψη. Είναι η ικανότητα να αντιλαμβάνεται τα στοιχεία, τις διασυνδέσεις καθώς και των τρόπο λειτουργίας αυτών μέσα στον οργανισμό. Ο συστημικός ηγέτης συνδέει την ολική εικόνα, συνδυάζει διαφορετικές οπτικές γωνίες, ανακαλύπτει κοινούς ορίζοντες

υλοποίησης αλλαγών με τη συμμετοχή των μελών του οργανισμού και μελετά διεπιστημονικά τον οργανισμό.

Οι ηγέτες αναγνωρίζουν ότι η επιτυχία ενός οργανισμού δεν βρίσκεται στις στρατηγικές ή στον έλεγχο αλλά στη δημιουργία εκείνου του εργασιακού περιβάλλοντος που θα υποστηρίζει τους ανθρώπινους πόρους. Θεωρούν τη συμμετοχική εργασία ως αναντικατάστατη αξία και προωθούν το μοντέλο της συμμετοχικής κουλτούρας το οποίο βασίζεται στη δημιουργία ομάδων εργασίας. Οι ομάδες εργασίας μπορεί να είναι με τη μορφή κύκλων ποιότητας, αυτοδιαχειριζόμενων ομάδων ή διατμηματικών ομάδων. Η συμμετοχή των μελών σε ομάδες εργασίας, έχει αποδειχθεί ότι ενθαρρύνει την αυτοεκτίμηση, την αυτοδέσμευση και την αίσθηση της δημιουργικότητας του ατόμου. Οι ηγέτες που εφαρμόζουν το ως άνω μοντέλο κουλτούρας, οδηγούν τον οργανισμό να μετασχηματιστεί σε «οργανισμό μάθησης». Είναι το είδος του οργανισμού που επιτρέπει στα μέλη του τα αναβαθμίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους, να εφαρμόζουν νέες μεθόδους και πρακτικές που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα του οργανισμού και στην ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών.

Η κουλτούρα της ποιότητας και της συνεχής βελτίωσης παρέχει ένα νέο τρόπο σκέψης με σημείο αναφοράς στον πολίτη. Είναι η νέα φιλοσοφία που χρειάζεται να διακατέχονται οι δημόσιοι οργανισμοί και ιδιαίτερα τα δημόσια νοσοκομεία μιας και παρέχουν ένα από τα πρωταρχικά αγαθά της ζωής του ανθρώπου, αυτό της υγείας. Η κουλτούρα της ποιότητας και της συνεχής βελτίωσης καθώς και η αναγκαιότητα μετάβασης των δημοσίων νοσοκομείων σε οργανισμούς μάθησης, προϋποθέτει αλλαγή στη κουλτούρα τους.

Έρευνες, σε διεθνές επίπεδο, σε νοσοκομειακούς οργανισμούς που διέπονται από το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας, απέδειξαν θετικά αποτελέσματα σε θέματα ποιότητας, κλινικών αποτελεσμάτων, στο κλίμα ασφάλειας που ένιωθε ο ασθενής, στην αποτελεσματικότητα, στην αποδοτικότητα και στην αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων. Η εφαρμογή του μοντέλου, στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, με προσαρμογή στην εθνογραφική κουλτούρα, η ανάδειξη χαρισματικών και ικανών ηγετών στις διοικήσεις των νοσοκομείων καθώς και η υποκίνηση, ενθάρρυνση και δημιουργία κινήτρων στα μέλη των οργανισμών για ουσιαστική συμμετοχή και δράση, μπορούν να συμβάλλουν, κατά ένα μεγάλο μέρος, στην αντιμετώπιση των

δυσλειτουργιών τους. Στη σημερινή κρίσιμη οικονομική συγκυρία, το δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να συνεχίσει να διέπεται από το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας. Η διεθνής εμπειρία και πρακτική τονίζει την αναγκαιότητα μετάβασης προς το συμμετοχικό μοντέλο ή αλλιώς προς το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ
ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία Ποσοτικής Μεθόδου Έρευνας

5.1 Καθορισμός Ερευνητικού Προβλήματος

Στο πρώτο μέρος της παρούσας διατριβής αποτυπώθηκε το θεωρητικό πλαίσιο: της έννοιας και της χρησιμότητας της οργανωσιακής κουλτούρας, του θεσμού, του τρόπου σκέψης και δράσης της δημόσιας διοίκησης, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και του μοντέλου διοίκησης του δημοσίου νοσοκομείου και τέλος, της αναγκαιότητας της αλλαγής της κουλτούρας στη πορεία ζωής ενός οργανισμού. Η προηγηθείσα ανάλυση, κατέδειξε ότι, στο σημερινό μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον, με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, τις ραγδαίες και έντονες μεταβαλλόμενες ανάγκες των πελατών-χρηστών, την παγκοσμιοποίηση, τις νέες τεχνολογίες και τη χαοτική ροή των πληροφοριών, τα δημόσια νοσοκομεία καλούνται να μεταβούν σε μια διαρκή μεταρρυθμιστική πορεία με στόχο να:

- Επιβιώσουν και να προσαρμοστούν στο νέο μεταβαλλόμενο σκηνικό,
- Αναγνωρίζουν τη δυναμική της οργανωσιακής κουλτούρας στη καθημερινή τους λειτουργία,
- Δημιουργήσουν το κατάλληλο κλίμα στον οργανισμό ώστε να υπάρξει εσωτερική ολοκλήρωση για όλα τα μέλη,
- Αλλάξουν το παρόν μοντέλο διοίκησης για να ξεπεράσουν τις παγιωμένες αδυναμίες όπως: το διαρθρωτικό κατακερματισμό, τη σύγχυση αρμοδιοτήτων, την λανθασμένη γραφειοκρατική νοοτροπία, την έλλειψη εμπιστοσύνης, τη δυσaréσκεια του κοινού, τον περιορισμένο βαθμό αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων, την έλλειψη διασφάλισης της ποιότητας, το χαμηλό επίπεδο ξενοδοχειακών υπηρεσιών, τις λίστες αναμονής, την πολυπλοκότητα και την απουσία ενός ενιαίου συντονισμού των επιμέρους υπηρεσιών του.

Από την θεωρητική ανασκόπηση του θέματος, του εν λόγω μελετητικού εγχειρήματος, διεφάνηκε ότι, το δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να συνεχίσει να διέπεται από το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας. Η διεθνής εμπειρία και πρακτική αναδεικνύουν την αναγκαιότητα μετάβασης των δημοσίων νοσοκομείων προς ένα διαφορετικό μοντέλο κουλτούρας από αυτό που ισχύει σήμερα. Επίσης, με σαφήνεια ανεδείχθηκε ότι, το συμμετοχικό μοντέλο ή διαφορετικά το μοντέλο των ανθρωπίνων

πόρων είναι το καταλληλότερο για τη μείωση των αρνητικών φαινομένων και επιπτώσεων του γραφειοκρατικού μοντέλου και επιστημονικά επικρατέστερο να κατευθύνει το δημόσιο νοσοκομείο να εξελιχθεί σε έναν οργανισμό μάθησης με κεντρικές αξίες τη βελτίωση της ποιότητας και την ασφάλεια του ασθενή.

Συνεπώς, από το ανωτέρω συμπερασματικό πλαίσιο ανακύπτει η κεντρική υπόθεση της έρευνας και αναζητείται ο τρόπος της απαντητικής τεκμηρίωσης. Η κεντρική υπόθεση διατυπώνεται ως εξής: **«Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα της οργανωσιακής αλλαγής των δημοσίων νοσοκομείων»**. Για να εξεταστεί η ως άνω υπόθεση επιμέρους **ερευνητικά ερωτήματα**, που έχουν προκύψει από τη θεωρητική ανασκόπηση του θέματος αναζητούν απαντήσεις:

1. Ποια είναι η υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα των δημοσίων νοσοκομείων;
2. Επαληθεύεται η θεωρία ή οι μελέτες άλλων ερευνητών που κατέδειξαν ότι το σημερινό μοντέλο κουλτούρας στους οργανισμούς του δημοσίου, όπως το νοσοκομείο, είναι το γραφειοκρατικό;
3. Ποιο μοντέλο κουλτούρας, θεωρούν τα στελέχη των δημοσίων νοσοκομείων, ότι είναι το καταλληλότερο (επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα);
4. Είναι πράγματι το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας, μοντέλο που σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία διαφαίνεται να έχει τα καλύτερα οργανωσιακά αποτελέσματα από άποψη ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το επιθυμητό μοντέλο κουλτούρας για τα μέλη των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων;
5. Ποιο είναι το εύρος της διαφοράς μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας;
6. Ποιο είναι το εύρος διαφοράς των αντιλήψεων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων του νοσοκομείου (υποκουλτούρες);
7. Ποιοι είναι οι αιτιολογικοί παράγοντες του εύρους της διαφοράς τους;
8. Με ποιους τρόπους μπορεί το δημόσιο νοσοκομείο να μεταβεί από το υφιστάμενο στο επιθυμητό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας; (οργανωσιακή αλλαγή).

Για να υπάρξουν απαντήσεις στα ως άνω ερωτήματα χρήσει να προσδιοριστεί η κατάλληλη επιλογή τόσο της μεθόδου της έρευνας (ποσοτική ή ποιοτική), όσο και του κατάλληλου μεθοδολογικού εργαλείου αυτής.

Αναφορικά, με τη μέθοδο της έρευνας, υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα μελετάται και μετριέται με την ποιοτική μέθοδο και ερευνητές που πιστεύουν ότι η ποσοτική μέθοδος είναι καταλληλότερη για μελέτη και μέτρηση της. Η διαφωνία αυτή, προέρχεται από την ίδια την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας. Όπως η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας αποτελεί μια πολύπλοκη, υποκειμενική και αμφιλεγόμενη έννοια που αποτελείται από διαφορετικό σύνολο μεταβλητών, ανάλογα την ανθρωπολογική ή την κοινωνιολογική προσέγγιση, έτσι και οι μέθοδοι εξέτασης αυτής διαφέρουν ως προς τα στοιχεία που εξετάζουν.

Ο Schein E., (2006:60), υποστηρικτής της ποιοτικής μεθόδου που την αποκαλεί και ως «κλινική προσέγγιση» διάγνωσης της κουλτούρας, θεωρεί ότι η χρήση ερωτηματολογίων (ποσοτική μέθοδος) μπορεί να βοηθήσει στη μελέτη των εξωτερικών εμφανών επιπέδων της κουλτούρας αλλά δεν μπορεί να αναλύσει τα βαθύτερα επίπεδα. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Witte K., Van Muijen J., (1999:583-595) και αναφέρουν ότι το περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας εκδηλώνεται μέσα από τις βασικές παραδοχές, τις στάσεις, τις αξίες, τις συμπεριφορικές νόρμες και τις πρακτικές που ακολουθεί ένας οργανισμός. Τα στοιχεία αυτά ονομάζονται επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας, διότι διαφέρουν ως προς την προσβασιμότητα τους. Κάποια στοιχεία είναι πιο εύκολο να τα προσεγγίσουμε και να τα μελετήσουμε, με τη ποσοτική μέθοδο όπως τις πρακτικές, τις συμπεριφορικές νόρμες και τις αξίες ενώ, άλλα είναι λιγότερο προσβάσιμα, (βασικές παραδοχές) καθώς λειτουργούν σε προσυνειδητό επίπεδο. Σε αυτή τη περίπτωση χρειάζεται η ποιοτική μέθοδος. Οι Van Muijen J., et al, (1999:551-568) συμπληρώνουν ότι, οι αντιλήψεις είναι εύκολο να μετρηθούν με ερωτηματολόγια αλλά για να περιγράψεις βαθύτερα πιστεύω, κρυφά σύμβολα και κρυμμένα μηνύματα απαιτείται μια πολύ λεπτομερή και αξιόπιστη εικόνα αυτών που επιτυγχάνεται με τη χρήση ποιοτικής μεθόδου. Τέλος, οι Van den Beng P., Wilderom C., (2004:570-582) τονίζουν ότι, για να έχουν επιστημονική αξία τα ευρήματα ερευνών αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα θα πρέπει να στηρίζονται σε ποιοτικές έρευνες.

Από την άλλη πλευρά, οι Cameron K & Quinn R., (2006:149), Denison (1990), Rousseau (1990:166), Kotter & Heskett (1992), Martin & Siehl (1983:52-64), Xenikou & Furnam (1996:349-371), και Μπουραντάς (2002:547-548) υποστηρίζουν ότι η ποσοτική ανάλυση παρέχει την ευκαιρία να καταγραφούν η επικρατούσα κουλτούρα, η ισχύ της, η ύπαρξη διαφορών υποκουλτούρων στα τμήματα ενός οργανισμού καθώς και

να παρέχουν δεδομένα που μπορούν να αξιολογηθούν και να αναλυθούν με πολυπαραγοντικές στατιστικές μεθόδους.

Η Rousseau (1990), ενοποιώντας τις δύο διαφορετικές οπτικές, προτείνει ότι οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας είναι πιο κατάλληλες για τη μελέτη των προσβάσιμων στοιχείων και οι ποιοτικές μέθοδοι για τη μελέτη των λιγότερο προσβάσιμων στοιχείων. (Ξενικού Α., 2005: 102-113). Οι Scott et al, (2003:930-934) πιστεύουν ότι οι ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν με συμπληρωματικό τρόπο ώστε να βοηθήσουν στην ανάπτυξη και στην πιο λεπτομερή κατανόηση όλων των επιπέδων της κουλτούρας διότι, συλλέγοντας ασαφή δεδομένα όπως αυτά της οργανωσιακής κουλτούρας είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση περισσότερων από μια μέθοδο συλλογής δεδομένων.

Οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:63), παρατήρησαν ότι, οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στο επίπεδο 1 της κουλτούρας (τα επιφανόμενα-artifacts) και στο επίπεδο 2 (οι αποδεκτές αξίες-espoused values and beliefs). Δεν υπάρχουν μελέτες που να εξετάζουν το επίπεδο 3 (οι βασικές παραδοχές-basic underlying assumptions). Όμως, όπως υποστηρίζει ο Schein, μπορούμε να ανακαλύψουμε τις βασικές παραδοχές εάν δούμε ασυμφωνία μεταξύ αξιών και πράξεων μέσα στον οργανισμό. Για το λόγο αυτό, καταλήγει ο συγγραφέας, ο συνδυασμός των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων για την ανάλυση της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ο καλύτερος τρόπος. (Schein E., 2006:60).

Η ποσοτική μέθοδος μπορεί να μελετήσει, να μετρήσει και να προσφέρει τη δυνατότητα αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό, υπό την προϋπόθεση ότι το εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί βασίζεται σε μια θεωρητική βάση, που εστιάζει στις κύριες διαστάσεις της κουλτούρας. (Cameron K & Quinn R., 2006:149). Όπως ο Robson C., (2007:270), υποστηρίζει, οι ποσοτικές έρευνες είναι μια ερευνητική στρατηγική παρά μια τακτική ή μια συγκεκριμένη μέθοδος. Η στρατηγική στην ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει την επίλυση πρακτικών θεμάτων τα οποία σχετίζονται με τον λεπτομερή σχεδιασμό του εργαλείου που θα χρησιμοποιηθεί, τον προσδιορισμό του υπό έρευνα δείγματος και την εξασφάλιση υψηλών ποσοστών απόκρισης. Η στρατηγική που θα ακολουθεί μπορεί να εξασφαλίζει την επιτυχία στην ποσοτική έρευνα.

5.2. Εργαλεία Ποσοτικής Μέτρησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Το μελετητικό εγχείρημα της παρούσας διατριβής, εστιάζεται στη μέτρηση και κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας των νοσοκομείων. Η αναζήτηση του κατάλληλου **εργαλείου μέτρησης** της νοσοκομειακής οργανωσιακής κουλτούρας οδήγησε στη μελέτη των Scott et al, (2003:930-934). Οι συγγραφείς μελετώντας περισσότερα από 1.700 άρθρα που αναπτύχθηκαν ή χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας κατέληξαν ότι, **δεκατρία (13) όργανα** ικανοποιούν τα κριτήρια διερεύνησης της οργανωσιακής κουλτούρας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οργανισμούς υγείας. (πίνακας 5.2.).

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια (εργαλεία) σχεδιάστηκαν προδιαγράφοντας τον καθορισμό της κουλτούρας ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας ή, πιο αναλυτικά, *«ως ένα σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν έναν τρόπο ζωής μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού»*. (Κατσανιώτη Κ., κ.ά., 2011:70-78).

Κάθε εργαλείο, μετρά διαφορετικές παραμέτρους της οργανωσιακής κουλτούρας. Η επιλογή του εργαλείου καθορίζεται από το πώς ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα ο ερευνητής, τον σκοπό της έρευνας, την χρήση των αποτελεσμάτων και τη διαθεσιμότητα των πόρων. (Scott et al, 2003:930-934)

Το αποτέλεσμα της μελέτης των προαναφερόμενων συγγραφέων, επίσης, κατέγραψε ότι δεν υπάρχει «ιδανικό» εργαλείο για την μέτρηση της κουλτούρας των οργανισμών υγείας. Ενώ ένα ευρύ φάσμα είναι διαθέσιμο, όλα τους έχουν περιορισμούς ως προς το πεδίο εφαρμογής τους, την ευκολία χρήσης ή τις επιστημονικές ιδιότητες τους. Κάποια από τα εργαλεία προέρχονται από μια ισχυρή θεωρητική βάση, ενώ ορισμένα έχουν αναπτυχθεί μέσω ενός πιο πρακτικού τρόπου. Οι μελετητές ταξινόμησαν τα εργαλεία προσέγγισης της οργανωσιακής κουλτούρας βάσει δύο προσεγγίσεων. Τα εργαλεία που διέπονται από μια τυπολογική προσέγγιση και εκείνα που διέπονται από μια προσέγγιση διαστάσεων (πίνακας 5.1)

Πίνακας 5.1. Κατάταξη των επιλεγμένων οργάνων

Τυπολογική προσέγγιση:	Competing Values Framework
	Quality Improvement Implementation Survey
	Harrison's Organizational Ideology
Προσέγγιση Διαστάσεων:	Organizational Culture Inventory
	Hospital Culture Questionnaire
	Nursing Unit Culture Assessment Tool
	Practice Culture Questionnaire
	MacKenzie's Culture Questionnaire
	Survey of Organizational Culture
	Corporate Culture Questionnaire
	Core Employee Opinion Questionnaire
	Hofstede's Organizational Culture Questionnaire
	Organizational Culture Survey

Πηγή: Scott et al, (2003:930-934)

Στο σύνολο τους τα εργαλεία διαφοροποιούνται κατά το βαθμό που χρησιμοποιούνται σε εμπειρικές μελέτες, το βαθμό στον οποίο αποτιμάται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους καθώς και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση των επιστημονικών τους ιδιοτήτων. Στο σύνολό τους διερευνούν την άποψη των μελών σχετικά με το εργασιακό τους περιβάλλον, αλλά μόνο δύο από αυτά όπως, το Competing Values Framework και το Organizational Culture Inventory, προσπαθούν να αποτυπώσουν αξιόπιστα τις αξίες και τα πιστεύω, μεταβλητές που διαμορφώνουν τις απόψεις των μελών.

Σύμφωνα με τους Scott et al, (2003: 930-934) και τους Boan and Funderburk, (2003:1-17) το **Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)** που βασίζεται στη θεωρία του Competing Values Framework ή Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron και Quinn διαθέτει ψηλού βαθμού αξιοπιστία και εγκυρότητα στη διάγνωση της υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας και είναι ένα από τα πιο χρησιμοποιημένα εργαλεία διεθνώς στο νοσοκομειακό χώρο. Επισημαίνεται ότι έχει εφαρμοστεί σε υψηλόβαθμα στελέχη 265 νοσοκομείων της Αγγλίας, της Αμερικής και του Καναδά.

Πίνακας 5.2.: Όργανα μέτρησης της Οργανωσιακής κουλτούρας που είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν στις Υπηρεσίες Υγείας

Εργαλείο και Βασικές αναφορές	Διαστάσεις της κουλτούρας και δείκτες	Αριθμός ειδών	Φύση της Κλίμακας	Παραδείγματα χρήσης σε Υπηρεσίες Υγείας	Ιδιότητες στις Υπηρεσίες Υγείας	Δυνατά Σημεία του Εργαλείου	Περιορισμοί του Εργαλείου	Σχόλια
1. Competing Values Framework (Cameron and Freeman 1991; Gerowitz et al. 1996, 1998)	Βασικές διαστάσεις που εξετάζονται είναι τα κύρια χαρακτηριστικά και η ηγεσία του οργανισμού, η διοίκηση προσωπικού, το κυρίαρχο στοιχείο του οργανισμού, η ανάπτυξη στρατηγικής καθώς και τα κριτήρια επιτυχίας του οργανισμού. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους κουλτούρας, που χαρακτηρίζονται ως: ανθρωπίνων πόρων, ανοικτό, ιεραρχικό και στόχων-αποδοτικότητας. Κάθε οργανισμός έχει συνήθως περισσότερες από μία από αυτούς τους τύπους.	16	Σύντομη περιγραφή των κυρίαρχων χαρακτηριστικών του κάθε τύπου. Οι ερωτηθέντες μοιράζουν 100 βαθμούς μεταξύ αυτών των τύπων ανάλογα με πόσο κοντά είναι το χαρακτηριστικό στη δικιά τους οργάνωση.	Εφαρμόστηκε σε κορυφαία στελέχη 265 νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ και Καναδά (Gerowitz et al. 1996, Gerowitz 1998).	Θα δοθούν αναλυτικά κατωτέρω.	Απλό και γρήγορο για να ολοκληρωθεί, υψηλή φαινομενική εγκυρότητα, χρησιμοποιείται σε διάφορες μελέτες υπηρεσιών υγείας, ισχυρή θεωρητική βάση, αξιολογεί τόσο καταλληλότητα όσο και τη δύναμη της κουλτούρας	Στενή ταξινόμηση των οργανωτικών μοντέλων κουλτούρας.	Αναπτύχθηκε αρχικά για χρήση σε εκπαιδευτικούς οργανισμούς.
2. Quality Improvement Implementation Survey (Shortell et al 2000)	Βασικές διαστάσεις είναι: ο χαρακτήρας της οργάνωσης, το στυλ των ηγετών, της συνοχής, της ιεράρχησης των στόχων, και των ανταμοιβών. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους κουλτούρας, που χαρακτηρίζονται ως: ομαδικό, αναπτυξιακό, ιεραρχικό, και ορθολογικό.	20	Σύντομη περιγραφή σεναρίων σε κυρίαρχα χαρακτηριστικά του κάθε τύπου. Οι ερωτηθέντες μοιράζουν 100 βαθμούς μεταξύ αυτών των σεναρίων ανάλογα με το πόσο κοντά είναι κάθε παρόμοιο σενάριο στη δική τους οργάνωση.	Χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της κουλτούρας και την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε 16 νοσοκομεία, (Shortell et al 2000) καθώς και την εξέταση της σχέσης μεταξύ της εφαρμογής του με της based-evidence ιατρική.	Άγνωστη Εγκυρότητα. Εσωτερική συνοχή για μια από τις κλίμακες 0.79 (Shortell et al 2000)	Απλό και γρήγορο για να ολοκληρωθεί, υψηλή φαινομενική εγκυρότητα. Χρησιμοποιήθηκε από εμπειρογνώμονες της υγείας. Προσθέτει επιπλέον μια διάσταση (αμοιβές) στο CVF.	Στενή ταξινόμηση των οργανωτικών μοντέλων κουλτούρας.	Βασίζεται στο CVF αλλά μερικοί όροι αφορούν στις οργανώσεις υγείας.

3. Organizational Culture Inventory (Cooke & Lafferty 1987, Thomas et al 1990, Seago 1997, Ingersoll et al 2000)	Κοινές αξίες και πιστεύω οδηγούν σε 12 στυλ σκέψης των ατόμων στο εσωτερικό ενός οργανισμού. Η ανάλυση των 12 αυτών στυλ σκέψης οδηγούν σε 3 τύπους κουλτούρας : Κουλτούρα ανθρώπινο δυναμικό /ασφάλεια Κουλτούρα ικανοποίησης Κουλτούρα αποστολής / ασφάλειας	120	5-βάθμιας κλίμακας Likert.	Διάφορα.	Εσωτερική συνοχή από 0,67 έως 0,92. (Cooke & Szumal 1991)	Καλή φαινομενική εγκυρότητα, γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.	Ανάλυση των αποτελεσμάτων σε περιορισμένες πτυχές της κουλτούρας, αρχική εντύπωση ότι πρόκειται για μεγάλο και πολύπλοκο για να ολοκληρωθεί.	Χρησιμοποιείται για ψυχομετρική υποστήριξη.
4. Harrison's Organizational Ideology Questionnaire (Harrison 1975, Ott 1989, Litwinenko & Cooper 1994)	Αξιολογεί την ιδεολογία της οργάνωσης από την άποψη του προσανατολισμού στην εξουσία, τους ρόλους, στα καθήκοντα και στα άτομα.	15	Οι ερωτηθέντες ρωτούνται για τέσσερις καταστάσεις και για κάθε κατάσταση βαθμολογούν (α) τη θέση της οργάνωσης και (β) τη δικής τους συμπεριφορά και πεποίθηση.	Χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των οργανωτικών αλλαγών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Litwinenko & Cooper 1994)	Δεν υπάρχουν στοιχεία.	Καλή φαινομενική εγκυρότητα όσο για την υφιστάμενη όσο και για την επιθυμητή κουλτούρα	Περιορισμένος αριθμός τύπων κουλτούρας.	Χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορους χώρους. Ισχυρή θεωρητική βάση.
5. Hospital Culture Questionnaire (Sieveking, Bellet & Marstron 1993)	Απόψεις υπαλλήλων μιας οργάνωσης σε οκτώ διαφορετικές διαστάσεις: την εποπτεία, τη στάση του εργοδότη, τη σημασία του ρόλου, του κύρους του νοσοκομείου, την ανταγωνιστικότητα, τα οφέλη του προσωπικού, τη συνεκτικότητα, το φόρτο εργασίας.	50	6-βάθμιας κλίμακας.	10 ιδιωτικά νοσοκομεία στην Αγγλία (Sieveking, Bellet, και Marstron 1993).	Δεν υπάρχουν στοιχεία για την εγκυρότητα, παραγοντική ανάλυση με συντελεστές από 0,61 έως 0,93 (Sieveking, Bellet & Marstron 1993)	Αναπτύχθηκε για χρήση στις υπηρεσίες υγείας.	Αναπτύχθηκε για χρήση στον ιδιωτικό τομέα και θα πρέπει να προσαρμοστεί για χρήση στο δημόσιο τομέα.	Περιορισμένη ανάπτυξη μετά την αρχική μελέτη.
6. Nursing Unit Cultural Assessment Tool (Coeling & Simms 1993, Rizzo, Gilman & Mersmann 1994, Goodridge & Hack 1996, Seago 1997)	Ατομική και ομαδική επιθυμητή συμπεριφορά. Οι ερωτηθέντες συμπληρώνουν τις συμπεριφορές που προτιμούν στην μονάδα τους και τις συγκρίνουν με αυτές που συνήθως επικρατούν	50	4 - ή 6-βάθμιας κλίμακας Likert.	Νοσηλευτική μονάδες.	Construct validity. Άγνωστη Αξιοπιστία (Goodridge & Hack 1996, Seago 1997)	Λεπτομερή αξιολόγηση για μια ομάδα προσωπικού ενός οργανισμού.	Έλλειψη υποκλιμάκων. Περιορίζεται στην αξιολόγηση μιας ομάδας ενδιαφερομένων.	Χρήσιμο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής κουλτούρας, αλλά λιγότερο για την οργανωσιακή κουλτούρα.
7. Practice Culture Questionnaire (Stevenson 2000)	Στάσεις και σχέσεις με τη βελτίωση της ποιότητας (κλινική διακυβέρνηση) και λόγοι αντίστασης στην αλλαγή.	25	5-βάθμιας κλίμακας.	Δοκιμάστηκε πειραματικά σε 110 μονάδες πρωτοβάθμιας	Αμφισβητούμενη αξιοπιστία (Stevenson 2000)	Λεπτομερής αξιολόγηση που επικεντρώθηκε στη πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη.	Προέλευση των ειδών ασαφές, Εξετάζει επιφανειακές	Ανάπτυξη του εργαλείου σε εξέλιξη.

				φροντίδας Ηνωμένο Βασίλειο			εκδηλώσεις της κουλτούρας και μόνο.	
8. MacKenzie's Culture Questionnaire (MacKenzie 1995)	Προσανατολίζεται στην υπαλληλική δέσμευση, στις συμπεριφορές και πεποιθήσεις σχετικά με την καινοτομία, την στάση απέναντι στις αλλαγές, το ύψος της επίλυσης των συγκρούσεων, το ύψος της διαχείρισης, την εμπιστοσύνη στην ηγεσία, τη διαφάνεια και την εμπιστοσύνη, την ομαδική εργασία και συνεργασία, τον προσανατολισμό δράσης, προσανατολισμό των πόρων, τον προσανατολισμό των καταναλωτών, τις οργανωτικές κατευθύνσεις.	76	Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τι αισθάνονται ότι ισχύει σε γενικές γραμμές και για την οργάνωσή τους.	Ένας Νοσοκομειακός Οργανισμός (MacKenzie 1995)	Άγνωστες.	Απλό να ολοκληρωθεί.	Ασαφής προέλευση των ειδών, επιστημονικές ιδιότητες άγνωστες.	Σχεδιασμένο για να αξιολογήσει συγκεκριμένες επιχειρηματικές μονάδες των νοσοκομείων.
9. Survey of Organizational Culture (Tucker, McCoy, and Evans, 1990)	Περιγράφει την κουλτούρα με 13 διαστάσεις: τον προσανατολισμό προς τους πελάτες, τον προσανατολισμό στους εργαζομένους, αντιστοιχία μεταξύ των ενδιαφερομένων φορέων, των επιπτώσεων της αποστολής, του διευθυντικού βάθους και ωριμότητας, της λήψης αποφάσεων και την αυτονομία, την επικοινωνία και τη διαφάνεια, την ανθρώπινη κλίμακα, το κίνητρο / ενδιαφέρον, την αντιστοιχία της συνεργασίας έναντι του ανταγωνισμού, την απόδοση υπό πίεση.	55	5-βάθμιας κλίμακας.	Έχει εφαρμοστεί σε τρία νοσοκομεία στις ΗΠΑ (Tucker, McCoy, and Evans, 1990)	Καλή εσωτερική αξιοπιστία, 0,62 έως 0,9 (Tucker, McCoy, και Evans 1990).	Λεπτομερείς ποιοτική εργασία, έχει χρησιμοποιηθεί σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.	Χρησιμοποιείται μόνο στις ΗΠΑ και χρησιμοποιείται κυρίως για ηγέτες και τους managers, και όχι σε όλα τα επίπεδα των εργαζομένων.	Χρησιμοποιείται σε υγειονομικούς και όχι μόνο οργανισμούς.
10. Corporate Culture Questionnaire (Walker, Symon, Davies 1996)	Τέσσερις τύποι κουλτούρας: της επίδοσης, των ανθρώπινων πόρων, της λήψης αποφάσεων, και των σχέσεων.	69 ή 126	5-βάθμιας Likert κλίμακα.	Χρησιμοποιείται ευρέως ως μέσο παροχής διαχειριστικών συμβουλών. (Walker, Symon, Davies 1996)	Η αξιοπιστία του κυμαίνεται από 0,72 έως 0,89 (Walker, Symon, Davies 1996)	Αναπτύχθηκε από την αναθεώρηση προηγούμενων εργαλείων	Μεγάλο	Μερικές δυνατότητες για χρήση σε μελέτες για τις υπηρεσίες υγείας

11. Core Employee Opinion Questionnaire (Buckingham, Coffman 2000)	Δεκατρία θέματα εξετάζονται: η συνολική ικανοποίηση, η κατανόηση των προσδοκιών, η πρόσβαση σε πόρους η κατάλληλη χρήση των δεξιοτήτων, η αναγνώριση και ο έπαινος για τα επιτεύγματα, οι σχέσεις με τις εποπτικές αρχές, η ενθάρρυνση της αυτο-ανάπτυξης, οι αντιλήψεις, η εμπλοκή με την οργανωτική αποστολή, η δέσμευση του συνόλου των εργαζομένων, οι φιλίες, η αξιολόγηση, για ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης.	13	5-βάθμιας Likert κλίμακα.	2.528 επιχειρηματικές μονάδες από διαφορετικές εταιρείες (Buckingham και Coffman 2000).	Δεν υπάρχουν δεδομένα.	Υψηλή φαινομενική εγκυρότητα. Εύκολο να ολοκληρωθεί.	Εξετάζει περιορισμένο αριθμό διαστάσεων της κουλτούρας.	Μπορεί να είναι χρήσιμο για την εκπόνηση μελετών για τους υγειονομικούς οργανισμούς.
12. Hofstede's Organizational Culture Questionnaire (Hofstede et al. 1990)	Βασισμένο σε 3 αξίες: η ανάγκη για ασφάλεια, η σημασία της εργασίας και η ανάγκη για εξουσία. Μέσα σε αυτές τις 3 αξίες υπάρχουν 6 παράγοντες που συνδέονται με πρακτικά ζητήματα: διαδικασία εναντίον του αποτελέσματος, εργαζόμενοι εναντίον καθήκον, ατομικά θέματα εναντίον επαγγελματικά θέματα, ανοικτό εναντίον κλειστό σύστημα, χαλαρός έλεγχος εναντίον του αυστηρού ελέγχου, κανονιστικά ζητήματα εναντίον ρεαλιστικά ζητήματα.	135	5-βάθμιας κλίμακα.	Χρησιμοποιείται σε ιδιωτικούς και δημόσιους οργανισμών στη Δανία και την Ολλανδία (Hofstede et al. 1990)	-	Καλή θεωρητική βάση και φαινομενική εγκυρότητα.	Δεν χρησιμοποιείται ευρέως σε αγγλόφωνες χώρες.	Σημαντικές δυνατότητες για χρήση σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.
13. Organizational Culture Survey (Glaser, Zamanou, Hacker 1987)	Αναφέρεται σε έξι εμπειρικά στοιχεία: την ομαδική εργασία και τη σύγκρουση, το κλίμα και το ηθικό, τη ροή πληροφοριών, τη συμμετοχή, την εποπτεία, τις συνεδριάσεις των μελών του οργανισμού.	31	5-βάθμιας κλίμακας.	Χρησιμοποιείται στον εμπορικό τομέα και σε κυβερνητικές υπηρεσίες στις ΗΠΑ (Glaser, Zamanou, Hacker 1987)	Ο Cronbach alpha είναι μεταξύ 0,82 - 0,91. Εκτενείς δοκιμές αξιοπιστίας (Glaser, Zamanou, Hacker 1987)	Εύκολο στη χρήση, ολοκληρωμένη διαδικασία.	Αντιμετωπίζει μόνο επιφανειακά ζητήματα κουλτούρας.	Μερικές δυνατότητες για χρήση σε οργανισμούς υγείας.

Πηγή: Health Services Research ,2003, June 38 (3), pp 930-934

5.3. Το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)

Το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI) βασίζεται στη θεωρία του Competing Values Framework ή Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron και Quinn που αναλύθηκε εκτενώς στο πρώτο κεφάλαιο της διατριβής. Η θεωρία τους, αναπτύχθηκε έπειτα από έρευνα κατανόησης και καταγραφής των κύριων δεικτών αποτελεσματικότητας των οργανισμών. Η θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών δεν επιχειρεί να εξετάσει πανοραμικά την οργανωσιακή κουλτούρα. Επιχειρεί να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του οργανισμού, αναγνωρίζει το παράδοξο περιβάλλον που λειτουργούν σήμερα οι οργανισμοί, την συμπεριφοριακή ηγετική πολυπλοκότητα που οφείλει να διαθέτει ο ηγέτης σε έναν οργανισμό και υπογραμμίζει ότι για την αποτελεσματικότητα του οργανισμού απαιτείται η διαχείριση αυτών των διαφορετικών και ανταγωνιστικών ρόλων από την πλευρά του ηγέτη.

Η θεωρία των Ανταγωνιστικών Αξιών θεωρείται ως ένα πλέγμα που διακρίνεται στα **τέσσερα μοντέλα κουλτούρας** (ανθρωπίνων πόρων-συμμετοχικό, ανοικτό, στόχων-αποδοτικότητας και ιεραρχικό-γραφειοκρατικό) και σε **δύο διαστάσεις** (εστίαση στο εσωτερικό περιβάλλον και εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον). Κάθε **μοντέλο** εκπροσωπεί **μια θεωρία, μια φιλοσοφία, μια ματιά** στον τρόπο που λειτουργεί ένας οργανισμός όμως, όλα τα μοντέλα υπάρχουν σε διαφορετικό βαθμό σε έναν οργανισμό.

Βασικός στόχος των Cameron & Quinn ήταν να δημιουργήσουν ένα σύγχρονο ποσοτικό εργαλείο το οποίο: (2006:19-20)

- Να είναι **πρακτικό** δηλαδή, να εμπεριέχει τις διαστάσεις κλειδιά της οργανωσιακής κουλτούρας που επηρεάζουν την επιτυχία του οργανισμού,
- Να είναι **εύχρηστο** και σε σύντομο χρονικό διάστημα να αναγνωρίζει και να δημιουργεί μια στρατηγική αλλαγής,
- Να απευθύνεται στο **σύνολο των μελών** του κάθε οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων των μελών που έχουν την ευθύνη χάραξης της κατεύθυνσης ή της αλλαγής του οργανισμού,
- Να είναι μια **ποσοτική και ποιοτική μέθοδος** διάγνωσης της οργανωσιακής κουλτούρας και να εξασφαλίσει στατιστική αξιοπιστία και σημαντικότητα,

- Να είναι **διαχειρίσιμο** από τα ηγετικά μέλη του οργανισμού ώστε τα αποτελέσματα του να μπορούν να βρουν ικανοποιητική εφαρμογή στα πλαίσια της διοίκησης και
- Να ισχυροποιείται επιστημονικά από μια **εκτενή εμπειρική βιβλιογραφία**.

Οι συγγραφείς μετά την υλοποίηση ενός αρκετά μεγάλου αριθμού ερευνών (1.000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το εργαλείο αποτυπώνει χαρακτηριστικά στοιχεία των οργανισμών όχι μόνο σε σχέση με συγκεκριμένες αξίες της κουλτούρας τους αλλά και με μορφές οργάνωσης και διοίκησής τους. (Cameron & Quinn, 2006:23). Το εργαλείο προσδίδει μια εικόνα των θεμελιωδών χαρακτηριστικών που λειτουργεί ο οργανισμός, τις αξίες που τον χαρακτηρίζουν και συνδέει την οργανωσιακή κουλτούρα με την έννοια της ηγεσίας, της αποτελεσματικότητας και της οργανωσιακής θεωρίας. (Cameron K., Quinn R., 2006:23).

Έχοντας εξετάσει μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν το εν λόγω εργαλείο, οι συγγραφείς, διέκριναν τη σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και επιθυμητών αποτελεσμάτων όπως οργανωσιακή αποτελεσματικότητα, επιτυχία της ηγεσίας, οργανωσιακή στρατηγική, διαδικασίες και λήψη αποφάσεων. (Cameron K., Quinn R., 2006:45-48). Επίσης υποστηρίζουν ότι είναι εξαιρετικά χρήσιμο στην οργάνωση και κατανόηση μιας ευρείας ποικιλίας οργανωσιακών φαινομένων και προσδιορίζει τις κύριες προσεγγίσεις του οργανωσιακού σχεδιασμού, τους κύκλους ανάπτυξης, την οργανωσιακή ποιότητα, τις θεωρίες αποτελεσματικότητας, το ρόλο της ηγεσίας, τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού και τις ικανότητες διοίκησης. (Cameron K., Quinn R., 2006:45-48).

Επιπλέον έχει βρεθεί ότι έχει μια υψηλού βαθμού συμφωνία με πολύ γνωστές και αποδεκτές πλευρές που οι άνθρωποι οργανώνουν τον τρόπο που σκέφτονται, τις αξίες τους και τα πιστεύω τους και στον τρόπο του παράγουν πληροφορίες. (Cameron K., Quinn R., 2006:45-48).

Ο Μπουραντάς Δ., (2002:566) συμπληρώνει ότι το συγκεκριμένο εργαλείο πρώτον, ολοκληρώνει ή συνθέτει προηγούμενες προσεγγίσεις και δεύτερον, εξηγεί ότι η αποτελεσματικότητα της οργάνωσης και η μέτρησή της είναι τελικά ζήτημα αξιών. Τα τέσσερα μοντέλα κουλτούρας συνυπάρχουν σε έναν οργανισμό αλλά η ιεραρχική τους θέση εξαρτάται από το σύστημα αξιών της οργάνωσης.

Οι O'Neill R., Quinn R., (1993:1-7) υποστηρίζουν ότι το εργαλείο (OCAI) αντανακλά την πολυπλοκότητα που αντιμετωπίζουν κάθε μέρα οι εργαζόμενοι στους οργανισμούς ενώ, οι Kwan & Walker (2004: 21-37) το θεωρούν ως μια ισχυρή μεθοδολογική τεχνική για ποιοτική έρευνα της οργανωσιακής κουλτούρας.

Σύμφωνα με τους Kalliath T., et al (1999: 143-158) το OCAI έχει εφαρμοστεί σε ποικίλους οργανισμούς σχετικά με τον προσδιορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας, το στυλ διοίκησης και πώς αυτό επιδρά στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού, τη διερεύνηση της σχέσης κουλτούρας και ανάπτυξης των οργανισμών, τη μελέτη του οργανωσιακού κύκλου ζωής, την συσχέτιση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και στρατηγικής, την αποτελεσματικότητα των πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης, και την οργανωσιακή επικοινωνία. Για παράδειγμα, η αυτοκινητοβιομηχανία Ford σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Michigan, χρησιμοποίησαν το εργαλείο στα ανώτατα στελέχη του οργανισμού πρώτον, για να καταγράψουν την οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού δεύτερον, να κατανοήσουν, μέσα από αυτή τη διαδικασία, τα στελέχη τόσο τον εαυτό τους και τον τρόπο που λειτουργούν ως μάνατζερ και τρίτον, να αντιληφθούν πώς λειτουργούν οι υπόλοιποι μάνατζερ του οργανισμού. Βρέθηκε δε ότι το εν λόγω εργαλείο είναι η πλέον αποτελεσματική μέθοδος επικοινωνίας μεταξύ των μάνατζερ καθώς και ο καλύτερος τρόπος ανταλλαγής πληροφοριών ώστε να διαπιστωθούν ομοιότητες ή διαφορές ανάμεσα στις μονάδες ενός οργανισμού. (Sendelbach N., 1993:75-99).

Αναφορικά με τη χρησιμοποίηση του σε νοσοκομειακούς οργανισμούς, οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:161-178), έπειτα από συστηματική μελετητική παρακολούθηση, κατέληξαν ότι το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI), προσφέρεται για την μελέτη και μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στους εν λόγω οργανισμούς γιατί:

- Αντίθετα με τα περισσότερα εργαλεία έχει και **θεωρητική βάση** αλλά και προσπαθεί παράλληλα να προσδιορίσει τις κοινές αξίες και τις πιο επιφανειακές εκδηλώσεις της κουλτούρας.
- Έχει **χρησιμοποιηθεί εκτενώς** με αξιόπιστα αποτελέσματα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες για έρευνα σε υγειονομικούς και άλλους τομείς.

- Έχει **ισχυρή επιφανειακή εγκυρότητα**, είναι εύκολο και γρήγορο στη συμπλήρωση και έχει κατέγραψει ικανοποιητική ανταπόκριση σε άλλες έρευνες.
- Παράγει επίσης **τυπολογία της κουλτούρας** η οποία δεν είναι μόνο ένα ποσοτικό εργαλείο αλλά βοηθά και στη ποιοτική ανάλυση δεδομένων.

5.4. Περιγραφή του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)

Το *Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)* αποτελεί ένα όργανο μέτρησης κλίμακας σταθερού αθροίσματος που μετρά την απόκλιση μεταξύ της **υφιστάμενης** και της **επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας** στηριζόμενο στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών. Όπως προαναφέρθηκε, κάθε οργανισμός σχηματίζει το δικό του μίγμα από τους τέσσερις τύπους κουλτούρας. Ο εντοπισμός αυτού του μίγματος πραγματοποιείται μέσω της συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου που είναι ιδιαίτερα απλό και σύντομο και αποτελεί οδηγό της κατεύθυνσης για αλλαγή στον οργανισμό. (Παράρτημα Β).

Το εργαλείο αποτελείται από **δύο μέρη**. Στο πρώτο μέρος διερευνάται το παρών και το επιθυμητό οργανωσιακό μοντέλο κουλτούρας. Στο δεύτερο μέρος, οι ερωτώμενοι, συμπληρώνουν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία τα οποία συσχετίζονται και αναλύονται ώστε να αξιοποιηθούν μαζί με τα υπόλοιπα αποτελέσματα μιας έρευνας.

Το εργαλείο αποτελείται από **έξι (6) διαστάσεις**. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι έξι αυτές διαστάσεις μπορούν να προσδώσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της οργανωσιακής κουλτούρας. Για κάθε διάσταση δίδονται τέσσερις (4) εναλλακτικές επιλογές. Οι εναλλακτικές αυτές επιλογές αποτελούν τα μοντέλα κουλτούρας που υποστηρίζονται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών. Τα μέλη καλούνται να αξιολογήσουν τις συγκεκριμένες εναλλακτικές επιλογές. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσα από τη βαθμολόγηση τους. Κάθε ερωτώμενος καλείται να κατανείμει 100 βαθμούς μεταξύ των τεσσάρων αυτών εναλλακτικών επιλογών. Κάθε μια από αυτές τις εναλλακτικές αντιστοιχεί σε ένα από τα τέσσερα μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας: (Cameron K., Quinn R., 2006:23-30)

A. Των ανθρωπίνων πόρων (συμμετοχικό),

B. Του ανοικτού συστήματος,

Γ. Των στόχων-αποδοτικότητας και

Δ. Του ιεραρχικού-γραφειοκρατικού.

Τα τέσσερα μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας σχετίζονται με ένα σύστημα αξιών. Κάθε μοντέλο εμπεριέχει και τέσσερις διαφορετικές αξίες. Οι αξίες που χαρακτηρίζουν κάθε μοντέλο κουλτούρας είναι:

- **Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων:** συμμετοχή, αφοσίωση, αποδοχή νέων ιδεών και ηθική
- **Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος:** καινοτομία, προσαρμογή στο περιβάλλον, ανάπτυξη και υποστήριξη από το εξωτερικό περιβάλλον
- **Μοντέλο Στόχοι/Αποδοτικότητα:** παραγωγικότητα, ξεκάθαροι στόχοι, επίτευξη στόχων και καθοδήγηση
- **Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο:** τεκμηρίωση, σταθερότητα, έλεγχος και διαχείριση πληροφοριών (Lamond, 2003:52).

Η διαδικασία της βαθμολόγησης των εναλλακτικών επιλογών από τους ερωτώμενους πραγματοποιείται παράλληλα και αφορά και τις δύο καταστάσεις.

1. Την **παρούσα κατάσταση** που επικρατεί στον οργανισμό και
2. Την **επιθυμητή κατάσταση**, που σύμφωνα με τους ερωτώμενους, θα ήθελαν να παρουσιάζει ο οργανισμός σε 5 χρόνια.

Το μοντέλο της κουλτούρας που συγκεντρώνει τους περισσότερους βαθμούς στη παρούσα κατάσταση υποδηλώνει την κουλτούρα που εμφορείται σήμερα ο οργανισμός και το μοντέλο κουλτούρας που σημειώνει την υψηλότερη βαθμολογία στην επιθυμητή κατάσταση υποδηλώνει την κατεύθυνση αλλαγής προς το επιθυμητό μοντέλο κουλτούρας. Στη συνέχεια, υπολογίζονται οι μέσες τιμές για κάθε μια από τις εναλλακτικές επιλογές των έξι διαστάσεων στη παρούσα και στην επιθυμητή κατάσταση. (Cameron K., Quinn R., 2006:23-30).

Οι **διαστάσεις** που διερευνώνται με το εργαλείο με τις αντίστοιχες μεταβλητές τους είναι οι ακόλουθες: (όπου Α: Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων, Β: Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος, Γ: Μοντέλο Στόχοι/Αποδοτικότητα και Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο).

1. Τα **κύρια χαρακτηριστικά του οργανισμού** ή πως λειτουργεί συνολικά ο οργανισμός.

	ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Στο Νοσοκομείο επικρατεί ένα ανθρώπινο εργασιακό κλίμα. Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια. Οι εργαζόμενοι φαίνεται να έχουν πολλά κοινά σημεία.		
B.	Στο Νοσοκομείο επικρατεί η επιχειρηματικότητα και ο δυναμισμός. Οι εργαζόμενοι δεν φοβούνται να παίρνουν καινοτόμες αποφάσεις και ρίσκα.		
Γ.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στα αποτελέσματα και στην ολοκλήρωση της εργασίας. Το προσωπικό είναι ανταγωνιστικό και προσανατολισμένο στην επίτευξη των στόχων.		
Δ.	Στο Νοσοκομείο επικρατεί ο έλεγχος και οι κανονισμοί. Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες γενικά καθοδηγούν τις δραστηριότητες του προσωπικού.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

2. Το **στυλ της ηγεσίας** και πως επηρεάζει τον οργανισμό.

	Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στη καθοδήγηση, προστατεύει και διευκολύνει την εργασία των εργαζόμενων.		
B.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στην καινοτομία, στην επιχειρηματικότητα και στην ανάληψη κινδύνων.		
Γ.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανταγωνιστικότητα, και δίνει μεγάλη έμφαση στα αποτελέσματα των εργασιών.		
Δ.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στο συντονισμό, στην οργάνωση και ενδιαφέρεται κυρίως για την ροή των διαδικασιών.		

	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

3. Τη **διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων**, δηλαδή τον τρόπο αντιμετώπισης των μελών στο χώρο εργασίας τους, τις μεθόδους και τα συστήματα που εφαρμόζονται για την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων.

	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από ομαδικότητα, συναίνεση και συμμετοχή.		
B.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από καινοτομία, ατομική πρωτοβουλία, ελευθερία και πρωτοτυπία.		
Γ.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού ανταγωνιστικότητα, υψηλές απαιτήσεις από τους εργαζόμενους και δίνει έμφαση στην παραγωγή και την επίτευξη των στόχων.		
Δ.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από ασφάλεια και μονιμότητα της εργασίας, μονοτονία και σταθερότητα στις εργασιακές σχέσεις.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

4. Το **κυρίαρχο στοιχείο** ή τους μηχανισμούς που εξασφαλίζουν την ενότητα μέσα στον οργανισμό.

	ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η πίστη, η αμοιβαία εμπιστοσύνη και η δέσμευση στον οργανισμό.		
B.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Δίδεται έμφαση στα κρίσιμα σημεία.		
Γ.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στην επίτευξη των στόχων και στην επιτυχία στον τομέα υγείας.		
Δ.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η εφαρμογή		

	των τυπικών διαδικασιών, κανόνων και πολιτικών. Είναι σημαντικό για τον οργανισμό, η διατήρηση της ροής των διαδικασιών.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

5. Τη **στρατηγική ανάπτυξης** που προσδιορίζει σε ποια σημεία δίνει έμφαση ο οργανισμός μακροπρόθεσμα.

	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων. Υπάρχει υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης, φιλικότητας και συμμετοχής.		
B.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στην άντληση νέων πόρων και νέων ευκαιριών. Οι δοκιμές νέων ιδεών, ευκαιριών και ο πειραματισμός έχει ιδιαίτερη σημασία.		
Γ.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στις ανταγωνιστικές δράσεις και στην επίτευξη των στόχων. Δίδεται ιδιαίτερη σημασία στην επιτυχία στον τομέα υγείας.		
Δ.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στη μονιμότητα και τη σταθερότητα των συνθηκών. Είναι σημαντικός ο έλεγχος, η αποδοτικότητα και οι διαδικασίες.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

6. Τα **κριτήρια της επιτυχίας** που προσδιορίζει πως η νίκη είναι συνδεδεμένη με τον οργανισμό.

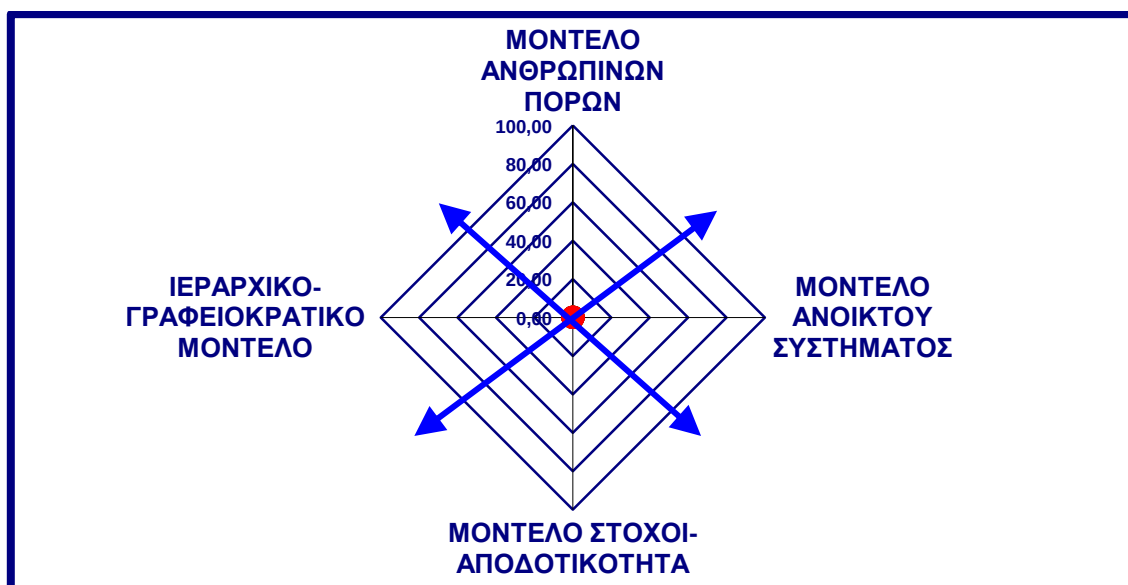
6.	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Στο Νοσοκομείο, η επιτυχία ορίζεται από την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων, την ομαδικότητα της εργασίας, τη δέσμευση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον για τους ανθρώπους.		
B.	Στο Νοσοκομείο, η επιτυχία ορίζεται ως η προσφορά καινοτόμων υπηρεσιών. Είναι πρωτοπόρο και καινοτόμο.		
Γ.	Το Νοσοκομείο ορίζει την επιτυχία με βάση την επιτυχία		

	στον τομέα υγείας. Η ανταγωνιστικότητα είναι το κύριο μέλημα.		
Δ.	Στο Νοσοκομείο, η επιτυχία ορίζεται ως η αποδοτικότητα. Το χαμηλό κόστος λειτουργίας, η αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών και ο καλός προγραμματισμός είναι τα κριτήρια της επιτυχίας.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Στη συνέχεια, ο ερευνητής, έχει τη δυνατότητα αποτύπωσης των αποτελεσμάτων σε μορφή διαγραμμάτων. Στο ίδιο διάγραμμα αποτυπώνονται τόσο η παρούσα όσο και η επιθυμητή κουλτούρα του οργανισμού. Η αποτύπωση παρέχει πρώτον, τη δυνατότητα της μεταξύ τους σύγκρισης δεύτερον, της παρατήρησης του βαθμού σύγκλισης αυτών και τέλος του καθορισμού της κατεύθυνσης αλλαγής κουλτούρας δηλαδή, εάν παρατηρούνται αποκλείσεις μεταξύ τους.

Τα διαγράμματα που μπορούν να αποτυπωθούν από το εργαλείο είναι επτά (7). Το διάγραμμα που προσδίδει τη συνολική εικόνα της οργανωσιακής κουλτούρας και του τρόπου λειτουργίας του οργανισμού καθώς και της σύγκρισης αυτής με το επιθυμητό και από ένα διάγραμμα για κάθε διάσταση του εργαλείου. (σχήμα 5.1.). (Cameron K., Quinn R., 2006:71)

Σχήμα 5.1.: Προφίλ Οργανωσιακής Κουλτούρας



Πηγή: Cameron K., Quinn R., (2006:67)

Σύμφωνα με τους συγγραφείς του εργαλείου (Cameron K., Quinn R., 2006:69-71) από την προαναφερθείσα διαδικασία μπορούν να διερευνηθούν τα ακόλουθα σημεία:

1. Ο **τύπος της κουλτούρας** που επικρατεί στον οργανισμό,
2. Το **χάσμα** μεταξύ παρούσας και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας. Εάν η διαφορά του χάσματος είναι πάνω από 10 βαθμούς υποδεικνύει και την αναγκαιότητα άμεσης αλλαγής της κουλτούρας.
3. Η **ισχύς** της κουλτούρας. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ ενός μοντέλου κουλτούρας με τα υπόλοιπα, τόσο πιο ισχυρή είναι η συγκεκριμένη κουλτούρα.
4. Η **συμφωνία** των διαστάσεων της κουλτούρας. Εάν για παράδειγμα σε κάθε διάσταση επικρατεί το ίδιο μοντέλο κουλτούρας τότε υπάρχει συμφωνία αυτών.
5. Η **διάγνωση των υποκουλτούρων** ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες και υπηρεσίες και σε ποιο βαθμό υπάρχει διαφοροποίηση από τη συνολική κουλτούρα του οργανισμού.

5.5. Αξιοπιστία του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)

Η αξιοπιστία του εργαλείου εξετάζεται ως μεθοδολογική επαλήθευση και ισχυροποίηση των επικρατουσών απόψεων που τεκμαίρονται από το εργαλείο. Η **αξιοπιστία της μέτρησης** αφορά τη σταθερότητα του αποτελέσματος σε επαναληπτικές μετρήσεις υπό παρόμοιες συνθήκες. (Κυριαζή Ν., 1999:89), (Christensen L., Robson C., 2007:31). Το χαρακτηριστικό **εσωτερικής συνοχής** ή κλιμακικής ομοιογένειας της **αξιοπιστίας** αναφέρεται στο βαθμό που όλες οι καταγραφές σε μια κλίμακα μετρούν την ίδια μεταβλητή δηλαδή, αν έχουν συνοχή η μία με την άλλη. Η αξιοπιστία αυτή στηρίζεται στη μέση συσχέτιση ανάμεσα στις καταγραφές ενός οργάνου, καθώς και στον αριθμό των καταγραφών. Ο βασικός τύπος συντελεστή για εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής μιας κλίμακας είναι ο **συντελεστής άλφα (α)** που αναπτύχθηκε από τον **Cronbach**. (Σαχίνη – Καρδάση Α., 2003:156)

Η ανασκόπηση των δημοσιευμένων ερευνητικών μελετών, της οργανωσιακής κουλτούρας, με το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης, κατέγραψε μια πλειάδα αυτών.

Μερικές από αυτές αναφέρονται στη συνέχεια περιληπτικά ώστε να υπάρξουν στοιχεία της αξιοπιστίας του εργαλείου. Cameron K., Quinn R., (2006:153-155).

Οι Quinn and Spreitzer (1991), χρησιμοποιώντας το εργαλείο σε 86 διαφορετικούς δημόσιους οργανισμούς και σε 769 ανώτατα και ανώτερα στελέχη υπολόγισαν τον Cronbach α για κάθε μοντέλο κουλτούρας. Η αξιοπιστία του οργάνου για κάθε μοντέλο ήταν:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.74
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.79
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.71
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.73

Οι Yeung, Brockbank, Ulrich (1991), χρησιμοποιώντας το ίδιο εργαλείο σε 1.064 επιχειρήσεις σε 10.300 στελέχη διοίκησης ανθρωπίνων πόρων υπολόγισαν το βαθμό αξιοπιστίας Cronbach α ανά μοντέλο ως ακολούθως:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.79
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.80
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.77
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.76

Οι Zammuto, Krakower (1991), μελετώντας ιδρύματα ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης σε δείγμα 13.000 άτομα που δραστηριοποιούνται σε διάφορα τμήματα και ιεραρχικά επίπεδα των ιδρυμάτων υπολόγισαν τον Cronbach α ανά μοντέλο ως εξής:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.82
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.83
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.78
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.67

Ο Berrio A., (2003:1-10), χρησιμοποίησε το εργαλείο για να καταγράψει την υπάρχουσα και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα, την ισχύ αυτής καθώς και τις διαφορές ανάμεσα στις ομάδες προσωπικού των Πανεπιστημίων της Πολιτείας του Οχάιο. Το σύνολο του δείγματος ήταν 965 άτομα. Ο Cronbach α ήταν ανά μοντέλο:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.80
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.75
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.90
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.62

Οι Kalliath T., et al (1999:143-158), βασιζόμενοι σε ένα δείγμα 300 νοσοκομειακών ανώτατων και ανώτερων στελεχών, σε μια μεγάλη πόλη των Ηνωμένων Πολιτειών, τονίζουν ότι τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τόσο, τη θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών όσο και την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του εργαλείου. Στην έρευνά τους ο Crombach α παρουσίαζε την εξής βαθμολογία:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.90
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.83
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.83
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.80

Οι Kwan P., Walker A., (2004:21-39), χρησιμοποιώντας το εργαλείο αποτύπωσαν την οργανωσιακή κουλτούρα σε 7 δημόσια ιδρύματα της ανώτατης εκπαίδευσης του Χόνγκ – Κόνγκ. Το δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 481 άτομα. Ο Crombach α ανά μοντέλο κουλτούρας ήταν:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.88
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.73
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.61
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.90

Οι Meterko M., et al, (2004:492-498), προσπάθησαν να ερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της κουλτούρας των νοσοκομείων και την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 125 νοσοκομεία των ΗΠΑ και το δείγμα ανήλθε σε 8.454 εργαζόμενους των νοσοκομείων. Ο Crombach α, στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.79
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.40
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.60
Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο	.75

Οι Shortell S., et al (1995:376-401), διεξήγαν έρευνα σε 61 Νοσοκομεία των Η.Π.Α. σε δείγμα 7.337 εργαζομένων (νοσηλευτικό και ιατρικό, και παρά ιατρικό προσωπικό). Στην έρευνά τους ο Cronbach α, ήταν ανά μοντέλο κουλτούρας:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	.79
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	.77
Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα	.47

Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο .70

Τέλος, οι Speroﬀ T., et al (2010:592-596), κατέγραψαν την οργανωσιακή κουλτούρα 40 νοσοκομείων των Η.Π.Α., σε δείγμα 1406 εργαζομένων (νοσηλευτικό, ιατρικό, παρά ιατρικό προσωπικό). Στη συγκεκριμένη μελέτη ο Cronbach α ανά μοντέλο κουλτούρας ήταν:

Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων .81

Μοντέλο ανοικτού συστήματος .54

Μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα .44

Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο .72

Από τις προαναφερθείσες έρευνες διαπιστώνεται όχι μόνο η στατιστική αξιοπιστία του εργαλείου αλλά και ο βαθμός χρησιμοποίησης αυτού στην μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας των υγειονομικών οργανισμών.

5.6. Εγκυρότητα του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI)

Ένα εργαλείο μέτρησης είναι **έγκυρο**, εφόσον καλύπτει αποκλειστικά τη θεωρητική έννοια για την οποία κατασκευάστηκε. (Κυριαζή Ν., 1999:86), (Christensen L., Robson C., 2007:32). Η πιο απλή μέθοδος εγκυρότητας είναι ο έλεγχος για την **επιφανειακή εγκυρότητα** (face validity) του εργαλείου μέτρησης – δηλαδή η διερεύνηση εάν τα θέματα που περιλαμβάνονται στην κλίμακα παρουσιάζουν επιφανειακά τουλάχιστον σχέση με το υπό ερευνητικό αντικείμενο. (Δαρβίρη Χ.,2009:141).

Μια δεύτερη μέθοδος εγκυρότητας είναι η **δομική εγκυρότητα** (construct validity). Αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα όργανο μέτρησης παράγει τα ίδια αποτελέσματα με κάποιο άλλο όργανο, στην εξέταση της ίδιας θεωρίας. Ο έλεγχος για την εγκυρότητα της κατασκευής της έννοιας (construct validity) προϋποθέτει ότι υπάρχει ένα κοινά αποδεκτό θεωρητικό πλαίσιο που περιλαμβάνει την υπό μέτρηση έννοια και από την οποία εξάγονται συγκεκριμένες ελέγξιμες υποθέσεις που διασυνδέουν την εν λόγω έννοια με άλλες.(Κυριαζή Ν., 1999:88).

Μελέτες που χρησιμοποίησαν το εργαλείο κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι: «*το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά δηλαδή βασικές διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας οι οποίες έχουν*

σημαντικό αντίκτυπο στην οργανωσιακή και την ατομική συμπεριφορά. Επιπλέον, μετρά τις διαστάσεις αυτές με αξιόπιστο τρόπο» (Cameron & Quinn, 2006:160). Συγκεκριμένα:

Οι Cameron and Freeman (1991), σε 334 ιδρύματα ανώτερης εκπαίδευσης σε δείγμα 3.406 ατόμων παρατήρησαν ότι κανένας οργανισμός δεν διακατέχεται από ένα μόνο είδος κουλτούρας. Η πιο συχνή κουλτούρα είναι το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων και η πιο μη συνηθισμένη το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Έγινε εξέταση της σχέσης μεταξύ τριών διαστάσεων της κουλτούρας (ισχύ, συμφωνία και είδος) με την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα. Στατιστικές αναλύσεις κατέγραψαν ότι οργανισμοί με διαφορετικούς τύπους κουλτούρας παρουσίαζαν επίσης διαφορετικές δομές, διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στρατηγικές. Οι αναλύσεις αυτές προάγουν αποτελέσματα τα οποία εμφανίζονται να συμφωνούν με τις τυπικές αξίες και στάσεις που προβάλλει το μοντέλο των ανταγωνιστικών αξιών. (Cameron & Quinn, 2006:155-157).

Οι μελέτες των Cameron & Quinn (1991), Zammuto & Krakower (1991), Quinn & Spreitzer (1991) χρησιμοποίησαν δύο μεθόδους παρουσίασης του εργαλείου. Η μία μέθοδος είναι αυτή που το άτομο καλείται να μοιράσει εκατό μονάδες σε 4 τύπους οργάνωσης με κλίμακα από 1-100 και η δεύτερη μέθοδος χρησιμοποίησε τις ίδιες διαστάσεις της κουλτούρας μέσα από ερωτήσεις τύπου κλίμακας Liker από το 1-5. Είκοσι τρεις από τις είκοσι τέσσερις συγκρίσεις που έγιναν παρήγαγαν τα ίδια αποτελέσματα αποδεικνύοντας τον υψηλό βαθμό εγκυρότητας του OCAI. (Cameron & Quinn, 2006:157-160).

Οι μελέτες των Berrio A., (2003:1-10), Denison D., & Mishra A., (1995: 204-223), και Tianyuan Y., Nengquan W., (2009:37-42), Lamond D., (2003: 46-59) διαπίστωσαν ότι οι τέσσερις τύποι κουλτούρας διέπονται πραγματικά στην πράξη από τους δομικούς εκείνους παράγοντες που οι κατασκευαστές τους εντοπίζουν σε θεωρητικό επίπεδο ενώ η μελέτη των Kalliath T., et al (1999:143-158) κατέληξε ότι η οργανωσιακή αποτελεσματικότητα βασίζεται σε χαρακτηριστικά και των τεσσάρων τύπων κουλτούρας παρά σε ένα μόνο μοντέλο λόγω του ότι, και η ίδια η αποτελεσματικότητα ως έννοια, είναι πολυπαραγοντική.

Οι Lawrence K., et al, (2009:87-102) εφήρμοσαν το εργαλείο σε μεσαία και ανώτερα στελέχη σε πολυεθνικό οργανισμό παροχής πληροφοριών σε Ευρώπη, Αφρική, Μέση Ανατολή και Αμερική. Το δείγμα ανήλθε σε 407 άτομα. Τα

αποτελέσματα υποστηρίζουν τη δομή των 4 μοντέλων κουλτούρας στη συμπεριφορά των στελεχών και διαπίστωσαν ότι ένας οργανισμός είναι ένα μείγμα των τεσσάρων κουλτούρων και συνεπώς ο ηγέτης πρέπει να έχει τις ανάλογες συμπεριφορές. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη των Kwan P., Walker A., (2004: 21-39). Η ανάλυση υποστηρίζει την εγκυρότητα του εργαλείου και βασιζόμενη στα αποτελέσματα καταλήγει ότι στους οργανισμούς εκπαίδευσης υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο μοντέλο της κουλτούρας. Στους οργανισμούς μπορεί να υπάρχει είτε κάποιο από τα μοντέλα ή συνδυασμός αυτών στην κουλτούρα τους.

Ο Lund B., (2003: 219-236), σε έρευνα που πραγματοποίησε σε εταιρείες των Ηνωμένων Πολιτειών συσχέτισε την ικανοποίηση των εργαζομένων με τα τέσσερα μοντέλα κουλτούρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίζεται θετικά με το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων και το ανοικτό μοντέλο και αρνητικά με το ιεραρχικό και στόχων-αποδοτικότητας μοντέλο. Έγινε εγκυροποίηση του εργαλείου και θεωρήθηκε ισχυρό όργανο.

Ο Howard W.,(1998:231-250) χρησιμοποίησε ένα δείγμα 10 οργανισμών στις Ηνωμένες Πολιτείες για να εξετάσει την εγκυρότητα του εργαλείου. Στατιστικές αναλύσεις κατέγραψαν ότι το εργαλείο είναι κατάλληλο για να μετρά την οργανωσιακή κουλτούρα.

Αναφορικά με τη χρησιμοποίηση του εργαλείου σε οργανισμούς υγείας και την εγκυροποίηση αυτού, μεγάλος αριθμός ερευνών υποστηρίζουν την εγκυρότητα του εργαλείου. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι κυριότερες αυτών.

Οι Davies H, et al., (2003), σε δείγμα 539 ατόμων που ανήκαν στις ομάδες ανώτερης διοίκησης 170 Αγγλικών νοσοκομείων, μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της κουλτούρας των ομάδων αυτών και της απόδοσης των νοσοκομείων. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της κουλτούρας και των μεταβλητών της απόδοσης διερευνήθηκαν χρησιμοποιώντας οικονομετρικές αναλύσεις. Οι στατιστικές αναλύσεις παρουσίασαν πολλές συσχετίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων κουλτούρας και των μεταβλητών απόδοσης και απέδειξαν την εγκυρότητα του εργαλείου.

Ο Gerowitz M., (1998:1-11) εξέτασε την οργανωσιακή κουλτούρα 52 νοσοκομείων των ΗΠΑ και συσχέτισε την επικρατούσα κουλτούρα με την απόδοση των νοσοκομείων. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τον ηγέτη του νοσοκομείου

και τα μέλη της ομάδας του (271 άτομα). Οι στατιστικές αναλύσεις απέδειξαν καλή επιφανειακή εγκυρότητα και δομική εγκυρότητα του εργαλείου.

Οι Davies H., et al (2007:46-65), σε δείγμα 1.508 μάνατζερ, 197 Αγγλικών νοσοκομείων εξέτασε τη σχέση μεταξύ της λειτουργικής απόδοσης και της κουλτούρας των νοσοκομείων. Υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας των νοσοκομείων και της λειτουργικής τους απόδοσης. Η λειτουργική απόδοση εξετάστηκε με δείκτες όπως: κλινική διαδικασία, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια εργαζομένων και ασθενών, προσβασιμότητα, αποδοτικότητα, παραγωγικότητα, βαθμός ικανοποίησης εργαζομένων και ασθενών κ.ά. Παράλληλα, η στατιστική ανάλυση κατέγραψε σημαντική εγκυρότητα του εργαλείου.

Τέλος, οι Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:161-178), εξετάζοντας την κουλτούρα 189 νοσοκομείων στην Αγγλία, σε δείγμα 899 ανώτερων στελεχών απέδειξε την επιφανειακή εγκυρότητα και την δομική εγκυρότητα του εργαλείου.

Συνεπώς, με βάση τα αποτελέσματα όλων των προαναφερόμενων μελετών, αποδεικνύεται με ασφάλεια η εγκυρότητα του εργαλείου. Επιπλέον, οι Goodman E., et al (2001:58-68), υποστηρίζουν ότι το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI) είναι ένα εργαλείο στα χέρια των μάνατζερ που τους επιτρέπει να διαπιστώσουν την κατεύθυνση των κατάλληλων αλλαγών του οργανισμού ενώ, οι Hooijberg R., Petrock F., (1993:29-50), τονίζουν ότι οι άνθρωποι που χρησιμοποίησαν το εργαλείο το βρήκαν χρήσιμο στη κατανόηση της τωρινής κατάστασης όσο και της μελλοντικής του οργανισμού.

Η ισχυρή θεωρητική βάση του εργαλείου, οι κύριες διαστάσεις της κουλτούρας που μελετά, η υψηλού βαθμού αξιοπιστία και εγκυρότητα και η εκτενής χρησιμοποίηση του διεθνώς στο νοσοκομειακό χώρο, ώθησαν την παρούσα διδακτορική διατριβή στην επιλογή του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας των Cameron & Quinn, ως το εργαλείο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων.

Το **ειδικό αυτό εργαλείο** μεταφράστηκε στα ελληνικά και προσαρμόστηκε τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος. Διαμορφώθηκε δε έτσι, ώστε να μετρά:

- την οργανωσιακή κουλτούρα που διέπει σήμερα, κατά την άποψη των στελεχών της, έναν νοσοκομειακό οργανισμό (**παρούσα κατάσταση**) και

- την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα που θέλουν τα στελέχη να διέπει τον οργανισμό έπειτα από πέντε (5) έτη (**επιθυμητή κατάσταση**).

Επιχειρήθηκε η επεξεργασία και η προσαρμογή του, προκειμένου να είναι εφικτή η αποτελεσματική υιοθέτησή του στην πράξη και να καταστεί όσο το δυνατόν πιο απλό και εύχρηστο στους υποψήφιους συμμετέχοντες. Ελέγχθηκε ως προς την ορθή του απόδοση από τον επιβλέποντα καθηγητή, από δύο καθηγητές εξειδικευμένους στο χώρο της υγείας και της οργανωσιακής κουλτούρας και από μια κοινωνική ομάδα πέντε ατόμων που μετείχαν στην εμπειρική αυτή έρευνα. Ο έλεγχος είχε ως στόχο τη συνεπή χρήση των λέξεων στο περιεχόμενο και στη διατύπωση των ερωτήσεων, ώστε να αποφευχθούν προβλήματα κατανόησης. (Γέμος Π., 1987:142).

5.7. Οριοθέτηση Πληθυσμού Έρευνας και κριτήρια επιλογής δείγματος

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των αντίστοιχων μελετών σε νοσοκομειακούς οργανισμούς, σε διεθνές επίπεδο, κατέδειξε, έναν σημαντικό παράγοντα που όφειλε να λάβει υπόψη του, το παρόν μελετητικό εγχείρημα, ώστε να διασφαλιστεί η σημαντικότητα της έρευνας: Το ιεραρχικό επίπεδο που θα απευθύνεται η έρευνα.

Οι Helfrich C., et al (2007:1-16), χρησιμοποίησαν το μεθοδολογικό εργαλείο σε 168 μονάδες υγείας σε δείγμα 71.776 εργαζόμενους σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα για να εξετάσουν εάν το εργαλείο μπορεί να απευθυνθεί σε όλους τους εργαζόμενους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί το εργαλείο σε εργαζόμενους που δεν βρίσκονται στα ανώτερα ιεραρχικά κλιμάκια του οργανισμού.

Οι έρευνες των Platonova E., et al (2006:200-209), Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005:161-178), Davies H., et al (2007:46-65), Gerowitz M., (1998:1-11), Davies H, et al., (2003), επέλεξαν, ως δείγμα τους, άτομα της ανώτατης διοίκησης, διότι πιστεύουν ότι το συγκεκριμένο δείγμα μελών είναι γνώστες των οργανωτικών χαρακτηριστικών των νοσοκομείων και μπορούν συνακόλουθα να καθορίζουν ειδικές πλευρές της οργανωσιακής κουλτούρας. Ενισχυτικό μεθοδολογικό επιχείρημα θεωρείται ότι τα μέλη αυτά ανήκουν σε διαφορετικά τμήματα και υπηρεσίες του οργανισμού δηλαδή, τμημάτων της οργάνωσης με διαφορετικούς χαρακτηριστικούς τρόπους σκέψης και δράσης και μπορούν έτσι να καταγραφούν οι διαφορετικές υποκουλτούρες το νοσοκομείου.

Ακολουθώντας την ανωτέρω συλλογιστική, ο πληθυσμός της μελέτης, της παρούσας διατριβής, αφορά δύο ομάδες στελεχών των τεσσάρων Διευθύνσεων (Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική, Τεχνική) των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα:

- α) την ομάδα των ανώτατων στελεχών διοίκησης (Διευθυντές, Αναπληρωτές Διευθυντές, Υποδιευθυντές) και
- β) την ομάδα των ανώτερων στελεχών διοίκησης (Τομεάρχες, Προϊστάμενοι)

Συνεπώς, το δείγμα της έρευνας, προέρχεται από την ως άνω δεξαμενή του πληθυσμού. Δεδομένου όμως, του διαθέσιμου χρόνου και κόστους για τη διεξαγωγή της έρευνας, ήταν απαραίτητη η προσθήκη ενός ακόμη κριτηρίου επιλογής του δείγματος. Της προσβασιμότητας. Προς το σκοπό αυτό, το δείγμα της έρευνας προήλθε από την ομάδα των ανώτατων και ανώτερων στελεχών διοίκησης των **Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου Αττικής**. Άλλωστε ποσοστό 22% των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων βρίσκονται στην περιοχή της πρωτεύουσας. (Ε.Σ.Υ.Ε., 2009). Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη:

- τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών,
- τον αριθμό των απασχολούμενων,
- τον όγκο παραγωγής (σύνολο ασθενο-ημερών, αριθμό εισαγωγών, σύνολο εξετάσεων-επεμβάσεων) καθώς και
- την εξειδίκευση του προσωπικού των Δημοσίων Νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου Αττικής σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα,

η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλέον αντιπροσωπευτικό υποσύνολο του Ελληνικού Νοσοκομειακού Συστήματος Υγείας.

5.8. Μέθοδος δειγματοληψίας & μέγεθος δείγματος

Τα δημόσια γενικά νοσοκομεία του προσβάσιμου πληθυσμού (Λεκανοπέδιο Αττικής) είναι συνολικά είκοσι πέντε (25). Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα είκοσι (20) από αυτά. (80% του πληθυσμού). Κριτήριο επιλογής, για την πλειοψηφία αυτών των νοσοκομείων, ήταν η νευραλγική θέση που κατέχουν στο νοσοκομειακό σύστημα του Λεκανοπεδίου.

Η καταγραφή του πραγματικού πληθυσμού των είκοσι νοσοκομείων πραγματοποιήθηκε από το **δειγματοληπτικό πλαίσιο** του κάθε νοσοκομείου. Με την συνεργασία των Γραφείων Προσωπικού των Νοσοκομείων καταγράφηκαν τα ανώτατα και ανώτερα διοικητικά στελέχη ανά υπηρεσία που πληρούσαν τα κριτήρια της έρευνας. Η καταγραφή έδειξε ότι το σύνολο των στελεχών για τα **20 Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία** του Λεκανοπεδίου Αττικής, ανέρχεται σε **1450 άτομα**. (671 Ιατρική Υπηρεσία, 509 Νοσηλευτική Υπηρεσία, 221 Διοικητική Υπηρεσία και 49 Τεχνική Υπηρεσία).

Εν συνέχεια, επιλέχθηκε ως μέθοδος δειγματοληψίας το **διαστρωματοποιημένο τυχαίο δείγμα** (stratified random sampling). Ο πληθυσμός διαχωρίστηκε σε υποομάδες ώστε να γίνουν ξεχωριστές επιλογές για την κάθε υποομάδα. (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, τεχνική υπηρεσία και θέση ευθύνης). Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή αυτής της μεθόδου είναι δύο. Πρώτον, ο έλεγχος της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και δεύτερον, η καλύτερη ακρίβεια των δεδομένων - πληροφοριών.

Ακολούθως, αποδόθηκε ξεχωριστός αριθμός σε κάθε στέλεχος που εμφανίζονταν στον κατάλογο. Με τη χρήση ενός πίνακα τυχαίων αριθμών επιλέχθηκε το σύνολο των στελεχών που χρειάζεται για να συμπληρώσει το δείγμα ανά υπηρεσία και ανά νοσοκομείο.

Το **μέγεθος του δείγματος** ανήλθε στα **541 στελέχη** (ποσοστό **37,3** του πληθυσμού). Συγκεκριμένα, 193 άτομα ανήκουν στην Ιατρική Υπηρεσία, 191 στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, 134 στη Διοικητική Υπηρεσία και 23 στην Τεχνική Υπηρεσία. (πίνακας 5.3).

Πίνακας 5.3: Πληθυσμός & Μέγεθος Δείγματος ανά Νοσοκομείο και ανά Υπηρεσία

ΟΝΟΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠ/ΝΩΝ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ		ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ		ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
			ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	929	2700	54	21	46	15	10	9	3	1	113	46
ΛΑΪΚΟ	482	1441	35	12	27	20	10	6	10	1	73	39
ΤΖΑΝΕΙΟ	474	1560	43	12	32	6	10	5	3	1	88	24
ΣΩΤΗΡΙΑ	710	2000	48	12	38	8	10	6	3	1	99	27
ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ	627	1860	40	11	29	13	14	10	3	1	86	35
ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ	253	805	35	9	25	8	10	5	3	2	73	24
ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ	154	460	22	10	15	8	11	11	1	1	49	30
ΕΛΠΙΣ	233	570	20	7	15	5	10	4	1	1	46	17
ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	631	2300	39	15	27	12	12	8	3	1	81	36
ΠΗΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	420	1358	34	13	24	9	10	7	2	2	69	31
ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ	307	850	25	10	17	10	12	9	3	2	57	31
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	380	1288	27	8	20	11	10	5	3	0	60	24
ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	464	1500	33	7	36	8	13	6	4	1	86	22
ΘΡΙΑΣΙΟ	398	1196	37	8	26	13	10	4	2	1	75	26
ΑΤΤΙΚΟ	621	1425	54	6	37	9	14	11	3	1	108	27
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	409	1228	25	9	20	9	12	6	3	1	60	25
ΚΑΤ	553	1637	42	8	34	10	12	7	3	1	91	26
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	128	352	22	7	15	7	11	4	2	2	50	20
ΠΑΤΗΣΙΩΝ	108	319	22	6	15	8	11	6	2	1	50	21
ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ	150	329	14	2	11	2	9	5	1	1	35	10
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	8431	25178	671	193	509	191	221	134	49	23	1450	541
				(28,8%)		(37,5%)		(60,6%)		(47%)		(37,3%)

5.9. Συλλογή δεδομένων έρευνας

Η έρευνα δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τις σχετικές άδειες τόσο από πλευράς νοσοκομείων όσο και από πλευράς Υπουργείου Υγείας. Για το λόγο αυτό, κατατέθηκε σε κάθε νοσοκομείο σχετική αίτηση χορήγησης άδειας διακίνησης του ερωτηματολογίου (**εργαλείο ΟCAI**) με σαφή αναφορά του τρόπου, του σκοπού και των στόχων της έρευνας καθώς και προσκόμιση του εργαλείου μέτρησης. Οι αιτήσεις διαβιβάστηκαν στα **Επιστημονικά Συμβούλια** των νοσοκομείων για έγκριση. Ακολούθως, οι σχετικές εγκρίσεις διαβιβάστηκαν στο **Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.)** όπου δόθηκε η τελική άδεια διακίνησης του εργαλείου μέτρησης.

Το ερευνητικό εργαλείο δοκιμάστηκε **πilotικά** σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της έρευνας (30 διευθυντικά στελέχη νοσοκομείων) ώστε να επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του με την εφαρμογή σχετικών στατιστικών δοκιμασιών. Το στάδιο της **δοκιμαστικής έρευνας**, κρίθηκε σημαντικό διότι, εκείνοι που επιλέγονται καλούνται στην ουσία να συμμετάσχουν στην τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου. Κρίνουν τη σαφήνεια των ερωτήσεων, τη ροή, την έκταση του ερωτηματολογίου, το χρόνο που απαιτείται και γίνονται οι απαιτούμενες αλλαγές. (Κυριαζή Ν., 1999:142). Τέλος, επιχειρήθηκε η συγκέντρωση πληροφοριών βάσει των οποίων αναμορφώθηκαν στοιχεία του εργαλείου με σκοπό την καλύτερη αποτύπωση της οργανωσιακής κουλτούρας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων.

Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων. Η έρευνα διήρκεσε 9 μήνες (**1/6/2009 έως 28/2/2010**). Δόθηκαν προς συμπλήρωση 700 ερωτηματολόγια σε στελέχη που πληρούσαν τις προϋποθέσεις. Επιστράφηκαν **541 ερωτηματολόγια** (37,3% του δείγματος). Το **ποσοστό απόκρισης** της έρευνας άγγιξε το **78%**.

Στην παρούσα μελετητική προσπάθεια, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς. Η παρουσία του ερευνητή στην πλειοψηφία του δείγματος, ήταν βοηθητική και διακριτική. Άλλωστε, όπως αναφέρει η Παρασκευοπούλου Ν., (2008:72-81), «*όταν η έρευνα σχετίζεται με θέματα που άπτονται της συνεργασίας με ενήλικες οι ερευνητές δυσκολεύονται να αποσπάσουν*

αξιοποιήσιμες πληροφορίες. Σε τέτοιου είδους έρευνες απαιτείται άμεση επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ ερευνητή και υποκειμένων».

Τα δεδομένα ελέχθησαν ως προς το βαθμό πληρότητας και ορθότητας. Για την ανάλυση αυτών, επιλέχθηκε η χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου κοινωνικών επιστημών (SPSS). Για τον έλεγχο ύπαρξης σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις μέσες τιμές των τεσσάρων μοντέλων της οργανωσιακής κουλτούρας των νοσοκομείων εφαρμόστηκε η **πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης One-Way MANOVA**. Για τον έλεγχο της συμμετρίας των κατανομών χρησιμοποιήθηκαν τα **θηκογράμματα**.

5.10. Σύνοψη Κεφαλαίου

Η θεωρητική ανασκόπηση του μελετητικού θέματος οδήγησε στο συμπέρασμα ότι το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο οφείλει να μεταβεί από το παρόν γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης σε ένα διαφορετικό. Το μοντέλο που σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία διαφαίνεται να κατευθύνει έναν νοσοκομειακό οργανισμό να εξελιχθεί σε οργανισμό μάθησης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, με αποτελεσματικότερες και ασφαλέστερες υπηρεσίες για τον ασθενή, είναι το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας.

Συνεπώς, η παρούσα διατριβή έθεσε ερευνητικά ερωτήματα, στηριζόμενη στο προαναφερόμενο συμπέρασμα, όπως:

1. Ποια είναι η υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα των δημοσίων νοσοκομείων;
2. Ποιο μοντέλο κουλτούρας, θεωρούν τα στελέχη των δημοσίων νοσοκομείων, ότι είναι το καταλληλότερο; (επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα)
3. Είναι πράγματι το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας, το επιθυμητό μοντέλο κουλτούρας για τα στελέχη των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων;
4. Ποιο είναι το εύρος της διαφοράς μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας;
5. Ποιο είναι το εύρος διαφοράς των αντιλήψεων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων του νοσοκομείου (υποκουλτούρες);
6. Ποιοι είναι οι αιτιολογικοί παράγοντες του εύρους της διαφοράς τους και με ποιους τρόπους μπορεί το δημόσιο νοσοκομείο να μεταβεί από το υφιστάμενο στο επιθυμητό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας;

Για να δοθούν απαντήσεις στα ως άνω ερωτήματα, αναζητήθηκε το καταλληλότερο εργαλείο. Η ανασκόπηση εντόπισε 13 εργαλεία που εξετάζουν την οργανωσιακή κουλτούρα των νοσοκομειακών οργανισμών. Το εργαλείο που βασίζεται σε ισχυρή θεωρητική βάση, διαθέτει υψηλού βαθμού αξιοπιστία και εγκυρότητα, στη διάγνωση της υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας και είναι από τα πλέον χρησιμοποιούμενα στο τομέα των υπηρεσιών υγείας, είναι το Organizational Culture Assessment Instrument (Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας) που βασίζεται στη θεωρία του Competing Values Framework ή Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron και Quinn.

Το ειδικό αυτό εργαλείο, μεταφράστηκε, προσαρμόστηκε στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος, ελέγχθηκε ως προς την σωστή του απόδοση και εφαρμόστηκε πιλοτικά σε ομάδα του δείγματος της έρευνας για τις τελικές διορθώσεις.

Εν συνεχεία, οριοθετήθηκε ο πληθυσμός της έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη τις διεθνείς αντίστοιχες έρευνες (το εργαλείο εφαρμόστηκε σε ανώτερα και ανώτατα ιεραρχικά νοσοκομειακά στελέχη) και την πρόσβαση σε αυτόν. Η έρευνα κατέληξε στην επιλογή 20 γενικών δημόσιων νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου Αττικής. Σε συνεργασία με τα γραφεία προσωπικού του κάθε νοσοκομείου, δημιουργήθηκε το δειγματοληπτικό πλαίσιο και εφαρμόστηκε η μέθοδος της διαστρωματοποιημένης δειγματοληψίας.

Εγκρίθηκαν οι σχετικές άδειες από τα επιστημονικά συμβούλια των νοσοκομείων και από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας του Υπουργείου Υγείας και ακολούθως πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Έπειτα από 9 μήνες ερευνητικής προσπάθειας επιστράφηκαν 541 ερωτηματολόγια (ποσοστό απόκρισης: 78%).

Τα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν ως προς το βαθμό πληρότητας και την ορθότητας και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών (SPSS) και τη πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης One-Way MANOVA ενώ, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος της συμμετρίας των κατανομών με τα θηκογράμματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα Ποσοτικής Έρευνας Μέτρησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας

6.1 Περιγραφικά Αποτελέσματα

Η έρευνα διεξήχθη σε είκοσι (20) Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής. Συνολικά απάντησαν **541 ανώτατα** (Διευθυντές, Υποδιευθυντές) και **ανώτερα** (Τομεάρχες, Προϊστάμενοι) **στελέχη διοίκησης** των νοσοκομείων. Το ποσοστό συμμετοχής για κάθε ένα νοσοκομείο παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.1.

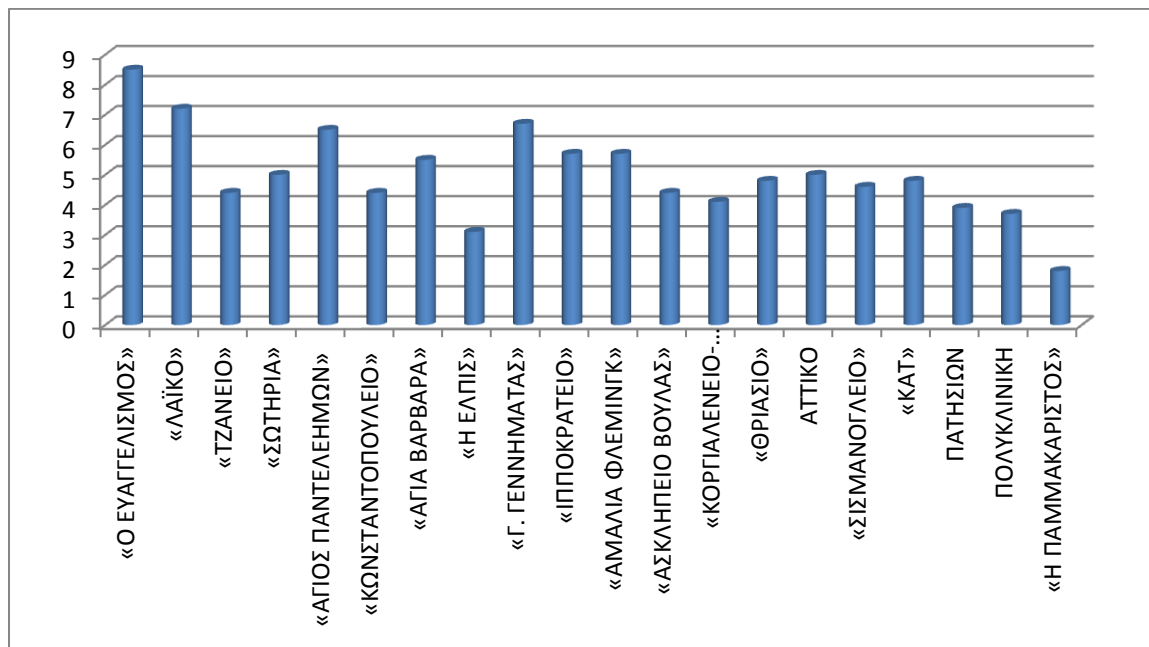
Λαμβάνοντας υπόψη, κατά την επιλογή του δείγματος, τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών, τον αριθμό των απασχολούμενων, τον όγκο παραγωγής (σύνολο ασθενοημερών, αριθμό εισαγωγών, σύνολο εξετάσεων-επεμβάσεων) καθώς και την εξειδίκευση του προσωπικού, επισημαίνεται ότι το ποσοστό συμμετοχής των μεγάλων και νευραλγικών νοσοκομείων της Αττικής δηλαδή του Ευαγγελισμού, Λαϊκού, Γ. Γεννηματάς & Νίκαιας είναι σαφώς μεγαλύτερο σε αντίθεση με αυτό των μεσαίων νοσοκομείων.

Τούτο κρίθηκε απαραίτητο για να υπάρξει εν συνεχεία η δυνατότητα σύγκρισης των επιπέδων κουλτούρας ανάλογα με το μέγεθος του νοσοκομείου και των ποιοτικών και εξειδικευμένων χαρακτηριστικών. Ουσιαστικά δηλαδή, θα επιχειρηθεί ένα είδος συγκρισιμότητας των επιπέδων κουλτούρας που έχουν διαμορφωθεί από διαφορετικές εμπειρίες των στελεχών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1: Ποσοστό Δείγματος ανά Γενικό Δημόσιο Νοσοκομείο

A/A	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	Γ.Ν. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	46	8,5
2	Γ.Ν. «ΛΑΪΚΟ»	39	7,2
3	Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»	24	4,4
4	Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ «ΣΩΤΗΡΙΑ»	27	5,0
5	Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	35	6,5
6	Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»	24	4,4
7	Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΙΚΗΣ «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»	30	5,5
8	Γ.Ν. «Η ΕΛΠΙΣ»	17	3,1
9	Γ.Ν. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	36	6,7
10	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	31	5,7
11	Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»	31	5,7
12	Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»	24	4,4
13	Γ.Ν. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»-Ε.Ε.Σ.	22	4,1
14	Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	26	4,8
15	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟ	27	5,0
16	Γ.Ν. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	25	4,6
17	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»	26	4,8

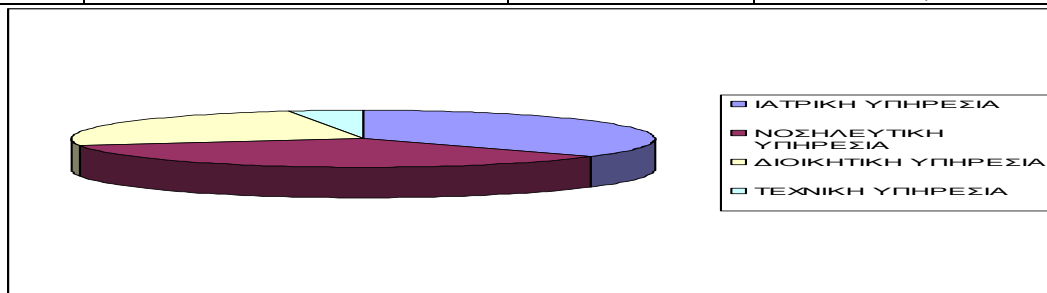
18	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ	21	3,9
19	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	20	3,7
20	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»	10	1,8
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0



Το ποσοστό του δείγματος, στη σύνθεση των στελεχών, **ανά νοσοκομειακή υπηρεσία** παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.2. Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται ότι, ενώ η Διοικητική και η Τεχνική Υπηρεσία διαθέτουν έναν (1) Διευθυντή και (2) Υποδιευθυντές, ανεξάρτητα από το μέγεθος του νοσοκομείου, στην Ιατρική και στην Νοσηλευτική Υπηρεσία, ανάλογα με τη δύναμη των κλινών και το εύρος των ιατρικών εξειδικεύσεων, αναπτύσσονται και ανάλογοι Τομείς και εξειδικευμένα τμήματα ή κλινικές στα οποία προϊστάται για μεν την ιατρική υπηρεσία Γιατροί Διευθυντές, για δε την νοσηλευτική υπηρεσία Τομεάρχες ή Προϊσταμένες. Είναι προδήλως λογικό ότι, το ποσοστό των υπηρεσιών αυτών του υπό εξέταση δείγματος (35,9% για την Ιατρική Υπηρεσία και 35,1% για τη Νοσηλευτική Υπηρεσία αντίστοιχα) είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σχέση με τις άλλες δύο υπηρεσίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2: Ποσοστό Δείγματος Στελεχών ανά Υπηρεσία Νοσοκομείου

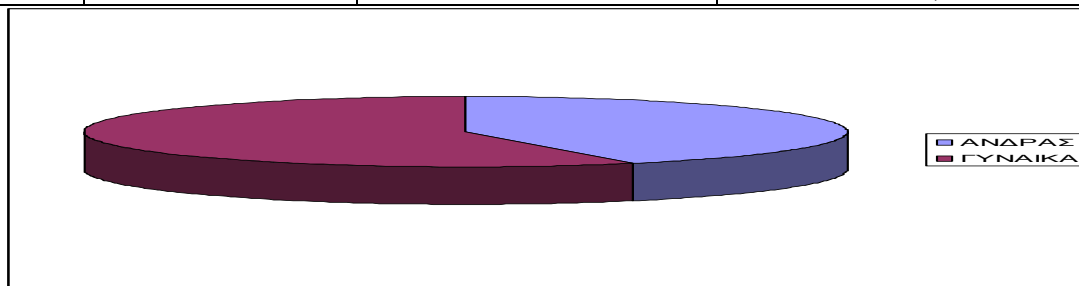
A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	194	35,9
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	190	35,1
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	134	24,8
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	23	4,3
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0



Το δείγμα διακρίνεται ως προς την **ποσοστιαία κατανομή ανά φύλο** ως εξής: Από τους ερωτηθέντες, 231 άτομα (42,7%) είναι άνδρες και 310 άτομα (57,3%) είναι γυναίκες (Πίνακας 6.3). Το ποσοστό των γυναικών είναι μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των ανδρών διότι οι Διευθύντριες, Υποδιευθύντριες και Προϊσταμένες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι γυναίκες. Στη παρούσα έρευνα δεν συμμετείχε κανένας άνδρας από την υπο-εξέταση κατηγορία προσωπικού. Αξιοσημείωτη είναι επίσης η διαπίστωση, ότι στην Ιατρική Υπηρεσία, το δείγμα των Διευθυντών γυναικών προερχόταν κυρίως από τον Εργαστηριακό Ιατρικό Τομέα. Σε τομείς όπως Χειρουργικό και Παθολογικό, που είναι η επιχειρησιακή αιχμή ενός νοσοκομείου, τη θέση Διευθυντή την κατείχαν αποκλειστικά μόνο άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3: Ποσοστό Δείγματος ανά Φύλο

A/A	ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΑΝΔΡΑΣ	231	42,7
2	ΓΥΝΑΙΚΑ	310	57,3
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0

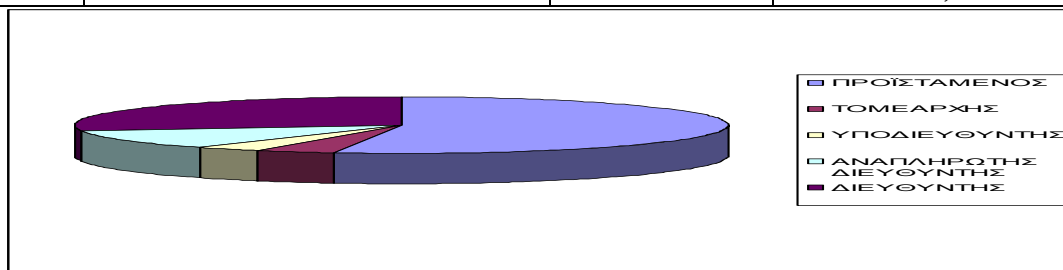


Από το σύνολο των ερωτηθέντων, (Πίνακας 6.4) ποσοστό 57,3% ανήκει σε στελέχη της ανώτερης διοίκησης (προϊστάμενοι και τομεάρχες) και το υπόλοιπο

(42,7%) ανήκει σε **στελέχη της ανώτατης διοίκησης** (υποδιευθυντές, αναπληρωτές διευθυντές και διευθυντές). Σημειώνεται ότι, ο τίτλος του αναπληρωτή διευθυντή υπάρχει μόνο στην Ιατρική Υπηρεσία καθώς και ο τίτλος του Τομεάρχη μόνο στην Νοσηλευτική Υπηρεσία. Τα ισορροπημένα ποσοστά μεταξύ ανώτατων και ανώτερων στελεχών παρέχουν το στατιστικό εχέγγυο για πιο αξιόπιστη συγκρισιμότητα των απόψεων των δύο αυτών κατηγοριών στελεχών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4: Ποσοστό Δείγματος ανά Ιεραρχική Θέση

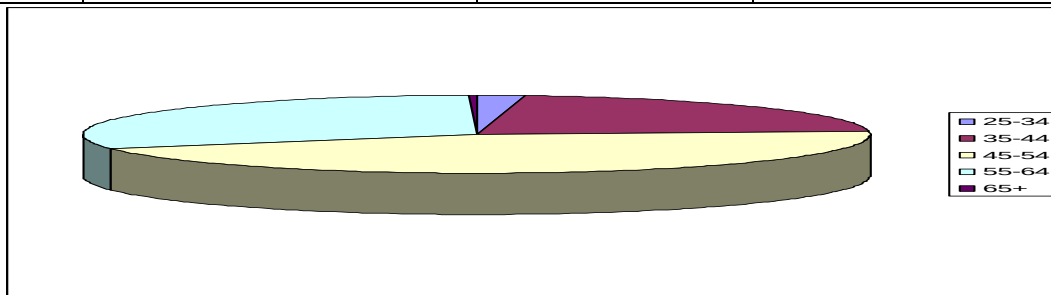
A/A	ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	288	53,2
2	ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ	22	4,1
3	ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	18	3,3
4	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	60	11,1
5	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	153	28,3
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0



Οι **ηλικιακές κατηγορίες** του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.5. Διευκρινίζεται ότι τα 10 στελέχη (1,8%) που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 25-34 προέρχονται κυρίως από τη διοικητική και νοσηλευτική υπηρεσία. Πρόκειται για στελέχη με αυξημένα προσόντα (μεταπτυχιακά, εξειδίκευση) που κατέλαβαν τη θέση λόγω έλλειψης στελεχών, μεγαλύτερης ηλικίας, με τα αντίστοιχα προσόντα. Στις ηλικιακές ομάδες 35-44 και 45-54 ανήκουν στελέχη κυρίως της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας. Είναι σύνηθες, στην Ιατρική Υπηρεσία, η ηλικία ανάληψης καθηκόντων αναπληρωτή διευθυντή και διευθυντή να ξεπερνά τα 50 έτη και τούτο οφείλεται σε δύο λόγους. Πρώτον, οι σπουδές, η απόκτηση ειδικότητας καθώς και η εκπλήρωση του αγροτικού είναι χρονοβόρες διαδικασίες και δεύτερον, οι νόμοι Ν.2071/92 και Ν.2889/01, Ν.3204/04 απαγορεύουν τη μονιμοποίηση των γιατρών σε δημόσιο νοσοκομείο πριν τη συμπλήρωση 10 ετών σε οποιαδήποτε θέση και εάν καταλαμβάνουν. Συνεπώς, η διαπίστωση αύξησης του ορίου ηλικίας στην εν λόγω κατηγορία προσωπικού είναι προφανής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5: Ποσοστό Δείγματος ανά Ηλικιακή Κατηγορία

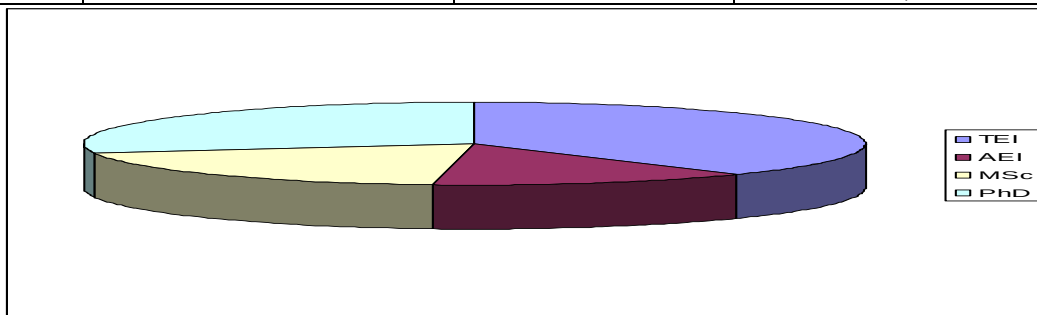
A/A	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	25-34	10	1,8
2	35-44	119	22,0
3	45-54	244	45,1
4	55-64	166	30,7
5	65+	2	0,4
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0



Το **εκπαιδευτικό επίπεδο** του δείγματος παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.6. Το 38,3% που ανήκει στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ) συναντάται κυρίως στην Νοσηλευτική και δευτερευόντως στη Διοικητική Υπηρεσία. Στην κατηγορία των μεταπτυχιακών σπουδών ανήκουν κυρίως τα ανώτατα στελέχη (υποδιευθυντές, διευθυντές) όλων των υπηρεσιών. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ιατρική Υπηρεσία, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος κατέχει διδακτορικό (78,5%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6: Ποσοστό Δείγματος ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο

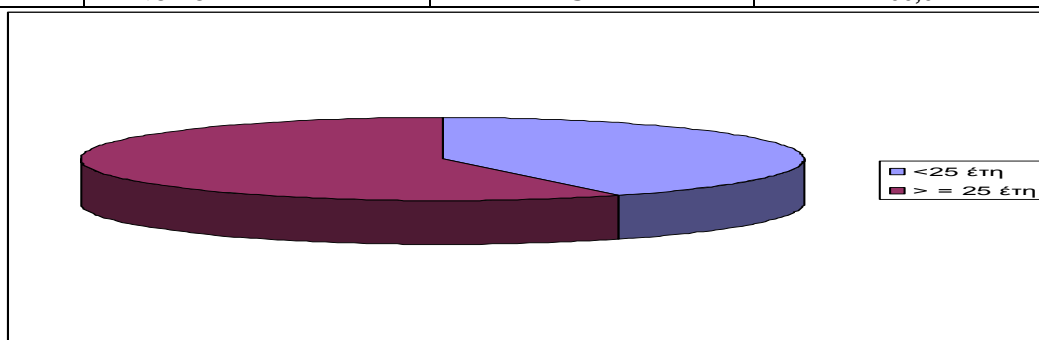
A/A	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΤΕΙ	207	38,3
2	ΑΕΙ	73	13,5
3	Μεταπτυχιακό (MSc)	106	19,6
4	Διδακτορικό (PhD)	155	28,7
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58,0%) έχει **εργασιακή εμπειρία** σε δημόσιο νοσοκομείο ≥ 25 ετών. Στη κατηγορία αυτή ανήκουν τα ανώτερα στελέχη (προϊστάμενοι και τομεάρχες) ενώ, το 42,0% διαθέτει εργασιακή εμπειρία άνω των 25 ετών όπως υποδιευθυντές, αναπληρωτές διευθυντές και διευθυντές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.7: Ποσοστό Δείγματος ανά Έτη Προϋπηρεσίας

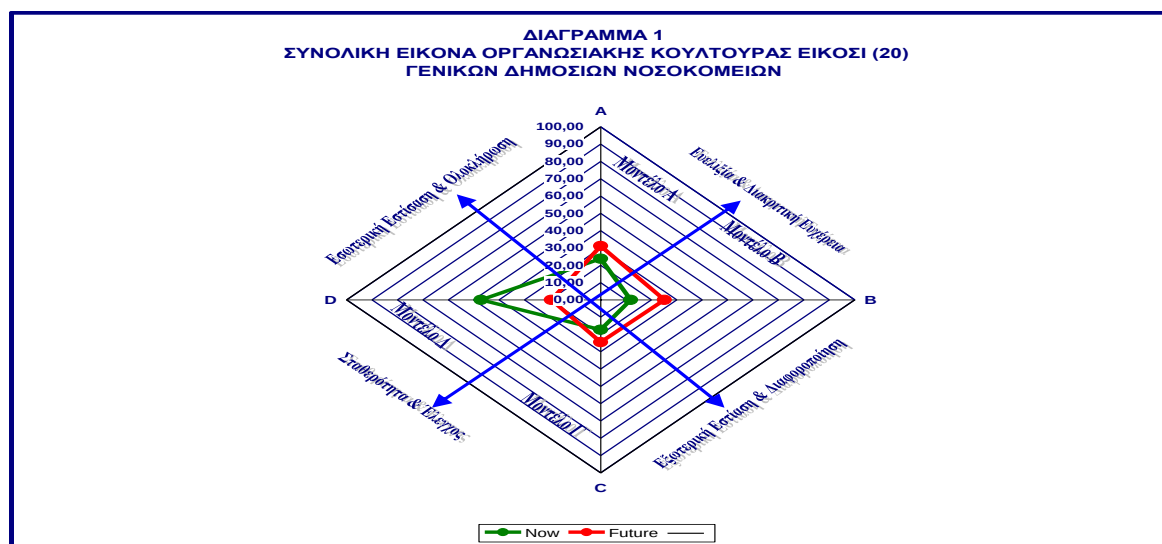
A/A	ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	<25 έτη	227	42,0
2	>= 25 έτη	314	58,0
	ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0



6.2. Ανάλυση & Ερμηνεία των Διαστάσεων της Οργανωσιακής Κουλτούρας

6.2.1. Η Συνολική Εικόνα της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Τα διαγράμματα 1-7 παρουσιάζουν τα ευρήματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου “Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας” (OCAI) των Cameron & Quinn (2006).



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	23,76	31,11
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11,79	25,08
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17,30	24,42
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	47,05	19,40
Σύνολο	100,00	100,00

Σύμφωνα με τους Cameron & Quinn, το διάγραμμα της **συνολικής εικόνας**, στη **παρούσα κατάσταση**, υποδεικνύει τον τρόπο που λειτουργεί ένας οργανισμός. Το ως άνω διάγραμμα, αποδεικνύει τη θεωρία του εργαλείου, που υποστηρίζει ότι στη πραγματικότητα δεν υφίσταται ένα αμιγές μοντέλο κουλτούρας. Αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι η ύπαρξη στοιχείων και από τα τέσσερα μοντέλα με λιγότερη ή περισσότερη έμφαση σε ένα ή περισσότερα από αυτά.

Στη παρούσα έρευνα, σε σύνολο 541 στελεχών διοίκησης των νοσοκομείων, το 47,05% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που κυριαρχεί στον οργανισμό τους είναι το **ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο**. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,76% ενώ, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος καθώς και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σημείωσαν ποσοστά 11,79% και 17,30% αντίστοιχα. Είναι προφανές, όπως υποστηρίζουν και οι Cameron & Quinn ότι όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό σε ένα μοντέλο κουλτούρας τόσο **ισχυρότερη** είναι η κουλτούρα αυτή στον οργανισμό.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, η έμφαση δίδεται στο ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο με αξιοσημείωτη διαφορά σε σχέση με το δεύτερο μοντέλο που ακολουθεί. Το **εύρος διαφοράς** κυμαίνεται περίπου στις **23 μονάδες** δηλαδή, διπλάσιο από το δεύτερο.

Στην **επιθυμητή** όμως **κατάσταση** το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας που επιθυμούν τα στελέχη είναι αυτό των **ανθρωπίνων πόρων** (31,11%). Ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο των στόχων αποδοτικότητας (24,42%) και τελευταίο το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο με ποσοστό μόλις 19,40%. Η διαφορά του τελευταίου μοντέλου (γραφειοκρατικό) στην παρούσα και στην επιθυμητή κατάσταση είναι περίπου 28 ποσοστιαίες μονάδες.

Όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς του εργαλείου αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας (Cameron & Quinn 2006) **μείωση του γραφειοκρατικού μοντέλου** μεταξύ της παρούσας και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να σημαίνει ελαχιστοποίηση των ανώφελων κανόνων και διαδικασιών, ελαχιστοποίηση της γραφειοκρατίας, ελαχιστοποίηση των ιεραρχικών ορίων ή αύξηση της συμμετοχής των στελεχών στις αποφάσεις. Από την άλλη πλευρά, δεν σημαίνει απαραίτητα την κατάργηση της λογικής δομής, την κατάργηση της καθοδήγησης, την ελαχιστοποίηση της αξιοπιστίας και του ελέγχου ή την ελαχιστοποίηση των χρονοδιαγραμμάτων και των υπευθύνων.

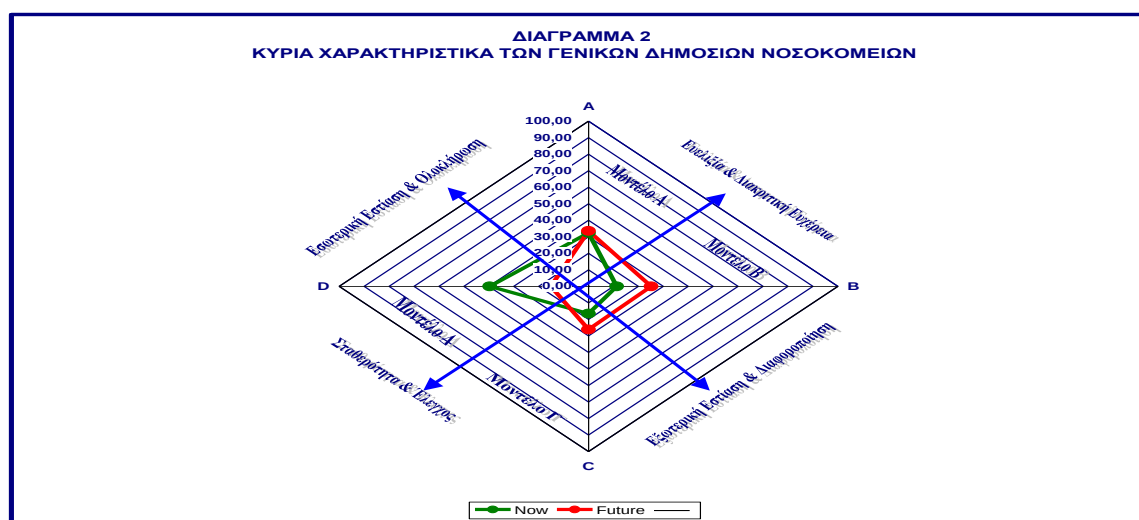
Κατά τους ίδιους η **αύξηση του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων** (όπως στην συγκεκριμένη έρευνα) μπορεί να σημαίνει την αναγκαιότητα εντοπισμού των αναγκών των εργαζομένων, την υποστήριξη της συμμετοχικής εργασίας, την αναγνώριση και υποστήριξη των καλύτερων από κάθε ομάδα, την ενθάρρυνση των εργαζομένων, τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, το ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους ή την παροχή δυνατοτήτων για αυτό-διοίκηση.

Επίσης, υπογραμμίζουν ότι εάν, το **εύρος διαφοράς** μεταξύ της παρούσας και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας είναι 10 μονάδες και άνω, υποδεικνύεται και η εφαρμογή άμεσων μέτρων προώθησης της **αλλαγής της κουλτούρας**. Στη συγκεκριμένη έρευνα η διαφορά αγγίζει τις **16 μονάδες**.

Τεκμαίρεται άρα, από το εύρος και μόνο της διαφοράς, ότι τα στελέχη επιθυμούν την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας των δημοσίων νοσοκομείων. Πως όμως θα επιτευχθεί αυτή η αλλαγή; Ποιοι παράγοντες, ποια μέτρα μπορούν να οδηγήσουν σε αυτή την αλλαγή; Τι σημαίνει για τα στελέχη η μείωση του ιεραρχικού-γραφειοκρατικού μοντέλου κουλτούρας ή η αντίστοιχη αύξηση του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων; Ερωτήματα όπως τα ανωτέρω τίθενται στο δεύτερο (ποιοτικό) μέρος της έρευνας.

6.2.2. Κύρια Χαρακτηριστικά των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων

Στόχος της διάστασης 1: «Κύρια χαρακτηριστικά του οργανισμού» που χρησιμοποιεί το εργαλείο, είναι η διερεύνηση του **εργασιακού κλίματος**. Δηλαδή, οι βασικές αξίες, πιστεύω, νοοτροπίες και διαδικασίες που διέπουν έναν οργανισμό.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	32,35	33,57
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11,27	25,11
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16,49	26,13
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	39,63	15,15
Σύνολο	100,00	100,00

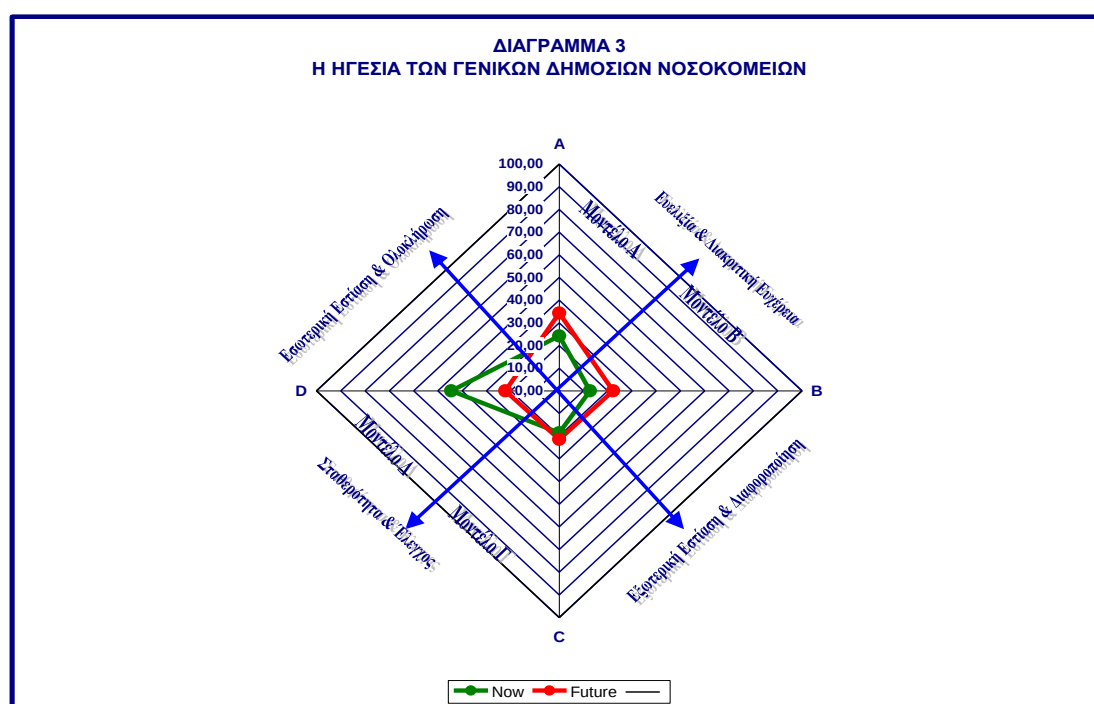
Στην **παρούσα κατάσταση**, στα 20 Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία της Αττικής, επικρατεί το **γραφειοκρατικό κλίμα** σε ποσοστό 39,63%. Στα Νοσοκομεία, σύμφωνα με τις απόψεις των ανώτερων και ανώτατων στελεχών, επικρατεί ο έλεγχος, οι κανονισμοί και γενικά οι δραστηριότητες του προσωπικού προσδιορίζονται από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες. Η εστίαση είναι προσανατολισμένη στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων (32,35%). Το ποσοστό εδώ είναι αρκετά υψηλό όχι όμως διότι εφαρμόζεται στην ουσία το συμμετοχικό μάνατζμεντ που αντιπροσωπεύει αυτό το μοντέλο, αλλά διότι οι εργαζόμενοι σε ένα δημόσιο νοσοκομείο έχουν διαμορφώσει μακροχρόνιες εργασιακές σχέσεις με αποτέλεσμα να έχουν δημιουργήσει φιλικούς δεσμούς και πολλές φορές τμήματα της νοσηλευτικής ή της ιατρικής υπηρεσίας να λειτουργούν με άτυπες δομές και κανόνες.

Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος που χαρακτηρίζεται από την πρωτοβουλία και το δυναμισμό καταλαμβάνει ένα μικρό ποσοστό (11,27%). Το ίδιο συμβαίνει και στο μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας που χαρακτηρίζεται από τον ανταγωνισμό και την επικράτηση στην αγορά (16,49%).

Στην **επιθυμητή κατάσταση**, το εργασιακό κλίμα, που επιθυμούν τα στελέχη, είναι αυτό του **μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων** (33,57%). Επιθυμούν δηλαδή, να υποστηριχθεί η συμμετοχικότητα τους στη λήψη των αποφάσεων, να τους δοθεί η ευκαιρία για πρωτοβουλίες, να νιώσουν ότι ανήκουν σε μια μεγάλη οικογένεια με κοινούς σκοπούς και στόχους. Εντυπωσιακά είναι επίσης, και τα ποσοστά των μοντέλων του στόχου/αποδοτικότητας (26,13%) και του ανοικτού συστήματος (25,11%). Διαφαίνεται έτσι ότι, τα νοσοκομειακά στελέχη στην πλειοψηφία τους (51,24%), επιθυμούν **εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον** του νοσοκομείου. Θέλουν να γίνουν ανταγωνιστικοί, δυναμικοί, να αναλάβουν καινοτόμες πρωτοβουλίες και να εκτεθούν σε κινδύνους καθώς και να δώσουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της εργασίας τους.

6.2.3. Η Ηγεσία των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων

Στόχος της διάστασης 2: «Η ηγεσία του οργανισμού» του εργαλείου, είναι η διερεύνηση του στυλ διοίκησης, συμπεριφοράς και **άσκησης εξουσίας** που εφαρμόζεται στον οργανισμό. Η ηγεσία, όπως έχει τονιστεί, αποτελεί ένα παράγοντα – κλειδί αφού προσδιορίζει τη συμπεριφορά και το βαθμό αξιοποίησης της δυναμικότητας των εργαζομένων και κατά συνέπεια τη λειτουργία και ανάπτυξή τους.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	24,16	34,29
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	12,68	22,16
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	18,55	21,38
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44,50	22,22
Σύνολο	100,00	100,00

Η έννοια της **ηγεσίας στο νοσοκομείο**, όπως έχει τονιστεί και στο θεωρητικό μέρος, συμπεριλαμβάνει τόσο τους Διοικητές των Νοσοκομείων όσο και τους Διευθυντές των επιμέρους τεσσάρων υπηρεσιών. Στην παρούσα έρευνα, το 44,50% των νοσοκομειακών στελεχών, για την **παρούσα κατάσταση**, δηλώνει ότι η ηγεσία των νοσοκομείων ενδιαφέρεται κυρίως για τη εύρυθμη ροή των **γραφειοκρατικών διαδικασιών**, το συντονισμό και τη βραχυπρόθεσμη οργάνωση αυτών. Το ποσοστό αυτό αντανάκλα απόψεις που προέρχονται κυρίως από στελέχη που ανήκουν στην

Ιατρική, Διοικητική και Τεχνική Υπηρεσία. Ένα ποσοστό (24,16%), που προέρχεται κυρίως από στελέχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, πιστεύει ότι η ηγεσία καθοδηγεί, προστατεύει και διευκολύνει το έργο τους. Διαπιστώνεται λοιπόν, μια διάσταση στο θέμα της ηγεσίας ανάλογα με την υπηρεσία που ανήκουν τα στελέχη.

Αντιθέτως, στην **επιθυμητή κατάσταση**, τα στελέχη, από όλες τις υπηρεσίες, αναζητούν (34,29%) εκείνη την ηγεσία η οποία θα θεωρήσει τον υφιστάμενο του συνεργάτη, θα τους αναπτύξει και θα τους ενδυναμώσει στην υλοποίηση του έργου τους και τέλος, θα τους καθοδηγήσει με την συμπεριφορά του στην ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος και της ομαδικής συνεργασίας.

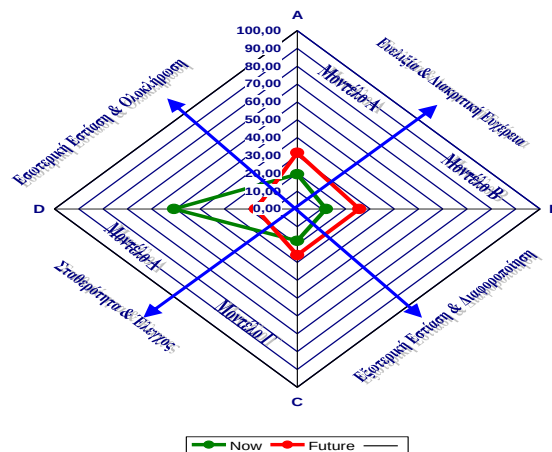
Επιπλέον, τα ποσοστά 22,22%, 22,16% και 21,38% των υπολοίπων μοντέλων ηγεσίας υποδηλώνουν την ανάγκη των στελεχών για μια ηγεσία με πολύπλευρα προσόντα και ικανότητες. Μια ηγεσία η οποία ενώ θα συντονίζει και θα οργανώνει τις καθημερινές λειτουργίες και διαδικασίες του νοσοκομείου, ταυτόχρονα δεν θα διστάζει να συμβάλλει με τις αποφάσεις της, στην ανταγωνιστικότητα, να δίνει έμφαση στα αποτελέσματα των εργασιών, να καινοτομεί, να αναλαμβάνει κινδύνους και όλα αυτά υπό το πρίσμα του συμμετοχικού μάνατζμεντ. Επιθυμούν ουσιαστικά μια **χαρισματική ηγεσία** με εστίαση τόσο στο **εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον** του νοσοκομείου.

6.2.4. Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων των Γενικών Δημόσιων Νοσοκομείων

Στόχος της διάστασης 3 του εργαλείου: «Η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων» είναι η διερεύνηση του τρόπου οργάνωσης και **διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού**. Έχει τονιστεί, στο θεωρητικό μέρος, ότι μια από τις προϋποθέσεις επιβίωσης στο σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον είναι η κατάλληλη οργάνωση και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Το νοσοκομειακό σύστημα, ως οικονομική μονάδα, χαρακτηρίζεται ως μονάδα εντάσεως εργασίας διότι η προσφορά υπηρεσιών βασίζεται περισσότερο στο ανθρώπινο παρά στο υλικό κεφάλαιο. Η διαχείριση έτσι, του ανθρώπινου δυναμικού έχει αυξανούσα σημασία, αποτελεί δε το θεμελιώδες κεφάλαιο άσκησης διοικητικού έργου και η διερεύνηση των παραγόντων αλλά και των τεχνικών που διαμορφώνουν το διαχειριστικό αυτό πλέγμα, συνιστούν ίσως το βασικότερο μελετητικό ενδιαφέρον μιας διοίκησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4
Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	19,49	31,51
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11,83	25,55
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17,86	25,92
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	50,76	17,03
Σύνολο	100,00	100,00

Αναφορικά, με τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, στη **παρούσα κατάσταση**, τα στελέχη δηλώνουν, σε ποσοστό 50,76%, ότι χαρακτηρίζεται από αίσθημα ασφάλειας και μονιμότητα της εργασίας, μονοτονία και σταθερότητα στις εργασιακές σχέσεις. Αρχές που ενυπάρχουν στο **ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο**. Τούτο οφείλεται, διότι τα δημόσια νοσοκομεία, όπως και ο ευρύτερος δημόσιος τομέας, κινούνται μέσα σε ένα καθορισμένο και σταθερό νομικό πλαίσιο και οι διοικήσεις αυτών οφείλουν να ακολουθούν απαρέγκλιτα και υποχρεωτικά το πλαίσιο αυτό.

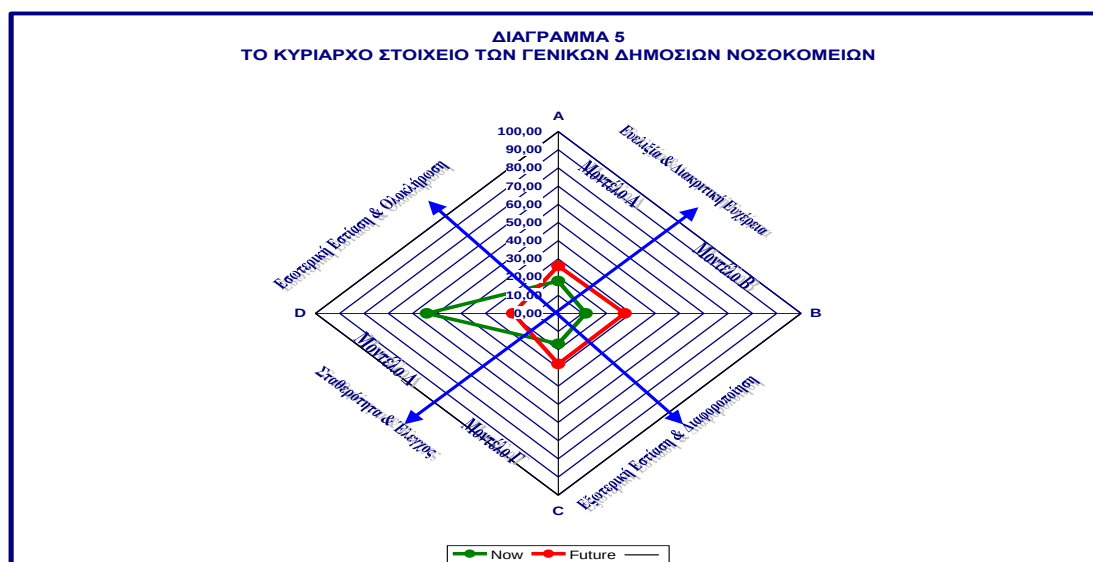
Σε υπηρεσίες βέβαια, όπως αυτή της Νοσηλευτικής ή της Ιατρικής, όπου υπάρχει καθημερινή επαφή με τον «πελάτη» του νοσοκομειακού προϊόντος, αναπτύσσονται παράλληλα με τις τυπικές και οι άτυπες μορφές διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού και για αυτό υπάρχουν στοιχεία και από τα υπόλοιπα μοντέλα όπως αυτό των ανθρώπινων πόρων (19,49%) ή του μοντέλου στόχων/αποδοτικότητας (17,86%).

Στη **μελλοντική κατάσταση**, τα στελέχη κατά 31,51% θεωρούν ότι πρέπει να υιοθετηθεί το μοντέλο των **ανθρώπινων πόρων** σε συνδυασμό με το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,55%) και του στόχων/αποδοτικότητας (25,92%). Η διοίκηση του προσωπικού, δηλαδή, να χαρακτηρίζεται από ομαδικότητα, συναίνεση,

συμμετοχή, καινοτομία, ατομική πρωτοβουλία, ελευθερία, πρωτοτυπία καθώς και από υψηλές απαιτήσεις από τους εργαζόμενους με έμφαση στην παραγωγή και στην επίτευξη των στόχων. Ουσιαστικά, πρέπει να αναγνωριστεί στα δημόσια νοσοκομεία, η σημασία του ανθρώπινου παράγοντα και η απόδοση της οφειλόμενης αξίας προς αυτόν και να εφαρμοστούν νέα μοντέλα οργάνωσης της εργασίας, όπως για παράδειγμα το μοντέλο του συμμετοχικό management.

6.2.5. Κυρίαρχο Στοιχείο των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων

Στόχος της διάστασης 4 του εργαλείου: «Κυρίαρχο στοιχείο του οργανισμού» είναι η διερεύνηση του στοιχείου εκείνου ή του μηχανισμού που δρα σαν **συνδετικός κρίκος** και ενώνει όλα τα μέλη του οργανισμού.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	17,78	26,16
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11,35	27,40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	16,72	27,81
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	54,08	18,62
Σύνολο	100,00	100,00

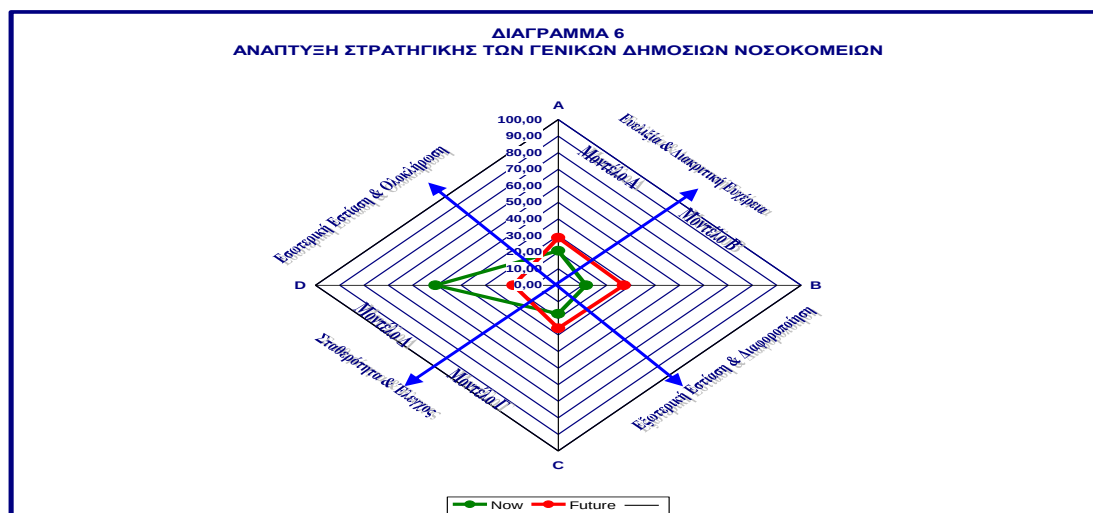
Στην **τωρινή κατάσταση** το 54,08% των στελεχών πιστεύει ότι το κυρίαρχο στοιχείο στα νοσοκομεία είναι η εφαρμογή των τυπικών διαδικασιών και κανόνων και η διατήρηση της ροής των διαδικασιών. Σε ορισμένες περιπτώσεις (17,78%) εμφανίζονται στοιχεία όπως είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η πίστη και η δέσμευση

απέναντι στον οργανισμό. Δηλαδή, στην παρούσα κατάσταση η εστίαση βρίσκεται στο **εσωτερικό του οργανισμού**.

Αντιθέτως, στη **μελλοντική κατάσταση**, τα στελέχη επιθυμούν, το κυρίαρχο στοιχείο του οργανισμού να εστιάζει στο **εξωτερικό περιβάλλον** με έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στην επίτευξη των στόχων και στην επιτυχία του νοσοκομείου (27,81%) καθώς επίσης να δίδεται έμφαση στην καινοτομία και στην ανάπτυξη των τμημάτων του νοσοκομείου (27,40%). Παράλληλα, ποσοστό 26,16% πιστεύει ότι η δέσμευση και η πίστη στον οργανισμό αποτελεί σημαντικό στοιχείο ένωσης αυτού.

6.2.6. Η Ανάπτυξη Στρατηγικής των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων

Στόχος της διάστασης 5 του εργαλείου: «Ανάπτυξη στρατηγικής του οργανισμού» είναι η διερεύνηση της **γενικής πορείας** που ακολουθεί ο οργανισμός για να **ανταποκριθεί στην αποστολή** του. Η στρατηγική αποτελεί την άριστη ένταξη της οργάνωσης στο περιβάλλον της για την εξασφάλιση της επιβίωσης, της ανάπτυξης και της ευημερίας.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	20,81	28,65
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11,43	27,01
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17,23	25,93
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	50,56	18,42
Σύνολο	100,00	100,00

Στην **παρούσα κατάσταση**, 50,56% των νοσοκομειακών στελεχών θεωρούν ότι η στρατηγική του νοσοκομείου εστιάζεται στη **μονιμότητα και τη σταθερότητα** των

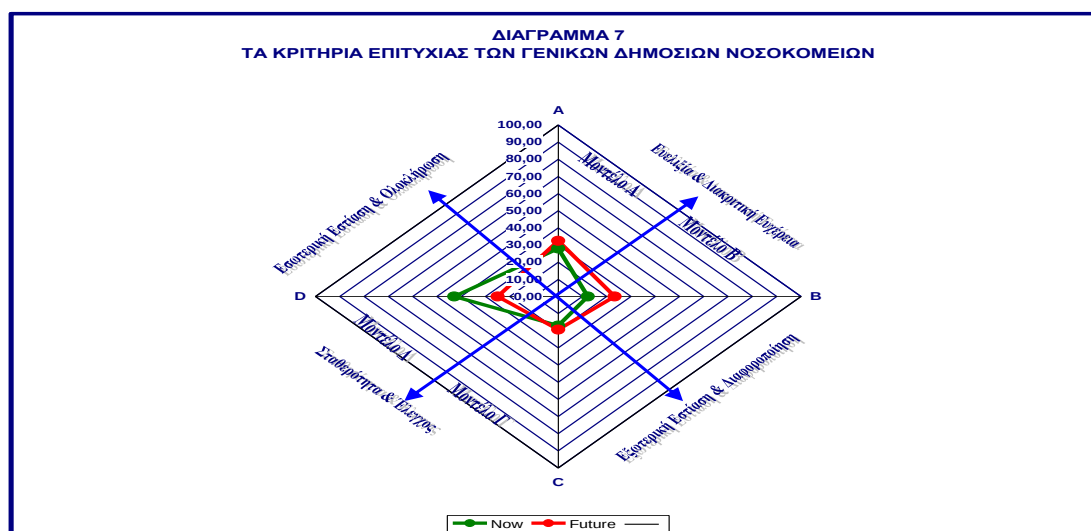
συνθηκών. Για το νοσοκομείο, σήμερα, σημαντικός παράγοντας είναι ο έλεγχος και η διατήρηση των διαδικασιών. Παράλληλα 20,81% των στελεχών πιστεύουν ότι δίδεται έμφαση στην **ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων** μέσω της κατάρτισης των στελεχών. Η δια βίου μάθηση των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, αποτελεί αφενός μεν, υπηρεσιακή υποχρέωση αφετέρου, αναγκαιότητα αλλά και δικαίωμα του εργαζόμενου το οποίο υποστηρίζεται μέσω των προγραμμάτων κατάρτισης με τη συνεργασία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα Νοσοκομεία, ως σύγχρονοι οργανισμοί, διείδαν τις εξελίξεις στον τρόπο εργασίας του επιχειρησιακού αυτού συστήματος και επένδυσαν στον τομέα της κατάρτισης με στόχο τη βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των ανθρωπίνων πόρων τους. Αναπτύχθηκε λοιπόν μια συστηματική κινητοποίηση και θέσπιση διαδικασιών συνεχιζόμενης κατάρτισης με την οργάνωση και λειτουργία κέντρων συνεχιζόμενης κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) σε νοσοκομεία του ΕΣΥ. Σημαντική ώθηση υπήρξε στις αρχές της δεκαετίας του '90 με την ενδο-επιχειρησιακή κατάρτιση των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Ειδικά, την τελευταία δεκαπενταετία, η εκπαίδευση νοσοκομειακών υπαλλήλων, όλων των ειδικοτήτων, παρουσίασε συνεχή αυξητική τάση. Σε αυτό συνέβαλε και η σημαντική χρηματοδότηση των προγραμμάτων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, που συνοδεύτηκε από αύξηση των διατιθέμενων εθνικών πόρων.

Στην **επιθυμητή κατάσταση**, ποσοστό 28,65, πιστεύει ότι θα πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων με υψηλό βαθμό συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη των αποφάσεων ενώ, παράλληλα (27,01% και 25,93%) θεωρεί ότι η στρατηγική του νοσοκομείου θα πρέπει να προσανατολισθεί στο **εξωτερικό περιβάλλον** ώστε να υπάρξει άντληση νέων πόρων και νέων ευκαιριών με ανταγωνιστικές δράσεις και επικράτηση στον τομέα της υγείας.

6.2.7. Τα Κριτήρια Επιτυχίας των Γενικών Δημοσίων Νοσοκομείων

Στόχος της διάστασης 6 του εργαλείου: «Κριτήρια επιτυχίας του οργανισμού» είναι η διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που πιστεύεται ότι **οδηγούν** έναν οργανισμό **στην επιτυχία**.

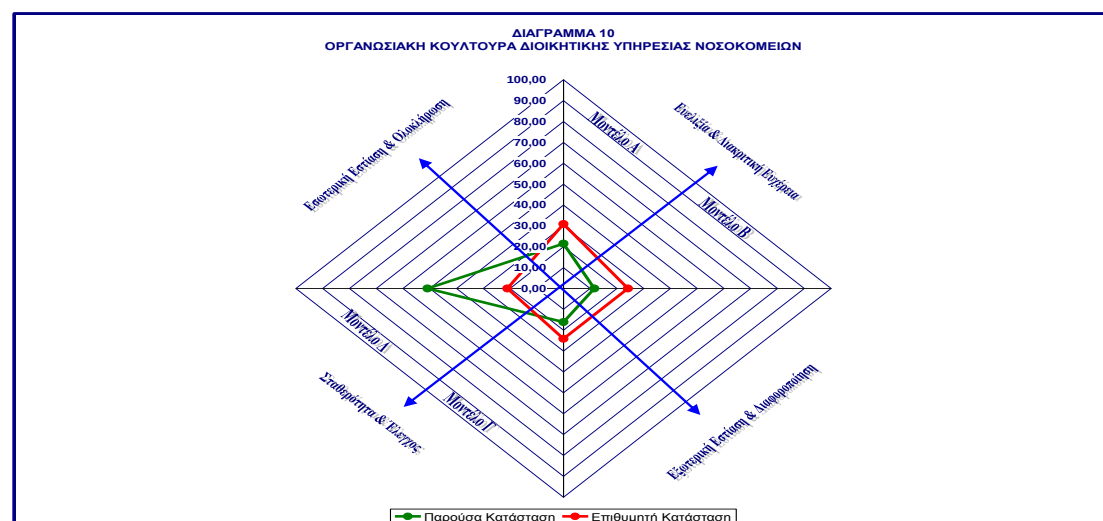
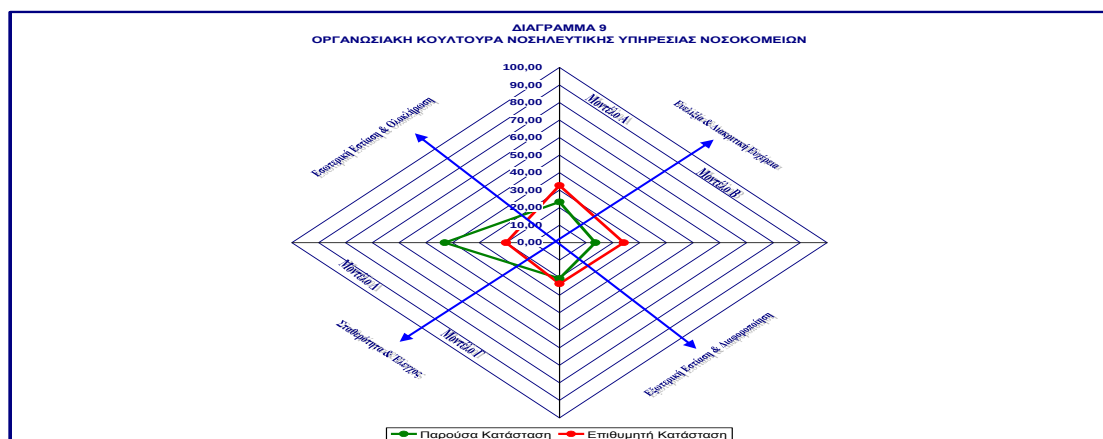
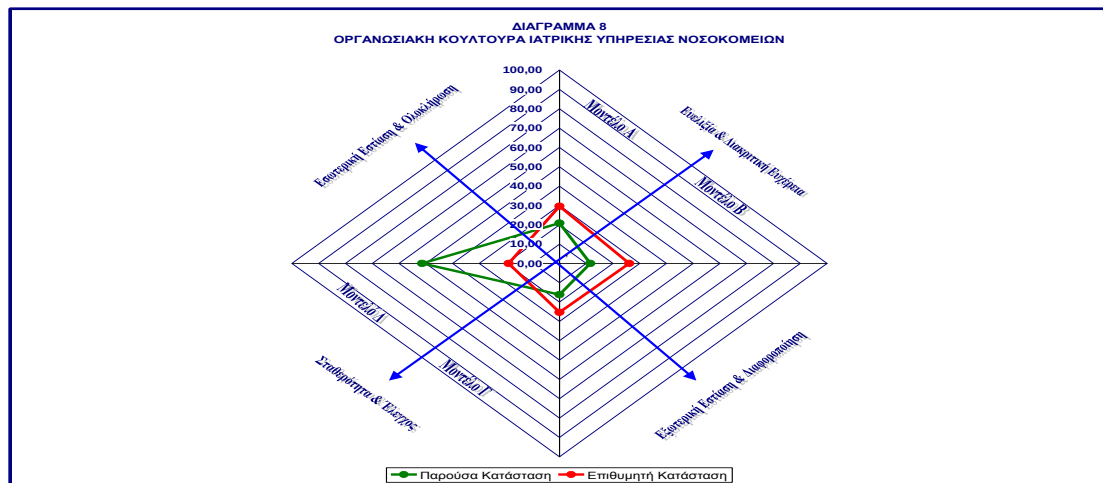


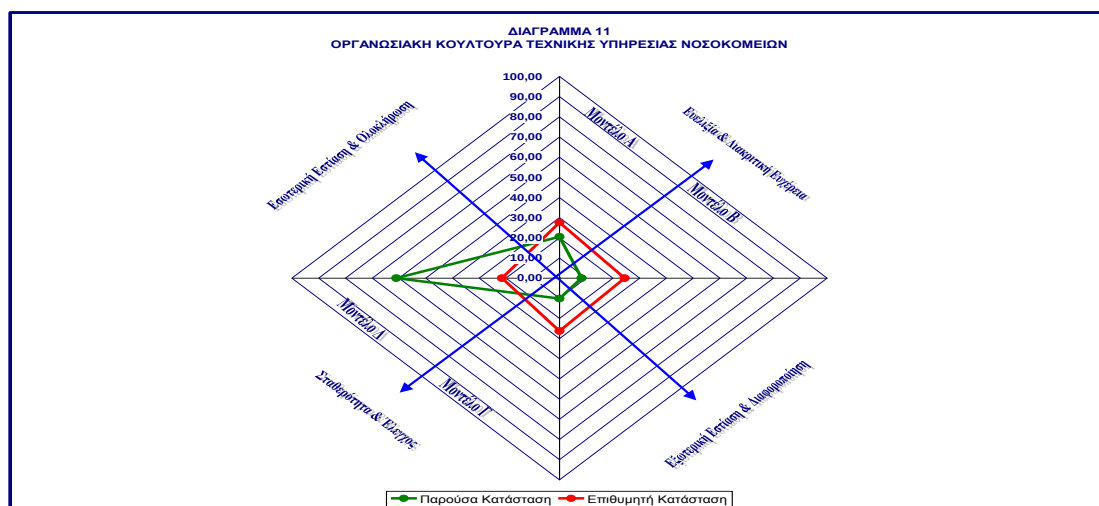
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27,99	32,46
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	12,20	23,24
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16,95	19,33
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	42,76	24,95
Σύνολο	100,00	100,00

Στην **παρούσα κατάσταση**, τα στελέχη θεωρούν, σε ποσοστό 42,76%, ότι επιτυχία στο νοσοκομείο ορίζεται το χαμηλό κόστος λειτουργίας, ο καλός προγραμματισμός καθώς και η αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, πιστεύουν (27,99%) ότι η δέσμευση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον τους για τους ασθενείς είναι παράγοντες επίτευξης επιτυχίας των νοσοκομείων. Συνεπώς η εστίαση, και σε αυτή τη διάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας, εντοπίζεται στο **εσωτερικό περιβάλλον** του οργανισμού.

Στη **μελλοντική κατάσταση**, τα νοσοκομειακά στελέχη τονίζουν ότι τα κριτήρια επιτυχίας θα πρέπει να συνεχίσουν να είναι η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, η ομαδικότητα και η δέσμευση των εργαζομένων (32,46%), το χαμηλό κόστος λειτουργίας, η αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών και ο καλός προγραμματισμός (24,95%) αλλά την ίδια στιγμή θεωρούν ότι η προσφορά καινοτόμων υπηρεσιών και η ανταγωνιστικότητα θα πρέπει να ορισθούν ως νέα κριτήρια επιτυχίας. Διαπιστώνεται λοιπόν, η τάση εστίασης προς το **εξωτερικό περιβάλλον** και σε αυτή τη διάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας.

6.2.8. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Υπηρεσία





ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	Παρούσα Κατάσταση				Επιθυμητή Κατάσταση			
	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικό- τητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό -Γραφ/κό	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτι- κότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό- Γραφ/κό
Ιατρική	20,88	11,52	16,13	51,30	29,56	26,07	25,27	18,97
Νοσηλευτική	23,22	13,41	20,45	42,88	32,63	24,03	23,48	19,96
Διοικητική	21,51	11,52	16,09	50,81	30,88	24,07	24,06	20,95
Τεχνική	20,51	8,26	10,11	60,98	27,62	24,33	26,23	21,51
Μέσος όρος	21,80	12,00	17,28	48,82	30,87	24,80	24,39	19,91

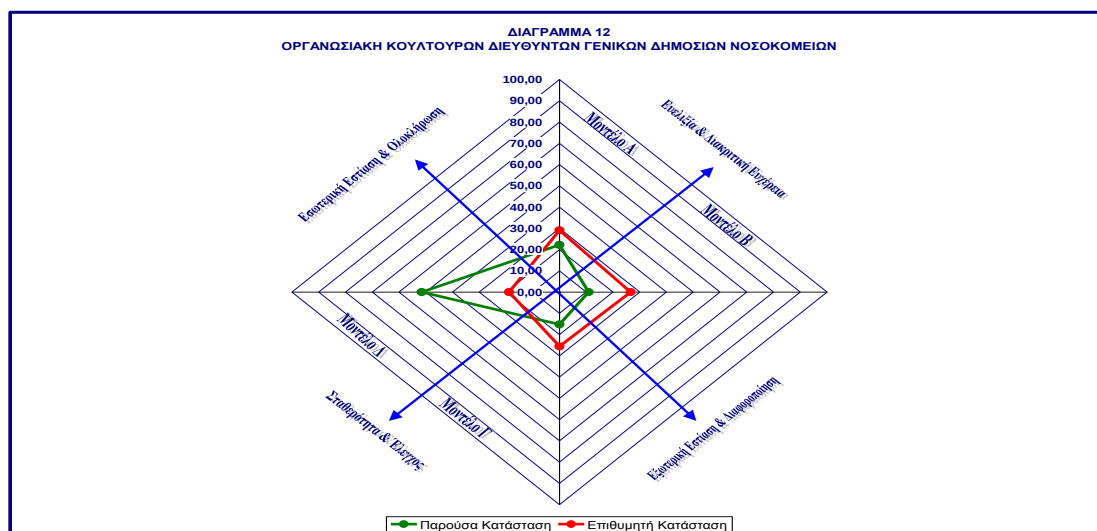
Η **παρούσα οργανωσιακή κουλτούρα**, ανά υπηρεσία, παρουσιάζεται στα διαγράμματα 8, 9, 10 & 11. Η οργανωσιακή κουλτούρα ανά υπηρεσία, εξετάζεται για την ύπαρξη ή όχι **υποκουλτούρων** μέσα στα νοσοκομεία. Από την εξέταση των διαγραμμάτων ανά υπηρεσία τεκμαίρεται πρώτον, ότι στο Δημόσιο Νοσοκομείο δεν υπάρχουν έντονες υποκουλτούρες και δεύτερον ότι κυριαρχεί το **ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο**. Το μεγαλύτερο ποσοστό, στο υπό ανάλυση μοντέλο, καταγράφηκε στην Τεχνική Υπηρεσία (60.98%) ενώ, το μικρότερο στην Νοσηλευτική Υπηρεσία (42,88%). Η εστίαση των νοσοκομείων συγκεντρώνεται στο **εσωτερικό περιβάλλον** του οργανισμού και στον έλεγχο των διαδικασιών.

Σημειώνεται ότι, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία καταγράφηκε το 20,45% στο μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας ποσοστό που είναι σαφώς υψηλότερο σε σχέση με τις άλλες τρεις υπηρεσίες. Το αυξημένο αυτό ποσοστό αιτιολογείται από το γεγονός ότι, η Νοσηλευτική Υπηρεσία λόγω της άμεσης και συνεχούς επαφής με τους ασθενείς, ώστε να συντονίζει και να παρακολουθεί τις θεραπευτικές τους διαδικασίες, πολλές φορές, παραβλέπει τα γραφειοκρατικά πρότυπα και δρα προς τον άμεσο στόχο της που είναι, η ανακούφιση των ασθενών.

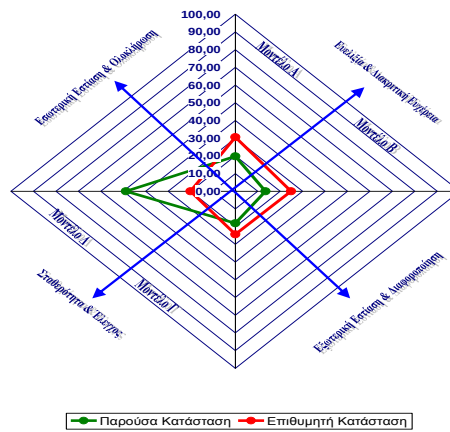
Αναφορικά με την **επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα**, στα ίδια διαγράμματα, φαίνεται ξεκάθαρα η επικράτηση του **μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων** σε όλες τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου με ποσοστό 30,87%. Ακολουθούν το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και των στόχων / αποδοτικότητας με 24,80% και 24,39% αντίστοιχα. Το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο συγκεντρώνει μόλις 19,91%. Το εύρος διαφοράς του μοντέλου στην παρούσα και στην επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα αγγίζει περίπου τις 29 ποσοστιαίες μονάδες.

Από την εξέταση των ως άνω αποτελεσμάτων συμπεραίνεται ότι ενώ, τα στελέχη επιθυμούν να συνεχίσουν να εστιάζουν στο εσωτερικό του οργανισμού με σαφή προτίμηση στο μοντέλο κουλτούρας των ανθρωπίνων πόρων παρά ταύτα, υπάρχει ταυτόχρονα μια τάση των στελεχών εστίασης προς το **εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού**. Τα υψηλά ποσοστά των μοντέλων του ανοικτού συστήματος και των στόχων/αποδοτικότητας προσδιορίζουν την επιθυμία των μελών του οργανισμού για ευελιξία, δημιουργικότητα, καινοτομία, επένδυση στην έρευνα ή στην ανάπτυξη νέων προϊόντων και υπηρεσιών στο μέλλον.

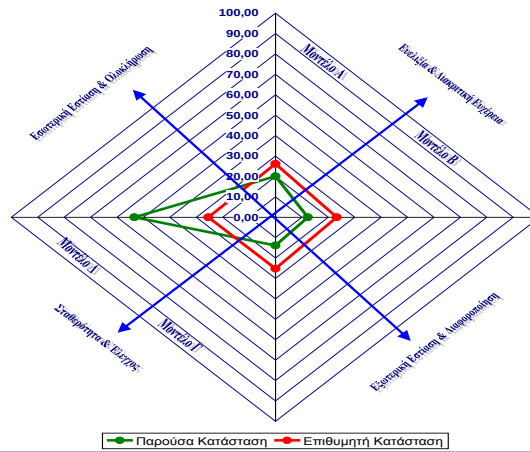
6.2.9. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Ιεραρχική Θέση



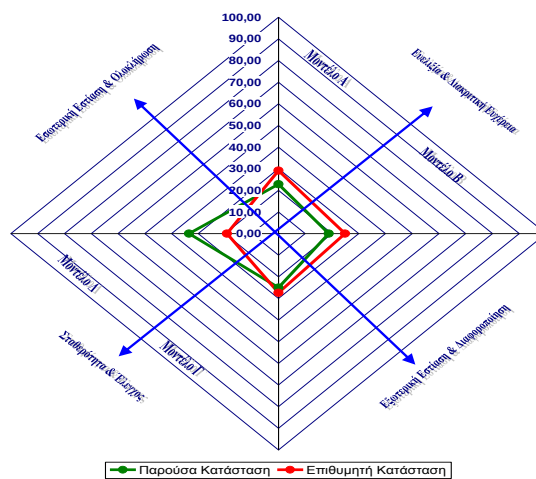
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

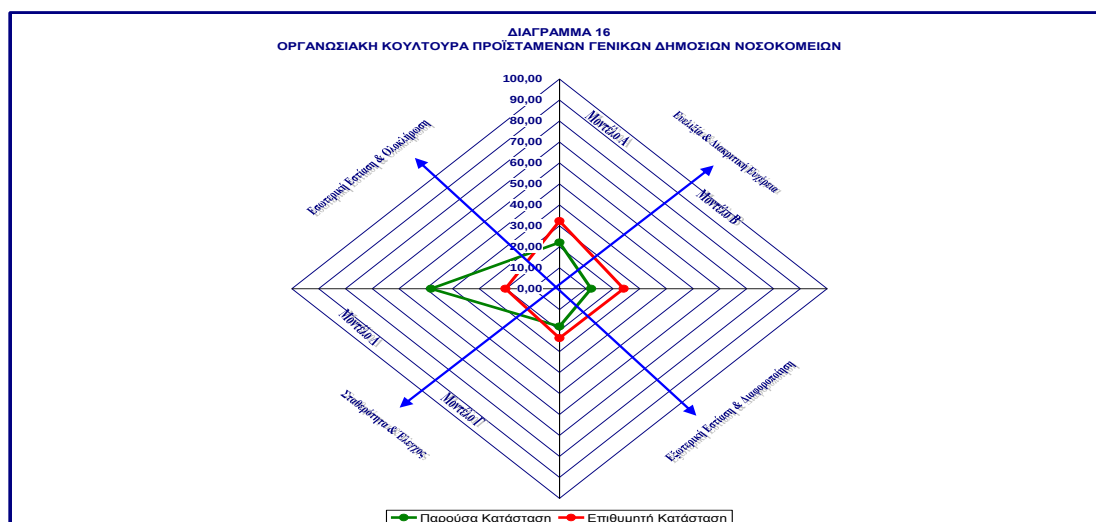


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΟΜΕΑΡΧΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ





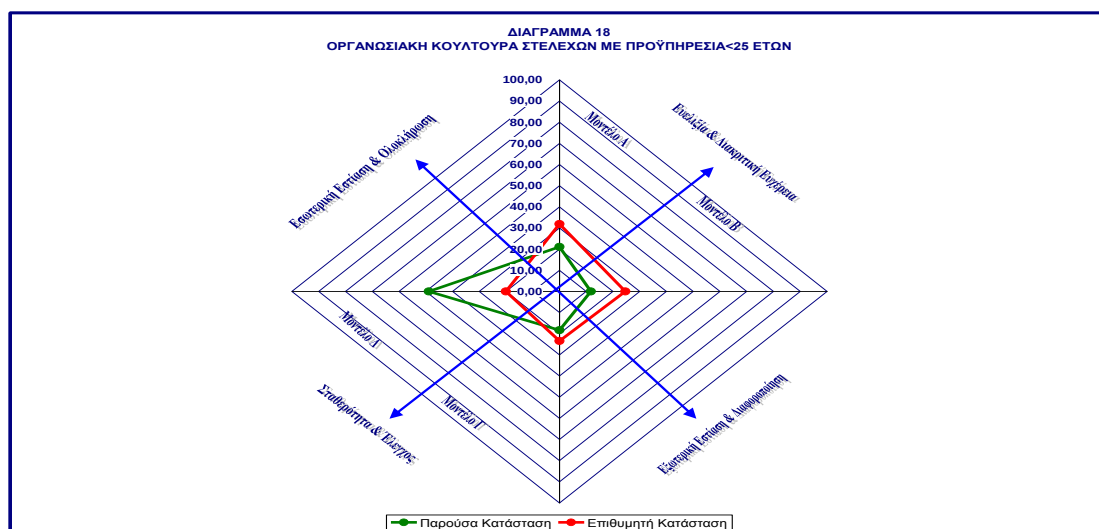
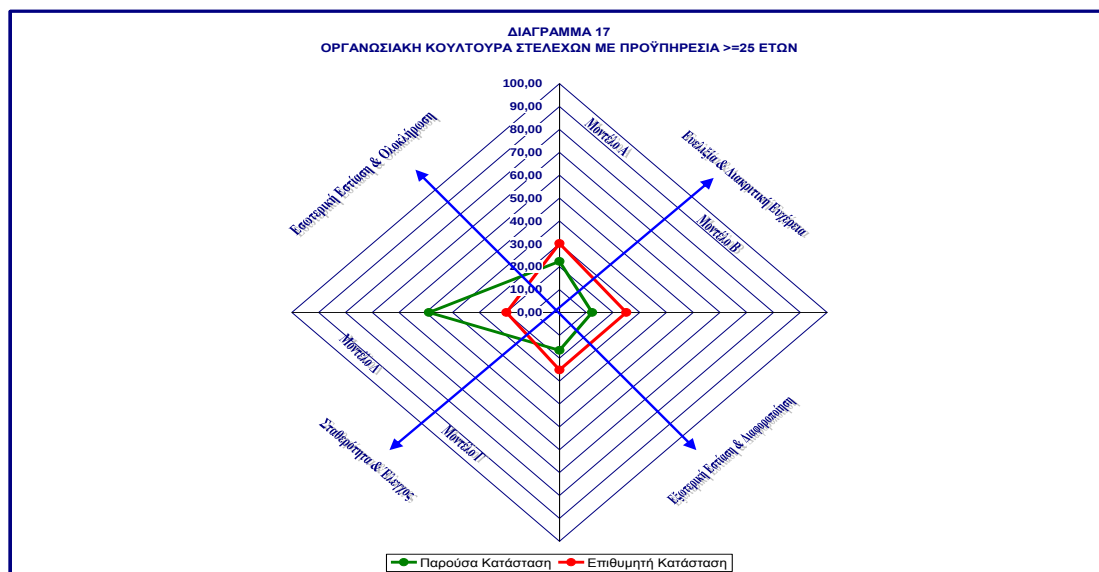
ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΘΕΣΗ	Παρούσα Κατάσταση				Επιθυμητή Κατάσταση			
	Μοντέλο Α: Ανθρώπινων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανουκτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό-Γραφ/κό	Μοντέλο Α: Ανθρώπινων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανουκτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό-Γραφ/κό
Διευθυντές	22,20	10,91	15,23	51,50	29,04	26,55	25,55	18,84
Αναπληρωτές	19,74	13,40	18,08	48,74	30,55	24,81	24,33	19,97
Υποδιευθυντές	20,09	12,22	13,82	53,38	26,14	23,20	25,16	25,39
Τομεάρχες	22,84	18,77	24,95	33,43	29,12	24,85	27,35	19,26
Προϊστάμενος	22,07	11,85	18,00	48,02	32,27	23,96	23,56	20,19
Μέσος όρος	21,80	12,00	17,28	48,82	30,87	24,80	24,39	19,91

Στην **τωρινή κατάσταση**, η ιεραρχική θέση φαίνεται ότι επηρεάζει διαφορετικά τις απόψεις των στελεχών σχετικά με το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί. Ενώ, οι Διευθυντές (51,50%), οι Αν. Διευθυντές (48,74%), οι Υποδιευθυντές (53,38%) και οι Προϊστάμενοι (48,02%) θεωρούν ότι επικρατεί το **ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο**, οι Τομεάρχες πιστεύουν ότι επικρατεί το προαναφερόμενο μοντέλο κατά 33,43%. Δίδουν ταυτόχρονα, σε αντίθεση με τις άλλες θέσεις, ένα υψηλό ποσοστό (24,95%) στο μοντέλο **στόχων / αποδοτικότητα**. Όπως προαναφέρθηκε, η θέση του Τομεάρχη ανήκει μόνο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία. Η άμεση επαφή λοιπόν, με τους ασθενείς του νοσοκομείου και της αποκατάστασης αυτών, τους ωθούν στην παράβλεψη γραφειοκρατικών διαδικασιών και στην εφαρμογή άμεσων λύσεων προς όφελος των ασθενών δηλαδή, όχι μόνο επιθυμούν άμεση επίτευξη στόχων αλλά επιχειρούν σε γραφειοκρατικές συνθήκες να υπερβαίνουν τις τυπικές νόρμες προς επίτευξη των στόχων. Η συναισθηματική φόρτιση, που προκαλεί η άμεση επαφή, διαμορφώνει μια ιδιαίτερη σχέση νοσηλευτή – ασθενή και αποτελεί αιτία των ως άνω υπερβάσεων.

Στην **μελλοντική κατάσταση**, οι απόψεις των στελεχών, για το επιθυμητό τύπο οργανωσιακής κουλτούρας, συγκλίνουν προς το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων (30,87). Επιπρόσθετα προτιμούν τα μοντέλα που εστιάζουν στο **εξωτερικό περιβάλλον** του νοσοκομείου (ανοικτό σύστημα & στόχων αποδοτικότητας) σε ποσοστό 49,19%. Αντίθετα, το γραφειοκρατικό μοντέλο προτιμάται σε ιδιαίτερα μικρό ποσοστό, μόλις 19,91%.

6.2.10. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά έτη

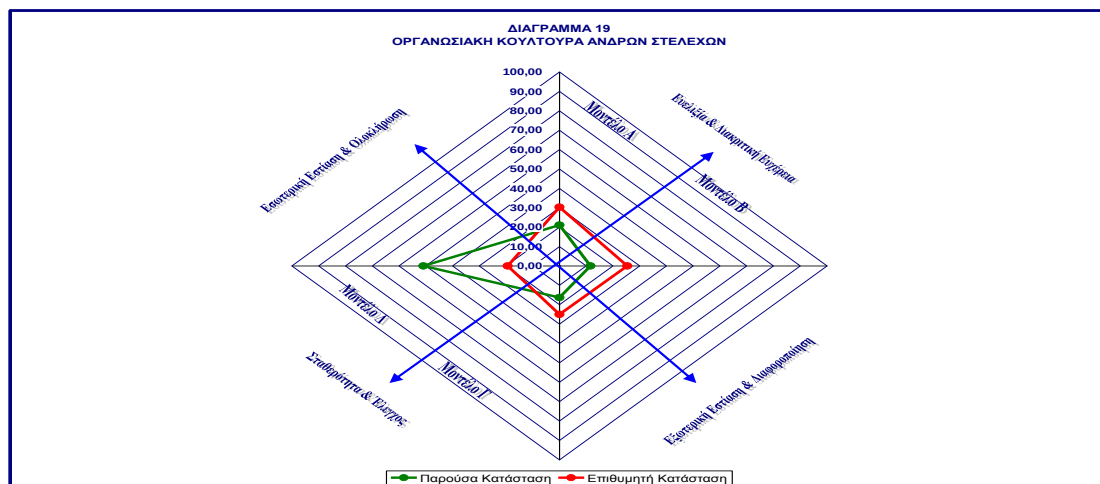
Προϋπηρεσίας

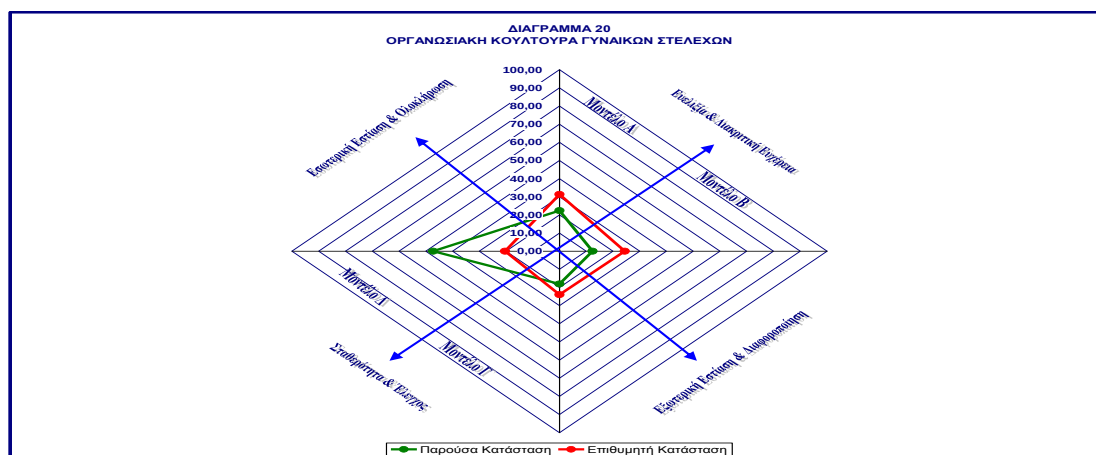


	Παρούσα Κατάσταση				Επιθυμητή Κατάσταση			
ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικό- τητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό -Γραφ/κό	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτι- κότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό- Γραφ/κό
<25	21,09	11,71	18,30	48,85	31,85	24,58	23,42	20,02
>=25	22,29	12,20	16,57	48,80	30,14	24,96	25,12	19,83
Μέσος όρος	21,80	12,00	17,28	48,82	30,87	24,80	24,39	19,91

Από την εξέταση των διαγραμμάτων 17 & 18 διαφαίνεται ότι τα νοσοκομειακά στελέχη, ανεξάρτητα της διάρκειας **προϋπηρεσίας** τους, τονίζουν ότι, στην **παρούσα κατάσταση** ισχύει το **ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο** οργάνωσης σε ποσοστό 48,82%. Αντίστοιχα στην **επιθυμητή κατάσταση**, εκφράζουν την άποψη ότι, θα ήθελαν να επικρατήσει το **μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων** οργάνωσης σε ποσοστό 30,87%, ενώ δεν διακρίνεται ιδιαίτερη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο κατηγοριών ως προς τη διάρκεια προϋπηρεσίας με ποσοστά 31,85% και 30,14%. Ακολουθούν τα μοντέλα του ανοικτού συστήματος και των στόχων αποδοτικότητας με ποσοστά 24,80% και 24,39% αντίστοιχα. Συνεπώς, τα έτη προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν τις επιλογές των νοσοκομειακών στελεχών.

6.2.11. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Φύλο

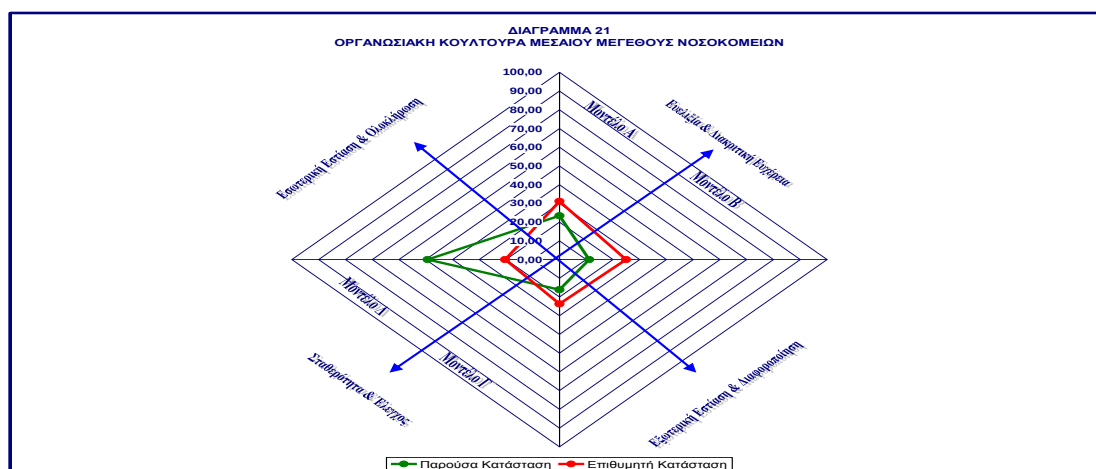


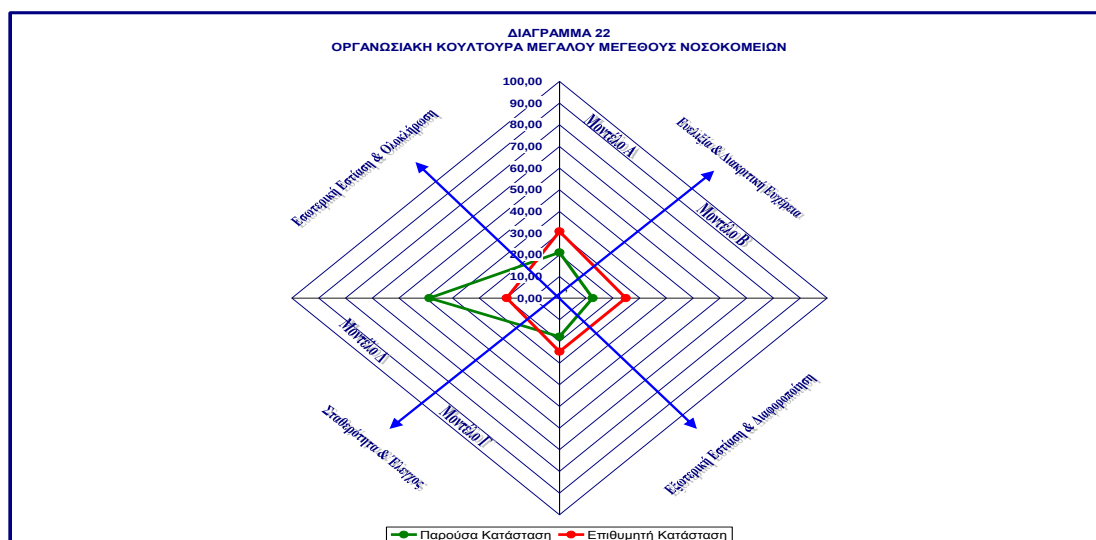


ΦΥΛΟ	Παρούσα Κατάσταση				Επιθυμητή Κατάσταση			
	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό -Γραφ/κό	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό-Γραφ/κό
Άνδρες	21,08	11,58	16,29	50,88	30,30	25,31	24,97	19,36
Γυναίκες	22,37	12,33	18,06	47,20	31,31	24,41	23,95	20,33
Μέσος όρος	21,80	12,00	17,28	48,82	30,87	24,80	24,39	19,91

Από τα διαγράμματα 19 & 20 διαφαίνεται ότι το **φύλο** δεν επηρεάζει σημαντικά τις επιλογές των στελεχών. Και τα δύο φύλα συμφωνούν ότι το κυρίαρχο μοντέλο οργάνωσης στην **παρούσα κατάσταση** είναι το **ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο** (48,82%) και αυτό που **επιθυμούν** για το μέλλον είναι το **μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων** σε ποσοστό 30,87%.

6.2.12. Παρούσα & Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα ανά Μέγεθος Νοσοκομείου





ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	Παρούσα Κατάσταση				Επιθυμητή Κατάσταση			
	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτικό- τητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό -Γραφ/κό	Μοντέλο Α: Ανθρωπίνων Πόρων	Μοντέλο Β: Ανοικτού Συστήματος	Μοντέλο Γ: Στόχων / Αποδοτι- κότητας	Μοντέλο Δ: Ιεραρχικό- Γραφ/κό
Μεσαίου	23,41	11,11	16,07	49,25	31,08	24,88	23,69	20,30
Μεγάλου	21,09	12,39	17,82	48,63	30,78	24,76	24,71	19,73
Μέσος όρος	21,80	12,00	17,28	48,82	30,87	24,80	24,39	19,91

Το μέγεθος του νοσοκομείου (μεσαίο ή μεγάλο) δεν επηρεάζει τις απόψεις των στελεχών σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα (διαγράμματα 21 & 22). Στην **παρούσα κατάσταση**, και στα δύο μεγέθη νοσοκομείων επικρατεί με αισθητή διαφορά από τα άλλα μοντέλα, το **ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο** (48,82%). Μόνο, στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, φαίνεται ότι υπάρχει θετικότερη στάση στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων, συγκριτικά με τα μεγάλα. Διαφαίνεται έτσι ότι, όσο μικρότερο είναι ένα νοσοκομείο τόσο πιο εύκολο είναι να δημιουργούνται φιλικές και άτυπες δομές μεταξύ των απασχολούμενων και να νιώθουν ως οικογένεια. Στην **επιθυμητή κατάσταση**, επικρατεί το **μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων** σε ποσοστό 30,87%. Εντούτοις τα μέλη των μεσαίων νοσοκομείων επιθυμούν το μοντέλο αυτό περισσότερο από τους συναδέλφους τους στα μεγάλα νοσοκομεία.

6.3. Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

6.3.1. Συνολικές Διαφορές στα Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κατάσταση

Για να ελεγχθεί η ύπαρξη σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις μέσες τιμές των τεσσάρων μοντέλων της **παρούσας οργανωσιακής κουλτούρας** στα Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής εφαρμόστηκε η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης One-Way MANOVA.

Για τον έλεγχο της πολυδιάστατης κανονικότητας των εξαρτημένων μεταβλητών και λόγω ότι η ανάλυση είναι αρκετά ανθεκτική σε εκτροπές από την κανονικότητα πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος της συμμετρίας των κατανομών με τη χρήση θηκογραμμάτων.

Τούτο κρίθηκε απαραίτητο ώστε μέσω της ανάδειξης των επιμέρους διαφορών ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπό εξέταση μεταβλητών να διαφανούν οι δυνατότητες εντοπισμένης διοικητικής πολιτικής. Κάτι τέτοιο διευκολύνει επίσης την ταχύτερη προσαρμογή των μελών στις προτεινόμενες αλλαγές αλλά και στην προληπτική αντίδραση από κατηγορίες μελών που δεν αποδέχονται εξειδικευμένου τύπου μεταρρυθμίσεις.

- **Παρούσα Κατάσταση**

Οι υποθέσεις της ανεξαρτησίας ανάμεσα στις παρατηρήσεις και της τυχαιότητας των πειραματικών μονάδων ικανοποιούνται. Η παρατήρηση κατέδειξε την ύπαρξη κάποιων ακραίων τιμών στο Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων και στο Μοντέλο Στόχων/Αποδοτικότητας και ελάχιστες στο Μοντέλο του Ανοικτού Συστήματος. Επειδή οι ακραίες τιμές συνήθως επηρεάζουν την ανάλυση αποφασίστηκε η αφαίρεση αυτών. Σημειώνεται ότι, ο αριθμός των ακραίων τιμών που αφαιρέθηκαν δεν είναι τόσο σημαντικός ώστε να επηρεάσει τον χαρακτήρα των απαντήσεων. Από την αφαίρεση των ακραίων τιμών παρατηρήθηκε, από τα θηκογράμματα των εξαρτημένων μεταβλητών (παράρτημα Γ), ότι οι κατανομές τους παρουσιάζουν συμμετρία.

Οι επόμενες προϋποθέσεις αφορούσαν την ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης-συνδιακύμανσης καθώς και την ισότητα των διακυμάνσεων των εξαρτημένων μεταβλητών στις κατηγορίες παραγόντων. Οι παραπάνω έλεγχοι έγιναν

μέσω του Box's test και του test του Levene αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανάλυση είναι αρκετά ανθεκτική στις περιπτώσεις όπου οι προϋποθέσεις αυτές δεν ικανοποιούνται. Ειδικότερα για το Box's test, επειδή σε μεγάλα δείγματα είναι πολύ ευαίσθητο, η παραβίαση αυτής της συνθήκης είναι πολύ πιθανή. Από την πραγματοποίηση της one-way MANOVA παρατηρήθηκε, στον πίνακα που ακολουθεί, ότι το τεστ είναι σημαντικό (Pillai's Trace $p\text{-value}=0,0005<0,05$) συνεπώς υπάρχει σημαντική διαφορά τουλάχιστον ανάμεσα σε δύο από τα τέσσερα προφίλ της **παρούσας οργανωσιακής κουλτούρας**.

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept Pillai's Trace	1,000	1,103E6	4,000	495,000	,000

Προκειμένου να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποια από τα προφίλ εμφανίζονται αυτές οι διαφορές ελέγχθηκε ο κάτωθι πίνακας:

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	meanAnow	237124,414	1	237124,414	2064,782	,000
	meanBnow	71848,000	1	71848,000	1079,130	,000
	meanCnow	148998,758	1	148998,758	1590,489	,000
	meanDnow	1189392,874	1	1189392,874	3193,654	,000

Στον πίνακα διαφαίνεται ότι όλες οι εξαρτημένες μεταβλητές διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ($p\text{-value}<0,01$, bonferroni correction).

Το επικρατέστερο μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας στα Νοσοκομεία στην παρούσα κατάσταση είναι το Ιεραρχικό – Γραφειοκρατικό Μοντέλο.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
meanAnow	21,7991	10,71645	499
meanBnow	11,9993	8,15963	499
meanCnow	17,2799	9,67890	499
meanDnow	48,8216	19,29829	499

- **Επιθυμητή Κατάσταση**

Αναφορικά με την ύπαρξη σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις μέσες τιμές των τεσσάρων μοντέλων της **επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας** παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν πολλές ακραίες τιμές σε όλες τις εξαρτημένες μεταβλητές. Για τις ακραίες τιμές που είναι και πάνω από 3* ενδοτεταρτημοριακό εύρος από το Q₃, αποφασίστηκε η αφαίρεση από την ανάλυση επειδή τόσο ακραίες τιμές συνήθως την επηρεάζουν. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν αφαιρέθηκαν όλες οι ακραίες τιμές ώστε να μην αλλοιωθεί ο χαρακτήρας των δεδομένων. Στα θηκογράμματα των εξαρτημένων μεταβλητών, (παράρτημα Γ), παρατηρείται ότι οι κατανομές τους παρουσιάζουν σχετική συμμετρία (εξακολουθούν να υπάρχουν οι ακραίες τιμές που δεν ξεπερνούν το 1.5* ενδοτεταρτημοριακό εύρος από το Q₃).

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept Pillai's Trace	1,000	6,964E5	4,000	497,000	,000

Προκειμένου να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποια από τα προφίλ εμφανίζονται διαφορές ελέγχθηκε ο κάτωθι πίνακας:

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	meanAfuture	477449,723	1	477449,723	4116,196	0,000
	meanBfuture	308037,501	1	308037,501	5025,487	0,000
	meanCfuture	297963,122	1	297963,122	4080,117	0,000
	meanDfuture	198623,953	1	198623,953	2198,012	0,000

Στον πίνακα διαφαίνεται ότι όλες οι εξαρτημένες μεταβλητές διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους (p-value<0,01).

Επικρατέστερο επιθυμητό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας στα Νοσοκομεία είναι το Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
meanAfuture	30,8706	10,77000	501
meanBfuture	24,7961	7,82912	501
meanCfuture	24,3872	8,54565	501
meanDfuture	19,9112	9,50606	501

6.3.2. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στις Τέσσερις Υπηρεσίες στην

Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- **Παρούσα Κατάσταση**

Ο έλεγχος της συμμετρίας των κατανομών, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση θηκογραμμάτων στις κατηγορίες του παράγοντα. (παράρτημα Γ). Από τα θηκογράμματα παρατηρήθηκε ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (μοντέλα κουλτούρας) στις κατηγορίες του παράγοντα (Υπηρεσία) παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με ελάχιστες ακραίες τιμές.

Η προϋπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης - συνδιακύμανσης όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί δεν ικανοποιείται αφού (Box's M p -value<0,05). Όμως το Box's test, σε μεγάλα δείγματα είναι πολύ ευαίσθητο και η παραβίαση αυτής της συνθήκης είναι πολύ πιθανή. Επιπλέον η ανάλυση διακύμανσης είναι αρκετά ανθεκτική στις περιπτώσεις όπου οι προϋποθέσεις δεν ικανοποιούνται και συνεπώς πραγματοποιείται η ανάλυση.

Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	246,612
F	7,963
df1	30,000
df2	24860,230
Sig.	0,000

Από τον πίνακα που ακολουθεί, διαπιστώνεται ότι την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων την ικανοποιούν όλες οι εξαρτημένες μεταβλητές επειδή το p -value>0,05 για όλες.

Levene's Test of Equality of Error Variances

	F	df1	df2	Sig.
meanAnow	1,051	3	495	0,370
meanBnow	1,218	3	495	0,303
meanCnow	0,050	3	495	0,985
meanDnow	1,370	3	495	0,251

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της Υπηρεσίας (Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική, Τεχνική) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα τρέχοντα οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. Η Υπηρεσία λοιπόν βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση σε τουλάχιστον ένα από τα οργανωσιακά προφίλ (Pillai's Trace p -value=0,0005<0,05).

Επιλέχθηκε το Multivariate test διότι είναι αρκετό ανθεκτικό σε περιπτώσεις όπου παραβιάζονται οι προϋποθέσεις.

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept Pillai's Trace	0,087	3,687	12,000	1482,000	0,000

Αφού βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες «Υπηρεσία», ως προς τα τέσσερα οργανωσιακά προφίλ, η ανάλυση προχωράει εφαρμόζοντας ANOVA σε κάθε εξαρτημένη μεταβλητή ξεχωριστά προκειμένου να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποιες κατηγορίες υπάρχουν αυτές τις διαφορές.

Από τον πίνακα **Tests of Between-Subjects Effects**, φαίνεται ότι η υπηρεσία έχει σημαντική επίδραση σε όλα τα προφίλ εκτός από το meanAnow (clan) ($F_a = 1,579$ p-value=0,194, $F_b = 3,688$ p-value=0,012, $F_c = 12,427$ p-value<0,0005 και $F_d = 10,301$ p-value=0,0005) αφού σε όλα εκτός του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων είναι σημαντικό το τεστ, p-value για F-test<0,05

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
υπηρεσία	meanAnow	542,176	3	180,725	1,579	0,194
	meanBnow	724,919	3	241,640	3,688	0,012
	meanCnow	3267,624	3	1089,208	12,427	0,000
	meanDnow	10898,174	3	3632,725	10,301	0,000

Η ανάλυση συνεχίστηκε με τα post hoc test κάθε προφίλ στις κατηγορίες της ανεξάρτητης μεταβλητής ώστε να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποιες κατηγορίες θέσης εμφανίζονται αυτές οι διαφορές. Εφαρμόστηκε Bonferroni post hoc test στα MeanBnow, MeanCnow και MeanDnow αφού όλες ικανοποιούν την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων ανάμεσα στις ομάδες της ανεξάρτητης μεταβλητής.

Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι **όσον αφορά στο μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στη Νοσηλευτική και την Τεχνική Υπηρεσία** (p-value=0,026).

Όσον αφορά το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στην Ιατρική και τη Νοσηλευτική (p-value=0,0005), την Ιατρική και την Τεχνική (p-value=0,023), τη Νοσηλευτική και τη Διοικητική (p-value =0,001) και τη Νοσηλευτική και την Τεχνική (p-value =0,0005), καθώς και τη Διοικητική και την Τεχνική (p-value=0,03).

Όσον αφορά στο **Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό μοντέλο** σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην **Ιατρική και τη Νοσηλευτική** ($p\text{-value} < 0,0005$), στη **Νοσηλευτική και τη Διοικητική** ($p\text{-value} = 0,002$) και στη **Νοσηλευτική και την Τεχνική** ($p\text{-value} < 0,0005$).

Descriptive Statistics

	Υπηρεσία	Mean	Std. Deviation	N
meanAnow	Ιατρική	20,8830	10,75369	186
	Νοσηλευτική	23,2239	11,25747	166
	Διοικητική	21,5054	9,74070	124
	Τεχνική	20,5072	11,02608	23
	Total	21,7991	10,71645	499
meanBnow	Ιατρική	11,5197	7,91074	186
	Νοσηλευτική	13,4137	8,50393	166
	Διοικητική	11,5188	7,78047	124
	Τεχνική	8,2609	8,19165	23
	Total	11,9993	8,15963	499
meanCnow	Ιατρική	16,1326	9,35588	186
	Νοσηλευτική	20,4468	9,56840	166
	Διοικητική	16,0914	9,22612	124
	Τεχνική	10,1087	8,56977	23
	Total	17,2799	9,67890	499
meanDnow	Ιατρική	51,3011	19,58876	186
	Νοσηλευτική	42,8765	16,99043	166
	Διοικητική	50,8065	19,25291	124
	Τεχνική	60,9783	21,69673	23
	Total	48,8216	19,29829	499

- Επιθυμητή Κατάσταση**

Από τα θηκογράμματα (παράρτημα Γ), φαίνεται ότι, οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (μοντέλα κουλτούρας) στις κατηγορίες του παράγοντα «Υπηρεσία» παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με ελάχιστες ακραίες τιμές. Η προϋπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης-συνδιακύμανσης όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί δεν ικανοποιείται αφού ($\text{Box's M } p\text{-value} < 0,05$).

Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	423,356
F	13,636

df1	30,000
df2	20147,472
Sig.	0,000

Από τον κάτωθι πίνακα διαπιστώνεται ότι, την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων την ικανοποιούν όλες οι εξαρτημένες μεταβλητές εκτός της MeanAfuture αφού το $p\text{-value} > 0,05$ για όλες εκτός από αυτήν, όπου $p\text{-value} = 0,004 < 0,05$.

Levene's Test of Equality of Error Variances

	F	df1	df2	Sig.
meanAfuture	4,463	3	497	0,004
meanBfuture	1,403	3	497	0,241
meanCfuture	1,635	3	497	0,180
meanDfuture	0,057	3	497	0,982

Η Υπηρεσία λοιπόν βρέθηκε να μην έχει σημαντική επίδραση σε τουλάχιστον ένα από τα οργανωσιακά προφίλ επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας (Pillai's Trace $p\text{-value} = 0,067 > 0,05$).

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept Pillai's Trace	0,040	1,674	12,000	1488,000	0,067

Descriptive Statistics

Υπηρεσία	Mean	Std. Deviation	N
meanAfuture Ιατρική	29,5614	10,25911	182
Νοσηλευτική	32,6293	12,02432	174
Διοικητική	30,8750	9,85653	124
Τεχνική	27,6190	6,75096	21
Total	30,8706	10,77000	501
meanBfuture Ιατρική	26,0733	8,61205	182
Νοσηλευτική	24,0326	7,86229	174
Διοικητική	24,0726	6,05091	124
Τεχνική	24,3254	8,82554	21
Total	24,7961	7,82912	501
meanCfuture Ιατρική	25,2665	8,53054	182
Νοσηλευτική	23,4818	9,33298	174
Διοικητική	24,0551	7,49672	124
Τεχνική	26,2302	7,04460	21
Total	24,3872	8,54565	501
meanDfuture Ιατρική	18,9689	9,14399	182
Νοσηλευτική	19,9617	9,59304	174
Διοικητική	20,9530	9,74815	124

Τεχνική	21,5079	10,22191	21
Total	19,9112	9,50606	501

6.3.3. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στην Ιεραρχική Θέση στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

• Παρούσα Κατάσταση

Από τα θηκογράμματα (παράρτημα Γ), διαφαίνεται ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAnow, meanBnow, meanCnow, meanDnow: μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας) στις κατηγορίες του παράγοντα «Τίτλος θέσης» παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με ελάχιστες ακραίες τιμές.

Η προϋπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης-συνδιακύμανσης όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί δεν ικανοποιείται αφού (Box's M p-value<0,05).

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	277,666
F	8,859
df1	30,000
df2	14708,279
Sig.	,000

Από τον κάτωθι πίνακα διαπιστώνεται ότι την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων την ικανοποιούν όλες οι μεταβλητές εκτός από την meanDnow.

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
meanAnow	1,538	4	494	,190
meanBnow	1,398	4	494	,233
meanCnow	2,388	4	494	,050
meanDnow	5,003	4	494	,001

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της θέσης (Προϊστάμενος, Τομεάρχης, Αναπληρωτής Διευθυντής, Διευθυντής) στην τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. Σημαντική επίδραση βρέθηκε να έχει η «θέση» σε ένα τουλάχιστον από τα οργανωσιακά προφίλ (Pillai's Trace (p-value=0,002<0,05).

Επιλέχθηκε το Multivariate test διότι είναι αρκετό ανθεκτικό σε περιπτώσεις όπου παραβιάζονται οι προϋποθέσεις.

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,075	2,345	16,000	1976,000	,002

Αφού βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες θέσης ως προς τα τέσσερα οργανωσιακά προφίλ η ανάλυση προχωράει εφαρμόζοντας ANOVA σε κάθε εξαρτημένη μεταβλητή ξεχωριστά προκειμένου να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποιες κατηγορίες υπάρχουν αυτές τις διαφορές. Παρατηρείται ότι, (πίνακας **Tests of Between-Subjects Effects**) η θέση έχει σημαντική επίδραση σε όλα τα προφίλ εκτός από το meanAnow (clan) ($F_a = 0,733$ $p\text{-value} = 0,543$, $F_b = 4,132$ $p\text{-value} = 0,003$, $F_c = 5,541$ $p\text{-value} < 0,0005$ και $F_d = 3,862$ $p\text{-value} = 0,004$) αφού σε όλα εκτός του clan προφίλ είναι σημαντικό το τεστ, $p\text{value}$ για $F\text{-test} < 0,05$.

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Τίτλος θέσης	meanAnow	355,870	4	88,968	,773	,543
	meanBnow	1073,312	4	268,328	4,132	,003
	meanCnow	2003,274	4	500,818	5,541	,000
	meanDnow	5623,308	4	1405,827	3,862	,004

Η ανάλυση συνεχίζεται με τα post hoc test κάθε προφίλ στις κατηγορίες της ανεξάρτητης μεταβλητής ώστε να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποιες κατηγορίες θέσης εμφανίζονται αυτές οι διαφορές. Εφαρμόστηκε Bonferroni post hoc test στα MeanBnow και MeanCnow και Dunnett C' στο MeanDnow αφού δεν ικανοποιεί την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων ανάμεσα στις ομάδες της ανεξάρτητης μεταβλητής.

Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι όσον αφορά στο **ανοικτού συστήματος μοντέλο** σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στον **Προϊστάμενο και τον Τομέαρχη** (διορθωμένη πιθανότητα $p = 0,006$) και ανάμεσα στον **Τομέαρχη και τον Διευθυντή** (διορθωμένη πιθανότητα $p = 0,002$).

Όσον αφορά το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στον **Προϊστάμενο και τον Τομέαρχη** (διορθωμένη πιθανότητα $p = 0,037$), τον **Προϊστάμενο και το Διευθυντή** (διορθωμένη πιθανότητα $p = 0,049$), τον

Τομεάρχη και τον Υποδιευθυντή (διορθωμένη πιθανότητα $p=0,006$) και τον **Τομεάρχη και τον Διευθυντή** (διορθωμένη πιθανότητα $p=0,001$).

Όσον αφορά στο προφίλ **γραφειοκρατικό-ιεραρχικό μοντέλο** σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στον **Προϊστάμενο και τον Τομεάρχη** (διορθωμένη πιθανότητα $p<0,0005$), στον **Τομεάρχη και τον Υποδιευθυντή** (διορθωμένη πιθανότητα $p=0,029$), στον **Τομεάρχη και τον Αναπληρωτή Διευθυντή** (διορθωμένη πιθανότητα $p<0,0005$) και τον **Τομεάρχη και τον Διευθυντή** (διορθωμένη πιθανότητα $p<0,0005$).

- **Επιθυμητή Κατάσταση**

Αναφορικά με την **επιθυμητή κατάσταση** παρατηρείται, στα θηκογράμματα (Παράρτημα Γ) ότι, οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAfuture, meanBfuture, meanCfuture, meanDfuture) στις κατηγορίες του παράγοντα «Τίτλος θέσης» παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με κάποιες ακραίες τιμές (οι περισσότερες ακραίες τιμές που ξεπερνάνε το 3*ενδοτεταρτημοριακό εύρος από το Q3 έχουν ήδη αφαιρεθεί σε προηγούμενο στάδιο) οπότε εφαρμόστηκε η One-way MANOVA. Η προυπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης – συνδυακύμανσης όπως φαίνεται και στο παρακάτω πίνακα δεν ικανοποιείται αφού (Box's M $p\text{-value}<0,05$).

Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	311,091
F	7,303
df1	40,000
df2	11252,494
Sig.	0,000

Από τον πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων την ικανοποιούν όλες οι μεταβλητές εκτός από την meanAnow ($p\text{-value}=0,009<0,05$).

Levene's Test of Equality of Error Variances

	F	df1	df2	Sig.
meanAfuture	3,406	4	496	0,009
meanBfuture	0,670	4	496	0,613
meanCfuture	1,691	4	496	0,151
meanDfuture	0,479	4	496	0,751

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της θέσης (Προϊστάμενος, Τομεάρχης, Αναπληρωτής Διευθυντής, Διευθυντής) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. **Βρέθηκε ότι, η θέση, έχει σημαντική επίδραση στα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ στα Ελληνικά νοσοκομεία** (Pillai's Trace p -value=0,011<0,05).

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	0,063	1,987	16,000	1984,000	0,011

Αφού βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες θέσης ως προς τα τέσσερα οργανωσιακά προφίλ η ανάλυση προχωράει εφαρμόζοντας ANOVA σε κάθε εξαρτημένη μεταβλητή ξεχωριστά προκειμένου να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποιες κατηγορίες υπάρχουν αυτές τις διαφορές. Διαπιστώνεται ότι, (πίνακας **Tests of Between-Subjects Effects**) η θέση έχει σημαντική επίδραση στα προφίλ meanAfuture (clan) και meanBfuture (adhocracy) ($F_a = 3,053$ p -value=0,017<0,05, $F_b = 2,725$ p -value=0,029<0,05, $F_c = 1,842$ p -value=0,119 και $F_d = 1,782$ p -value=0,131).

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
τίτλοςθέσης	meanAfuture	1393,829	4	348,457	3,053	0,017
	meanBfuture	658,954	4	164,739	2,725	0,029
	meanCfuture	534,517	4	133,629	1,842	0,119
	meanDfuture	640,246	4	160,062	1,782	0,131

Η ανάλυσή συνεχίζεται με τα post hoc test για τα προφίλ Α και Β στις κατηγορίες της ανεξάρτητης μεταβλητής ώστε να προσδιοριστεί ανάμεσα σε ποιες κατηγορίες θέσης εμφανίζονται αυτές οι διαφορές.

Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι όσον αφορά στο μοντέλο των **ανθρωπίνων πόρων** σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στον **Προϊστάμενο και τον Υποδιευθυντή** ($p=0,04$) και ανάμεσα στον **Προϊστάμενο και τον Διευθυντή** ($p=0,031$).

Όσον αφορά το προφίλ **του ανοικτού συστήματος** σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στον **Προϊστάμενο και τον Διευθυντή** ($p=0,015$).

Descriptive Statistics

Τίτλος θέσης	Mean	Std. Deviation	N

meanAfuture	Προϊστάμενος	32,2685	11,45342	270
	Τομέαρχης	29,1176	6,09866	17
	Υποδιευθυντής	26,1444	6,79807	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	30,5517	10,62676	58
	Διευθυντής	29,0390	9,86916	141
	Total	30,8706	10,77000	501
meanBfuture	Προϊστάμενος	23,9623	7,35478	270
	Τομέαρχης	24,8529	6,03257	17
	Υποδιευθυντής	23,2000	7,69900	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	24,8132	7,88100	58
	Διευθυντής	26,5485	8,65415	141
	Total	24,7961	7,82912	501
meanCfuture	Προϊστάμενος	23,5611	8,87942	270
	Τομέαρχης	27,3529	4,16912	17
	Υποδιευθυντής	25,1556	7,47654	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	24,3305	8,77743	58
	Διευθυντής	25,5532	8,15839	141
	Total	24,3872	8,54565	501
meanDfuture	Προϊστάμενος	20,1938	9,85118	270
	Τομέαρχης	19,2647	6,75002	17
	Υποδιευθυντής	25,3889	8,97454	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	19,9684	9,14761	58
	Διευθυντής	18,8416	9,18492	141
	Total	19,9112	9,50606	501

6.3.4. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στα Έτη Προϋπηρεσίας στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- **Παρούσα Κατάσταση**

Οι υποθέσεις της ανεξαρτησίας ανάμεσα στις παρατηρήσεις και της τυχαιότητας των πειραματικών μονάδων ικανοποιούνται. Από τα θηκογράμματα (Παράρτημα Γ) παρατηρείται ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAnow, meanBnow, meanCnow, meanDnow) στις κατηγορίες του παράγοντα «Προϋπηρεσία» παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με ελάχιστες ακραίες τιμές. Η προϋπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης συνδιακύμανσης όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί δεν ικανοποιείται αφού (Box's M p-value<0,05).

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	49,454
F	4,901
df1	10,000
df2	904122,300

Sig.	,000

Από τον ακόλουθο διαπιστώνεται ότι την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων την ικανοποιούν όλες οι μεταβλητές εκτός από την meanDnow.

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
meanAnow	,143	1	497	,705
meanBnow	,526	1	497	,469
meanCnow	,042	1	497	,837
meanDnow	8,344	1	497	,004

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της προϋπηρεσίας (<25, >=25 έτη) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. Οριακά σημαντική επίδραση βρέθηκε να έχει η προϋπηρεσία τουλάχιστον σε ένα από τα οργανωσιακά προφίλ (Hotelling's Trace (p-value=0,049<0,05)).

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,019	2,393	4,000	494,000	,04972

Αφού βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες προϋπηρεσίας για ένα τουλάχιστον οργανωσιακό προφίλ η ανάλυση προχωράει εφαρμόζοντας πολλαπλές ANOVA σε κάθε εξαρτημένη μεταβλητή ξεχωριστά, προκειμένου να προσδιοριστούν αυτές οι διαφορές. Η προϋπηρεσία έχει σημαντική επίδραση μόνο στο προφίλ MeanCnow (Market) αφού (Fa= 1,520 p-value=0,218, Fb= 0,450 p-value=0,503, Fc= 3,912 p-value=0,048 και Fd= 0,001 p-value<0,975).

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Προϋπηρεσία	meanAnow	174,415	1	174,415	1,520	,218
	meanBnow	30,001	1	30,001	,450	,503
	meanCnow	364,387	1	364,387	3,912	,048
	meanDnow	,357	1	,357	,001	,975

Η ανάλυση δε χρειάζεται να προχωρήσει σε post hoc test, μιας και ο παράγοντας «προϋπηρεσία» έχει μόνο δύο κατηγορίες, γεγονός που σημαίνει ότι σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα οι κατηγορίες προϋπηρεσίας (<25 έτη και >=25 έτη) διαφέρουν

σημαντικά στο οργανωσιακό μοντέλο του ανοικτού συστήματος, ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις κατηγορίες ηλικίας για τα υπόλοιπα προφίλ.

Descriptive Statistics

	προϋπηρεσία	Mean	Std. Deviation	N
meanAnow	<25	21,0911	10,79814	205
	>=25	22,2927	10,64967	294
	Total	21,7991	10,71645	499
meanBnow	<25	11,7057	8,04180	205
	>=25	12,2041	8,24824	294
	Total	11,9993	8,15963	499
meanCnow	<25	18,3033	9,68661	205
	>=25	16,5663	9,62566	294
	Total	17,2799	9,67890	499
meanDnow	<25	48,8537	17,41900	205
	>=25	48,7993	20,53622	294
	Total	48,8216	19,29829	499

• Επιθυμητή Κατάσταση

Αναφορικά με την **επιθυμητή κατάσταση**, από τα θηκογράμματα (Παράρτημα Γ) φαίνεται ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAFuture, meanBFuture, meanCFuture, meanDFuture) στις κατηγορίες του παράγοντα Προϋπηρεσία (<25, >=25 έτη) παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με κάποιες ακραίες τιμές (έχουν ήδη αφαιρεθεί από τη συνολική ανάλυση τις ακραίες τιμές όπου βρίσκονται σε απόσταση μεγαλύτερη από 3*ενδοτεταρτημοριακό εύρος από το Q3 σε προηγούμενο στάδιο).

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της προϋπηρεσίας (<25, >=25 έτη) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων.

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	0,014	1,819	4,000	496,000	0,124

Από τον παραπάνω πίνακα η **προϋπηρεσία δεν βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ** (Hotelling's Trace p-value=0,124>0,05).

Descriptive Statistics

Έτη Προϋπηρεσίας σε Κατηγορίες	Mean	Std. Deviation	N

meanAfuture	<25	31,8481	10,89080	215
	>=25	30,1358	10,63826	286
	Total	30,8706	10,77000	501
meanBfuture	<25	24,5829	7,63771	215
	>=25	24,9563	7,97954	286
	Total	24,7961	7,82912	501
meanCfuture	<25	23,4186	8,20048	215
	>=25	25,1154	8,73983	286
	Total	24,3872	8,54565	501
meanDfuture	<25	20,0248	9,10249	215
	>=25	19,8258	9,81348	286
	Total	19,9112	9,50606	501

6.3.5. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στο Φύλο στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- **Παρούσα κατάσταση**

Από τα θηκογράμματα (Παράρτημα Γ) εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAnow, meanBnow, meanCnow, meanDnow) στις κατηγορίες του παράγοντα «Φύλο» παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με ελάχιστες ακραίες τιμές. Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση του Φύλου (Άντρας, Γυναίκα) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. **Το φύλο λοιπόν δεν βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση σε τουλάχιστον ένα από τα οργανωσιακά προφίλ (Hotelling's Trace p-value=0,078>0,05).**

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,017	2,116	4,000	494,000	,078

Descriptive Statistics

	Φύλο	Mean	Std. Deviation	N
meanAnow	Άντρας	21,0761	10,23568	220
	Γυναίκα	22,3692	11,06576	279
	Total	21,7991	10,71645	499
meanBnow	Άντρας	11,5765	7,91961	220
	Γυναίκα	12,3327	8,34303	279
	Total	11,9993	8,15963	499
meanCnow	Άντρας	16,2856	9,27713	220

	Γυναίκα	18,0639	9,93068	279
	Total	17,2799	9,67890	499
meanDnow	Άντρας	50,8803	19,03034	220
	Γυναίκα	47,1983	19,38699	279
	Total	48,8216	19,29829	499

- **Επιθυμητή Κατάσταση**

Από τα θηκογράμματα (Παράρτημα Γ) παρατηρείται ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAFuture, meanBFuture, meanCFuture, meanDFuture) στις κατηγορίες του παράγοντα «Φύλο» παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με κάποιες ακραίες τιμές. Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της μεταβλητής «Φύλο» στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων.

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	0,008	0,953	4,000	496,000	0,433

Από τον παραπάνω πίνακα, το Φύλο, δε βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ (Hotelling's Trace p-value=0,433>0,05).

Descriptive Statistics

	Φύλο	Mean	Std. Deviation	N
meanAfuture	Άντρας	30,2963	10,36324	216
	Γυναίκα	31,3058	11,06653	285
	Total	30,8706	10,77000	501
meanBfuture	Άντρας	25,3117	8,53755	216
	Γυναίκα	24,4053	7,23725	285
	Total	24,7961	7,82912	501
meanCfuture	Άντρας	24,9684	8,49296	216
	Γυναίκα	23,9468	8,57399	285
	Total	24,3872	8,54565	501
meanDfuture	Άντρας	19,3580	10,22952	216
	Γυναίκα	20,3304	8,91434	285
	Total	19,9112	9,50606	501

6.3.6. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στο Μέγεθος του Νοσοκομείου στην

Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- **Παρούσα Κατάσταση**

Από τα θηκογράμματα (Παραρτήματα Γ) παρατηρείται ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAnow, meanBnow, meanCnow, meanDnow) στις κατηγορίες του παράγοντα (Μέγεθος Νοσοκομείου) παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με ελάχιστες ακραίες τιμές. Η προϋπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης-συνδιακύμανσης όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί δεν ικανοποιείται αφού (Box's M p -value<0,05).

Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	102,762
F	10,166
df1	10,000
df2	422421,604
Sig.	0,000

Από τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ότι την προϋπόθεση ισότητας των διακυμάνσεων την ικανοποιεί μόνο η meanBnow, αφού για τις υπόλοιπες το p -value<0,05.

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
meanAnow	10,739	1	497	0,001
meanBnow	0,886	1	497	0,347
meanCnow	4,616	1	497	0,032
meanDnow	16,451	1	497	0,000

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση του Μεγέθους του Νοσοκομείου (Μεσαίο, Μεγάλο) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. **Το μέγεθος του νοσοκομείου λοιπόν βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση σε τουλάχιστον ένα από τα οργανωσιακά προφίλ** (Hotelling's Trace p -value=0,036<0,05).

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	0,020	2,584	4,000	494,000	,036

Αφού βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες μεγέθους του νοσοκομείου για ένα τουλάχιστον οργανωσιακό προφίλ, η ανάλυση προχωράει εφαρμόζοντας πολλαπλές ANOVA σε κάθε εξαρτημένη μεταβλητή ξεχωριστά, προκειμένου να προσδιορίσουμε αυτές τις διαφορές. **Παρατηρείται ότι, το μέγεθος του νοσοκομείου έχει σημαντική επίδραση μόνο στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων** αφού ($F_a = 5,038$ $p\text{-value} = 0,025$, $F_b = 2,610$ $p\text{-value} = 0,107$, $F_c = 3,479$ $p\text{-value} = 0,063$ και $F_d = 0,106$ $p\text{-value} < 0,745$).

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μέγεθος νοσοκομείου	meanAnow	573,883	1	573,883	5,038	0,025
	meanBnow	173,231	1	173,231	2,610	0,107
	meanCnow	324,321	1	324,321	3,479	0,063
	meanDnow	39,567	1	39,567	0,106	0,745

Η ανάλυση δε χρειάζεται να προχωρήσει σε post hoc test, μιας και ο παράγοντας μέγεθος νοσοκομείου έχει μόνο δύο κατηγορίες, γεγονός που σημαίνει ότι σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα το μέγεθος του νοσοκομείου (Μεσαίο και Μεγάλο) έχει σημαντική επίδραση μόνο στο **οργανωσιακό μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων** (υψηλότερη βαθμολογία-θετικότερη στάση στο συγκεκριμένο προφίλ εμφάνισαν τα **νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους**), ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις κατηγορίες μεγέθους νοσοκομείου για τα υπόλοιπα προφίλ.

Descriptive Statistics

Μέγεθος νοσοκομείου ανάλογα με κλίνες		Mean	Std. Deviation	N
meanAnow	Μεσαίο	23,4118	12,08733	153
	Μεγάλο	21,0859	9,98693	346
	Total	21,7991	10,71645	499
meanBnow	Μεσαίο	11,1133	8,28106	153
	Μεγάλο	12,3911	8,08646	346
	Total	11,9993	8,15963	499
meanCnow	Μεσαίο	16,0675	10,43746	153
	Μεγάλο	17,8160	9,28922	346
	Total	17,2799	9,67890	499
meanDnow	Μεσαίο	49,2451	22,54151	153
	Μεγάλο	48,6344	17,70886	346
	Total	48,8216	19,29829	499

- **Επιθυμητή Κατάσταση**

Από τα θηκογράμματα (Παράρτημα Γ) διεξάγεται το συμπέρασμα ότι οι κατανομές των εξαρτημένων μεταβλητών (meanAguture, meanBfuture, meanCfuture, meanDfuture) στις κατηγορίες του παράγοντα (Μέγεθος Νοσοκομείου) παρουσιάζουν σχετική συμμετρία με κάποιες ακραίες τιμές. Η προϋπόθεση που αφορά στην ομοιογένεια των πινάκων διακύμανσης-συνδιακύμανσης όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί ικανοποιείται αφού (Box's M p -value=0,32>0,05).

Η One-Way MANOVA διεξήχθη προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση του Μεγέθους του Νοσοκομείου (Μεσαίο, Μεγάλο) στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν τα **επιθυμητά** οργανωσιακά προφίλ των Ελληνικών Νοσοκομείων. **Το μέγεθος του νοσοκομείου λοιπόν δε βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση σε κανένα από τα επιθυμητά οργανωσιακά προφίλ.**

Multivariate Tests

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	0,004	0,496	4,000	496,00	0,738

Descriptive Statistics

	Μέγεθος νοσοκομείου ανάλογα με κλίνες	Mean	Std. Deviation	N
meanAfuture	Μεσαίο	31,0764	10,93498	157
	Μεγάλο	30,7766	10,70860	344
	Total	30,8706	10,77000	501
meanBfuture	Μεσαίο	24,8832	8,36438	157
	Μεγάλο	24,7563	7,58462	344
	Total	24,7961	7,82912	501
meanCfuture	Μεσαίο	23,6879	8,92579	157
	Μεγάλο	24,7064	8,36028	344
	Total	24,3872	8,54565	501
meanDfuture	Μεσαίο	20,2972	9,93301	157
	Μεγάλο	19,7350	9,31422	344
	Total	19,9112	9,50606	501

Από την προηγηθείσα στατιστική ανάλυση, συμπεραίνεται ότι:

- Η **ιεραρχική θέση** επηρεάζει **διαφορετικά τις αντιλήψεις** των στελεχών σχετικά με το σημερινό οργανωσιακό μοντέλο κουλτούρας. Ενώ όλα τα ιεραρχικά επίπεδα των νοσοκομείων (Διευθυντές, Αναπληρωτές Διευθυντές, Υποδιευθυντές, Τομεάρχες και Προϊστάμενοι) θεωρούν ότι επικρατεί το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας, οι Τομεάρχες (ανήκουν μόνο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία) θεωρούν ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο ισχύει σε μικρότερο βαθμό και δίδουν ένα υψηλό ποσοστό στο μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων υπερσχύει καθαρά έναντι των άλλων στο σύνολό τους σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα. Ύπαρξη κάποιων διαφορών διαφαίνονται μεταξύ των υποδιευθυντών και των άλλων επιπέδων. (επιθυμία μεγαλύτερης συμμετοχής του γραφειοκρατικού μοντέλου).
- Η **υπηρεσία** επηρεάζει την ισχύ των μοντέλων μόνο στην παρούσα κατάσταση. Το γραφειοκρατικό μοντέλο είναι πιο ισχυρό στην τεχνική, στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία, ενώ υπερσχύει έναντι των άλλων τριών, παρά ταύτα, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας λαμβάνουν μεγαλύτερο βαθμό ισχύος από ότι στις άλλες τρεις υπηρεσίες.
- Η **προϋπηρεσία**, των νοσοκομειακών στελεχών, **δεν επηρεάζει** τις απόψεις τους σχετικά με την παρούσα και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα. Η έρευνα κατέγραψε ως υφιστάμενο μοντέλο το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό και ως επιθυμητό των ανθρωπίνων πόρων, ανεξαρτήτως ετών επαγγελματικής εμπειρίας. Αντίστοιχα, δεν βρέθηκαν διαφορές απόψεων ανάμεσα στα δύο φύλα.
- Το **μέγεθος του νοσοκομείου** **δεν επηρεάζει** τις απόψεις των στελεχών σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα. Στην παρούσα κατάσταση τα στελέχη τόσο των μεγάλων όσο και των μεσαίων μεγέθους νοσοκομείων πιστεύουν ότι ισχύει το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο. Η μόνη διαφορά εμφανίζεται στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων που έχει μια θετικότερη στάση στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία. Συνεπώς, όσο μικρότερος σε μέγεθος είναι ένας οργανισμός, τόσο πιο εύκολα δημιουργούνται άτυπες δομές και σχέσεις μεταξύ των μελών. Στην επιθυμητή κατάσταση αντίστοιχα

υπάρχει συμφωνία (μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων) ανεξαρτήτως μεγέθους νοσοκομείου.

6.4 Μέτρηση Αξιοπιστίας Έρευνας

Η εσωτερική συνοχή της αξιοπιστίας του μεθοδολογικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα (Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας) εξετάστηκε με το συντελεστή α του Cronbach.

Τα αποτελέσματα αξιοπιστίας διαμορφώθηκαν ως εξής:

Μοντέλο Α: **ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ: ,819**

Μοντέλο Β: **ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ,687**

Μοντέλο Γ: **ΣΤΟΧΟΙ-ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ: ,664**

Μοντέλο Δ: **ΙΕΡΑΡΧΙΚΟ-ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΟ: ,755**

Τα αποτελέσματα αξιοπιστίας της έρευνας συνάδουν με τα αποτελέσματα των ερευνών των συγγραφέων του εργαλείου όσο και άλλων ερευνητών που το χρησιμοποίησαν. Η αξιοπιστία για κάθε μοντέλο σε κάθε διάσταση παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

6.5 Μέτρηση Εγκυρότητας Έρευνας

Η φαινομενική εγκυρότητα ή εγκυρότητα όψεως (**Face Validity**), του εργαλείου μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, επιτεύχθηκε πρώτον, με τη συμμετοχή καθηγητών από το χώρο της υγείας και της οργανωσιακής κουλτούρας και δεύτερον, με τη συμμετοχή μιας κοινωνικής ομάδας ατόμων που συμμετείχαν στο τελικό δείγμα της έρευνας, στη προσαρμογή και στη τελική διαμόρφωσή του. Οι ως άνω αξιολόγησαν το περιεχόμενο των ερωτήσεων και βρέθηκε ότι το εργαλείο διακρίνεται από εγκυρότητα όψεως δηλαδή, καλύπτει τη θεωρητική έννοια για την οποία κατασκευάστηκε.

Προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η απλοποιημένη μορφή του πίνακα πολλαπλών τάσεων και μεθόδων (ΠΠΤΜ) – (Multi Trait Multi Method Matrix- MTMM) μέσω του οποίου ελέγχθηκαν η συγκλίνουσα εγκυρότητα (**convergent validity**) και η εγκυρότητα διαχωρισμού (**discriminant validity**). Το μη παραμετρικό τεστ Spearman

των μεταβλητών που ανήκουν στο ίδιο μοντέλο εμφανίζουν συσχέτιση διαφορετική από το μηδέν ($p < 0,05$) και έχουν σημαντική έως μέτρια ισχύ.

Παρούσα Κατάσταση		Επιθυμητή Κατάσταση	
Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	0,327-0,787	Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	0,311-0,535
Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	0,431-0,636	Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	0,2-0,45
Μοντέλο Στόχων/Αποδοτικότητας	0,345-0,617	Μοντέλο Στόχων/Αποδοτικότητας	0,23-0,52
Ιεραρχικό-Εσωτερικών Διαδικασιών	0,354-0,695	Ιεραρχικό-Εσωτερικών Διαδικασιών	0,2-0,63

Αναλυτικά, η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

6.6. Απαντήσεις στα Ερευνητικά Ερωτήματα

Στο πέμπτο κεφάλαιο, του παρόντος μελετητικού εγχειρίματος, τέθηκαν η κεντρική υπόθεση και τα ερευνητικά ερωτήματα. Η έρευνα με το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας έδωσε απάντηση στα κάτωθι ερωτήματα:

- *Ποια είναι η υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα των δημοσίων νοσοκομείων; Επαληθεύεται η θεωρία ή οι μελέτες άλλων ερευνητών που κατέγραψαν ότι το σημερινό μοντέλο κουλτούρας στους οργανισμούς του δημοσίου, όπως το νοσοκομείο, είναι το γραφειοκρατικό;*

Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα της έρευνας, ένα δημόσιο νοσοκομείο διέπεται σήμερα από ένα μίγμα οργανωσιακών μοντέλων κουλτούρας με κυρίαρχο το **μοντέλο του ιεραρχικού-γραφειοκρατικού** (47,05%). Η κουλτούρα χαρακτηρίζεται **ως ισχυρή** διότι η διαφορά της με τα άλλα μοντέλα είναι αρκετά μεγάλη. (23 ποσοστιαίες μονάδες και άνω).

- *Ποιο μοντέλο κουλτούρας, θεωρούν τα μέλη των δημοσίων νοσοκομείων, ότι είναι το καταλληλότερο; Είναι το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας, το*

επιθυμητό μοντέλο κουλτούρας για τα μέλη των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων;

Τα αποτελέσματα κατέγραψαν ότι το επιθυμητό οργανωσιακό μοντέλο κουλτούρας είναι ένα **μίγμα των τεσσάρων εναλλακτικών επιλογών** με κυρίαρχο το **μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων** (συμμετοχικό). Το γραφειοκρατικό μοντέλο καταλαμβάνει την τελευταία θέση και η διαφορά του στη παρούσα με την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα είναι 28 ποσοστιαίες μονάδες δηλαδή, καταδεικνύεται ισχυρή και σαφής επιθυμία αλλαγής.

- *Ποιο μοντέλο κουλτούρας είναι το σημερινό και ποιο το επιθυμητό για κάθε διάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας; Υπάρχει συμφωνία μεταξύ των διαστάσεων;*

Η παρούσα και η επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα, ανά διάσταση του εργαλείου, καταγράφηκε ως εξής:

<i>ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ</i>	<i>ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</i>	<i>ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</i>
<i>Κύρια χαρακτηριστικά των νοσοκομείων</i>	Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (39,63%)	Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων (33,57%)
<i>Ηγεσία των νοσοκομείων</i>	Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (44,50%)	Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων (34,29%)
<i>Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων των Νοσοκομείων</i>	Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (50,76%)	Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων (31,51%)
<i>Κυρίαρχο στοιχείο των νοσοκομείων</i>	Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (54,08%)	Μοντέλο Στόχων/Αποδοτικότητας (27,81%)
<i>Ανάπτυξη στρατηγικής των νοσοκομείων</i>	Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (50,56%)	Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων (28,65%)
<i>Κριτήρια Επιτυχίας των νοσοκομείων</i>	Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (42,76%)	Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων (32,46%)

Συνεπώς, στην **παρούσα κατάσταση καταγράφηκε 100% συμφωνία** και στις έξι διαστάσεις του εργαλείου. Στην **επιθυμητή κατάσταση καταδείχθηκε 83% συμφωνία** μεταξύ των έξι διαστάσεων. Η διάσταση «κυρίαρχο στοιχείο των

νοσοκομείων» διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες, προβάλλοντας ως πρώτη επιθυμητή επιλογή το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Η εστίαση σε αυτή τη διάσταση επικεντρώνεται στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου με έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στην επίτευξη των στόχων, στην καινοτομία και στην ανάπτυξη των τμημάτων.

- *Ποιο είναι το **εύρος της διαφοράς** μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας;*

Το εύρος διαφοράς μεταξύ του υφιστάμενου (γραφειοκρατικού) και του επιθυμητού (ανθρωπίνων πόρων) οργανωσιακού μοντέλου κουλτούρας **είναι 16 ποσοστιαίες μονάδες**. Σύμφωνα με τους συγγραφείς του εργαλείου της έρευνας, εάν η διαφορά του χάσματος είναι 10 ποσοστιαίες μονάδες και άνω, υποδεικνύεται η αναγκαιότητα άμεσης αλλαγής της κουλτούρας.

- *Ποιο είναι το **εύρος διαφοράς** των αντιλήψεων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων του νοσοκομείου (υποκουλτούρες);*

Η καταγραφή των αποτελεσμάτων ανά υπηρεσία του νοσοκομείου (επαγγελματικές ομάδες), στην παρούσα οργανωσιακή κατάσταση έδειξε ότι και **οι τέσσερις υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας**. Διαφορές όμως υπάρχουν στην ισχύ του μοντέλου. Το γραφειοκρατικό μοντέλο είναι πιο ισχυρό στην τεχνική, στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία, ενώ υπερισχύει έναντι των άλλων τριών, παρά ταύτα, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας ισχύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι στις άλλες τρεις υπηρεσίες. Η άμεση επαφή, της νοσηλευτικής υπηρεσίας, με τους ασθενείς και τις θεραπευτικές διαδικασίες, οδηγεί τα μέλη στην υιοθέτηση άμεσων δράσεων προς ανακούφιση αυτών, παραβλέποντας πολλές φορές γραφειοκρατικά πρότυπα.

Στην επιθυμητή κατάσταση, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέγραψαν, την επικράτηση του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων σε όλες τις υπηρεσίες. Συνεπώς, υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στις επαγγελματικές υπο-ομάδες των νοσοκομείων.

6.7. Σύνοψη Κεφαλαίου

Η έρευνα, με το εργαλείο αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας των Cameron & Quinn, κατόρθωσε επιτυχώς να δώσει απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα και να αναδείξει την αναγκαιότητα άμεσης αλλαγής του υφιστάμενου μοντέλου της οργανωσιακής κουλτούρας (γραφειοκρατικό) προς το επιθυμητό (ανθρωπίνων πόρων-συμμετοχικό) στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Σε αυτό το σημείο, όμως, ένα νέο ερώτημα γεννάται:

- *Με ποιους τρόπους μπορεί να επιτευχθεί η μετάβαση του δημοσίου νοσοκομείου από το υφιστάμενο στο επιθυμητό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας;*

Η θεωρητική ανασκόπηση της οργανωσιακής αλλαγής, (κεφάλαιο 4), ανέδειξε τρόπους και μοντέλα επίτευξης αλλαγών αναφορικά με τη δομή, τα συστήματα, την τεχνολογία, το ανθρώπινο δυναμικό ή την κουλτούρα. Μπορούν τα συγκεκριμένα να εφαρμοστούν στα δημόσια νοσοκομεία;

Η αναγκαιότητα απάντησης του ως άνω ερωτήματος καθώς και η διερεύνηση της κεντρικής υπόθεσης, δηλαδή, η σημαντικότητα της οργανωσιακής κουλτούρας στη γενικότερη οργανωσιακή αλλαγή των δημοσίων νοσοκομείων, οδήγησε την παρούσα διατριβή στη διεξαγωγή ποιοτικής μεθόδου έρευνας η οποία αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μεθοδολογία & Αποτελέσματα Ποιοτικής Μεθόδου Έρευνας (Μέθοδος DELPHI)

7.1 Μέθοδος DELPHI

Στη παρούσα φάση, το παρόν μελετητικό εγχείρημα καλείται να διερευνήσει τους τρόπους επίτευξης της μετάβασης του δημοσίου νοσοκομείου από το γραφειοκρατικό (υφιστάμενο) στο συμμετοχικό-ανθρωπίνων πόρων μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας (επιθυμητό).

Η θεωρητική ανασκόπηση γενικότερα των σύγχρονων τεχνικών και μεθόδων της οργάνωσης και διοίκησης οργανισμών και ειδικότερα, της οργανωσιακής κουλτούρας, οριοθετεί ένα ικανό εύρος επιστημονικών δυνατοτήτων για να προτείνει τους τρόπους μετάβασης και τα επιθυμητά μοντέλα της οργανωσιακής αλλαγής.

Παρά ταύτα, κρίνεται σκόπιμο και επιστημονικά δόκιμο, να διενεργηθεί και **ποιοτική έρευνα** για να διαπιστωθεί εάν, η μέχρι τώρα αναλυθείσα θεωρία υποστηρίζεται και αναγνωρίζεται από ειδικούς στον τομέα της υγείας και μπορεί να εφαρμοστεί και στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο.

Η ποιοτική έρευνα προκρίνεται έναντι μιας δεύτερης ποσοτικής για τα κάτωθι επιστημονικά κριτήρια:

1. Ο καλύτερος τρόπος κατανόησης και ανάλυσης της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ο **συνδυασμός** των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων. (Schein 2006:60)
2. Η έρευνα που συλλέγει μόνο ποσοτικά δεδομένα συχνά προσφέρει μια ατελή ανάλυση ή εικόνα της κατάστασης που διερευνάται και η προσθήκη **ποιοτικών δεδομένων** προσφέρει ένα επιπλέον επίπεδο κατανόησης. (Christensen L., Robson C., 2007:84).
3. Η ποιοτική έρευνα βασίζεται σε συγκριτικά μικρότερο αριθμό περιπτώσεων με στόχο όχι την ανακάλυψη γενικών τάσεων αλλά τη **διαμόρφωση ολικής εικόνας** για το μελετητικό θέμα. (Κυριαζή Ν., 1999:51).
4. Η ποιοτική έρευνα μπορεί να αξιοποιήσει τις **προόδους** που έχουν πραγματοποιηθεί στην ποσοτική έρευνα. (Λάζος Γ., 1998:94).
5. Η ποιοτική έρευνα δεν είναι σταθερή και προκαθορισμένη, αλλά διαμορφώνεται στην πορεία μέσω του **συνεχούς διαλόγου** ιδεών και στοιχείων. (Κυριαζή Ν., 1999:52).

Η παρούσα διατριβή έχει αναπτυχθεί σε μια εδραιωμένη επιστημονική αντίληψη ότι η ποιοτική μέθοδος διαθέτει όλα τα απαραίτητα μεθοδολογικά εργαλεία για να εμβαθύνει και να διαγράψει με κάθε λεπτομέρεια τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσης φαινομένων, στάσεων, αντίληψης και συμπεριφορών δηλαδή, να διευρύνει τα μεθοδολογικά όρια της ποσοτικής μεθόδου. Τούτο καθίσταται βασικός αρωγός σε οποιαδήποτε προσπάθεια σχεδιασμού μιας άλλης διοικητικής πολιτικής για τη συγκεκριμενοποίηση μέτρων και ρυθμίσεων σε έναν οργανισμό.

Για τους ανωτέρω λόγους, η προσέγγιση του θέματος της μετάβασης από το υφιστάμενο στο επιθυμητό μοντέλο, επιχειρείται με την **ποιοτική μέθοδο Delphi**, μεθοδολογία η οποία χρησιμοποιείται για την επίλυση προβλημάτων στην ιατρική και στις **υπηρεσίες υγείας**. (Γκέγκορυ Σ., κ.ά. 2002:65-71).

Η ονομασία Delphi έχει τις ρίζες της στο ελληνικό τοπωνύμιο «Δελφοί» και αναφέρεται στην πρόβλεψη. Στις αρχικές μελέτες γινόταν προσπάθεια, με τη μέθοδο αυτή, να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις για το μέλλον και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που το ερευνητικό θέμα ήταν περίπλοκο και αβέβαιο. Μελέτες με την ως άνω μέθοδο, εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στην Καλιφόρνια τη δεκαετία του '50 από την εταιρεία RAND για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με θέματα αμυντικής πολιτικής. (Skulmoski G., Hartman F., Krahn J., 2007:1-21).

Η μέθοδος Delphi χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως σε οργανισμούς διαφόρων τομέων. Στις υπηρεσίες υγείας, έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την επίλυση ιατρικών, νοσηλευτικών και **διοικητικών προβλημάτων**. (Fink A., et al., 1984:979–983).

Η μέθοδος αναφέρεται σε μια σειρά διαδοχικών επικοινωνιών με τα μέλη μιας επιτροπής εμπειρογνομόνων, η οποία συγκροτείται για τη συγκεκριμένη μελέτη αλλά δεν συσκέπτεται. (Γκέγκορυ Σ., κ.ά. 2002:65-71). Ο στόχος της εν λόγω μεθοδολογικής τεχνικής είναι η σχετικά γρήγορη ομοφωνία γνώμης και κυρίως η ανάδειξη επιστημονικών κατασταλαγμένων απόψεων που προκύπτουν από την εμπειρία και τη θεωρητική τους κατάρτιση. (Σαχίνη-Καρδάση Α., 2003:120). Στους εμπειρογνώμονες δίδονται κύκλοι-γύροι ερωτήσεων που συντάσσονται από τον ερευνητή με σκοπό να εξασφαλιστεί η γνώμη τους πάνω στο ερευνητικό θέμα. Οι κύκλοι ερωτήσεων (γύροι) εξαρτώνται από το βαθμό συμφωνίας που επιτυγχάνεται σε κάθε κύκλο-γύρο. Η διαδικασία της έρευνας ολοκληρώνεται όταν επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συναίνεση μεταξύ των εμπειρογνομόνων. (Μπελλάλη Θ., Καραμήτρη Ι., 2011: 839-848).

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της μεθόδου αυτής είναι ότι χρησιμοποιεί **εμπειρογνώμονες**, ορισμένου χώρου, με σκοπό να εξασφαλιστεί η γνώμη τους στα ερευνητικά ερωτήματα που θέτει ένας ερευνητής. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως εμπειρογνώμονες δεν επιλέγονται τυχαία, αντίθετα πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια, όπως είναι η **γνώση και η εμπειρία** αναφορικά με το διερευνούμενο θέμα. (Hasson F, Keeney S, McKenna H., 2000:1008–1015). Οι εμπειρογνώμονες με τη γνώση και το είδος των εμπειριών που έχουν, διασφαλίζουν την ικανότητά τους να κάνουν αξιόπιστες προβλέψεις αναφορικά με κάποια ερευνητική υπόθεση. Συνοπτικά τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτουν, σύμφωνα με τους Skulmoski G., Hartman F., Krahn J., (2007:1-21) οι εμπειρογνώμονες είναι:

1. Γνώσεις και εμπειρία στο υπό εξέταση ερευνητικό θέμα,
2. Ικανότητα και προθυμία να συμμετάσχουν,
3. Επαρκή χρόνο,
4. Δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Στη Delphi, χρησιμοποιείται, ως μέθοδος δειγματοληψίας για την επιλογή των εμπειρογνώμωνων, η **σκοπίμη δειγματοληψία**. Δηλαδή, ο ερευνητής χρησιμοποιεί τη δική του κρίση προκειμένου να αποφασίσει ποια μέλη του πληθυσμού του είναι αντιπροσωπευτικά. (Σαχίνη – Καρδάση Α., 2003:120). Αναφορικά με το **μέγεθος** της ομάδας εμπειρογνώμωνων, αυτό μπορεί να ποικίλλει σημαντικά, ανάλογα με τον σκοπό της μελέτης, το είδος του θέματος που ερευνάται και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης μεγάλου αριθμού ειδικών. Η απόφαση για το μέγεθος έγκειται στην κρίση του ερευνητή, παίρνοντας υπόψη του δύο παράγοντες. Πρώτον, το μέγεθος να είναι ικανό ώστε να περιλαμβάνει τους απαραίτητους ειδικούς για να είναι δυνατή η επιτυχής έκβαση της έρευνας και δεύτερον, ο αριθμός να ελαττώνεται στο ελάχιστο εφικτό, για να μειώνεται και ο μεγάλος αριθμός πληροφοριών, που δημιουργούν δυσκινησία, χωρίς ουσιαστικά να δίνουν περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα. (Skulmoski G., Hartman F., Krahn J., 2007:1-21). Βιβλιογραφική έρευνα, των ανωτέρω μελετητών, κατέγραψε έρευνες όπου το μέγεθος των εμπειρογνώμωνων κυμαίνονται από τέσσερα (4) έως εκατόν εβδομήντα ένα (171) άτομα.

Εν συνεχεία, ο ερευνητής ακολουθεί τα κατωτέρω **βήματα** ώστε να πραγματοποιήσει την έρευνα με τη μέθοδο Delphi.

1. Ο μελετητής διαμορφώνει ένα ερωτηματολόγιο με ανοικτού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες παραπέμπουν στο κυρίως ερευνητικό θέμα που εξετάζεται και το αποστέλλει στην ομάδα εμπειρογνώμωνων. Οι ερωτήσεις, στο πρώτο αυτό

γύρο, είναι ανοικτές ώστε να ενθαρρύνονται οι ειδικοί να υποβάλλουν όσο το δυνατόν περισσότερες απόψεις σχετικά με το θέμα, με στόχο τη μεγιστοποίηση της πιθανότητας ανάδειξης των σημαντικότερων ζητημάτων. (Schmidt R., 1997:763–774). Για τον προαναφερόμενο λόγο, ο πρώτος γύρος συλλογής των δεδομένων έχει ποιοτική προσέγγιση.

2. Οι ειδικοί, που συνήθως παραμένουν άγνωστοι μεταξύ τους, εκφέρουν γραπτά τη γνώμη τους και τις αποστέλλουν στον ερευνητή.
3. Ο ερευνητής συγκεντρώνει κατόπιν τις προτάσεις τους, τις αναλύει και τις επεξεργάζεται δίνοντάς τους ομοιόμορφη διατύπωση και διευκρινίζοντας ότι χρειάζεται. Σε αυτό το στάδιο ο ερευνητής μπορεί να αφαιρέσει το υλικό που θεωρεί άσχετο και να ετοιμάσει τέλος ένα ερωτηματολόγιο για το δεύτερο γύρο. (Hostrop, 1975). Στο ερωτηματολόγιο του δεύτερου γύρου, οι εμπειρογνώμονες καλούνται να καταθέσουν τις απόψεις τους είτε με τη μορφή συμφωνίας-διαφωνίας με την κλίμακα τύπου Likert, είτε κατατάσσοντας κατά σειρά σημαντικότητας τις διατυπώσεις τους. (Μπελλάλη Θ., Καραμήτρη Ι., 2001: 839-848).
4. Ταυτόχρονα, ο ερευνητής ετοιμάζει περίληψη των κρίσεων όλων των μελών καθώς και στατιστικά δεδομένα κατά τον προηγούμενο γύρο. Αυτή η διεργασία έχει ως στόχο την ακριβέστερη κρίση και την αύξηση της συμφωνίας μεταξύ των ειδικών από γύρο σε γύρο. Η ανατροφοδότηση με γραπτά και με στατιστικά δεδομένα βοηθά στην κατεύθυνση της ομοφωνίας ή της συγκλίνουσας άποψης.
5. Η περίληψη, τα στατιστικά δεδομένα και το νέο ερωτηματολόγιο αποστέλλονται στους εμπειρογνώμονες. Ο δεύτερος αυτός γύρος δίνει στους ειδικούς τη δυνατότητα, αφού λάβουν υπόψη τις γνώμες των άλλων, να επαναξιολογήσουν τις θέσεις που είχαν στον πρώτο γύρο.
6. Οι απαντήσεις συγκεντρώνονται από τον ερευνητή και οι προτάσεις των εμπειρογνομόνων αναλύονται και επεξεργάζονται. Η στατιστική επεξεργασία περιλαμβάνει υπολογισμούς όπως το βαθμό συμφωνίας, τη μέση τιμή, την επικρατούσα τιμή και την τυπική απόκλιση και ακολουθεί νέα επεξεργασία και νέες περιλήψεις των απαντήσεων. (Holey E., et al., 2007:52).
7. Ακολουθεί επικοινωνία του ερευνητή με κάθε εμπειρογνώμονα της ομάδας με στόχο να δοθούν διευκρινήσεις και ανατροφοδοτήσεις ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο η πιθανότητα λανθασμένης ερμηνείας διαφόρων απόψεων.

8. Εάν στο τέλος του δεύτερου γύρου υπάρξει μέγιστος βαθμός στις συγκλίνουσες απόψεις ομοφωνία ή η μέγιστη δυνατή συναίνεση, ο ερευνητής σταματά, ερμηνεύει τα αποτελέσματα και διατυπώνει συμπεράσματα και προτάσεις. Την τελική αυτή έκθεση την γνωστοποιεί στους εμπειρογνώμονες.
9. Εάν στο δεύτερο γύρο δεν υπάρξει η μέγιστη δυνατή συναίνεση, ο ερευνητής επαναλαμβάνει την ίδια διαδικασία για όσους γύρους χρειάζεται ώστε αυτή να επιτευχθεί.

Ο **αριθμός των κύκλων** διερεύνησης που είναι απαραίτητοι, για να υπάρξει ομοφωνία απόψεων, μπορεί να ποικίλλει, και εξαρτάται από τη φύση της μελέτης. Ο Martino (1972) αναφέρει ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει πλεονέκτημα για περισσότερους από **δύο κύκλους-γύρους**. Με την άποψη αυτή συμφωνούν και οι Hasson F, Keeney S, McKenna H., (2000:1008–1015) και αναφέρουν ότι προτιμώνται πλέον από τους ερευνητές **δύο ή τρεις γύροι** προκειμένου να ολοκληρωθεί η ερευνητική διαδικασία. Διαφαίνεται επίσης ότι, η μεγαλύτερη τάση για ομοφωνία διαφαίνεται να υπάρχει κυρίως μεταξύ πρώτου και δεύτερου γύρου.

Τα **πλεονεκτήματα** της μεθόδου Delphi, περιγράφονται συστηματικά από τους Skulmoski G., Hartman F., Krahn J., (2007:1-21) και (Γκέγκορν Σ., κ.ά. 2002:65-71):

- **Ανωνυμία.** Οι εμπειρογνώμονες δεν γνωρίζουν ποια είναι τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Κατά αυτό τον τρόπο αποφεύγεται ο μεταξύ τους επηρεασμός και αποφεύγεται η πίεση της ομάδας προς κάποιο μέλος. Το κάθε μέλος εκφράζει ελεύθερα τις απόψεις του χωρίς κοινωνικές πιέσεις από τα υπόλοιπα μέλη και οι αποφάσεις αξιολογούνται με αξιοκρατικά κριτήρια και όχι ποιος πρότεινε μία ιδέα. Η μέθοδος επομένως, διευκολύνει την ομοφωνία απόψεων ή τη σύγκλιση απόψεων χωρίς την προσωπική αντιπαράθεση των μελών. Λόγω της μη προσωπικής επαφής μεταξύ των εμπειρογνομόνων, ο ερευνητής έχει την ευθύνη να γεφυρώσει το κενό. Τα μέλη της ομάδας, είναι επίσης ελεύθερα να επικοινωνήσουν με τον ερευνητή οποιαδήποτε στιγμή, για να ξεκαθαρίσουν διαδικαστικές απορίες που μπορεί να παρουσιαστούν.
- **Επανάληψη.** Επιτρέπει στους εμπειρογνώμονες να βελτιώσουν τις απόψεις τους ή να τις τροποποιήσουν, λαμβάνοντας υπόψη την πρόοδο των εργασιών της ομάδας από τον ένα γύρο ερωτήσεων στον άλλον.
- **Ελεγχόμενη ανατροφοδότηση.** Οι εμπειρογνώμονες ενημερώνονται για τις απόψεις των υπολοίπων μελών μέσω απλής στατιστικής σύνοψης ή ακόμη

και διατύπωσης επιχειρημάτων δίνοντας τους έτσι την ευκαιρία να αποσαφηνίσουν σημεία ή να τροποποιήσουν τις απόψεις τους.

- **Στατιστική ανάλυση.** Διενεργείται στο τέλος της διαδικασίας. Επιτρέπει μια ποσοτική ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων. Η ομαδική κρίση εκφράζεται συνήθως ως μέσος όρος και η τυπική απόκλιση των απόψεων των μελών χρησιμοποιείται ως δείκτης συναίνεσης. (Μπελλάλη Θ., Καραμήτρη Ι., 2001: 839-848).

7.2 Η Διενέργεια της Μεθόδου Delphi και τα Αποτελέσματα του Α' Γύρου

Το ερευνητικό ερώτημα, που καλείται η ομάδα εμπειρογνομόνων της μεθόδου Delphi να απαντήσει, είναι η **διερεύνηση των τρόπων μετάβασης** του δημοσίου νοσοκομείου από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό-ανθρωπίνων πόρων μοντέλο κουλτούρας καθώς και η τεκμηρίωση της κεντρικής υπόθεσης της διατριβής.

Συνεπώς, το πρώτο βήμα ήταν η επιλογή των εμπειρογνομόνων που θα συνέθεταν την ομάδα. Οι εμπειρογνώμονες, έπρεπε να αντιπροσωπεύουν όσο το δυνατόν ένα **ευρύ φάσμα απόψεων**, έχοντας εργαστεί στο χώρο σχεδιασμού, διοίκησης - διαχείρισης υπηρεσιών υγείας ή στον ακαδημαϊκό χώρο με εξειδίκευση στον τομέα της υγείας. Από μια δεξαμενή ειδικών, η παρούσα διατριβή κατέληξε σε μια λίστα 12 εμπειρογνομόνων. Ακολούθησε η αποστολή ερωτήματος συμμετοχής και ο βαθμός ανταπόκρισης ανήλθε στο 83,3% (10 άτομα).

Οι εμπειρογνώμονες της ποιοτικής έρευνας, όπου διαπιστώνεται η συνάφεια τους ομάδας με το ερευνητικό ερώτημα και η ικανότητά τους να δημιουργήσουν αξιόπιστα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Στους εμπειρογνώμονες, απεστάλλει ενημερωτικό έγγραφο επεξήγησης του ερευνητικού ερωτήματος, των αποτελεσμάτων της ποσοτικής έρευνας που διενεργήθει στα 20 γενικά δημόσια νοσοκομεία, του σκοπού και του στόχου της ποιοτικής έρευνας καθώς και το **ερωτηματολόγιο** του α' γύρου με **12 ανοικτού τύπου ερωτήσεις**. Κατά τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου και σύμφωνα με τη μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας (Mason J., 2003: 103-104) λήφθηκε υπόψη το περιεχόμενο των ερωτήσεων να:

- είναι κατανοητό από τους εμπειρογνώμονες, ή να έχει σημαντικό για αυτούς νόημα,

- είναι σχετικό με τις περιστάσεις και τις εμπειρίες τους,
- διακρίνεται από ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες και στα δικαιώματά τους,
- βοηθά τη ροή διαδραστικής επικοινωνίας,
- διασφαλίζει την απαραίτητη εστίαση σε ζητήματα και θέματα που σχετίζονται με το ερευνητικό ερώτημα.

Οι ερωτήσεις εστιάζονται στη μετάβαση από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο (ανθρωπίνων πόρων) στη διάρκεια ενός **5ετούς στρατηγικού σχεδιασμού**. Η αλλαγή κουλτούρας ενός οργανισμού, όπως αναλύθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, χρειάζεται χρόνο και σταδιακή αλλαγή αυτής. Η παρούσα μελέτη θεώρησε ότι η 5ετία προσφέρει ένα ικανό χρονικό διάστημα εφαρμογής μίας οργανωσιακής αλλαγής.

Επιπλέον, οι ερωτήσεις αναφέρονται στην **αλλαγή των βασικών παραγόντων** που επηρεάζουν σύμφωνα με τη θεωρία, μια οργανωσιακή αλλαγή στο νοσοκομειακό χώρο όπως: η δομή, ο τρόπος επικοινωνίας με τη διοίκηση, οι τυπικές και οι άτυπες σχέσεις των μελών, ο τρόπος παρακίνησης και ενδυνάμωσης των μελών, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ο τρόπος άρσης της αντίστασης των μελών στην αλλαγή, η ανάπτυξη και η εκπαίδευση των ανθρωπίνων πόρων, ο τρόπος δημιουργίας οργανισμού μάθησης, η αλλαγή του τρόπου δράσης και σκέψης της ιατρικής υποκουλτούρας, ο τρόπος καθιέρωσης κουλτούρας ποιότητας και οι ικανότητες και δεξιότητες του ηγέτη.

Οι εμπειρογνώμονες απέστειλαν τις απόψεις τους, οι οποίες αναλύθηκαν, επεξεργάστηκαν και απέκτησαν μία ομοιόμορφη διατύπωση. Ο πίνακας 7.1. που ακολουθεί παρουσιάζει τις απόψεις των εμπειρογνομόνων ανά ερευνητική ερώτηση.

Πίνακας 7.1. Αποτελέσματα Α' Γύρου Ερωτήσεων της Μεθόδου Delphi

Ερώτηση 1:	Λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συνθήκες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, ποιες οργανωτικές μεταρρυθμίσεις πιστεύετε ότι πρέπει να προωθηθούν στην καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου ώστε να καθιερωθεί το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης , στη διάρκεια ενός 5ετούς στρατηγικού σχεδιασμού;
Απαντήσεις	• Πολιτική βούληση για επιλογή διοικητών με εκπαίδευση ή εμπειρία σε υγειονομικά συστήματα άλλων χωρών στο συμμετοχικό management. • Λειτουργία των «Κύκλων Ποιότητας» τόσο σε επίπεδο Διευθύνσεων/

	Τομέων/Τμημάτων/ όσο και σε επίπεδο Ειδικοτήτων με προσέγγιση «cross sectional» σε εβδομαδιαία βάση. • Εφαρμογή, στους κύκλους ποιότητας, εργαλείων που δημιουργούν το κατάλληλο συμμετοχικό κλίμα ώστε να κατευθύνονται ορθά και στοχευμένα, να προσαρμόζονται σταδιακά και τέλος να ανακυκλώνεται προτυποποιούμενη η Διοικητική δράση και πρακτική. • Καθιέρωση εξαμηνιαίων/ετήσιων εκθέσεων απολογισμού και αξιολόγησης του παραγόμενου έργου. • Θεσμοθέτηση της λειτουργίας της αξιολόγησης με σαφείς και καθορισμένους στόχους ανά Τμήμα και Τομέα, που ως στόχο θα έχει την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι την επαγγελματική «επιβίωση» των εμπλεκόμενων στελεχών, από εξωτερικούς αξιολογητές. • Υιοθέτηση προγράμματος αλλαγής φιλοσοφίας του εργαζομένου στην δημόσια διοίκηση. Σ' αυτό το πλαίσιο, αντικείμενο αξιοποίησης μπορεί να γίνει τόσο το σύστημα εμβριθούς γνώσης όσο και η θεώρηση συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας προκειμένου να αντιληφθούν νέες ειδικότητες/ρόλοι και λειτουργίες • Δημιουργία «task forces» για τη διαχείριση κρίσεων μέσα στις υγειονομικές μονάδες σε όλα τα επίπεδα (από τεχνικά θέματα και κινδύνους σε θέματα Ασφάλειας και Υγιεινής έως την αντιμετώπιση συγκρούσεων ανάμεσα σε μέλη του προσωπικού). Τα στελέχη αυτών των ομάδων θα ανανεώνονται περιοδικά ώστε να ανακυκλώνονται οι αρμοδιότητες και ως κριτήρια διαχωρισμού θα λαμβάνονται τα εργασιακά αντικείμενα, οι ευθύνες και οι υποχρεώσεις και φυσικά η διαθεσιμότητα. • Υιοθέτηση ενός αποκεντρωμένου μοντέλου οργάνωσης και λειτουργίας το οποίο θα συνίσταται στα εξής: κατανομή συγκεκριμένων ρόλων, ευθυνών και αρμοδιοτήτων στα τμήματα και στα στελέχη, καθορισμός στόχων ανά τμήμα και παρακολούθηση της επίτευξής τους, εισαγωγή κυκλικής εναλλαγής θέσεων με διαρκείς κατανομές ρόλων, δυνατότητα υιοθέτησης μιας πολιτικής κινήτρων για την επίτευξη των ποιοτικών στόχων. • Μακρά περίοδος «παιδείας» του στελεχιακού δυναμικού προκειμένου να αντιληφθεί νέες ειδικότητες/ρόλους και λειτουργίες ώστε να αφομοιώσουν

	καλύτερα τη νέα οργανωσιακή κουλτούρα. • Δημιουργία τμήματος χρηστής κλινικής διοίκησης με συμμετοχή ‘multidisciplinary teams’ από ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό • Εισαγωγή των Τμηματικών Προϋπολογισμών • Διείσδυση της νέας τεχνολογίας και συνεργασία με άλλα νοσοκομεία μέσω χρήσης αυτής (teleconference) • Μεταστροφή των κριτηρίων επιλογής του ανθρώπινου προσωπικού. Δυνατότητα ανάδειξης ατόμων με γνώσεις (τεχνοκράτες) & ταλέντο • Αλλαγή της ροής πληροφορίας • Προώθηση της ευελιξίας στις αποφάσεις των εργαζόμενων.
Ερώτηση 2:	Το δημόσιο νοσοκομείο στηρίζεται στις γραφειοκρατικά σχεδιασμένες δομές του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Είναι ένας σύνθετος οργανισμός και η δομή του είναι πολύ-επίπεδη και κάθετη. Αυτό συνεπάγεται δυσκαμψία και κατακερματισμό των διαδικασιών. Με ποιους τρόπους νομίζετε ότι μπορούν οι δομές και οι διαδικασίες να γίνουν περισσότερο ευέλικτες, λιτές και οριζόντιες ώστε καταπολεμηθεί ή τουλάχιστον να συρρικνωθεί η γραφειοκρατία σ’ ένα νοσοκομείο;
Απαντήσεις	• Με την εισαγωγή Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων • Με την υιοθέτηση διατμηματικών ροών εργασίας με πιστοποιημένες διαδικασίες ποιότητας. • Με την ομαδοποίηση ομοειδών δράσεων και συνεργασία παράλληλων διαδικασιών σε κάθε τομέα. • Με τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών σε συστηματική βάση. • Με την εφαρμογή εργαλείων «Διοίκησης Ολικής Ποιότητας – ΔΟΠ» και τεχνικών όπως «6 – Sigma» για την αξιολόγηση της λειτουργίας των μονάδων και μεθόδων όπως «Balanced Scorecard» για την αξιολόγηση της απόδοσής τους. • Με τη δυνατότητα χορήγησης αμοιβών σε τμήματα/άτομα για την επίτευξη στόχων όπως η αύξηση των εσόδων, η μείωση της δαπάνης, η βελτίωση της ποιότητας κ.ά. • Με την υποκατάσταση λειτουργιών που απαιτούν φυσική παρουσία υπαλλήλων από αυτοματοποιημένες ηλεκτρονικές διαδικασίες. • Με τη μείωση της έκδοσης νόμων, εγκυκλίων ή αποφάσεων με αναφορά

	σε άρθρα, εδάφια, παραγράφους που δημιουργούν συνήθως επιπρόσθετη σύγχυση.
Ερώτηση 3:	Σε ποιο βαθμό, η ποιότητα της οργάνωσης της εργασίας στο νοσοκομείο εξαρτάται σήμερα από την τυπική ιεραρχική δομή , και σε ποιο βαθμό από την άτυπη δομή , που αντανακλά τις επιθυμίες και προτιμήσεις των εργαζομένων σ' αυτό;
Απαντήσεις	• Συνύπαρξη των δύο δομών. • Σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό η οργάνωση της εργασίας εξαρτάται από τη τυπική ιεραρχική δομή. • Η τυπική ιεραρχική δομή του νοσοκομείου, με την εκάστοτε επιλογή της πολιτικής ηγεσίας στα πρόσωπα των διοικητών στα νοσοκομεία με κριτήρια άλλα από τις γνώσεις τους στο εξειδικευμένο αντικείμενο του πεδίου διοίκησης υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει σαφέστατα τις επιθυμίες και προτιμήσεις των εργαζομένων. Οι συχνές αλλαγές των επικεφαλής των οργανισμών και την έλλειψη παράλληλα συγκεκριμένης στρατηγικής σε κάθε νοσοκομείο δημιουργεί δυσλειτουργία του νοσοκομείου. • Η άτυπη δομή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα της εργασίας στο Νοσοκομείο, ενώ έμμεσα διαμορφώνει μηχανισμό πίεσης και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. • Η άτυπη δομή οργάνωσης, σε κάποιους τομείς, υποκαθιστά πλήρως την τυπική και δημιουργεί μορφώματα που δρουν ανεξέλεγκτα και εξελίσσονται σε εσωστρεφή στεγανά ανομίας και υστερόβουλης χρήσης της δημόσιας περιουσίας. • Αναγκαιότητα συνδυασμού ή εξισορρόπησης της τυπικής με την άτυπη δομή ώστε η ποιότητα της εργασίας όχι μόνο να διασφαλίζεται αλλά και να προάγεται. • Δυνατότητα εναλλαγής ρόλων (rotation) καθώς έτσι δίδεται η ευκαιρία στο προσωπικό να δοκιμάζεται σε διαφορετικές θέσεις και καθήκοντα και με τον τρόπο αυτό να αναδεικνύονται «οι κατάλληλοι άνθρωποι για τις κατάλληλες θέσεις».
Ερώτηση 4:	Αν οι λέξεις-κλειδιά που νοσηματοδοτούν σήμερα το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης είναι για παράδειγμα οι λέξεις «παρακίνηση, ενεργοποίηση,

	επικοινωνία, υπευθυνότητα, συναισθηματική επένδυση στην εργασία, συμμετοχή του προσωπικού στις διεργασίες παραγωγής της φροντίδας υγείας, στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων», με ποιο τρόπο οι λέξεις αυτές, μπορούν να αποκτήσουν νόημα στην καθημερινή πρακτική μιας 5ετούς μεταρρύθμισης και στη διαμόρφωση μιας νέας οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας;
Απαντήσεις	• Με την εισαγωγή κουλτούρα ομάδας και δικτυακής λειτουργικότητας. • Με την εισαγωγή κύκλων ποιότητας που να οργανώνονται όχι μόνο σε τακτή βάση αλλά και να έχουν εσωτερική δυναμική ομάδας της οποίας τα μέλη συμμετέχουν ως υποκείμενα και όχι ως αντικείμενα εργασίας. • Με την ενδυνάμωση συμμετοχικών διαδικασιών όπως πχ με την σύσταση τομεακών ομάδων εργασίας σε μόνιμη βάση. Θα μπορούσε να συμβάλει αποφασιστικά στη διαμόρφωση μιας νέας οργανωσιακής κουλτούρας. • Με τη συναισθηματική επένδυση στην εργασία. Είναι βασικός ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών αλλά εξίσου ιδιαίτερης βαρύτητας είναι και το «δέσιμο» του εργαζόμενου με τον οργανισμό. • Με την ενθάρρυνση & παροχή κινήτρων στο προσωπικό ώστε να συμμετέχει και να νιώθει ότι η συμμετοχή του έχει αξία και αποσκοπεί στην πραγμάτωση κάποιων στόχων. Ειδικότερα, ο όρος «συναισθηματική επένδυση» εγκυμονεί κινδύνους, διότι ενώ είναι ισχυρός παράγοντας επένδυσης στο ανθρώπινο δυναμικό, εντούτοις μπορεί να δημιουργήσει με λανθασμένο τρόπο έντονη απογοήτευση & δυσαρέσκεια. • Με τη δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης. Μέσα από παρακολούθηση ημερίδων, συνεδρίων και σεμιναρίων να παρέχεται η δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να μένουν σε επαφή με τις εξελίξεις και τα νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, αυξάνοντας το ενδιαφέρον για την εργασία τους. • Με τη συμμετοχή του προσωπικού στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων. Αυτή όμως η πραγματικότητα όπως και η απλή

	συνδικαλιστική εκπροσώπηση του προσωπικού έχει αποδειχθεί πολλές φορές αναποτελεσματική. • Με τη θέσπιση επιστημονικών, επαγγελματικών και οικονομικών κινήτρων, με βάση την επίτευξη μετρήσιμων και αντικειμενικών στόχων. Τα κίνητρα να ποικίλλουν ανά επαγγελματική κατηγορία και ανάλογα με τις αρμοδιότητες. • Με συστήματα επικοινωνίας όπως αυτά των «open door», αυτοπρόσωπης παρουσίας, προσέγγισης «top – down» κ.ά. που προάγουν τη συμμετοχικότητα, τη διαφάνεια και καταλύουν τις διαφορές και τις αποστάσεις που μοιραία δημιουργεί ένα κάθετο γραφειοκρατικό μοντέλο • Με τη δημιουργία κοινού οράματος στον οργανισμό. • Με επίδομα παραγωγικότητας σε κάποιους εργαζομένους, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. • Με ανακατανομή του προσωπικού στα διάφορα τμήματα ανάλογα με την εξειδίκευσή τους, τον χρόνο παραμονή τους και την προσφορά τους στον οργανισμό. Αναδιάρθρωση ανθρώπινων πόρων. • Με την οριστική έξοδο του στελεχιακού δυναμικού που εισήχθη και ανεδείχθη με σαφή κομματικά κριτήρια σε θέσεις μικρής ή μεγαλύτερης ευθύνης. • Με την καλλιέργεια κλίματος αμοιβαίου σεβασμού, αναγνώριση του ρόλου του κάθε εργαζόμενου, κλίμα συνεργασίας και υποστήριξης, ισότιμη και δίκαιη μεταχείριση του προσωπικού από τους προϊσταμένους και τη διοίκηση, αντικειμενική αξιολόγηση, προώθηση της υπευθυνότητας και της ανάληψης πρωτοβουλιών και ύπαρξη κανόνων λειτουργίας κάθε τμήματος ξεχωριστά, όπως και ολόκληρου του νοσοκομείου. • Με συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο για τον κάθε εργαζόμενο ή ολόκληρο το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Μέσω αυτής θα αναζητούνται τρόποι αντιμετώπισης και επίλυσης των προβλημάτων, που προκύπτουν στο χώρο εργασίας και δυσκολεύουν το άτομο ή την ομάδα. Θα αξιοποιούνται οι ικανότητες και τα προσόντα των εργαζομένων από τη μια πλευρά, και θα αξιολογούνται οι

	αδυναμίες τους από την άλλη.
Ερώτηση 5:	Η μετάβαση από το παραδοσιακό (γραφειοκρατικό) στο νέο (συμμετοχικό) μοντέλο ενέχει τον κίνδυνο να εκσυγχρονιστεί απλά το παλαιό σύστημα; Ποιοι κατά τη γνώμη σας θα μπορούσαν να είναι οι κίνδυνοι αυτοί και πως θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν;
Απαντήσεις	• Ο κίνδυνος να πραγματοποιηθούν αποσπασματικά και εξωτερικά μόνο αλλαγές που θα αφήνουν τον πυρήνα της ιεραρχικής παράδοσης ανεπηρέαστο επί της ουσίας σημαίνει μη μετάβαση. • Κίνδυνος «ξε-βολέματος» και αντίστασης του προσωπικού σε θέματα αλλαγών • Κίνδυνος μη ελέγχου της κατάστασης • Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η κακή αξιοποίηση του προσωπικού, το «βόλεμα» σε θέσεις κάποιων ατόμων και η σπατάλη οικονομικών πόρων. Για τους ανωτέρω λόγους απαιτείται: • Μετατροπή του status των μελών. • Συστηματική καλλιέργεια μιας νέας κουλτούρας ποιότητας που στηρίζεται στην προσωπική ποιότητα. • Εκ βαθέων αλλαγή απόψεων και αντιλήψεων. • Συστηματική υπεράσπιση της συγκεκριμένης πολιτικής μετάβασης στο συμμετοχικό μοντέλο από πλευράς κεντρικής διοίκησης και εποπτικού φορέα καθώς επίσης και με σθεναρή αντίσταση στην πίεση που μοιραία θα ασκηθεί από το σώμα των εργαζομένων ειδικά ως προς την κατεύθυνση του κινδύνου της μη ανανέωσης της θητείας τους. • Ενίσχυση του ρόλου των ατόμων που θα οδηγήσουν το σύνολο στη μετάβαση & την αλλαγή. • Ενίσχυση της πρωτοβουλίας και σεβασμό των προτάσεων των εργαζομένων από τις Διοικήσεις των Μονάδων αλλά πολύ περισσότερο από τις πολιτικές υγείας των Υπουργείων (ΥΥΚΑ, ΥΠ.ΟΙΚ.) • Η συμμετοχική διοίκηση είναι και στόχος αλλά και ενδιάμεση προϋπόθεση για την υλοποίηση ευρύτερων αλλαγών. Η ουσιαστική όμως αλλαγή του μοντέλου θα αξιολογηθεί από τη δυνατότητά του να συμπαρασύρει ολόκληρη τη λειτουργία του νοσοκομείου. Αυτό

	πρακτικά σημαίνει ότι θα πρέπει να υποστηριχθεί από όλα τα ανώτερα και ανώτατα επίπεδα διοίκησης.
Ερώτηση 6:	Θεωρείται από ακαδημαϊκούς ότι, η μεγαλύτερη πρόκληση για τους διοικητές οργανισμών του 21 αιώνα, είναι η απελευθέρωση της διανοητικής δύναμης των οργανώσεών τους. Δηλαδή η δημιουργία μιας κουλτούρας και ενός συστήματος εργασίας που να επιτρέπει σε όλους τους εργαζόμενους να χρησιμοποιούν τις ικανότητες τους, αλλά και να αναπτύσσουν νέες δεξιότητες. Με ποιο τρόπο θα μπορούσε η διοίκηση ενός δημοσίου νοσοκομείου να το επιτύχει;
Απαντήσεις	• Με την επιλογή διοικητών μετά από ψυχολογικά τεστ ότι είναι ασφαλείς προσωπικότητες και ότι διαθέτουν υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη. • Με την καθιέρωση και ουσιαστική λειτουργία των ομάδων εργασίας σε κάθετο και οριζόντιο άξονα της παραγωγικής διαδικασίας. Οι ομάδες εργασίας πρέπει να έχουν θεσμικές και τυπικές αρμοδιότητες, στοχοθεσία, εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση του έργου τους. • Με αλλαγή του θεσμικού πλαισίου • Με οργανωμένη δια βίου μάθηση, ενίσχυση της έρευνας, ενθάρρυνση συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δράσεις (σε «περιοχές» που το ίδιο το νοσοκομείο θεωρεί σημαντικές για την επίτευξη των στόχων του). • Με τη διαρκή επικοινωνία του ανθρώπινου δυναμικού με τη διοίκηση ώστε να υπάρξει αξιολόγηση των γνώσεων, δεξιοτήτων, ικανοτήτων και ταλέντων των εργαζόμενων • Με την αξιολόγηση των βιογραφικών και παροχή ενός χρονικού διαστήματος για κάθε εργαζόμενο βάση των προσόντων του ώστε να δείξει ότι μπορεί να ανταπεξέλθει προς την επίτευξη των στόχων που του ανατίθενται. • Με την καθιέρωση μεθόδων άντλησης ιδεών και την επεξεργασία τους από κάθε εργαζόμενο, και όπου αυτό είναι εφικτό εφαρμογής τους και φυσικά παρακολούθηση των αποτελεσμάτων, με εργαλεία όπως τα «pre» και «post tests», το «project planning and management», το «Best Cost Model – BCM» κλπ. • Με την ανίχνευση των νέων τάσεων στην Μονάδα (που επιτυγχάνεται

	άνετα με σύγχρονα εργαλεία όπως το «Γνωσιοσκόπειο» - «Cogniscope»), έτσι ώστε να αναδυθούν οι πραγματικές ανάγκες και ιδίως οι στάσεις και οι αντιλήψεις του προσωπικού. • Με την παροχή κινήτρων για αυτό-εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού. • Με την περιγραφή του ρόλου εργασίας του κάθε εργαζόμενου, την αξιολόγηση του, τη δημιουργία συγκεκριμένων στόχων των υπαλλήλων και τις συνθήκες συνεχούς εκπαίδευσης με 'προστατευμένο χρόνο'.
Ερώτηση 7:	Με ποιο τρόπο μπορεί το δημόσιο νοσοκομείο να εξελιχθεί σε έναν οργανισμό συνεχούς μάθησης ώστε να υπάρξει αναβάθμιση του ρόλου του σημαντικότερου συντελεστή παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, αυτού του ίδιου του ανθρώπινου δυναμικού;
Απαντήσεις	• Προτού η οργάνωση αρχίσει να «μανθάνει» πρέπει να «απομανθάνει». • Για να υπάρξει μια τέτοια εξέλιξη προϋποτίθεται η σταδιακή, ήπια μετάβαση από το ένα πολιτιστικό παράδειγμα στο άλλο • Με την ανάπτυξη συστήματος δια βίου μάθησης και συνεχιζόμενης κατάρτισης στην εργασία σε συνεργασία και με εξωτερικούς φορείς εκπαίδευσης. • Με εκπαιδευτικές δράσεις σε συνεργασία και με άλλους οργανισμούς (εγχώριους ή διεθνείς), ανταλλαγή εμπειριών, εργαζόμενων και υπηρεσιών και παρότρυνση συμμετοχής των εργαζομένων σε συνεχείς εκπαιδευτικές δραστηριότητες. • Με σύνδεση με τα πανεπιστήμια και προαγωγή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Η από κοινού υλοποίηση προγραμμάτων εξειδίκευσης μέσα στην παραγωγική διαδικασία θα μπορούσε να αποτελέσει την αφετηρία για μια τέτοια προοπτική. • Με την ίδρυση αυτόμωνων (όπου δεν υπάρχουν) Γραφείων Εκπαίδευσης που θα περιλαμβάνει όλους τους εργαζομένους και όχι ως συνήθως μόνο από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία. • Με την ανάπτυξη, σε κάθε νοσοκομείο, του δικού του εσωτερικού συστήματος μάθησης επικεντρωμένο στις ιδιαιτερότητες και στις μεταβαλλόμενες ανάγκες μάθησης του προσωπικού που διαθέτει. • Με την καθιέρωση, υποστήριξη, ενίσχυση και προτυποποίηση

	διαδικασιών «on the job training». • Με συχνές επιμορφωτικές εκδηλώσεις με ταυτόχρονη ανάδειξη των επιτευγμάτων του οργανισμού. • Με εκπόνηση ερευνητικών θεματικών με διατομεακή συμμετοχή εργαζομένων. • Με υιοθέτηση και εφαρμογή σε υψηλό βαθμό των νέων τεχνολογιών, έτσι ώστε να ενισχυθεί ο τεχνολογικός πολιτισμός στον οργανισμό. • Με προγράμματα αξιολόγησης των γνώσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού, ώστε οι πλέον κατάλληλοι να αξιοποιούνται στις νευραλγικές θέσεις. • Με φωτισμένες προσωπικότητες στη διοίκηση ώστε να εμπνεύσουν και να υποκινήσουν τους εργαζόμενους, να προωθήσουν ένα περιβάλλον συνεργασίας και να επιτρέψουν τη συμμετοχή του εργαζόμενου στη λήψη αποφάσεων.
Ερώτηση 8:	Οι οργανισμοί που επιζητούν το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης, εφαρμόζουν την «από κάτω προς τα πάνω επικοινωνία», διότι έχει αποδειχθεί ότι η αναγνώριση του έργου του προσωπικού, η προσθήκη της γνώσης και η εμπειρία τους είναι παράγοντες που συνεισφέρουν στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Πως αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα στο νοσοκομειακό χώρο;
Απαντήσεις	• Με τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ διοικητή και εργαζομένων. Το δίαυλο επικοινωνίας θα τον ανοίξει ο διοικητής για αμφίδρομη συνεχή επαφή με τη βάση και θα ακολουθήσουν τα υπόλοιπα στελέχη. • Με τη διερεύνηση, τη διαχείριση και την άρση των εμποδίων στην επικοινωνία που οικοδομούνται μεταξύ των ατόμων και πηγάζουν είτε από το εσωτερικό/εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου είτε από τα ίδια τα άτομα (συνειδητά ή υποσυνειδητά). • Με καλά ενορχηστρωμένες πολιτικές ενθάρρυνσης της δουλειάς σε ομάδες καθώς επίσης και ενθάρρυνσης διατομεακής και ενδοτομεακής επικοινωνίας με όρους κανονιστικούς και όχι τυχαίους. • Με συνειδητή συμμετοχή όλων σε αντίστοιχο πρόγραμμα δράσης. Με την εντατικοποιημένη και στοχευμένη εκπαίδευση και την καθιέρωση τακτικών θετικής επιβράβευσης. • Με τη συστηματοποίηση (για απαλοιφή των αγκυλώσεων και των

	σφαλμάτων) του καθημερινού έργου τουλάχιστον στην Διοικητική και την Τεχνική Υπηρεσία – και όσο αυτό είναι εφικτό και για τη Νοσηλευτική και Ιατρική υπηρεσία. • Με την εφαρμογή ερωτηματολογίου ικανοποίησης και των «εσωτερικών πελατών» και ουσιαστικής αξιοποίησης των αποτελεσμάτων του. • Με τις προτάσεις από τα εμπειρότερα στελέχη, αλλά υποκινώντας και τις αντιδράσεις (ώστε να αξιοποιηθεί η ορμή και η φιλοδοξία) των νεοεισερχόμενων στο σύστημα ώστε να προληφθεί η αλλοτρίωση του χαρακτήρα και των συμπεριφορών. • Με τη δημιουργία ενός συστηματικού και διαρκούς καναλιού μεταφοράς πληροφοριών και μηνυμάτων με αμφίδρομη λογική. Η μεταφορά των εμπειριών της «βάσης» στα αμέσως ανώτερα κέντρα λήψης αποφάσεων εγγυάται την επιτυχία του εγχειρήματος. Πρακτικά αυτό μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη μιας ρουτίνας μεταφοράς τυποποιημένων αναφορών σε περιοδική βάση. • Με τη δημιουργία των multidisciplinary teams θα υπάρχει περισσότερη συμμετοχή και εν δυνάμει συνεργασία μεταξύ των διαφόρων τομέων ενός οργανισμού. • Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η καθοδήγηση και η παροχή ευκαιριών από τον ηγέτη. Η θέσπιση συναντήσεων σε τακτική βάση, η ενθάρρυνση του προσωπικού να επικοινωνεί και προπαντός να ενδιαφέρεται για την εξέλιξη του οργανισμού και όχι μόνο για το προσωπικό συμφέρον, καθώς και η παροχή κινήτρων μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά.
Ερώτηση 9:	Το προσωπικό του νοσοκομείου αποτελείται από διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες με διαφορετικό κοινωνικό, οικονομικό ή εκπαιδευτικό επίπεδο. Η συνύπαρξη τους πολλές φορές οδηγεί σε σύγκρουση. Με ποιους τρόπους μπορεί η διοίκηση να διαχειριστεί καλύτερα αυτή τη σύγκρουση και να προκύψει τυχόν συνεργασία μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών;
Απαντήσεις	• Με τη θεσμοθέτηση κανονισμών και οριοθέτηση δεξιοτήτων • Με τη μη αυθαιρεσία της εξουσίας του ιατρικού σώματος

	• Με την εκπαίδευση της διοίκησης στη διαχείριση κρίσεων ώστε να έχει υψηλή διαπραγματευτική ικανότητα και έχει πλήρη επίγνωση των όρων διαχείρισης ενδοομαδικών και διαομαδικών συγκρούσεων καθώς επίσης και των όρων αξιοποίησης αυτών προς όφελος του Οργανισμού. • Με την ανάθεση πρωτοβουλιών, αρμοδιοτήτων και κοινών εργασιών σε διατομεακές ομάδες με μέλη απ' όλες τις κατηγορίες προσωπικού. • Εμπυλώνοντας τους εργαζομένους και υποκινώντας τους να μοιραστούν κοινό όραμα. • Καθιστώντας σαφείς και κατανοητές τις εργασιακές συνθήκες μέσω στοίχισης των υπηρεσιών κτλ • Καταστρώνοντας ένα ξεκάθαρο εργασιακό πλάνο ανά κατηγορία και ειδικότητα με περιγραφή θέσεων εργασίας και καθηκοντολόγιο. • Με συχνές περιοδικές και έκτακτες (όπου χρειαστεί) συγκλήσεις ομάδων με διαφορετικά χαρακτηριστικά για εμπέδωση του πνεύματος συνεργασίας και αλληλοσεβασμού. • Με διακριτούς ρόλους αλλά, ταυτόχρονα και με μικτές ομάδες εργασίας για τη διαχείριση σύνθετων προβλημάτων καθώς και με την καθιέρωση ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας • Με μια σειρά από διοικητικές ενέργειες. π.χ με ξεκάθαρους διακριτούς ρόλους όπως θα περιγράφονται στο 'job description' στην αξιολόγηση του εργαζόμενου και όπου υπάρχουν προβλήματα με τη δημιουργία 'rotation' και μεταφορά των εργαζομένων όπου είναι επιτρεπτό και ασφαλές σε άλλα τμήματα. • Με τη συμμετοχή όλων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, με τον καταμερισμό των ευθυνών, με την ανάπτυξη των δεξιοτήτων και των ταλέντων, με την παροχή κινήτρων, με την άρση του αποκλεισμού ώστε να μην δημιουργείται μια «ελίτ» ατόμων για τη λήψη αποφάσεων.
Ερώτηση 10:	Για το ιατρικό προσωπικό το πρόβλημα του κόστους της ιατρικής περίθαλψης δεν αποτελεί παρά ένα δευτερεύον αντικείμενο που υπόκειται στον κύριο στόχο που είναι πάντα η περίθαλψη των ασθενών. Με τι είδους τεχνικές θα μπορούσε το ιατρικό προσωπικό να αρχίσει να σκέφτεται και το κόστος κάθε ιατρικής πράξης;
Απαντήσεις	• Προτεινόμενο ρυθμιστικό μέτρο για τη σταδιακή ανάληψη ευθύνης από

	ιατρούς και εκπροσώπους νοσηλευτικού σώματος αναφορικά με την οικονομική διαχείριση τμημάτων, η καθιέρωση του σφαιρικού κατά τμήμα προϋπολογισμού και την εφαρμογή των DRGs. • Με τη συμμετοχή τους στις διαδικασίες κοστολόγησης των ιατρο-νοσηλευτικών πράξεων. • Με οριοθέτηση κοστολογίων των ιατρικών πράξεων και με καταλογισμό της υπέρβασης στο ιατρικό σώμα. • Η εξέλιξη τους να γίνεται με γνώμονα την τήρηση των ανωτέρω. • Με την χρήση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων (κάτι που επιβάλλει και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση). • Ο Δ/ντής συντονισμού και εποπτείας της Μονάδας να μην είναι απαραίτητα και ο Δ/ντής της κλινικής. • Με την υποκίνηση του ιατρικού προσωπικού ώστε να γίνουν συμμετοχοί της όλης προσπάθειας. • Με την αυστηρή τήρηση των διαδικασιών προμηθειών (ιδιαίτερα σε επίπεδο προδιαγραφών και παραγγελιών) όπου εμπλέκεται το ιατρικό προσωπικό. • Με την εντατικοποίηση της εκπαίδευσης – ιδιαίτερα των νέων ιατρών – σε θέματα διαχείρισης των πόρων, οικονομικών της υγείας και των αποδεκτά παγκοσμίως δεικτών μέτρησης. • Με την εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών. Εφαρμογή Νοσοκομειακού Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Προγράμματος. • Με την εφαρμογή Επιχειρησιακού Σχεδιασμού – ειδικά στο πεδίο των δεικτών αξιολόγησης και λειτουργίας σε σύνδεση με τα οικονομικά αποτελέσματα. • Με την επιβράβευση των συντελεστών στην επίτευξη των οικονομικών στόχων κάθε τμήματος. • Με την εφαρμογή του Ενιαίου Κλειστού Νοσηλίου (diagnostic related groups) αλλά με την υιοθέτηση του κατάλληλου μοντέλου με τις απαραίτητες προσαρμογές του στον ελληνικό χώρο. • Με μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας
Ερώτηση 11:	Εάν υποθέσουμε ότι το όραμα ενός δημοσίου νοσοκομείου είναι η καθιέρωση « κουλτούρας ποιότητας » σε όλες τις δραστηριότητες του οργανισμού, με ποιο

	τρόπο μπορεί η διοίκηση να διαδώσει αυτό το όραμα στα μέλη του οργανισμού; Πως μπορεί να πετύχει την εφαρμογή του οράματος στην καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου;
Απαντήσεις	• Η διοίκηση πρέπει να διαθέτει η ίδια όραμα. • Η κουλτούρα ποιότητας οφείλει να είναι προϊόν εσωτερικής παραγωγής με τη συμμετοχή του προσωπικού υγείας. Εάν τηρηθούν συμμετοχικές διεργασίες στη διαμόρφωση του οράματος, η κουλτούρα ποιότητας θα εφαρμόζεται από μόνη της στην καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς δεν είναι θέμα διοίκησης αλλά των ιδίων των υποκειμένων εργασίας. • Η δημιουργία ‘κουλτούρας ποιότητας’ ως όραμα θα πρέπει να αποτελεί μέρος της στρατηγικής ενός νοσοκομείου. Σε αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνονται όλες οι παράμετροι που απαιτούνται για την καθιέρωση της «συνείδησης» του εργαζόμενου σε θέματα ποιότητας. • Η πρόθεση οράματος είναι ταυτόσημη με την προώθηση • Με την καθημερινή, φιλική και αποφασιστική παρουσία της διοίκησης στα σημεία δράσεων. • Με την μεθοδική μελέτη του Συστήματος Εμβριθούς Γνώσης του Deming, την πίστη στη δυναμική εφαρμογή των κατευθυντηρίων του, την καταπολέμηση της αντίστασης στην αλλαγή, την τοποθέτηση των προερχόμενων από την αντίληψη ποιότητας ρυθμίσεων ως βελτιωτικών μηχανισμών και όχι ως ελεγκτικών μεθόδων. • Με εύστοχες αποφάσεις αναφορικά με την στελέχωση σχετικών τμημάτων, Επιτροπών, Συμβουλίων και με ενίσχυση των προερχόμενων από τους κύκλους ποιότητας αποφάσεων. • Όταν η Διοίκηση ενσωματώσει τον εαυτό της στην κατεύθυνση της Ποιότητας και δεν αντιληφθεί την Ποιότητα ως ένα επιπρόσθετο εργαλείο αλλά ως αρωγό στο έργο της Διαρκούς Βελτίωσης Διαδικασιών. • Με την εφαρμογή αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (από τα πιο απλά εργαλεία ως τα μοντέλα προτυποποιήσεων). • Με την εφαρμογή της Διοίκησης μέσω Στόχων (σε ένα ολοκληρωμένο όμως πλαίσιο που θα περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες προσωπικού και

	όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες). • Με τη συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την «δέσμευση» των εργαζομένων στην προσπάθεια επίτευξης των στόχων του οργανισμού. • Με συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση των εργαζομένων όπου θα υπενθυμίζονται οι στόχοι, με την παροχή ανταμοιβών και με την επιβράβευση. Βασική προϋπόθεση και πάλι η ορθή αξιοποίηση και η αξιοκρατική αξιολόγηση της απόδοσης και αναγνώρισης των εργαζομένων
Ερώτηση 12:	Ποιες δεξιότητες και ικανότητες πρέπει να διαθέτει η διοίκηση ενός δημόσιου νοσοκομείου σήμερα, σε ένα μεταβαλλόμενο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να δημιουργήσει τη μέγιστη δυνατή αξία για τους ασθενείς, τους εργαζόμενους και για το κοινωνικό σύνολο γενικότερα;
Απαντήσεις	• Συνέπεια, συνέχεια και σταθερότητα στις αρχές, στο όραμα και στις αξίες. • Δικαιοσύνη και κοινωνική ευαισθησία. • Δάσκαλος των εργαζομένων, εξασφάλιση των συμφερόντων των ασθενών και του δημοσίου συμφέροντος. • Τεχνικές και συμπεριφορικές. Τεχνικές με την έννοια της οικονομικής και κοινωνικής ανάλυσης καθώς και του συμμετοχικού μάνατζμεντ. Συμπεριφορικές με την έννοια της διαχείρισης της επικοινωνίας, της διαπραγμάτευσης και της επίλυσης προβλημάτων. • Γνώση & Εμπειρία του ιδιαίτερου χώρου του δημόσιου νοσοκομείου. • Δεκτικότητα σε νέες ιδέες με ικανότητα επεξεργασίας τους και μετασχηματισμός τους σε δράσεις • Απεμπλοκή από τον μηχανισμό πολιτικής-κομματικής επιλογής. Απεμπλοκή από κάθε μηχανισμό συναφή με το πελατειακό κράτος. • Κατάδειξη της αξιοπιστίας της και της τήρησης ενός εις βάθος μελετημένου προγράμματος. • Ικανότητες leadership • Τιμιότητα / ακεραιότητα • Ευγένεια, σεβασμό και ευπρέπεια • Αντίληψη

	• Υψηλό βαθμό συναισθηματικής νοημοσύνης • Διάθεση για επικοινωνία, συνεργατικότητα και φιλικότητα • Αναλυτική αλλά και συνθετική ικανότητα • Ψυχραιμία / αυτοσυγκράτηση • Ενσυναίσθηση • Ειλικρίνεια • Υπευθυνότητα • Όραμα (και πίστη και συνέπεια στην επίτευξή του) • Θάρρος αλλά και υψηλού βαθμού αυτογνωσία • Αποτελεσματικότητα – αποδοτικότητα (σεβασμός χρόνου και πόρων) • Διάθεση για διεκδίκηση • Θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις του αντικειμένου της διοίκησης υγείας με παράλληλη συνεχή ενημέρωση των διεθνών εξελίξεων των μεθοδολογικών εργαλείων που μπορούν να προσφέρουν λύσεις. • Επίγνωση του προσωπικού, γνώση των οικονομικών δυνατοτήτων και περιορισμών, τεχνογνωσία, επένδυση στην παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα • Τις τεχνικές δεξιότητες, τις δεξιότητες σχεδιασμού και τις κοινωνικές δεξιότητες. Ως κοινωνικές δεξιότητες ορίζονται οι ικανότητες ενός ατόμου για συνεργασία, παρακίνηση, καθοδήγηση ανθρώπων και οργανισμών. Περιλαμβάνουν την ικανότητα ενός ατόμου να συνεργαστεί αρμονικά, να χειριστεί συγκρούσεις, να επικοινωνήσει αποδοτικά με τους συνεργάτες του και να δράσει με υπευθυνότητα. Επίσης, περιλαμβάνουν την ικανότητα ενός ατόμου να διαχειριστεί τον εαυτό του και μέσω αυτού να διαχειριστεί τους συνεργάτες του.

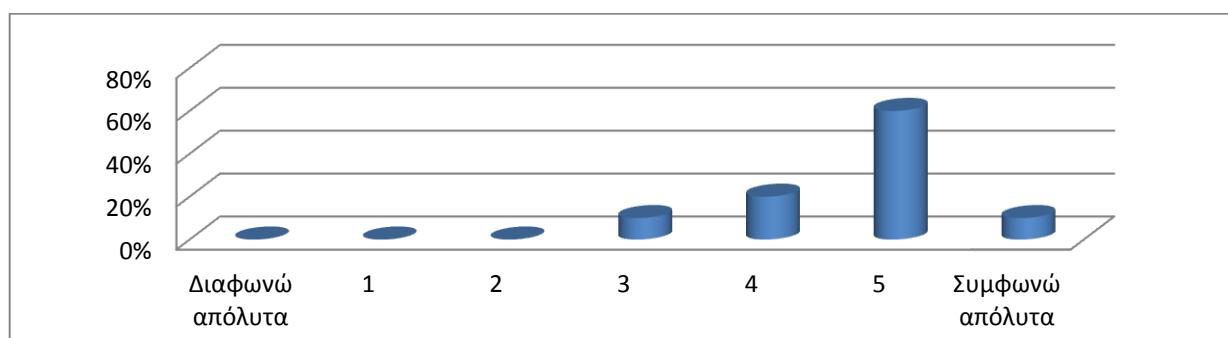
Εν συνεχεία, η παρούσα διατριβή, βασιζόμενη στις ως άνω καταγεγραμμένες απόψεις, κατασκεύασε το ερωτηματολόγιο του β' γύρου της έρευνας.

7.3 Η Διενέργεια και τα Αποτελέσματα του Β' Γύρου

Η μεθοδολογία της Delphi προτείνει, στο ερωτηματολόγιο του β' γύρου, οι εμπειρογνώμονες να καταθέσουν τις απόψεις τους είτε με τη μορφή συμφωνίας-διαφωνίας με την κλίμακα τύπου Likert, είτε κατατάσσοντας κατά σειρά σημαντικότητας τις διατυπώσεις. Η παρούσα διατριβή, θεώρησε πιο κατάλληλο τη δημιουργία ερωτηματολογίου με την κλίμακα τύπου Likert. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 15 κλειστού τύπου δηλώσεις-απόψεις όπου οι εμπειρογνώμονες σημείωσαν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με τη δήλωση-άποψη. Οι 15 δηλώσεις αντιπροσωπεύουν τον τρόπο μετάβασης **από το γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης στο μοντέλο του συμμετοχικού-ανθρωπίνων πόρων μάνατζμεντ, στο πλαίσιο εφαρμογής ενός 5ετούς επιχειρησιακού σχεδιασμού**. Το ερωτηματολόγιο απεστάλθει στους εμπειρογνώμονες και η ανταπόκριση τους στο δεύτερο γύρο ανήλθε στο 100%.

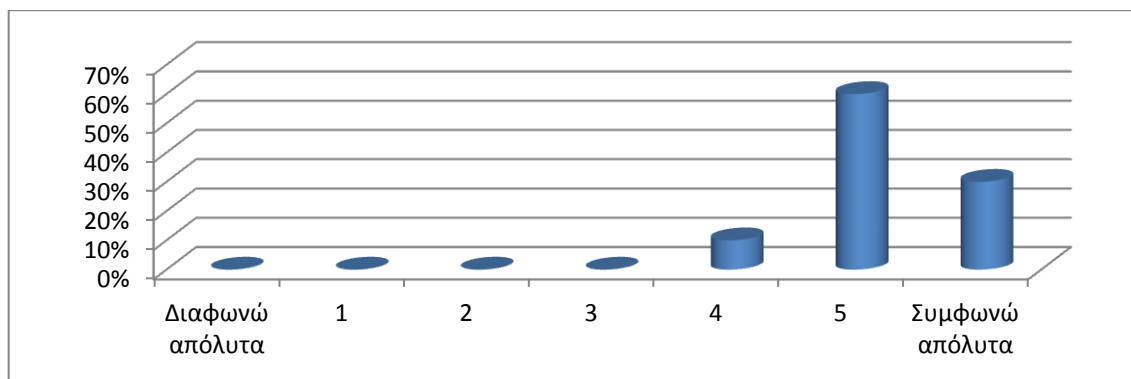
Αναλυτικά τα αποτελέσματα ανά δήλωση-άποψη παρουσιάζονται στη συνέχεια.

1.	Λειτουργία των «Κύκλων Ποιότητας» σε επίπεδο Διευθύνσεων / Τομέων / Τμημάτων / Γραφείων (ανάπτυξη πρωτοβουλιών δημιουργίας συμμετοχικού κλίματος, ενδυνάμωση συμμετοχικών διαδικασιών, θεσμοθέτηση της αξιολόγησης με σαφείς και καθορισμένους στόχους, καθιέρωση εκθέσεων απολογισμού ανά τμήμα και τομέα, εφαρμογή πολιτικής κινήτρων για την επίτευξη των ποιοτικών στόχων του κάθε τμήματος/τομέα).					
Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	20%	60%	10%



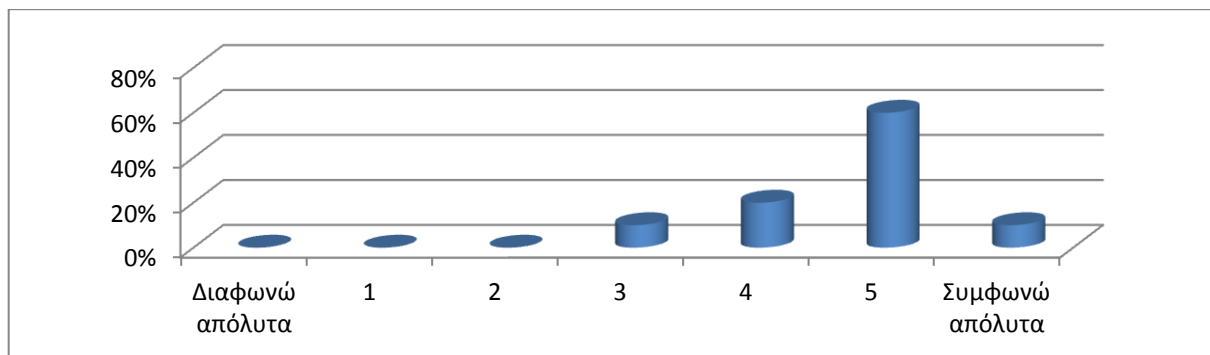
2.	Προώθηση προγράμματος αλλαγής φιλοσοφίας του εργαζόμενου στη δημόσια διοίκηση, μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης (καθιέρωση συστήματος εμβριθούς γνώσης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας προκειμένου να αντιληφθούν οι εργαζόμενοι τις νέες λειτουργίες και ρόλους)

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	0%	10%	60%	30%



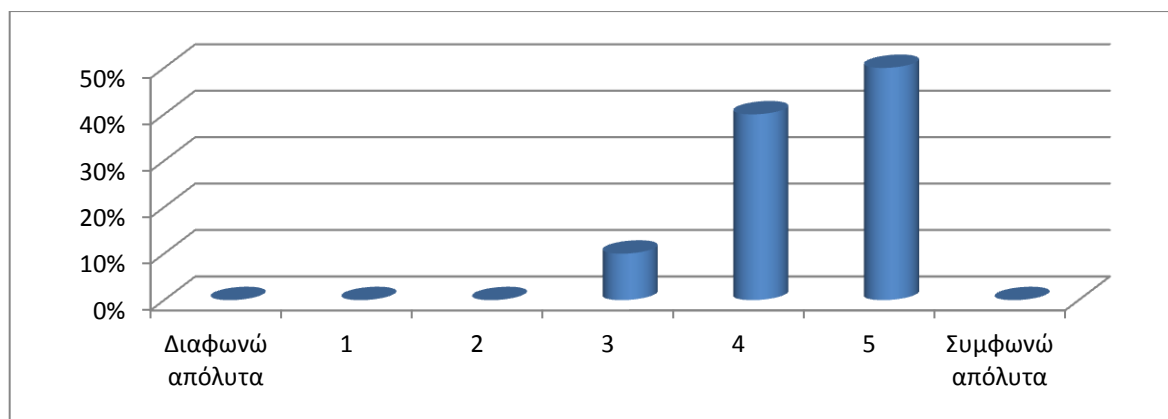
3. Εκ βαθέων αλλαγή απόψεων, αντιλήψεων και νοοτροπίας των εργαζόμενων μέσω της συστηματικής καλλιέργειας μιας νέας **συμμετοχικής κουλτούρας** (συναισθηματική επένδυση στην εργασία, συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων, συναισθηματική νοημοσύνη, προσωπική ανάπτυξη και προσωπική ποιότητα του ατόμου).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	20%	60%	10%



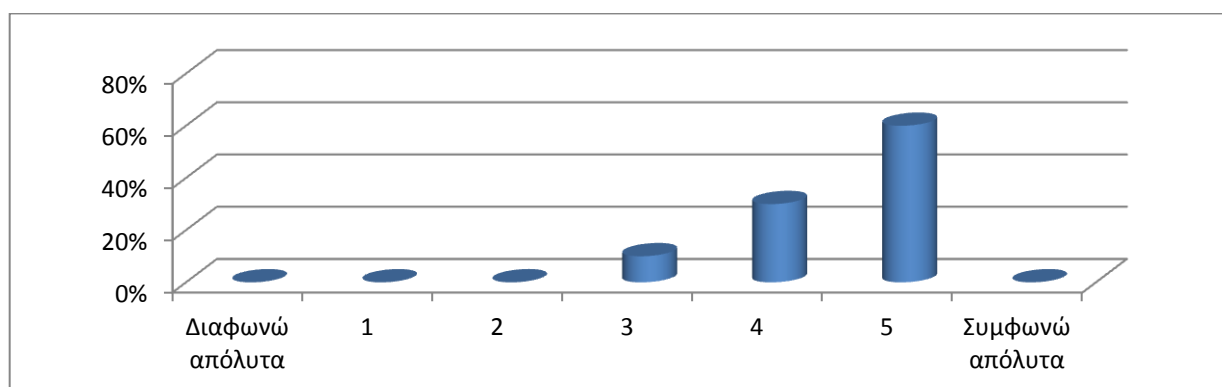
4. Ενσυνείδητη **συμμετοχή όλων των εργαζόμενων σε μικτές ομάδες εργασίας** για τη διαχείριση σύνθετων προβλημάτων και την καθιέρωση ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας (με ευκρινείς και διακριτούς ρόλους ανά κατηγορία και ειδικότητα, με καταμερισμό ευθυνών και καθηκοντολόγιο, με εξωτερική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	40%	50%	0%



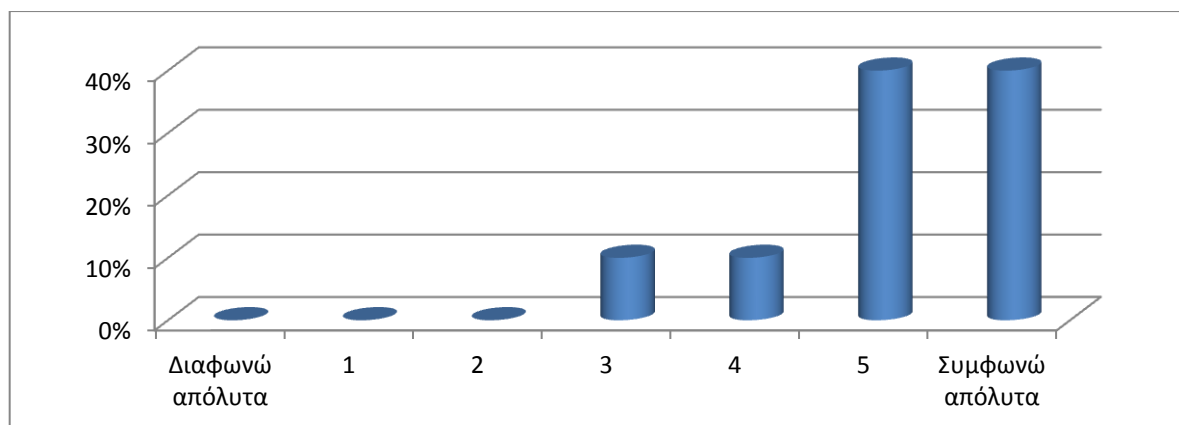
5. Προαγωγή και ενίσχυση του δημόσιου νοσοκομείου σε **οργανισμό μάθησης** επικεντρωμένου στις δικές του ιδιαιτερότητες και μεταβαλλόμενες ανάγκες μάθησης του προσωπικού που διαθέτει (καθιέρωση και προτυποποίηση διαδικασιών κατάρτισης στην εργασία, τηλεεκπαίδευσης, συνεργασία με φορείς εκπαίδευσης και ΑΕΙ).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	30%	60%	0%



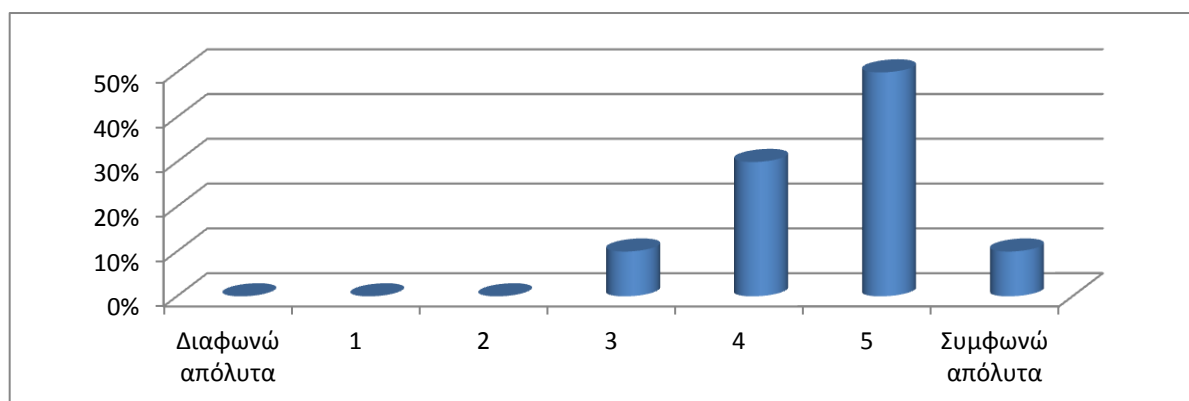
6. Απεμπλοκή των διοικητών και στελεχών από μηχανισμούς πολιτικής-κομματικής επιρροής με επιλογή των διοικητών-διευθυντών-προϊσταμένων/μάνατζερς-ηγέτες που διαθέτουν άριστες **τεχνικές, ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες και ικανότητες** (σύγχρονων γνώσεων των οικονομικών και της διοίκησης υγείας, δημιουργίας και συνδιαμόρφωσης κοινού οράματος και αξιών στον οργανισμό, εμπύχωσης, προσωπικής δέσμευσης και παρακίνησης των εργαζομένων, διαχείρισης συγκρούσεων και αλλαγών).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	10%	40%	40%



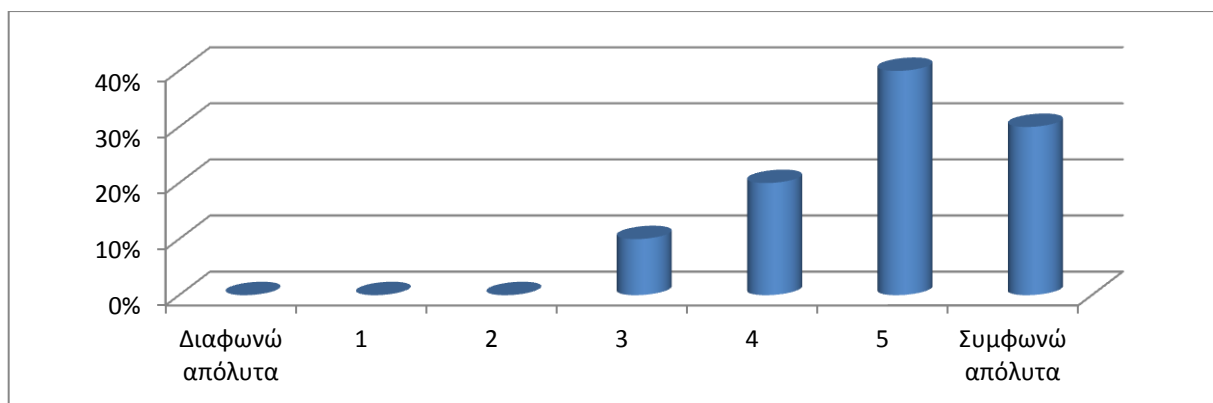
7. Δημιουργία πλαισίου ανάπτυξης και καλλιέργειας μιας «**κουλτούρας ποιότητας**» με αρχές, όραμα και αποστολή (εφαρμογή της Δ.Ο.Π, της διοίκησης μέσω στόχων, της διαρκούς βελτίωσης διαδικασιών, του συστήματος εμβριθούς γνώσης με τη συνεχή εκπαίδευση και συμμετοχή των εργαζομένων).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	30%	50%	10%



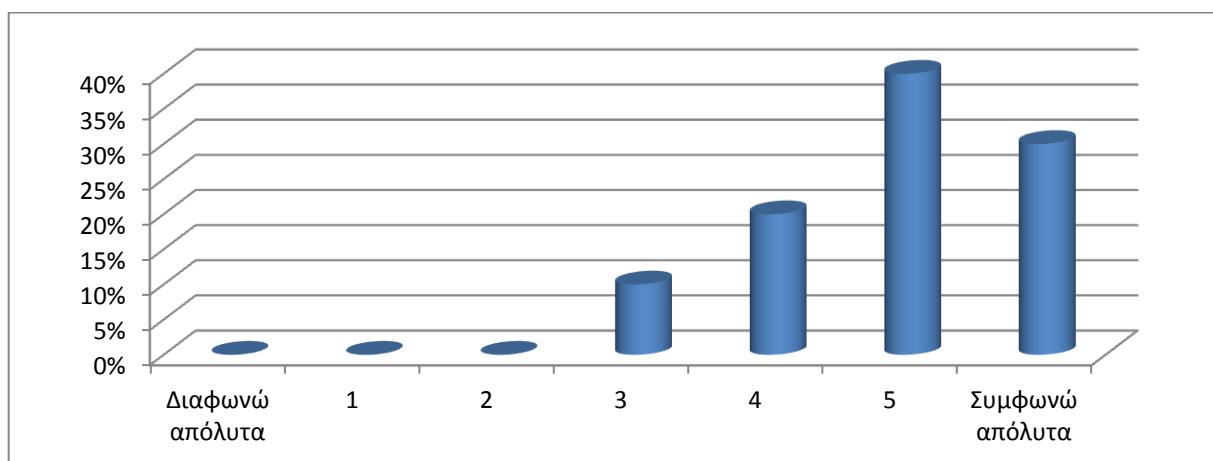
8. Εισαγωγή και καθιέρωση του **Σφαιρικού κατά Τμήμα Προϋπολογισμού** με συνεχή εκπαίδευση κυρίως του ιατρικού προσωπικού και όχι μόνο (σε θέματα διαχείρισης των πόρων, των οικονομικών της υγείας, στη χρήση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, στις διαδικασίες κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων με καταλογισμό της υπέρβασης ή επιβράβευσης στην επίτευξη των οικονομικών στόχων κάθε τμήματος).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	20%	40%	30%



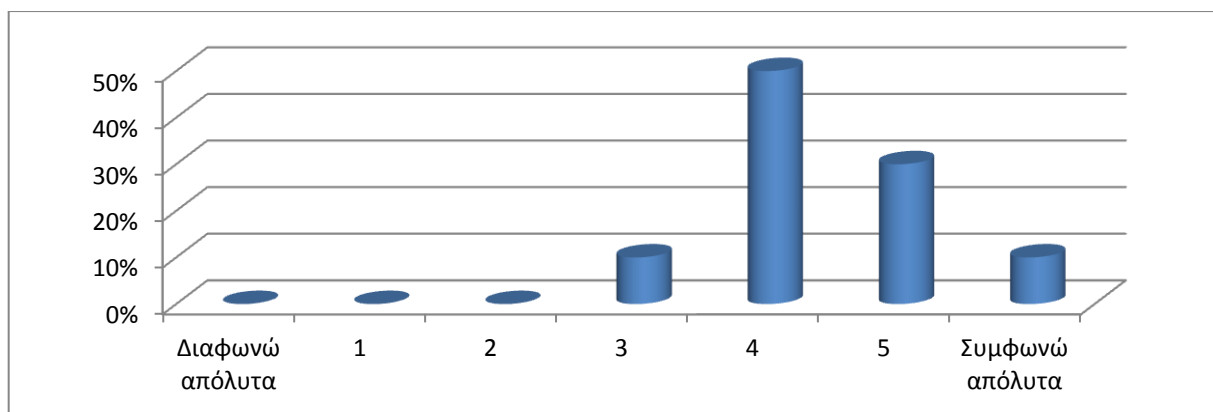
9. Εισαγωγή **Ολοκληρωμένων Νοσοκομειακών Πληροφοριακών Συστημάτων** στο διοικητικό, κλινικό και εργαστηριακό υποσύστημα του νοσοκομείου (δημιουργία κοινής βάσης δεδομένων για εύκολη, γρήγορη και ακριβή ροή της πληροφορίας, αξιοποίηση δεδομένων και διασύνδεσή τους με δεδομένα άλλων μονάδων/υπηρεσιών).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	20%	40%	30%

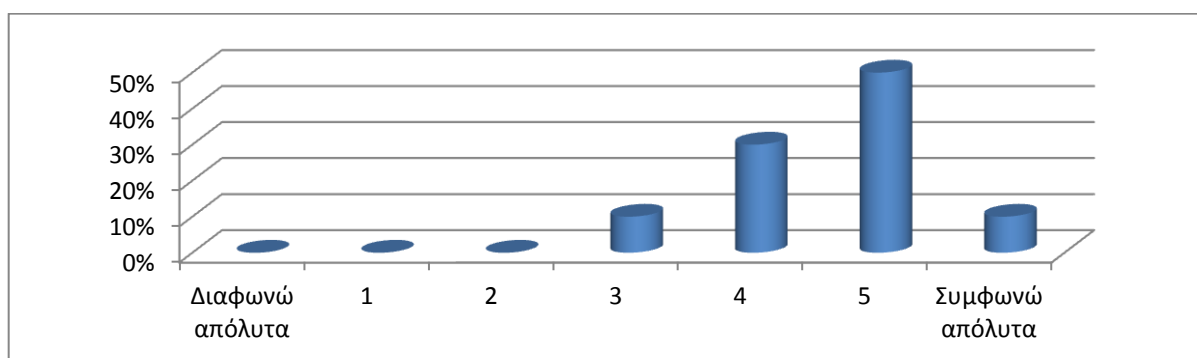


10. Δημιουργία «Ομάδων Δράσης» (task forces) για τη **διαχείριση των κρίσεων** μέσα στις υγειονομικές μονάδες σε όλα τα επίπεδα.

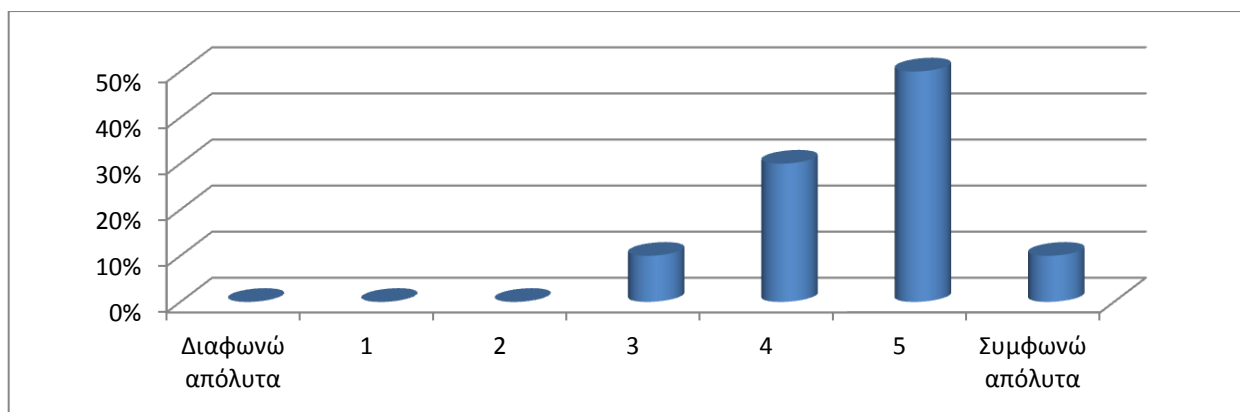
Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	50%	30%	10%



11.	Εφαρμογή νέων κριτηρίων επιλογής και αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού (δυνατότητα ανάδειξης ατόμων με γνώσεις, ταλέντο, δεξιότητες, εργασιακή κουλτούρα και προσωπική δέσμευση).					
Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	30%	50%	10%

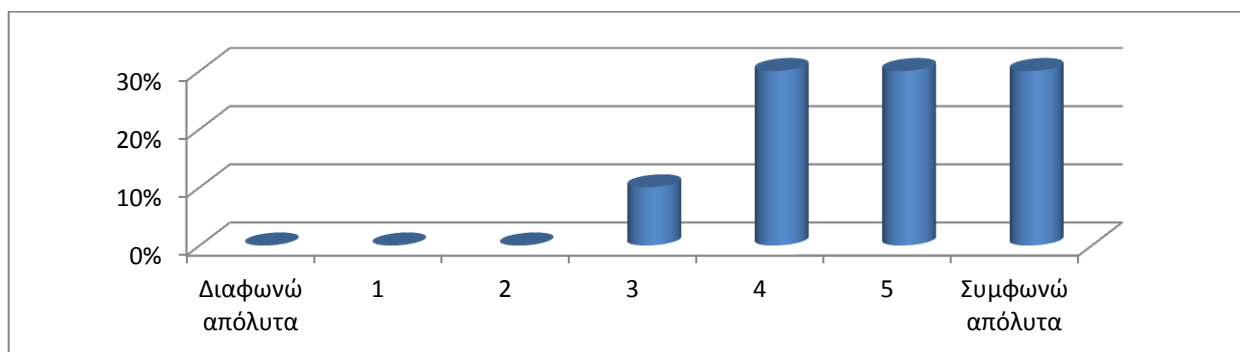


12.	Αναδιάρθρωση των διαδικασιών σε συστηματική βάση (καθιέρωση διαδικασιών περισσότερο ευέλικτων, απλοποιημένων και οριζόντιων, αναδιάρθρωση ενδο/διατμηματικών ροών πληροφορίας με πιστοποιημένες διαδικασίες ποιότητας).					
Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	30%	50%	10%



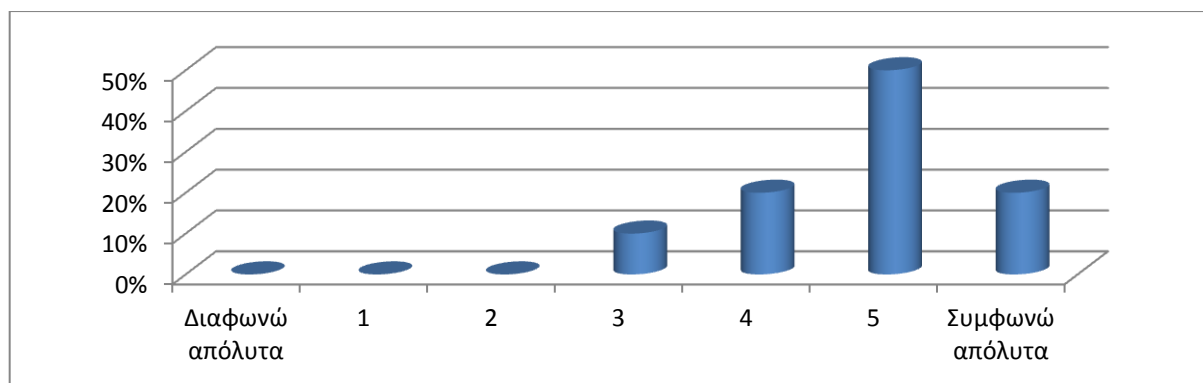
13. **Μείωση της πολυνομίας και απλοποίηση του νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας** (μείωση της έκδοσης νόμων, εγκυκλίων, αποφάσεων κ.λπ., που δημιουργούν επιπρόσθετη σύγχυση, αυξάνουν το διοικητικό φόρτο εργασίας και ενισχύουν την προσκόλληση στο τυπικό, κανονιστικό μέρος).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	30%	30%	30%



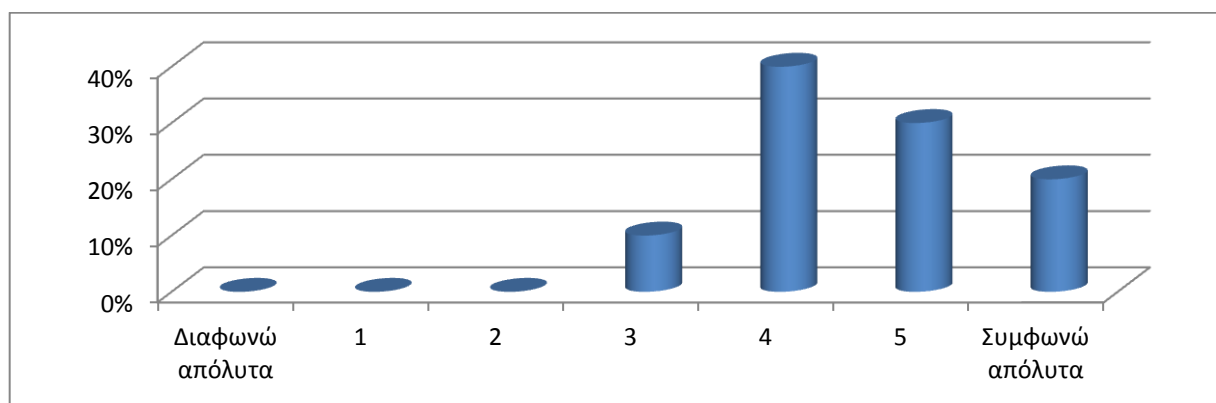
14. **Καθιέρωση μεθόδων άντλησης ιδεών και ανίχνευσης των νέων τάσεων στο νοσοκομείο**, (διερεύνηση και ανάδειξη των αναγκών, στάσεων, αντιλήψεων και ικανοποίησης του προσωπικού).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	20%	50%	20%



15. Προώθηση και διασφάλιση της μετάβασης στο συμμετοχικό μοντέλο από πλευράς κεντρικής διοίκησης και εποπτικού φορέα (Υπουργείου) καθώς και ενίσχυση της πρωτοβουλίας των εργαζομένων και αποδοχής των προτάσεών τους από τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
0%	0%	0%	10%	40%	30%	20%



Στη συνέχεια ακολούθησε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων του β' γύρου για την διεξαγωγή συμπερασμάτων.

7.4. Στατιστική Ανάλυση της Ποιοτικής Έρευνας

Ο έλεγχος εγκυρότητας της παρούσας έρευνας, διενεργήθηκε μέσω των εμπειρογνομόνων. Όπως αναφέρουν οι Christensen L., Robson C., (2007:35): «ο έλεγχος εγκυρότητας, στη μέθοδο Delphi, πραγματοποιείται μέσω των συμμετεχόντων. Ο ερευνητής επιστρέφει στα άτομα που μελέτησε, τους παρουσιάζει τις ερμηνείες του και ελέγχει την αναγνώριση και αποδοχή τους από αυτούς».

Στην συνέχεια, στις δεκαπέντε δηλώσεις-απόψεις, υπολογίστηκαν στατιστικά ο μέσος όρος, η διάμεσος και η επικρατούσα τιμή που αποτελούν και τα μέτρα κεντρικής τάσης και εκφράζουν την ομαδική κρίση/γνώμη της ομάδας των εμπειρογνομόνων και ακολούθως υπολογίστηκε η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη τιμή, η μέγιστη τιμή και το εύρος αφού αποτελούν μέτρα διασποράς και εκφράζουν τη συναίνεση ή το βαθμό διαφωνίας των ερωτηθέντων. Πιο αναλυτικά, τα μέτρα κεντρικής τάσης σχετίζονται με κάποια τιμή γύρω από την οποία τα δεδομένα τείνουν να συσσωρεύονται και τα μέτρα διασποράς εκφράζουν τη μεταβλητότητα των δεδομένων, δηλαδή τη διασπορά τους γύρω από κάποιο μέτρο αριθμητικής θέσης.

Οι μεταβλητές της έρευνας χρησιμοποιούν μια 7-βαθμη κλίμακα συμφωνίας-διαφωνίας τύπου Likert και ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, είναι δηλαδή ποιοτικές διατεταγμένες μεταβλητές. Σύμφωνα με τους Grotorex και Dexter (2000), αν θεωρήσουμε ότι την κλίμακα που χρησιμοποιούν οι ειδικοί για να εκφράσουν τη γνώμη τους ως «κλίμακα διαστήματος» (interval scale), μπορούμε να προβούμε στον υπολογισμό της τυπικής απόκλισης. Όσο πιο μικρή είναι η τυπική απόκλιση τόσο πιο συγκεντρωμένα γύρω από το μέσο όρο είναι τα δεδομένα και άρα τόσο μεγαλύτερη συμφωνία υπάρχει μεταξύ των ερωτηθέντων. Ο πίνακας 7.2. παρουσιάζει την ως άνω στατιστική ανάλυση.

Πίνακας 7.2. Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων του Β' Γύρου της Delphi

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ	ΑΠΟΨΕΙΣ-ΔΗΛΩΣΕΙΣ														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Μέσος	4,70	5,20	4,70	4,40	4,50	5,10	4,60	4,90	4,90	4,40	4,60	4,60	4,80	4,80	4,60
Διάμεσος	5	5	5	4,5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4,5
Επικρατούσα τιμή	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4
Τυπική απόκλιση	0,82	0,63	0,82	0,70	0,71	0,99	0,84	0,99	0,99	0,84	0,84	0,84	1,03	0,92	0,97
Ελάχιστο	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Μέγιστο	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Εύρος	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Από τον ως άνω πίνακα διαφαίνεται ότι:

- Ο μέσος όρος είναι άνω του 4,4 για όλες τις δηλώσεις-απόψεις. Η διάμεσος είναι 5 σε δώδεκα από τις δεκαπέντε δηλώσεις-απόψεις, 4,5 σε δύο δηλώσεις-απόψεις και 4 σε μία δήλωση-άποψη. Η επικρατούσα τιμή, δηλαδή η πιο συχνή απάντηση, είναι 5 σε δώδεκα δηλώσεις-απόψεις και 4 σε τρεις.

- Το εύρος των απαντήσεων (η διαφορά μεταξύ της μέγιστης και ελάχιστης τιμής) είναι 2 ή 3. Πιο συγκεκριμένα, κυμαίνεται από 3-6 για τις δηλώσεις-απόψεις 'έξι έως δεκαπέντε' καθώς και για την 1^η και 3^η δήλωση-άποψη. Η 4^η και η 5^η δήλωση-άποψη παρουσιάζουν ελάχιστη τιμή 3 και μέγιστη 5, ενώ η 2^η δήλωση-άποψη ελάχιστη 4 και μέγιστη 6.
- Μικρότερη τυπική απόκλιση (0,63) και άρα **μεγαλύτερη συναίνεση εμφανίζει η 2^η δήλωση-άποψη. Στην συνέχεια ακολουθούν οι δηλώσεις-απόψεις 4 και 5 με τιμές απόκλισης 0,70 και 0,71 αντίστοιχα.** Παρατηρούμε ότι οι δηλώσεις-απόψεις με το μικρότερο εύρος απαντήσεων (εύρος =2) έχουν και τη μικρότερη τυπική απόκλιση. Όλες οι υπόλοιπες τυπικές αποκλίσεις είναι μικρότερες της μονάδας με εξαίρεση τη δήλωση-άποψη 13 (τυπική απόκλιση=1,03).

Λόγω του υψηλού βαθμού συναίνεσης που επιτεύχθηκε, (90%) κατά το δεύτερο γύρο της μεθόδου Delphi, η έρευνα ολοκληρώθηκε με τη γνωστοποίηση των δεύτερων αποτελεσμάτων στους εμπειρογνώμονες. Η ποιοτική μέθοδος συλλογής δεδομένων Delphi διήρκησε συνολικά 5 μήνες. (1/11/2011-31/3/2012).

7.5. Ερμηνεία των Αποτελεσμάτων της Ποιοτικής Έρευνας

Εξετάζοντας τις απόψεις-δηλώσεις των ειδικών που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συναίνεση, οι εμπειρογνώμονες θεωρούν ότι για να επιτευχθεί **η μετάβαση από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό-ανθρωπίνων πόρων μοντέλο κουλτούρας, σε ένα 5ετές στρατηγικό σχεδιασμό**, θα πρέπει να ακολουθηθούν με τη σειρά τα κατωτέρω βήματα:

1. Προώθηση προγράμματος **αλλαγής φιλοσοφίας** του εργαζόμενου στη δημόσια διοίκηση, μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης.
2. Ενσυνείδητη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων σε **μικτές ομάδες εργασίας** για τη διαχείριση σύνθετων προβλημάτων και την καθιέρωση ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας.
3. Προαγωγή και ενίσχυση του δημόσιου νοσοκομείου σε **οργανισμό μάθησης** επικεντρωμένου στις δικές του ιδιαιτερότητες και μεταβαλλόμενες ανάγκες μάθησης των μελών που διαθέτει.
4. Λειτουργία των **Κύκλων Ποιότητας** σε επίπεδο Διευθύνσεων / Τομέων / Τμημάτων / Γραφείων- Ενδυνάμωση συμμετοχικών διαδικασιών.

5. Εκ βαθέων αλλαγή απόψεων, αντιλήψεων και νοοτροπίας των εργαζόμενων μέσω της συστηματικής καλλιέργειας μιας νέας συμμετοχικής κουλτούρας - **Συναισθηματική επένδυση στην εργασία.**
6. Δημιουργία πλαισίου ανάπτυξης και καλλιέργειας μιας «**κουλτούρας ποιότητας**» με αρχές, όραμα και αποστολή.
7. Δημιουργία **Ομάδων Δράσης** (task forces) για τη διαχείριση των κρίσεων στις υγειονομικές μονάδες σε όλα τα επίπεδα.
8. Εφαρμογή **νέων κριτηρίων επιλογής** και αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού.
9. **Αναδιάρθρωση των διαδικασιών** σε συστηματική βάση.
10. Καθιέρωση **μεθόδων άντλησης ιδεών** και ανίχνευσης των νέων τάσεων στο νοσοκομείο.
11. Προώθηση και **διασφάλιση της μετάβασης** στο συμμετοχικό μοντέλο από πλευράς **κεντρικής διοίκησης** και εποπτικού φορέα (Υπουργείου) καθώς και ενίσχυση της πρωτοβουλίας των εργαζομένων και αποδοχής των προτάσεών τους από τις διοικήσεις των νοσοκομείων.
12. Απεμπλοκή των **διοικητών-ηγετών** από μηχανισμούς πολιτικής επιρροής με επιλογή αυτών που διαθέτουν άριστες τεχνικές, ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες και ικανότητες.
13. Εισαγωγή και καθιέρωση του **Σφαιρικού κατά Τμήμα Προϋπολογισμού** με συνεχή εκπαίδευση κυρίως του ιατρικού προσωπικού.
14. Εισαγωγή **Ολοκληρωμένων Νοσοκομειακών Πληροφοριακών Συστημάτων** στο διοικητικό, κλινικό και εργαστηριακό υποσύστημα του νοσοκομείου.
15. Μείωση της **πολυνομίας** και **απλοποίηση** του νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας.

Οι προαναφερθείσες απόψεις των ειδικών του τομέα υγείας, ενισχύουν την θεωρητική προσέγγιση της οργανωσιακής αλλαγής που υποστηρίζει ότι η αλλαγή ενός υφιστάμενου μοντέλου κουλτούρας στο επιθυμητό προϋποθέτει την αλλαγή: στη φιλοσοφία (αξίες-συμπεριφορές), στην ηγεσία, στη δομή – διάρθρωση, στην τεχνολογία και στο ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού.

Ειδικότερα, η δήλωση – άποψη των εμπειρογνομόνων που εμφανίζει τη μεγαλύτερη συναίνεση αφορά την **αλλαγή της φιλοσοφίας (κουλτούρας) των μελών των δημοσίων νοσοκομείων**. Με τη ως άνω συναίνεση αναδεικνύεται η

θετική απάντηση στην κεντρική υπόθεση του μελετητικού αυτού πονήματος που πιστεύει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της οργανωσιακής αλλαγής των δημοσίων νοσοκομείων.

Η συστηματική εκπαίδευση για την εκ βαθέων αλλαγή φιλοσοφίας και νοοτροπίας των δημοσίων υπαλλήλων, η ενδυνάμωση αυτών για τη συναισθηματική τους εμπλοκή στο νοσοκομειακό χώρο, η ουσιαστική λειτουργία των κύκλων ποιότητας, οι μεικτές ομάδες εργασίας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, η τοποθέτηση ηγετών με συστημική προσέγγιση και συναισθηματική νοημοσύνη που θα ενορχηστρώνουν τη συλλογική προσπάθεια, η απεμπλοκή των ηγετών από πολιτικά συμφέροντα και πιέσεις, η υποστήριξη της όλης αλλαγής από το Υπουργείο Υγείας, η καθιέρωση του τμηματικού προϋπολογισμού, η εισαγωγή σύγχρονης τεχνολογίας και η μείωση της πολυνομίας (απογραφειοκρατικοποίηση) μπορούν να οδηγήσουν ένα δημόσιο νοσοκομείο στην αλλαγή του μοντέλου κουλτούρας και από γραφειοκρατικό μοντέλο σταδιακά να καταλήξει σε συμμετοχικό. Η αλλαγή αυτή θα ενισχύσει την καθιέρωση μιας κουλτούρας ποιότητας που θα έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια του ασθενή και θα μετατρέψει το δημόσιο νοσοκομείο σε έναν οργανισμό μάθησης που αποτελεί το σύγχρονο μοντέλο οργανισμού.

7.5. Σύνοψη Κεφαλαίου

Η αναγκαιότητα διερεύνησης του τρόπου επίτευξης της μετάβασης του δημοσίου νοσοκομείου από το γραφειοκρατικό (υφιστάμενο) στο συμμετοχικό-ανθρωπίνων πόρων μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας (επιθυμητό) σε ένα 5ετές στρατηγικό σχεδιασμό, οδήγησε την παρούσα διατριβή στη διενέργεια ποιοτικής έρευνας με τη μέθοδο Delphi. Η προαναφερθείσα μέθοδος χρησιμοποιεί ομάδα εμπειρογνομόνων, με διαπιστωμένη εμπειρία και γνώση στο ερευνητικό θέμα που εξετάζει, διενεργώντας γύρους (κύκλους) ερωτήσεων.

Στο παρόν μελετητικό εγχείρημα, την ομάδα των εμπειρογνομόνων την αποτέλεσαν 10 μέλη με εμπειρία τόσο στη διοίκηση – διαχείριση δημοσίων νοσοκομείων όσο και με γνώση στο αντικείμενο των υπηρεσιών υγείας αφού η πλειοψηφία αυτών είναι καθηγητές ιδρυμάτων ανώτατης εκπαίδευσης, ανώτατα στελέχη και διοικητές ή υποδιοικητές νοσοκομειακών οργανισμών.

Η έρευνα ολοκληρώθηκε σε δύο γύρους ερωτήσεων, το ποσοστό ανταπόκρισης των δύο γύρων ήταν 100% και ο βαθμός συναίνεσης μεταξύ των εμπειρογνομόνων ανήλθε στο 90%.

Η στατιστική ανάλυση της έρευνας κατέδειξε σημαντικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες η μετάβαση από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας είναι εφικτή εάν υπάρξουν σταδιακά οργανωσιακές αλλαγές στη φιλοσοφία (αξίες-συμπεριφορές), στον τρόπο διοίκησης, στη δομή – διάρθρωση, στην τεχνολογία και στο ανθρώπινο δυναμικό των δημοσίων νοσοκομείων. Όμως όπως διεφάνει με ενάργεια, απαιτείται η στήριξη αυτών των αλλαγών από τον εποπτικό φορέα (Υπουργείο Υγείας) και η μερική απογραφειοκρατικοποίηση των δημοσίων νοσοκομείων δηλαδή, η πολιτική βούληση και η υιοθέτηση του επιστημονικού κοινωνικού σχεδιασμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συμπεράσματα, Συζήτηση, Περιορισμοί και Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα

8.1. Τα Κυριότερα Συμπεράσματα της Ποσοτικής και Ποιότητας Έρευνας

Τα συμπεράσματα της παρούσας διατριβής διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στα ποσοτικά που ανέδειξε το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI) και στα ποιοτικά συμπεράσματα που κατέληξαν οι εμπειρογνώμονες της ομάδας Delphi.

Αναφορικά με την πρώτη κατηγορία συμπερασμάτων, προηγούμενες έρευνες των Μιχαλόπουλο Ν., (2003), Μπουραντά Δ., (2002) και Herzfeld M., (1992), υποστηρίζουν ότι οι δημόσιοι οργανισμοί στην Ελλάδα είναι κατά κανόνα δομημένοι γραφειοκρατικά. Το παρόν μελετητικό εγχείρημα επαληθεύει τις ως άνω έρευνες καταλήγοντας ότι, στα δημόσια νοσοκομεία δίδεται έμφαση στο ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο παρά ταύτα, ισχύει ένα μείγμα μοντέλων κουλτούρας. Ουσιαστικά δηλαδή, αποδεικνύει τη θεωρία του εργαλείου που υποστηρίζει ότι, δεν υφίσταται ένα αμιγές μοντέλο κουλτούρας σε έναν οργανισμό. Το **γραφειοκρατικό μοντέλο** υπερισχύει με αξιοσημείωτη διαφορά, σε σχέση με το δεύτερο μοντέλο που κατέγραψε το εργαλείο, αυτό των ανθρωπίνων πόρων ή συμμετοχικό. Τα δύο αυτά μοντέλα εστιάζουν στο εσωτερικό μικρό-περιβάλλον των νοσοκομείων και στις εσωτερικές διαδικασίες και δυναμικές.

Συνεπώς, τα δημόσια νοσοκομεία, παρουσιάζουν έναν εσωτερικό προσανατολισμό με τήρηση των κανόνων και διαδικασιών με εστίαση στον έλεγχο, την ιεραρχία, την προβλεψιμότητα και τη σταθερότητα. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας, που εστιάζουν στο εξωτερικό μακρό-περιβάλλον και την ανάπτυξη του νοσοκομείου, καταγράφουν μικρά ποσοστά. Οι Cameron & Quinn υποστηρίζουν ότι όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό σε ένα μοντέλο κουλτούρας τόσο ισχυρότερη είναι η κουλτούρα αυτή στον οργανισμό. Στη συγκεκριμένη έρευνα, το εύρος διαφοράς μεταξύ του ιεραρχικού-γραφειοκρατικού μοντέλου και του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων κυμαίνεται περίπου στις 23 μονάδες, καταδεικνύοντας έτσι ότι, η ισχύουσα κουλτούρα των δημοσίων νοσοκομείων είναι αυτή της **ισχυρής κουλτούρας**.

Το επιθυμητό μοντέλο οργάνωσης, σύμφωνα με τις απόψεις των στελεχών, είναι αυτό των **ανθρωπίνων πόρων ή του συμμετοχικού μάνατζμεντ**. Ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και το μοντέλο των στόχων αποδοτικότητας με μικρή διαφορά μεταξύ τους. Το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο καταλαμβάνει την τελευταία θέση στις επιλογές των στελεχών. Η διαφορά του στην παρούσα με την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα είναι 28 ποσοστιαίες μονάδες δηλαδή, καταδεικνύεται ισχυρή και σαφής **επιθυμία αλλαγής**. Σύμφωνα με τους συγγραφείς του εργαλείου, εάν, το εύρος διαφοράς μεταξύ της παρούσας και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας είναι 10 ποσοστιαίες μονάδες και άνω, υποδεικνύεται και η εφαρμογή άμεσων μέτρων προώθησης της **αλλαγής της κουλτούρας**.

Διαφαίνεται λοιπόν, η επιθυμία αλλαγής του ιεραρχικού μοντέλου οργάνωσης, προς την κατεύθυνση του μοντέλου του συμμετοχικού μάνατζμεντ, το οποίο όμως θα εμπεριέχει στοιχεία ευελιξίας, δημιουργικότητας, δυναμισμού και ανταγωνιστικότητας δηλαδή, στοιχεία και από τα άλλα δύο μοντέλα (ανοικτού συστήματος και στόχων/αποδοτικότητας). Η εστίαση παραμένει μεν στο εσωτερικό των νοσοκομείων αλλά ταυτόχρονα καταγράφεται και η επιθυμία εστίασης και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Από τα προαναφερόμενα, συμπεραίνεται η επιθυμία συνύπαρξης δύο ή περισσότερων μορφών ταυτόχρονα. Μπορεί λοιπόν, ο επιθυμητός στόχος να εστιάζεται στην ανάπτυξη και την επέκταση από τη μία αλλά ταυτόχρονα κατεγράφει επιθυμία εφαρμογής τυπικών κανόνων επικοινωνίας μεταξύ των μελών του οργανισμού και έλεγχο των πληροφοριών. Ανεδείχθει επίσης, ότι το δημόσιο νοσοκομείο μπορεί να δίνει έμφαση σε προγράμματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού αλλά ταυτόχρονα να απαιτεί και εκπλήρωση των στόχων του οργανισμού.

Συνεπώς, στην παρούσα έρευνα αναγνωρίζεται με ενάργεια η θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών ή η θεωρία του **παράδοξου μοντέλου** των Quinn & Cameron που υποστηρίζει ότι οι οργανισμοί οδηγούνται ταυτόχρονα σε ανταγωνιστικές κατευθύνσεις και περιέχουν παράλληλα ποικίλα χαρακτηριστικά. Είναι δυναμικοί και πολύπλοκοι και απαιτείται από τους ηγέτες να ανταποκρίνονται σε πολλούς ρόλους και πολλές καταστάσεις. Η συμπεριφοριακή πολυπλοκότητα απαιτεί από τους ηγέτες να είναι αποτελεσματικοί δρώντας σε πολλαπλούς ρόλους και παρουσιάζοντας διαφορετικές πολλές φορές **ανταγωνιστικές συμπεριφορές**. Δηλαδή, να διαχειρίζονται ορθολογικά αφενός μεν την καθημερινή λειτουργία των

οργανισμών βασιζόμενοι στους πόρους του οργανισμού, αφετέρου, να βρίσκουν ισορροπία μεταξύ των ανταγωνιστικών προσδοκιών που ενυπάρχουν στον οργανισμό.

Υπό το εν λόγω πρίσμα, οι ηγέτες των δημοσίων νοσοκομείων θα πρέπει να σκέφτονται μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα, να είναι άκαμπτοι και εύκαμπτοι, αποκεντρωμένοι και συγκεντρωτικοί, να προσδιορίζουν τους στόχους με τους διαθέσιμους πόρους και να ενδιαφέρονται τόσο για την ικανοποίηση των εργαζομένων όσο και για τις ανάγκες των ασθενών. Όπως κατέληξαν και οι O'Neill R., Quinn R., (1993), όλες οι παραπάνω παράμετροι, είναι σημαντικοί και ουσιαστικοί τόσο για την επιβίωση όσο και την εξέλιξη ενός οργανισμού.

Οι Cameron & Quinn (2006:88-89), στην ανάλυση του εργαλείου επεξηγούν τι μπορεί να σημαίνουν τα αποτελέσματα που καταγράφει μια έρευνα με το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI) όπως η παρούσα. Σύμφωνα με του συγγραφείς:

Μείωση του Γραφειοκρατικού – Ιεραρχικού Μοντέλου

ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Ελαχιστοποίηση ανώφελων κανόνων και διαδικασιών
- Ελαχιστοποίηση γραφειοκρατίας
- Ελαχιστοποίηση ιεραρχικών ορίων
- Αύξηση της συμμετοχής των μελών στις αποφάσεις

ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Κατάργηση της λογικής δομής
- Κατάργηση της καθοδήγησης
- Ελαχιστοποίηση της αξιοπιστίας και του ελέγχου
- Ελαχιστοποίηση των χρονοδιαγραμμάτων και των υπευθύνων

Αύξηση του Μοντέλου των Ανθρωπίνων Πόρων

ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Εντοπισμό των αναγκών των εργαζομένων
- Υποστήριξη της συμμετοχικής εργασίας
- Αναγνώριση και υποστήριξη των καλύτερων από κάθε ομάδα
- Ενθάρρυνση εργαζομένων
- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης
- Ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους
- Παροχή δυνατοτήτων για αυτό-διοίκηση

ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Ελευθερία χωρίς ευθύνες
- Εργασία χωρίς στόχους
- Εστίαση μόνο στο εσωτερικό περιβάλλον
- Απειθαρχία

Αύξηση του Μοντέλου του Ανοικτού Συστήματος

ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Αύξηση του δυναμισμού στο νοσοκομείο
- Ενθάρρυνση για πρωτοβουλίες
- Δημιουργία καινοτομίας και καινοτομικών προγραμμάτων
- Αλλαγή ρόλων
- Οριοθέτηση οράματος για το μέλλον

ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Αναλαμβάνω ρίσκα χωρίς να σκεφτώ το μέλλον
- Δεν εστιάζω στους στόχους
- Δεν ικανοποιώ τις ανάγκες των ασθενών

Αύξηση του Μοντέλου Στόχων / Αποδοτικότητας

ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Διακατέχομαι από το πνεύμα του νικητή
- Σκέφτομαι τον ανταγωνισμό
- Ορίζω τους στόχους του νοσοκομείου
- Δίνω σημασία στα αποτελέσματα
- Επικεντρώνομαι στον ασθενή

ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Σκέφτομαι μόνο τη λογιστική αριθμητική
- Δεν ικανοποιώ τις ανάγκες των εργαζομένων
- Δεν εστιάζω στον σκοπό του οργανισμού

Οι ως άνω συμπερασματικές διαπιστώσεις, της παρούσας έρευνας αναλυόμενες με το ανωτέρω θεωρητικό πλαίσιο, μπορεί να αποτελέσουν ένα πρώτο εγχειρίδιο της κατεύθυνσης της αλλαγής για τους διοικητές των νοσοκομείων.

Στη θεωρία της Οργανωσιακής Κουλτούρας, οι Bourn M., Mahmoud E., (1986) υποστηρίζουν ότι εάν και οι οργανισμοί λειτουργούν με ένα ευρύ πολιτισμικό περιεχόμενο εντούτοις, αναπτύσσουν τις δικές τους κοινωνικό-πολιτισμικές διαστάσεις τις οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού. Η παρούσα έρευνα δεν διέκρινε διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων ως προς το μοντέλο κουλτούρας που ισχύει ή με αυτό που επιθυμούν τα στελέχη να ισχύει σε 5 έτη. Στο σύνολό τους τα στελέχη των νοσοκομείων δηλώνουν ότι επικρατεί το γραφειοκρατικό μοντέλο και επιθυμούν κυρίως το συμμετοχικό. Ίσως ένα άλλο εργαλείο διάγνωσης της οργανωσιακής κουλτούρας ή μια έρευνα με μέθοδο συλλογής δεδομένων την παρατήρηση ή την φαινομενολογική προσέγγιση να κατέγραφε ορισμένα κοινωνικό – πολιτιστικά στοιχεία διαφορετικότητας μεταξύ των νοσοκομείων.

Αναφορικά με το **μέγεθος** (μεγάλο-μεσαίου) του νοσοκομείου, κατεδείχθει ότι τούτο δεν επηρεάζει το υπάρχον και το επιθυμητό μοντέλο κουλτούρας. Στην παρούσα κατάσταση τα στελέχη τόσο των μεγάλων όσο και των μεσαίων μεγέθους

νοσοκομείων πιστεύουν ότι ισχύει το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο. Η μόνη διαφορά, στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία εμφανίζεται στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων που έχει μια θετικότερη στάση ως προς το εν λόγω μοντέλο. Συνεπώς, επιβεβαιώνεται ότι όσο μικρότερος σε μέγεθος είναι ένας οργανισμός, τόσο πιο εύκολα δημιουργούνται άτυπες δομές και σχέσεις μεταξύ των μελών του. Η ως άνω συμπερασματική παρατήρηση, συμφωνεί με αποτελέσματα ερευνών των George T., Bishop L., (1972) και Philippidou S. et al, (2004), που υποστηρίζουν ότι στους οργανισμούς μικρού ή μεσαίου μεγέθους επικρατεί ένα κλίμα πιο ανοικτό ενώ, όσο μεγαλύτερος είναι ο οργανισμός τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της γραφειοκρατίας με περισσότερο έλεγχο και συντονισμό και με επικράτηση του κλειστού κλίματος. Στην επιθυμητή όμως κατάσταση υπάρχει αντίστοιχα συμφωνία (μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων) ανεξαρτήτως μεγέθους νοσοκομείου.

Η **προϋπηρεσία** και το **φύλο** των νοσοκομειακών στελεχών, δεν επηρεάζει τις απόψεις τους σχετικά με την παρούσα και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα. Η έρευνα κατέγραψε ως υφιστάμενο μοντέλο το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό και ως επιθυμητό των ανθρωπίνων πόρων, ανεξαρτήτως ετών επαγγελματικής εμπειρίας ή φύλο.

Η **ιεραρχική θέση** φαίνεται να επηρεάζει **διαφορετικά τις αντιλήψεις** των στελεχών σχετικά με το σημερινό οργανωσιακό μοντέλο κουλτούρας. Ενώ όλα τα ιεραρχικά επίπεδα των νοσοκομείων (Διευθυντές, Αναπληρωτές Διευθυντές, Υποδιευθυντές, Τομεάρχες και Προϊστάμενοι) θεωρούν ότι επικρατεί το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας, οι Τομεάρχες (ανήκουν μόνο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία) θεωρούν ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο ισχύει σε μικρότερο βαθμό και δίδουν ένα υψηλό ποσοστό στο μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Στην επιθυμητή όμως κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων υπερισχύει καθαρά έναντι των άλλων στο σύνολό τους σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα.

Η **υπηρεσία** επηρεάζει την **ισχύ των μοντέλων** μόνο στην παρούσα κατάσταση. Το γραφειοκρατικό μοντέλο είναι πιο ισχυρό στην τεχνική, στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία, ενώ υπερισχύει έναντι των άλλων τριών, παρά ταύτα, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας λαμβάνουν μεγαλύτερο βαθμό ισχύος από ότι στις άλλες τρεις υπηρεσίες. Συνεπώς, η νοσηλευτική υπηρεσία παρουσιάζει έναν πιο ασθενο-κεντρικό χαρακτήρα. Η καθημερινή επαφή των νοσηλευτών με τον ασθενή για την αντιμετώπιση της ασθένειας διευκολύνει μεν, αλλά επειδή τους ενδιαφέρει η άμεση

θεραπευτική αποτελεσματικότητα για την ανακούφιση τους αναδεικνύουν το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας ως επίσης ισχυρό.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας διατριβής αναλύθηκε το θεωρητικό πλαίσιο διαπίστωσης των διαφορετικών υποκουλτούρων στις διαφορετικές υπηρεσίες. Εντούτοις, η παρούσα έρευνα δεν κατέγραψε την ύπαρξη υποκουλτούρων. Ως υποκουλτούρα στην παρούσα έρευνα ορίζεται μια ομάδα ανθρώπων που διαθέτουν ιδιαίτερα κοινά χαρακτηριστικά ανεξάρτητα από τη γενικότερη κουλτούρα που διαθέτει ο οργανισμός. Η κουλτούρα, ιδιαίτερα στη υφιστάμενη κατάσταση, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «**ενοποιημένη κουλτούρα**» (Martin, 1992), δηλαδή ως μια κουλτούρα με ευρεία συνείδηση των αξιών, πιστεύω και συμπεριφορών μέσα στον οργανισμό. Ανατρέχοντας βέβαια, στο θεωρητικό μέρος, του μελετητικού αυτού εγχειρήματος, συγγραφείς όπως Αγραφιώτης Δ., 2003, Οικονόμου Χ., 2004, Σαρρής Μ., 2001, υποστηρίζουν ότι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα στην άσκηση διοίκησης στο νοσοκομείο είναι η έντονη επικράτηση της ιατρικής εξουσίας. Προφανώς, το εργαλείο της έρευνας δεν μπόρεσε να αναδείξει βαθύτερα πιστεύω και συμπεριφορές της ιατρικής υπηρεσίας που να διαγράφουν αξιόπιστα τη διαφοροποίηση από τις άλλες τρεις υπηρεσίες. Συνεπώς, μια ποιοτική έρευνα με τη μέθοδο της συνέντευξης ή της παρατήρησής να ήταν σε θέση να διεισδύσει σε ασυνείδητες πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα της ιατρικής υπηρεσίας και να καταγράφει πιθανές διαφοροποιήσεις. (Schein E., 2004).

Αναφορικά με τις **έξι (6) διαστάσεις του εργαλείου** (κύρια χαρακτηριστικά των νοσοκομείων, ηγεσία των νοσοκομείων, διοίκηση ανθρωπίνων πόρων των νοσοκομείων, κυρίαρχο στοιχείο των νοσοκομείων, ανάπτυξη στρατηγικής των νοσοκομείων, κριτήρια επιτυχίας των νοσοκομείων), στην παρούσα κατάσταση το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας υπερισχύει έναντι των άλλων. Συνεπώς, στην παρούσα κατάσταση καταγράφηκε **100% συμφωνία** και στις έξι διαστάσεις του εργαλείου.

Στην επιθυμητή κατάσταση, καταγράφηκε **83% συμφωνία** μεταξύ των έξι διαστάσεων. Η διάσταση «κυρίαρχο στοιχείο των νοσοκομείων» διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες, προβάλλοντας ως πρώτη επιθυμητή επιλογή το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Η εστίαση στην εν λόγω διάσταση επικεντρώνεται στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου με έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στην επίτευξη των στόχων, στην καινοτομία και στην ανάπτυξη των τμημάτων.

Γενικότερα, αναλύοντας τα αποτελέσματα της ποσοτικής μεθόδου, στην επιθυμητή κατάσταση ανά διάσταση, διαπιστώνεται ότι τα νοσοκομειακά στελέχη:

1. Επιθυμούν το **κύριο χαρακτηριστικό** του νοσοκομείου, δηλαδή το κλίμα που θα επικρατεί, να είναι η υποστήριξη της συμμετοχικότητας στη λήψη αποφάσεων, οι ευκαιρίες για πρωτοβουλίες, η δυνατότητα να είναι ανταγωνιστικοί και δυναμικοί και να αναλαμβάνουν καινοτόμες αποφάσεις με έμφαση στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα της εργασίας τους.
2. Αναζητούν μια **ηγεσία** η οποία, ενώ θα συντονίζει και θα οργανώνει τις καθημερινές λειτουργίες και διαδικασίες του νοσοκομείου, ταυτόχρονα δεν θα διστάζει να συμβάλλει με τις αποφάσεις της στην ανταγωνιστικότητα, να δίνει έμφαση στα αποτελέσματα των εργασιών, να καινοτομεί, να αναλαμβάνει κινδύνους και όλα αυτά, υπό το πρίσμα του συμμετοχικού μάνατζμεντ. Επιθυμούν ουσιαστικά μια **χαρισματική ηγεσία** με εστίαση τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου.
3. Επιθυμούν η **διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων** να χαρακτηρίζεται από ομαδικότητα, συναίνεση, συμμετοχή, καινοτομία, ατομική πρωτοβουλία, ελευθερία, πρωτοτυπία με έμφαση στην παραγωγή και στην επίτευξη των στόχων, με σεβασμό στην ατομική αξία κάθε μέλους του νοσοκομείου.
4. Πιστεύουν ότι το **κυρίαρχο στοιχείο** του νοσοκομείου, αυτό που πραγματικά τους κινητοποιεί, οφείλει να είναι η δέσμευση και η πίστη στον οργανισμό καθώς και η έμφαση στην καινοτομία και στην ανταγωνιστικότητα.
5. Θεωρούν ότι η **στρατηγική του νοσοκομείου** θα πρέπει να προσανατολισθεί στο εξωτερικό περιβάλλον ώστε να υπάρξει άντληση νέων πόρων και νέων ευκαιριών με ανταγωνιστικές δράσεις και επικράτηση στον τομέα της υγείας μέσω της ανάπτυξης και της συμμετοχής των ανθρωπίνων πόρων.
6. Θεωρούν δε ως **κριτήρια μελλοντικής επιτυχίας**, την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, την ομαδικότητα και τη δέσμευση των μελών, το χαμηλό κόστος λειτουργίας, την αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών και τον καλό προγραμματισμό.

Η δεύτερη κατηγορία συμπερασμάτων αφορά τα αποτελέσματα της ποιοτικής μεθόδου Delphi που είχε ως στόχο πρώτον, να αναδείξει τη σημαντικότητα της οργανωσιακής κουλτούρας στη γενικότερη οργανωσιακή αλλαγή των δημοσίων νοσοκομείων και δεύτερον, την εύρεση τρόπου μετάβασης από το γραφειοκρατικό

στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης και ουσιαστικά την επίτευξη όλων των προαναφερόμενων επιθυμιών των ανώτατων και ανώτερων στελεχών.

Οι εμπειρογνώμονες που συμμετείχαν στη μεθοδολογική αυτή διαδικασία, θεωρούν ότι για να επιτευχθεί η μετάβαση από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό-ανθρωπίνων πόρων μοντέλο κουλτούρας, σε ένα 5ετές στρατηγικό σχεδιασμό, θα πρέπει να ακολουθηθούν σταδιακά τα κατωτέρω βήματα:

- Συστηματική εκπαίδευση για την εκ βαθέων **αλλαγή φιλοσοφίας** και νοοτροπίας των δημοσίων υπαλλήλων με την ενδυνάμωση αυτών για τη **συναισθηματική τους εμπλοκή** στο νοσοκομειακό χώρο,
- Ουσιαστική λειτουργία των **κύκλων ποιότητας**, η δημιουργία **μεικτών ομάδων εργασίας** σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού και η καθιέρωση **μεθόδων άντλησης ιδεών** και τάσεων μέσα από τις ομάδες,
- Προαγωγή του νοσοκομείου σε **οργανισμό μάθησης** με την καλλιέργεια και ανάδειξη **κουλτούρας ποιότητας**,
- **Δημιουργία ομάδων δράσης** για τη διαχείριση των κρίσεων στις υγειονομικές μονάδες σε όλα τα επίπεδα,
- **Απεμπλοκή** των ηγετών από **πολιτικά** συμφέροντα και πιέσεις και η τοποθέτηση **ηγετών με συστημική προσέγγιση** και συναισθηματική νοημοσύνη που θα ενορχηστρώνουν τη συλλογική προσπάθεια,
- Εφαρμογή νέων **κριτηρίων αξιολόγησης** των ανθρωπίνων πόρων,
- **Αναδιάρθρωση των διαδικασιών** με την εισαγωγή **σύγχρονης τεχνολογίας** με κύρια συνιστώσα, τη καθιέρωση του **σφαιρικού & τμηματικού προϋπολογισμού**,
- Μείωση της **πολυνομίας** (απογραφειοκρατικοποίηση),
- **Υποστήριξη** της όλης αλλαγής από το **Υπουργείο Υγείας**.

Πράγματι, οι προαναφερθείσες απόψεις των ειδικών στο σχεδιασμό του τομέα υγείας, ενισχύουν την θεωρητική προσέγγιση της οργανωσιακής αλλαγής που υποστηρίζει ότι η αλλαγή ενός υφιστάμενου μοντέλου κουλτούρας στο επιθυμητό προϋποθέτει την αλλαγή: στη φιλοσοφία (αξίες - συμπεριφορές), στην ηγεσία, στη δομή – διάρθρωση, στην τεχνολογία και στο ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού. (Kotter J., 2001, Kotter J. Cohen D., 2002, Savage C., 2000, Cameron K., 2004, Campbell R., 2009, Jones G., 2010, Schein E., 2004). Συνοψίζοντας, οι εμπειρογνώμονες θεωρούν ότι τα αναγκαία αυτά βήματα θα ενισχύσουν την

καθιέρωση μιας κουλτούρας ποιότητας που θα έχει ως θεμελιακή αφετηρία την ασφάλεια του ασθενή και θα μετατρέψει το δημόσιο νοσοκομείο σε έναν διαρκή οργανισμό μάθησης με στόχο την ανάδειξη καινοτόμων και αναπτυξιακών οργανωσιακών συμπεριφορών.

8.2. Συζήτηση των Συμπερασμάτων

Η κύρια επαληθευτική επιστημονική αξία και το ουσιαστικό συμπέρασμα της ποσοτικής έρευνας είναι η **επιθυμία αλλαγής** της οργανωσιακής κουλτούρας, από την πλευρά των ανώτερων και ανώτατων στελεχών. Το γραφειοκρατικό μοντέλο που είναι εδραιωμένο δεκαετίες τώρα με τη δυσκαμψία του, το φόβο του εκσυγχρονισμού και τον περιορισμένο βαθμό αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα ανάσχεσης της ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομειακού συστήματος δηλαδή, αποτελεί αιτία αναπτυξιακού περιορισμού του κυριότερου συντελεστή της παραγωγικής διαδικασίας. Όπως διεφάνει, από την προηγηθείσα έρευνα, ίσως η μόνη υπηρεσία του νοσοκομείου που έχει υιοθετήσει, έστω και άτυπα, σε πρωτογενές επίπεδο αξίες του συμμετοχικού μοντέλου και του μοντέλου στόχων/αποδοτικότητας, για την εξυπηρέτηση των ασθενών, είναι η νοσηλευτική υπηρεσία.

Η έρευνα του Herzfeld (1992), συνοψίζει τη σημερινή νοοτροπία του γενικότερου δημόσιου τομέα, ως νοοτροπία της ευθυνοφοβίας και της αδιαφορίας. Τούτο θεωρείται και από τους εμπειρογνώμονες της έρευνας αδιαμφισβήτητο επιστημονικό δεδομένο και προς τούτο κατέδειξαν ότι ο δρόμος αλλαγής και το σημαντικότερο βήμα μετάβασης από το ένα μοντέλο στο άλλο είναι αυτό της **αλλαγής στη φιλοσοφία και στη νοοτροπία των δημοσίων υπαλλήλων μέσω της εκπαίδευσης**. Για να καταστεί όμως εφικτή η αλλαγή της συγκεκριμένης νοοτροπίας, η προτεινόμενη εκπαιδευτική μεθοδολογία πρέπει να εστιάζει στην αλλαγή του τρόπου που τα μέλη βλέπουν ένα δημόσιο νοσοκομείο, του τρόπου που συμπεριφέρονται και αντιδρούν εντός του επιχειρησιακού αυτού συστήματος. Τούτο όμως προϋποθέτει βαθύτερες αλλαγές στις αξίες και στα πιστεύω, αλλαγές στα πρότυπα συμπεριφοράς, αλλαγές στον τρόπο που μιμούνται, που αντιγράφουν και που αναπτύσσουν τα μέλη, εμπνεόμενα από τις πρακτικές της ηγεσίας και λαμβάνοντας υπόψη το γενικό

πολιτισμικό υπόβαθρο που διαμορφώνεται από το εξωγενές κοινωνικό περιβάλλον, αλλαγές δηλαδή που αγγίζουν την ίδια την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Ο μαξιμαλιστικός αυτός στόχος που οραματίζονται και πιστεύουν οι εμπειρογνώμονες και η θεμελιακή διεθνώς επιστημονική αξία της εν λόγω προσέγγισης στο πρώτο παρεμβατικό στάδιο αλλαγής, είναι φυσικό, να δημιουργήσει αντίσταση και αντίδραση από την πλευρά των μελών. Υπάρχει λοιπόν, ένα συγκρουσιακό μεταρρυθμιστικό δεδομένο μεταξύ αναγκαιότητας της αλλαγής για την επίτευξη μεγαλύτερου αποτελέσματος και των αντιστάσεων των μελών προς την επίτευξη του στόχου αλλαγής της φιλοσοφίας και την νοοτροπίας του προσωπικού.

Στις σημερινές συνθήκες βαθύτατων οικονομικών ανακατατάξεων το πρώτο βήμα για οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο, όπως τονίζει και ο Kotter J., καθίσταται όχι μόνο αναγκαίο αλλά κυρίως υπέρμετρα επείγον. Το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο όπως είναι φυσικό δεν αποτελεί εξαίρεση στην παρούσα οικονομική κρίση για να προβεί σε επείγουσες μεταρρυθμιστικές διαδικασίες μέσω της οργανωσιακής αλλαγής και κουλτούρας. Η κάλυψη των ολοένα και αυξανόμενων αναγκών δευτεροβάθμιας περίθαλψης αποτελεί στόχο που βρίσκεται στο υψηλότερο βάθρο της ιεράρχησης των επιλογών της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας και των διοικήσεων των νοσοκομείων. Το θεωρητικό πλαίσιο των οικονομικών και της διοίκησης υγείας έχει καταδείξει ότι σε συνθήκες ύφεσης, όπως οι σημερινές, η αύξηση της νοσηρότητας σε συνδυασμό με τη μείωση των εισοδημάτων προκαλούν αύξηση της ζήτησης των δημοσίων υπηρεσιών. Καθίσταται λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη μιας νέας φιλοσοφίας, μιας φιλοσοφίας που θα στοχεύει στην ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των μελών του νοσοκομείου για τη συνειδητή ενεργοποίηση των ανθρώπινων παραγωγικών δυνάμεων του.

Το **δημόσιο νοσοκομείο**, παρέχει ένα κοινωνικό αγαθό με πρωταρχική θέση στην κλίμακα αναγκών του ανθρώπου, αυτό της υγείας. Συνεπώς, τα μέλη οφείλουν να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας και παράλληλα να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα ασφαλές για τον ασθενή νοσοκομειακό περιβάλλον. Η **κουλτούρα της υπευθυνότητας** και η **κουλτούρα της ποιότητας** στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, θα πρέπει να αποτελέσουν τη νέα φιλοσοφία και νοοτροπία των δημοσίων νοσοκομειακών στελεχών ώστε να καταστεί θεμέλιο και βασικό στοιχείο η **δημόσια αξία** στην έννοια της εργασίας. Η θεωρία της δημόσιας αξίας βρίσκει ακριβώς την αδιατάρακτη επιστημονικής της σχέση με το πολυτιμότερο και πρώτιστο αγαθό αυτό της υγείας που αποτελεί και τη μέγιστη ανθρώπινη αξία. Δηλαδή, την

ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών που βασίζονται στην εμπιστοσύνη, στη νομιμότητα, στην ποιότητα, στην ασφάλεια, στη προσωπική χρησιμότητα και στην ικανοποίηση αυτών. Είναι λοιπόν φανερό ότι η εκρίζωση της διοικητικής νοσοκομειακής ακαμψίας δύναται να ξεκινήσει από την αλλαγή της συμπεριφοράς και της αντίληψης περί δημόσιας αξίας.

Η αλλαγή στη συμπεριφορά και στις αξίες οφείλει να βασίζεται σε πρότυπα. Οι θεωρητικοί της οργανωσιακής αλλαγής υποστηρίζουν ότι **πρότυπο συμπεριφοράς** αποτελεί η **ηγεσία** του νοσοκομείου. Η ηγεσία οφείλει να έχει την ικανότητα να υπερβεί και να δράσει εκτός των σημερινών επικρατούντων ορίων κουλτούρας δημιουργώντας ένα νέο καινοτόμο πλαίσιο πιο προσαρμοστικό στις νέες συνθήκες και να καταφέρει να το ενσωματώσει σταδιακά στο νοσοκομείο. Η εισαγωγή και η ενσωμάτωση στο νοσοκομείο της κουλτούρας της υπευθυνότητας, της ποιότητας και της συνεχούς μάθησης είναι ευθύνη και πρόκληση για την ηγεσία. Σύμφωνα με τον Senge (1992), πρωτίστως η ηγεσία και στη συνέχεια κάθε μέλος ξεχωριστά οφείλει να επιδιώξει. Πρώτον, την **προσωπική υπεροχή** δηλαδή, την ενίσχυση τόσο των τεχνικών δεξιοτήτων όσο και την απόκτηση αυτογνωσίας για τον περιορισμό, αποφυγή ή υπέρβαση αρχών, δράσεων ή συνηθειών που δεν αντιπροσωπεύουν την επιδιωκόμενη και νέα κουλτούρα. Απλά θα λέγαμε ότι το κάθε μέλος οφείλει να αναπροσδιορίσει τις δυνατότητες αλλά και τα όρια του σε σχέση με το νέο επίπεδο κουλτούρας. Δεύτερον, τη διάγνωση των **νοητικών μοντέλων** που θα υποστηρίξουν την αλλαγή της κουλτούρας. Τρίτον, τη **συστημική προσέγγιση** που ταυτίζεται με την ολιστική αναλυτική και συνθετική σκέψη του νοσοκομείου θεσμικά και συναισθηματικά, την αλλαγή στα μοτίβα επικοινωνίας με την εφαρμογή ενός συστήματος επικοινωνίας που όλοι συνδιαλέγονται και επικοινωνούν με όλους με στόχο την **ομαδική μάθηση** και τέταρτον, τη δημιουργία ενός **κοινού οράματος** που θα είναι ενσωματωμένο στη φιλοσοφία, αξίες, αποστολή και τους στόχους του νοσοκομείου. Είναι λοιπόν ευθύνη της ηγεσίας η κατανόηση και η αλληλεξάρτηση των διαφόρων μερών του νοσοκομείου καθώς και η συνολική θεώρηση των επικείμενων αλλαγών.

Επιπρόσθετα, μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις και αναγκαιότητες για την μετάβαση από το ένα μοντέλο κουλτούρας στο άλλο είναι η αρμονική συνύπαρξη των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων του νοσοκομείου και των διαφορετικών πολιτισμικών τους χαρακτηριστικών. Σε αυτή τη περίπτωση η ηγεσία λειτουργεί ως καταλύτης και επιφέρει την **πολιτισμική συνύπαρξη**. Εκσυγχρονισμός, νέες

εργασιακές σχέσεις, νέες συμπεριφορές, ευέλικτα οργανωτικό-διοικητικές τεχνικές και εργαλεία, για να εισαχθούν, από την πλευρά της ηγεσίας, στις νέες μορφές διοικητικής μεθοδολογίας προϋποθέτουν τη διακοπή ή τουλάχιστον την άμβλυνση των εσωτερικών αντιθέσεων μεταξύ των ομάδων-κατηγοριών εργαζομένων με διαφορετική κουλτούρα και κοινωνικά, επαγγελματικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Τα σύγχρονα διοικητικά συστήματα θεμελιώνονται στην έννοια της συνολικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας μέσα από την εργασιακή διάδραση και συνεργασία του συνόλου του προσωπικού. Η επικρατούσα υποκουλτούρα των ομάδων ευνοεί την ατομική προσπάθεια και κατοχύρωση των αποτελεσμάτων των επιμέρους ομάδων. Το νοσοκομείο όμως μοιάζει με οργανισμό ομαδικού αθλήματος όπου ο κάθε αθλητής δεν ενδιαφέρεται για το τελικό αποτέλεσμα της ομάδας αλλά για την ατομική του απόδοση και την προσωπική του ανταμοιβή. Όταν όμως το τελικό αποτέλεσμα είναι αρνητικό συμπαρασύρει και τους αθλητές με τη μέγιστη απόδοση. Ιδιαίτερα, η πολιτιστική συνύπαρξη, της **ιατρικής** και της **διοικητικής επαγγελματικής ομάδας**, τίθεται ως θέμα μείζονος σημασίας για την επιτυχία της μετάβασης. Εάν η ηγεσία δεν μπορέσει να επιτύχει τη συνύπαρξη και την έννοια της συλλογικής αποτελεσματικότητας, δεν θα μπορέσει να εφαρμόσει την φιλοσοφία της οργανωσιακής μάθησης. (Schein E., 2004, Σούλης Σ., 2012).

Η βασική μεθοδολογική τεχνική που θα βοηθήσει προς την πολιτισμική συνύπαρξη των υποομάδων, σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες, είναι η ουσιαστική εφαρμογή των **κύκλων ποιότητας με μεικτές ομάδες εργασίας** σε όλα τα επίπεδα του νοσοκομείου (τμήματα, τομείς, διευθύνσεις). Οι κύκλοι ποιότητας και οι μεικτές ομάδες εργασίας είναι το πρώτο βήμα εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης στη πράξη. Μια σειρά από προβλήματα στα δημόσια νοσοκομεία απαιτούν την ενεργοποίηση πολλαπλών γνώσεων, δεξιοτήτων, και ειδικοτήτων, προκειμένου να υπάρξει κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα. Απαιτείται δηλαδή, η **διεπιστημονική μελέτη** κάθε λειτουργικής δράσης του νοσοκομείου. (Χυτήρης Λ., 2001, Ζαβλανός Μ., 2002, Μπουραντάς Δ., 2002, Λειβαδάς Λ. 2003). Ο κάθε κύκλος ποιότητας ή η κάθε μεικτή ομάδα εργασίας χρειάζεται να κατανοήσει τον ουσιαστικό λόγο ύπαρξής της. Η μόνη οδός προς αυτή τη κατεύθυνση είναι η **ενδυνάμωση των ομάδων** και η πραγματική συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων. Εάν οι ομάδες αισθανθούν ότι έχουν «φωνή» και επηρεάζουν την πορεία του νοσοκομείου, μελλοντικά ίσως αποκτήσουν την κουλτούρα του νικητή. Όπως επικαλείται ο Campbell R., (2009), τούτο μπορεί να δώσει ώθηση στο νοσοκομείο όχι μόνο για επιβίωση αλλά και για

επέκταση. Ο κάθε κύκλος ποιότητας ή μεικτή ομάδα εργασίας οφείλει να έχει όραμα, στρατηγική, στόχους, τα μέσα, τους δείκτες μέτρησης της εργασίας τους, την επίγνωση των διορθωτικών μέτρων, τη δημιουργία κοινής γλώσσας και κατανόησης των καταστάσεων, τα όρια, την επίγνωση της θέσης του κάθε μέλους μέσα στην ομάδα και τη καλλιέργεια φιλικών συναισθημάτων μεταξύ τους με στόχο την εδραίωση της εμπιστοσύνης που θεωρείται απαραίτητο συστατικό επιτυχίας της. (Schein E., 2004).

Η λειτουργία των ομάδων στο νοσοκομείο θα δημιουργήσει μια πολύ διαφορετική αλλά ισχυρή και υποκινητική κουλτούρα όπου θα ενθαρρύνεται η **αυτοεκτίμηση** του ατόμου, η ικανοποίησή του και η πίστη του προς το νοσοκομείο και θα υπάρξει συναισθηματική εμπλοκή. Οι κύκλοι ποιότητας θα ενισχύσουν ένα σύστημα αυτοελέγχου, ένα σύστημα ανάπτυξης των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων των μελών και ταυτόχρονα ένα σύστημα ατομικής ευθύνης, με τις αποφάσεις να λαμβάνονται ομαδικά, αλλά η εφαρμογή τους να αφορά ατομικά το κάθε μέλος.

Η κουλτούρα της υπευθυνότητας και η κουλτούρα της ποιότητας είναι σε θέση να επιφέρουν και τη **χρηστή διαχείριση** του νοσοκομειακού τομέα (Π.Ο.Υ. 2002), και να προσανατολιστούν οι ανθρώπινοι πόροι του συστήματος υγείας, στην ενίσχυση των ικανοτήτων τους ώστε να μπορούν να αναπτύξουν εργαλεία αξιολόγησης μιας πιο αποτελεσματικής και αποδοτικής παροχής υγείας και τέλος να μετεξελιχθούν τα νοσοκομεία σε οργανισμούς μάθησης μέσω εφαρμοσμένων εμπειρικών πρακτικών και τεχνικών.

Η ομάδα εμπειρογνομόνων, της παρούσας διατριβής, υποστηρίζει ότι η συνήθεια εφαρμογής τεχνικών γραφειοκρατικών διαδικασιών αποτελεί επίσης τροχοπέδη στην εδραίωση της οργανωσιακής αλλαγής. Παρότι έχουν ψηφιστεί τα τελευταία 15 έτη νόμοι εκσυγχρονισμού του δημοσίου νοσοκομείου (όπως για παράδειγμα ο νόμος περί εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας), οι νόμοι αυτοί είτε δεν υλοποιήθηκαν είτε η εφαρμογή τους δεν επηρέασε την αποτελεσματικότητα η οποία παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Συνεπώς, οι αλλαγές μόνο στο θεσμικό-νομοθετικό επίπεδο δεν αποτελούν εχέγγυο και δεν επαρκούν για την επιδιωκόμενη αλλαγή στο σημερινό μεταβαλλόμενο κόσμο. Η σχεδίαση ενός **πλαίσιου διοίκησης της μάθησης** όπου οι δημόσιοι οργανισμοί θα μαθαίνουν και επομένως θα αλλάζουν βελτιώνοντας την απόδοσή και την ποιότητά τους, αποφεύγοντας τη φθορά, είναι αδιαμφισβήτητη επιστημονική πρακτική.

Το σύνθημα «from bureaucracy to flexocracy», (Μακρυδημήτρης Α., 1999), που έχει καθιερωθεί στις αναπτυγμένες χώρες, και αναφέρεται στην ανάγκη σύστασης **μεταγραφειοκρατικών οργανωτικών υποδειγμάτων** στο δημόσιο τομέα με αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού για την αντιμετώπιση των υπαρκτών δημοσίων προβλημάτων οφείλει να βρει την εφαρμογή του και στο νοσοκομειακό τομέα.

Ο επιδιωκόμενος στόχος, σύμφωνα με τις συμπερασματικές παρατηρήσεις της ομάδας εμπειρογνομόνων, οφείλει να είναι η **κουλτούρα της ποιότητας** και της **συνεχούς βελτίωσης** με σημείο αναφοράς τον πολίτη. Ένα σύγχρονο πλαίσιο κουλτούρας ποιότητας διέρχεται από μια μακροχρόνια προσπάθεια ισχυροποίησης μιας κουλτούρας μάθησης που αποτελεί και τη μοναδική δίοδο για την επιθυμητή αλλαγή κουλτούρας.

Η διεθνής εμπειρία και πρακτική υποστηρίζει ότι, η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του νοσοκομείου να συνεργάζεται ομαδικά. Σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Αυστραλία, η Σουηδία, η Ιρλανδία, οι ΗΠΑ, η **συμμετοχική κουλτούρα** αποτέλεσε κύριο μεθοδολογικό εργαλείο στη βελτίωση της ποιότητας, ανεδείχθη πρωταρχικός στόχος των περισσότερων νοσοκομείων, υποστηρίχθηκε από κυβερνητικούς οργανισμούς, τους καταναλωτές υγείας και ενσωματώθηκε στο θεσμικό πλαίσιο του τομέα υγείας. Το συμμετοχικό management θεωρείται ως κυρίαρχη μεθοδολογική προσέγγιση για τον άριστο οργανισμό.

Αποτελέσματα άλλων ερευνών κατέδειξαν θετικά αποτελέσματα των νοσοκομείων με συμμετοχική κουλτούρα σε θέματα ποιότητας, κλινικών αποτελεσμάτων, στο κλίμα ασφάλειας, στην αποτελεσματικότητα, στην αποδοτικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων.

Το πρώτο λοιπόν βήμα, στις προαναφερόμενες χώρες, ήταν η κυβερνητική υποστήριξη. Δια τούτο, οι εμπειρογνώμονες της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν ότι χωρίς την απαιτούμενη **υποστήριξη από το Υπουργείο Υγείας** τίποτε από τα ανωτέρω δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην επιθυμητή και επιστημονικά αποδεκτή έκταση. Τα νοσοκομεία χρειάζονται, όχι μόνο την υποστήριξη εφαρμογής των βημάτων που προτείνει η επιτροπή εμπειρογνομόνων αλλά συγχρόνως να παραμείνουν μακριά από συμφέροντα και πολιτικές πιέσεις που φαίνεται όμως ότι μέχρι και σήμερα φέρνουν εμπόδια σε προσπάθειες μεταρρύθμισης. Το σημαντικότερο ίσως βήμα είναι η αξιοκρατική τοποθέτηση της εκάστοτε ηγεσίας

ενός δημόσιου νοσοκομείου. Χρειάζονται **ηγέτες** με ουσιαστικά και τυπικά προσόντα, με γνώση του ευαίσθητου χώρου της υγείας, με επιστημονικές αντιλήψεις συστημικής προσέγγισης, με αυτογνωσία και συναισθηματική ευφυΐα που θα έχουν την ικανότητα δημιουργίας και ανάδειξης νέων ηγετών από τις μικτές ομάδες ή τους κύκλους ποιότητας του νοσοκομείου. Χρειάζονται έτσι ηγέτες, είτε σε πολιτικό είτε σε επιχειρησιακό-νοσοκομειακό επίπεδο, στοχαστικά συνεργάσιμους και αναλυτικά πραγματιστές που θα έχουν τη δυνατότητα να δρουν αποτελεσματικά στις διαφορετικές πολλές φορές ανταγωνιστικές συμπεριφορές.

Η κουλτούρα ενός δημόσιου νοσοκομείου είναι μια μικρογραφία της γενικότερης κουλτούρας της δημόσιας διοίκησης και συνώνυμη της **εθνικής κουλτούρας** (Scott T., et., all, 2003, Hofstede 2001, Schein 2004, Koopman, 1999, Lok & Crawford 2004, Van Muijen et al 1999, Papalexandris & Panayotopoulou, 2004, Σούλης 2012). Συνεπώς, το σημείο εκκίνησης ουσιαστικών διοικητικής μεταρρύθμισης άρχεται από την αλλαγή κουλτούρας σε εθνικό, πολιτικό - επίπεδο και στη συνέχεια σε επίπεδο οργανισμών. ***Η σημερινή οικονομική, πολιτική, πολιτισμική και κοινωνική κατάσταση είναι μια ευκαιρία αλλαγής της γενικότερης κουλτούρας της χώρας.***

Η πλειοψηφία των περισσότερων νοσοκομειακών οργανισμών βρίσκονται στην ωριμότητα τους αναφορικά με το λειτουργικό τους μοντέλο διοίκησης που χρησιμοποιούν εδώ και δεκαετίες. Κατά το Schein E., (2004) η αναδιοργάνωση και η αναγέννηση ώριμων οργανισμών είναι η μόνη επιλογή. Εάν τα νοσοκομεία επιθυμούν να επιβιώσουν, στο μετα-τεχνολογικό σημερινό και παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον και να μεταβούν σε άλλη διοικητική κατάσταση και σε άλλο ποιοτικότερο λειτουργικό επίπεδο, οφείλουν να δανειστούν θεωρητικά αξιώματα της φυσικής επιστήμης περί εξέλιξης των φυσικών φαινομένων από τη μια κατάσταση σε άλλη ποιοτικά ανώτερη και να τα μεταφέρουν μέσω των κοινωνικών και διοικητικών επιστημονικών πεδίων ως εφαρμογές στους υπό εξέταση οργανισμούς. Το αναδειχθέν ερευνητικό αποτέλεσμα υπό την ανωτέρω επιστημονική σκέπη ανέδειξε ότι το βασικό μεθοδολογικό εργαλείο επιβίωσης και ανάπτυξης του δημόσιου ελληνικού νοσοκομείου είναι η υιοθέτηση των αρχών της συμμετοχικής διοίκησης μέσω της αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας.

8.3. Χρησιμότητα των Ευρημάτων στη Διοικητική Πρακτική των Νοσοκομείων

Τα ευρήματα της ποσοτικής έρευνας καθώς και τα βήματα που προτείνουν οι εμπειρογνώμονες της ποιοτικής έρευνας μπορούν να καταστούν αρωγοί στις ηγεσίες των νοσοκομείων που έχουν αντιληφθεί την αναγκαιότητα μιας οργανωσιακής αλλαγής.

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί μια κρίσιμη μεταβλητή στην οργανωτικό-διοικητική και οικονομικό-διαχειριστική λειτουργία που επηρεάζει θεμελιακά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του νοσοκομείου, την ικανοποίηση των εργαζομένων και των ασθενών καθώς και την ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών. Η αδυναμία της ηγεσίας να συνειδητοποιήσει το βάθος και την έκταση της οργανωσιακής κουλτούρας θεωρείται ως βασική αιτία της δυσκολίας εφαρμογής οποιοδήποτε οργανωσιακών στρατηγικών και αλλαγών.

Η υπέρβαση των δυσκολιών αυτών μπορεί να καταστεί εφικτή με τη χρησιμοποίηση του Εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας από την ηγεσία τόσο για τη διάγνωση του υφιστάμενου όσο και του επιθυμητού οργανωσιακού μοντέλου κουλτούρας. Σε πρώτο επίπεδο είναι σε θέση να διαπιστώσει τις αξίες, τις συμπεριφορές, τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες των μελών του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, της παρέχεται η δυνατότητα να κατανοήσει, με τον τρόπο αυτό, πως λειτουργούν τα ανώτατα και ανώτερα στελέχη ως ηγέτες στις υπηρεσίες τους ή στα τμήματά τους και να υπάρξει σύγκριση στον τρόπο άσκησης της διοίκησης στους επιμέρους τομείς. Τέλος, το εν λόγω εργαλείο, μπορεί να υιοθετηθεί και ως μέθοδος επικοινωνίας ή ως τρόπος ανταλλαγής πληροφοριών και να διαπιστωθούν ομοιότητες ή διαφορές σε κεντρικό ή τομεακό επίπεδο διοίκησης. Η ηγεσία των νοσοκομείων οφείλει να κατανοήσει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα συνίσταται από την τελική κατάσταση (στρατηγικός στόχος) που ο οργανισμός επιδιώκει να πετύχει (**τελική αξία**) και τους τρόπους συμπεριφοράς (μέθοδος αλλαγής) που ο οργανισμός ενθαρρύνει (**πρακτική αξία**) (Jones J., 2010). Η επιτυχία της τελικής αξίας διέρχεται από το βαθμό υποστήριξης της πρακτικής αξίας. Συμπερασματικά, η παρούσα διατριβή ανέδειξε ότι το εννοιολογικό υπόβαθρο της τελικής αξίας εμπεριέχει τη κουλτούρα της ποιότητας, την υπευθυνότητα, την συνεχή βελτίωση, την οργανωσιακή μάθηση και την ασφάλεια των ασθενών. Συνεπώς, η πρακτική αξία που στηρίζει την τελική είναι το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων ή το

μοντέλο της συμμετοχικής διοίκησης που θεμελιώνεται με την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας.

Η θεωρία του **Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών**, που αναλύθηκε εκτενώς στην παρούσα διατριβή, σε συνδυασμό με τις τεχνικές της **Διοίκησης Ολικής Ποιότητας**, μπορούν να βοηθήσουν την ηγεσία του νοσοκομείου να εφαρμόσει τις κατάλληλες στρατηγικές ενίσχυσης της προσφερόμενης ποιότητας. Με βάση, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι στρατηγικές ποιότητας για ένα δημόσιο νοσοκομείο περιγράφονται στο ακόλουθο σχήμα.

Σχήμα 8.1: Η Θεωρία του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών & Διοίκηση Ολικής Ποιότητας



Πηγή: Cameron & Quinn (2006:50)

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης, ως ευέλικτου και ταυτόχρονα μοντέλου που εστιάζει τόσο στο εσωτερικό περιβάλλον όσο και στο εξωτερικό, που αναλύει τις μεθόδους και τεχνικές κατά συστηματικό και ολιστικό τρόπο καθώς και η κουλτούρα της ποιότητας, συγκριτικά με το ισχύον ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο, μπορεί να προσφέρει:

- I. **Στρατηγική διεύρυνση** των στόχων πέραν των κλασικών επιδιώξεων της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

- II. **Προτεραιότητα στην ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων** έναντι των τεχνικών αξιολόγησης και των κλασικών δεικτών υγείας και λειτουργικότητας.
- III. **Εξασφάλιση μεγαλύτερου βαθμού επίτευξης στόχων** τόσο των κλασικών όσο και των διευρυμένων. Καλύτερα κλινικά αποτελέσματα καλύτεροι δείκτες υγείας & αποτελεσματικότητας και καλύτερους δείκτες εκροών.
- IV. **Μεγαλύτερη δυνατότητα προσαρμογής** των νοσοκομείων στην απότομη αλλαγή συνθηκών (παγκοσμιοποίηση, οικονομική κρίση, κίνδυνοι) και στις απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις λόγω σταθερής και διαρκούς προετοιμασίας των μελών μέσω της οργανωσιακής μάθησης και τη δημιουργία κουλτούρας ποιότητας.

8.4. Περιορισμοί της Έρευνας & Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα

Το παρόν μελετητικό εγχείρημα, παρά την επαλήθευση του συνόλου σχεδόν του διαπιστωμένου πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών στα υπό ανάλυση νοσοκομεία, με το Εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (OCAI), εντούτοις δεν μπόρεσε να καταγράψει βαθύτερα πιστεύω και συμπεριφορές της ιατρικής υπηρεσίας που θα αναδείκνυε εναργώς τη διαφοροποίησή τους από τις άλλες υπηρεσίες των νοσοκομείων. Η παρούσα έρευνα επίσης δεν διέκρινε τις ιδιαίτερες κοινωνικό-πολιτισμικές διαστάσεις που όπως υποστηρίζουν θεωρητικοί της οργανωσιακής κουλτούρας αναπτύσσουν και μοιράζονται τα μέλη κάθε νοσοκομείου ξεχωριστά.

Εκ των ανωτέρω συμπεραίνεται ότι, μια μελλοντική ποιοτική έρευνα με τη μέθοδο της συνέντευξης ή της παρατήρησης ή της φαινομενολογικής προσέγγισης να ήταν σε θέση να διεισδύσει σε ασυνείδητες πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα τόσο της ιατρικής υπηρεσίας όσο και κάθε νοσοκομείου ξεχωριστά ώστε να καταγράψει την ύπαρξη ή μη σχετικών διαφοροποιήσεων.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε και κατέγραψε την υφιστάμενη και επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα μόνο στο μεγαλύτερο αστικό κέντρο της χώρας. Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διενεργηθεί και σε άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα ώστε να διαπιστωθεί εάν ισχύει το ίδιο υφιστάμενο μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας καθώς και η επιθυμία αλλαγής αυτού και να υπάρξει σύγκριση μεταξύ νοσοκομείων της πρωτεύουσας και άλλων περιφερειακών διαμερισμάτων της χώρας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα ανώτατα και ανώτερα στελέχη των νοσοκομείων. Θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον η καταγραφή της οργανωσιακής κουλτούρας και των λοιπών μελών των νοσοκομείων καθώς και η διερεύνηση διαφορών. Τέλος, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η πραγματοποίηση της αντίστοιχης έρευνας σε ιδιωτικά νοσοκομεία για συγκριτική παρουσίαση ομοιοτήτων ή διαφοροποιήσεων στο μοντέλο άσκησης διοίκησης – κουλτούρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνόγλωσση

1. Abel-Smith B., et al (1994), *Έκθεση Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εκδόσεις Φαρμέτρικα
2. Bose P., (2004), *Μέγας Αλέξανδρος – Η Τέχνη της Στρατηγικής*, εκδόσεις Κριτική
3. Christensen L., Robson C., (2007), *Η Πειραματική Μέθοδος στην Επιστημονική Έρευνας*, Εκδόσεις Παπαζήση
4. Drucker P., (1996), *Το Μάνατζμεντ στη Πράξη*, εκδόσεις Κλειδάριθμος
5. Goleman D, Boyatzis R., McKee A., (2002), *Ο Νέος Ηγέτης*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
6. Gosling J., Mintzberg H., (2005), *Πέντε Κατευθύνσεις της Σκέψης των Μάνατζερ*, Περιοδικό Επιστημονικό Marketing-Management, εκδόσεις Morax, τεύχος Δεκεμβρίου 2005, www.morax.gr
7. Jurgen R., (1996), *Τρόποι Σκέψης και Βασικές Έννοιες της Κοινωνιολογίας*, Εκδόσεις Κριτική
8. Kotter J. Cohen D., (2002), *Η Καρδιά της Αλλαγής*, εκδόσεις Interbooks
9. Kotter J., (2001), *Ηγέτης στις Αλλαγές*, εκδόσεις Κριτική
10. Levett A., (1999), *Προβλήματα στην παροχή Υγειονομικής Περίθαλψης στην Ελλάδα*, Πρακτικά Συμποσίου «Η εκπαίδευση και η έρευνα στη Διοίκηση και τα Οικονομικά της Υγείας στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό», εκδόσεις Παπαζήση
11. Mason J., (2003), *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
12. Noe R. et al., (2006), *Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων*, Εκδόσεις Παπαζήση
13. Robson C., (2007), *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου*, Εκδόσεις Gutenberg
14. Russel C., et al., (1999), επιμέλεια Αποστολοπούλου Ε., *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσίας*, Ιατρικές Εκδόσεις
15. Savage C., (2000), *Management πέμπτης γενιάς*, Leader Books, Αθήνα
16. Sullivan E., Drucker P., (2009), *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Μ. Γιούρδας
17. Wolper L., (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Β., εκδόσεις Mediforce
18. Αγραφιώτης Δ., (2000), *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*, Ε.Α.Π
19. Αγραφιώτης Δ., (2003), *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία*, Τυπωθήτω
20. Αντωνοπούλου Λ., (2002), *Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ευρώπη*, εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη
21. Αργυριάδης Δ., (2004), *Δημόσια Διοίκηση: Επιστήμη ή Ιδεολογία*; Ομιλία 25/2/2004, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών www.dee.gr
22. Αργυριάδης Δ., (2007), *Δημόσια Διοίκηση: Επιστήμη ή Ιδεολογία*; www.civilitas.gr
23. Ασημακόπουλος Ν., (2006), *Η Διεπιστημονική Προσέγγιση στα Σύγχρονα και Διαχρονικά Προβλήματα: Η Συστημική Σκέψη και ο Συστημικός Αναλυτής*, www.hsss.gr/peiraias2006/1.pdf
24. Βογιατζής Γ., (2010) *Αύξηση των δαπανών υγείας: Μπορούμε να την Αντιμετωπίσουμε*; Περιοδικό Μεταρρύθμιση
25. Βογιατζής Ρ. (2006), *Η συναισθηματική νοημοσύνη ταιριάζει στους ηγέτες*, Εφημερίδα Καθημερινή
26. Γέμτος Π., (1987), *Μεθοδολογία των Κοινωνικών Επιστημών*, Τόμος 2, Εκδόσεις Παπαζήση

27. Γιαννουλάτος Π., (2000), στο Κυριόπουλος Ι., κ.ά. (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο
28. Γκολντστάιν Τ., (2003), *Η Επιχείρηση χωρίς Δεσμά-Η Διαχείριση της Διαρκούς Αλλαγής*, εκδόσεις Καστανιώτη
29. Γκρέγκορυ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Ι., (2002), *Ο άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με το πληθυσμό στην Ελλάδα. Έρευνα με Delphi panel*, Ιατρική, 82, No 1, pp. 65-71.
30. Γούλα Α., (2007), *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Ελληνική Πραγματικότητα και Πρακτική*, εκδόσεις Παπαζήση
31. Δαρβίρη Χ., (2009), *Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις Πασχαλίδης
32. Δημολιάτης Γ., κ.ά., (2002), *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο
33. Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
34. Δόλγερας Α., (2010), *Δαπάνη Υγείας: Ένα διπλό πρόβλημα. Εκρηκτική Αύξηση*, Ηλεκτρονικό Περιοδικό Μεταρρύθμιση
35. Δρίτσας Θ., (2012), *Τα σύγχρονα όρια ασθένειας και υγείας*, Εφημερίδα Καθημερινή
36. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (2009), *Θεραπευτήρια - Δυναμικότητα (Είδος Θεραπευτηρίου, Νομική Μορφή, Περιφέρεια)*
<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database>
37. Ζαβλανός Μ., (2000), *Οργάνωση και Διοίκηση. Διαδικασίες στη Λειτουργία της Οργάνωσης*, Α' Τόμος, εκδόσεις Έλλην
38. Ζαβλανός Μ., (2002), *Οργανωτική Συμπεριφορά*, εκδόσεις Σταμούλης
39. Ζαβλανός Μ., (2005), *Οργανισμοί Μάθησης: Το Μετασχηματισμένο-Σύγχρονο Μοντέλο Οργάνωσης και Διοίκησης των Οργανισμών*, Διοικητική Πρακτική, τεύχος 33
40. Ζαβλανός Μ., (2006), *Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα*, εκδόσεις Σταμούλης
41. Ζηλίδης Χ., (2005), *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας, Η Μεταρρύθμιση 2000-4*, εκδόσεις Mediforce
42. Ζιανίκας Χ. (1996) *Διοικητική Επιστήμη και Πρακτική στο Δημόσιο*, Εκδόσεις Σιδέρης
43. Θεοφανίδης Σ., κ.ά., (1998), *Η Δημόσια Διοίκηση μπροστά στην Πρόκληση του 21^{ου} Αιώνα*, εκδόσεις Ακαδημία Αθηνών
44. Κακλαμάνης Ν., κ.ά. (2005), *Η αναμόρφωση της φαρμακευτικής πολιτικής – Συνθέτοντας της κοινωνική πολιτική με αναπτυξιακές πολιτικές*, εκδόσεις Παπαζήση
45. Κανελλόπουλος Χ., (1992), *Μάνατζμεντ. Αποτελεσματική Διοίκηση*, εκδ. International Publishing
46. Καρατζάς Ν., (2010) *Τρεις Προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας*, Εφημερίδα Καθημερινή, 28/9/10
47. Καρκατσούλης Π., (2004), *Το Κράτος σε Μετάβαση, Από τη διοικητική μεταρρύθμιση και το νέο δημόσιο μάνατζμεντ στη διακυβέρνηση*, εκδόσεις Σιδέρης
48. Καρυώτης Π., (1992), *Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία*, εκδόσεις Euroclinica
49. Καστανιώτη Α., Σιουρούνη Ε., Μαυριδόγλου Γ., Πολύζος Ν., (2011), *Συγκριτική Αξιολόγηση Οργανωσιακής Κουλτούρας Μονάδων Υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28, No 1, pp. 70-78.
50. Κέφης Β., (1998), *Το Μάνατζμεντ των Δημοσίων Επιχειρήσεων & Οργανισμών*, εκδόσεις Interbooks

51. Κέφης Β., (2005) *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ*, εκδόσεις Κριτική
52. Κέφης Β., (2005), *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις Κριτική
53. Κόντης Θ., (1994), *Διοικητική Ψυχολογία, Η ψυχολογία των ανθρώπινων και εργασιακών σχέσεων*, εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή
54. Κόντης Θ., (1998), *Εισαγωγή στη Δημόσια Διοίκηση*, εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική
55. Κουλιεράκης Γ., 2000, *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας*, Εκδόσεις ΕΑΠ
56. Κουλουγλιώτης Ν., (1995), *Κοινωνιολογία*, εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική
57. Κουνσνέρ Μ., (2000) *Η Δικτατορία των Γιατρών*, Εκδόσεις Εξάντας, Πολιτικές Υγείας
58. Κυριαζή, Ν. (1999). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και Τεχνικών*. Αθήνα, Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις
59. Κυριόπουλος Ι., Οικονόμου Μ., Γείτονα Μ., (2000) στο Κυριόπουλος Ι., κ.ά. (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης –διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο
60. Κυριόπουλος Ι., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ., (2003), *Υγεία & Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια*, Εκδόσεις Παπαζήση
61. Κωσταγιόλας Π., Κατελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2008), *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Παπασωτηρίου
62. Λάζος Γ., (1998) *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες-Θεωρία και Πράξη*, Εκδόσεις Παπαζήση
63. Λειβαδάς Α. (2003), *Συμμετοχικό Management*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
64. Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής (2007), εκδόσεις Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ίδρυμα Μ. Τριανταφυλλίδη
65. Λιαρόπουλος Α., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*, εκδόσεις ΒΗΤΑ
66. Λιαρόπουλος Α., (2010), *Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός*, Εφημερίδα, Καθημερινή, 15/7/10
67. Μακρυδημήτρης Α., (1999), *Ο Μεγάλος Ασθενής. Η Μεταρρύθμιση και ο Εκσυγχρονισμός της Δημόσιας Διοίκησης*, Εκδόσεις Παπαζήση
68. Μαλισσός Κ., (1984), *Παραγωγικότητα - Αντιπαραγωγικότητα*, Εκδόσεις Gutenberg
69. Μανιαδάκης Ν., (2011), *Υγεία και Οικονομία*, Εφημερίδα, Ελευθεροτυπία» 19/3/11
70. Μιχαλόπουλος Ν., (2003), *Από τη Δημόσια Γραφειοκρατία στο Δημόσιο Management*, εκδόσεις Παπαζήση
71. Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίσης Γ., (2005), *Καινοτομικά Μοντέλα Οργάνωσης της Εργασίας & Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού*, Εκδόσεις Παπαζήση
72. Μόσιαλος Η., 2011, *Τέσσερις Προτεραιότητες για την Επόμενη Μέρα της Υγείας*, Εφημερίδα «Τα Νέα», 19/2/11
73. Μουζέλης Ν, 2003, *Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις*, Το Βήμα, 29/6/03
74. Μούρτου Ε, (2007), *Η τεχνολογική καινοτομία στην διαχείριση των ενδο-νοσοκομειακών διαδικασιών και η εφαρμογή της στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών
75. Μπαρδής Β., (2000), στο Κυριόπουλος Ι., κ.ά. (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης –διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο
76. Μπελλάλη Θ., Καραμήτρη Ι., (2011), *Η ερευνητική μεθοδολογία Delphi και η εφαρμογή της στις επιστήμες υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 28(6):839-848
77. Μπένος Α., (2012), *Υπάρχουν και άλλες «Θεραπείες»*, Εφημερίδα Το Έθνος, ένθετο Forum: Η Υγεία στην Εντατικής της Κρίσης, Σάββατο 21 Ιανουαρίου 2012
78. Μπιτσάνη Ε., (2006), *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Εκδόσεις Διόνικος

79. Μπουραντάς Δ., (2002), *Μάνατζμεντ*, εκδόσεις Μπένου
80. Μπουραντάς Δ., (2002), *Στην Ελλάδα ο ρόλος του ηγέτη-δασκάλου είναι ανύπαρκτος*, Εφημερίδα Καθημερινή, 19-5-02
81. Μπουραντάς Δ., (2004), *Σπάνιος στρατηγικός πόρος οι σωστοί άνθρωποι*, Εφημερίδα Καθημερινή 18-4-04
82. Μπουραντάς Δ., (2005), *Ηγεσία*, εκδόσεις Κριτική
83. Μπουραντάς Δ., (2006), *Εταιρική κουλτούρα: το παράδειγμα της Toyota*, Εφημερίδα Καθημερινή, 15-10-06
84. Μπουραντάς Δ., (2007) *Γιατί αποτυγχάνουν οι ευρείες αλλαγές σε επιχειρήσεις και οργανισμούς*, Εφημερίδα Καθημερινή, 30-9-07
85. Μπουραντάς Δ., (2008), *Υστερούμε σε αποτελεσματική ηγεσία*, Εφημερίδα Καθημερινή, 3-2-08
86. Μπουραντάς Δ., Παπαλεξανδρή Ν., (1993), *Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Διάθεσης για Απόδοση των Εργαζομένων στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα στην Ελλάδα*, Επιστημονική Επετηρίδα Πανεπιστημίου Μακεδονίας – Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
87. Μπουρσανίδης Χ., (2000) στο Κυριόπουλος Ι., κ.ά. (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο
88. Νιάκας Δ., (2004) *Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, εκδόσεις Mediforce
89. Νικολέντζος Α., (2008), *Η Επιρροή των Ιατρών στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: 1982-2001*, Διδακτορική Διατριβή Πανεπιστήμιο του Λονδίνου
90. Νόμος 1397/1983, *Εθνικό Σύστημα Υγείας*, ΦΕΚ 143/τ.Α’/7.10.1983
91. Νόμος 1943/1991, *Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης, αναβάθμισης του προσωπικού της και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 11/11.4.1991
92. Νόμος 2839/2000, *Ρυθμίσεις θεμάτων του Υπουργείου Εσωτερικών και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης*, ΦΕΚ 196/12.7.2000
93. Νόμος 2880/2001, *Πρόγραμμα Πολιτεία για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης*, ΦΕΚ 9/30.1.2001
94. Νόμος 2889/2001, *Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 37/τ. Α/2/3/2001
95. Νόμος 3230/2004, *Καθιέρωση ενός συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 44/11.2.2004
96. Νόμος 3329/2005, *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 81/τ. Α/4/4/2005
97. Ξενικού Α., (2005), *Μετρώντας την έννοια της κουλτούρας των οργανισμών: Το ερωτηματολόγιο Οργανωτικής Κουλτούρας*, Ψυχολογία, 12, Νο 1, 102-113.
98. Οικονόμου Χ., (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Εκδόσεις Διόνικος
99. Οικονόμου Χ., (2005), *Κοινωνιολογία της Υγείας*, Τόμος Α, Εκδόσεις Διόνικος
100. Παγκάκης Γ., (1986), *Σκέψεις για τη Δημόσια Διοίκηση*, Εκδόσεις Εκδοτική
101. Παγκάκης Γ., (2002), *Δημόσια Διοίκηση και Κοινωνία*, εκδόσεις Σάκκουλα
102. Παναγιωτούλου Ρ., (2004). *Πολυπολιτισμική Διαχείριση και Διαπολιτισμική Επικοινωνία στις Διεθνείς Οργανώσεις*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών
103. Παπαδάκης Β. (2007), *Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία*, Εκδόσεις Μπένου
104. Παπανής Ε. (2007), *Επιχειρησιακή Κουλτούρα*, Ελληνική Κοινωνική Έρευνα, Αθήνα, www.epapanis.blogspot.com
105. Παπανικολάου Β. (2007), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση

106. Παπαστάμου, Σ. (1989). *Η Κοινωνική Επιρροή*. Σειρά Κοινωνικής Ψυχολογίας, Οδυσσέας
107. Παρασκευοπούλου-Κόλλια Ε., (2008), *Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις*, Open Education - The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology Volume 4, Number 1, σελ., 72-81
108. Πολύζος Ν.,(2007) *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, εκδόσεις Διόνικος
109. Ράπανος Β., (2009), *Μέγεθος και Εύρος Δραστηριοτήτων του Δημόσιου Τομέα*, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, σελ.1-71, www.iobe.gr
110. Σαρρής (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση
111. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., (2003), *Το Νοσοκομείο - Επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, Καινοτομία, Νεωτερικότητα*, Περιοδικό Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών, τεύχος 3, Πρέβεζα, σελ. 31-52
112. Σαχίνη – Καρδάση Α., (2003), *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας* Εκδόσεις Βήτα
113. Σαχινίδης Α., Ποζιός Ι., Μπινιώρης Σ., (2005), *Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ριζοσπαστικών αλλαγών στις επιχειρήσεις*, Διοικητική Ενημέρωση, τεύχος 32, σελ.106-114
114. Σεραφετινίδου Μ., (2003), *Το Φαινόμενο της Γραφειοκρατίας*, Εκδόσεις Gutenberg
115. Σιγάλας Ι., (1997), *Ο εκσυγχρονισμός των Ελληνικών Νοσοκομείων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της υγειονομικής μεταρρύθμισης*, Τόμος 8, Τεύχος 44, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1997
116. Σισσούρας Α., (2000), στο Κυριόπουλος Ι., κ.ά. (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης –διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο
117. Σούλης Σ., (1994), *Η Ανάπτυξη των Συστημάτων Υγείας Ενόψει των Νέων Κοινωνικό-Πολιτισμικών Αλλαγών*, στα Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο Χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 4-6/11/94
118. Σούλης Σ., (1999), *Η Οικονομική της Υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση,
119. Σουλιώτης Κ., (2010), *Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις*, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 9/5/10
120. Σπανού Κ., (2000), *Διοίκηση, Πολίτες & Δημοκρατία*, Εκδόσεις Παπαζήση,
121. Σπύρου Θ., Αρνέλλος Α., (2002), *Εισαγωγή στη Συστημική Θεωρία*, Σημειώσεις Πανεπιστημίου Αιγαίου, Τμήμα Μηχανικών Σχεδίασης Προϊόντων και Συστημάτων, www.edu.syros.aegean.gr/eclass,
122. Στάθης Γ., 2010, *Το Μέλλον των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Συμπεράσματα 12^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, 22-24 Οκτωβρίου, Ηλεία
123. Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., (2007), *Οργάνωση και Διοίκηση, Το μάνατζμεντ της Νέας Εποχής*, Εκδόσεις Rosili
124. Τούντας Γ., (2011), *Για να Γίνει Βιώσιμος ο Δημόσιος Τομέας Υγείας*, Εφημερίδα, «Καθημερινή», 12/6/2011
125. Τούντας Ι. (2008), *Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία
126. Τούντας Ι., (2009), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1986-2006*, εκδόσεις Παπαζήση
127. Τούντας Ι., (2010) *Μελέτη της Οικονομικής Λειτουργίας του Δημοσίου Συστήματος Υγείας για τον Εντοπισμό των Πηγών Σπατάλης και για τη Διατύπωση Προτάσεων Αντιμετώπισης τους*, Εκδόσεις Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Πανεπιστήμιο Αθηνών

128. Τούντας Ι., (2010), *Η Βόμβα του Ιατρικού Πληθωρισμού*, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 4/9/10
129. Τσαλίκης Γ., 2000, στο Κυριόπουλος Ι., κ.ά. (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο
130. Τσούκας Χ., (2004), *Αν ο Αριστοτέλης ήταν διευθύνων σύμβουλος*, Εκδόσεις Καστανιώτη
131. Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, (2006) *Βασικό κείμενο στρατηγικής για την αναπτυξιακή προτεραιότητα, Βελτίωση της διοικητικής ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης*, σελ. 1-8. www.fgi.org.gr
132. Υφαντόπουλος Ι. (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας*, εκδόσεις Τυπωθήτω,
133. Χρυσάκης Μ., (2002), *Κοινωνιομετρική Προσέγγιση της Ατυπής Δομής και Οργάνωσης των Νοσοκομείων*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής, Κείμενα Εργασίας, 2002, Αθήνα
134. Χρυσάκης Μ., Υφαντόπουλος Ι., (2007), *Κοινωνιομετρία και Υπηρεσίες Υγείας. Ανάλυση των Υγειονομικών και Διοικητικών Δικτύων*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος 24, (Συμπλ. 1):93-112
135. Χυτήρης Λ., (1986), *Κύκλοι ποιότητας και Δυνατότητες Εφαρμογής τους στην Ελλάδα*, περιοδικό Σπουδαί, 1-4, σελ. 365-381, www.digilib.lib.unipi.gr
136. Χυτήρης Λ., (2001), *Οργανωσιακή Συμπεριφορά*, εκδόσεις Interbooks

Β. Ξενόγλωσση

137. Alas R., Vadi M., (2003), *The impact of Organizational Culture on Organizational Learning at six Estonian hospitals*, Trames, 7(57/52), 2, 83–98
138. Alford J., O’Flynn J., (2008), *Public Value: A Stocktake of a Concept*, Twelfth Annual Conference of the International Research Society for Public Management, pp.1-25, www.irspm2008.bus.qut.edu
139. Alford, J. (2002), *Defining the Client in the Public Sector: A Social Exchange Perspective*, Public Administration Review, 62(3): 337–346.
140. Allscheid, (1995), *Employee attitudes and customer satisfaction: making theoretical and empirical connections*, Personal Psychology, 48: 521-536.
141. Androciceanu A., (2007), *New Public Management, a Key Paradigm for Reforming Public Management in Romanian Administration*, Administratie tie si Management Public, Vol:8, pp 154-161
142. Argyris C, Schon D., (1978), *Organizational Learning: A theory of action perspective*, Reading MA: Addison-Wesley.
143. Armenakis, A. and Bedeian, A. (1999), *Organizational change: a review of theory and research in the 1990 s*, Journal of Management, Vol. 25 No. 3, pp. 293-315.
144. Armenakis, A.A., Harris, S.G. and Mossholder, K.W. (1993), *Creating readiness for organizational change*, Human Relations, Vol. 46 No. 6, pp. 681-702.
145. Aucoin (1991), *The politics and management of restraint budgeting*, in Blais A and Dion S., *The Budget Maximizing Bureaucrat: Appraisals and Evidence*, Pittsburgh University Press, pp. 119-41
146. Badham, J. et al. (2006). *The Essence of Care in Clinical Governance*, Clinical Governance: An International Journal. Vol.11, no.1, pp.22-29.

147. Ban (1995), *How do public managers manage? Bureaucratic Constraints, Organizational Culture and the Potential for Reform*, Jossey-Bass, San Francisco, CA
148. Barney J., (1986), *Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage?* The Academy of Management Review, Vol. 11, No. 3, pp. 656-665
149. Bartlett, C & Ghoshal S. (1995), *Rebuilding behavioral context: Turn process reengineering into people rejuvenation*, Sloan Management Review, 37 (1), 11-23
150. Bate (1990), *Using the culture concept in an organization development setting*, The Journal of Applied Behavioral Sciences, vol. 26, No 1, pp. 83-106
151. Batt R. (2002), *Managing customer services, human resources practices, quit rates and sales growth*, Academy of Management Journal, 45, 3, 587-597
152. Bellou V. (2007), *Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture: Evidence from the health care sector*, Managing Service Quality, Vol.15, No 5 p.p. 510-522
153. Bellou V. (2008), *Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals*. Journal of Health Organization and Management, 22:496–509
154. Bellou V., (2010) *The role of learning and customer orientation for delivering service quality to patients*, Journal of Health Organization and Management, Vol. 24 Iss: 4, pp.383 - 395
155. Benington J., Moore M., (2010), *Public Value, Theory and Practice*, Macmillan
156. Berrio A., (2003), *An Organizational Culture Assessment Using the Competing Values Framework: A Profile of Ohio State University Extension*, Journal of Extension, Vol. 41, No 2, pp. 1-10.
157. Boan D., Funderburk F., (2003), *Health Quality Improvement and Organizational Culture*, Insights, Delmarva Foundation, p.p. 1-17
158. Borins S. (1995), *The new public management is here to stay*, Canadian Public Administration, 1995, v. 38, p. 123
159. Bounds G., et al, (1994), *Beyond Total Quality Management Toward the Emerging Paradigm*, McGraw-Hill International Editions
160. Bourn M., Mahmoud E., (1986), *Organizational Culture in Hospitals in the National Health Service*, Journal of Financial Accountability & Management, Vol. 2, No 3, pp. 203-224.
161. Bozeman (1987), *All organizations are Public*, Jossey-Bass, San Francisco, CA
162. Brignall S., Modell S., (2000), *An institutional perspective on performance measurement and management in the new public sector*, Management Accounting Research, v.11, issue 3, pp281-306
163. Brown J., (1954), *The Social Psychology of Industry*, Penguin
164. Brunninge O., (2009), *Using history in Organizations. How managers make purposeful reference to history in strategy processes*, Journal of Organizational Change Management Vol. 22, No1, pp.8-26
165. Brunton M., Matheny J., (2009), *Divergent acceptance in a public health organization*, Journal of Organizational Change Management, Vol. 22, No 6, pp. 600-619.
166. Callen J., et al (2007), *Cultures in hospitals and their influence on attitudes to and satisfaction with, the use of clinician information's systems*, Social Science and Medicine, 65 (3), 635-639
167. Cameron K., (2003), *Organizational Virtuousness and Performance*, Positive Organizational Scholarship, University of Michigan Business School,
168. Cameron K., Quinn R., (2006), *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Jossey – Bass

169. Cameron K., (2004), *"A Process for Changing Organizational Culture. The Handbook of Organizational Development*, M. Driver ed.
170. Campbell R., (2009) *Creating a Winning Organizational Culture*, The Health Care Manager, Vol. 28, No 4, pp. 328-343
171. Carney M., (2006), *Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery*, Journal of Nursing Management, 14:23-33
172. Carroll et al, (2002), *Lessons learned from non-medical industries: root cause analysis as culture change at a chemical plant*, Quality and Safety in Health Care, 11:266-9.
173. Casson S., George C., (1995), *Culture Change for Total Quality, An Action Guide for Managers in Social and Health Care Services*, Pitman Publishing,
174. Claver E., et al (1999), *Public Administration. From Bureaucratic Culture to Citizen – Oriented Culture*, The International Journal Of Public Sector Management, Vol. 12, No 5, pp. 455-564.
175. Coats D., Passmore E., (2008), *Public Value: The Next Steps in Public Service Reform, A paper for The Work Foundation*, pp.1-63, www.theworkfoundation.com
176. Comprehensive Spending Review (2007), *Where Taxpayers' money is spent*, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>
177. Constable S., et al (2008), *Public value and local accountability in the NHS. A report prepared for Monitor*, The Work Foundation, www.theworkfoundation.com
178. Cooke, R. A. & Lafferty (1989) *Organizational Culture Inventory, Leader's Guide*, (2nd Ed.) Plymouth, MI, US: Human Synergistics.
179. Cooke, R. A., & Rousseau, D. M. (1988). *Behavioral Norms and Expectations: A Quantitative Approach To the Assessment of Organizational Culture*, Group & Organization Management, September 1988, 13: 245-273
180. Davidson J., (2002), *Overcoming Resistance to Change*, Public Management, vol:84, issue:11, p.p. 20-23
181. Davies H, Mannion R, Jacobs R, Powell AE, Marshall MN (2003) *Does hospital organisational culture influence hospital performance? Lessons from the UK*, Academy Health Meeting (2003: 20: abstract no. 439.
182. Davies H. et al, (2000), *Organizational culture and quality of health care*, Quality in Health Care, 2000,9:111-119
183. Davies H., et al (2007), *Exploring the Relationship between Senior Management Team Culture and Hospital Performance*, Medical Care Research and Review, V.64, pp.46-65
184. Deal T.E., Kennedy A.A. (1982), *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*, Addison-Wesley, Reading, Mass
185. Deal T.E., Kennedy A.A. (1999), *The New Corporate Cultures*, Reading MA, Perseus Books,
186. Dean T.E., and Kennedy A.A. (1982), *Corporate Cultures*, Addison-Wesley, Reading MA
187. Den Hartog D., Verburg R., (2004), *"High Performance Work Systems, Organizational Culture and Firm Effectiveness"*, Human Resource Management Journal Vol. 14, No 1, pp. 55-78
188. Denison (1990), *Denison Culture Model*, (www.denisonconsulting.com)
189. Denison D. & Mishra A. (1995), *Toward a Theory of Organizational Culture and Effectiveness*. Organizational Science, 6(2), 204-223

190. Denison D. (1996), *What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars*, Academy of Management Review, 21(3), p.p.619-654
191. Devos G, et al, (2002), *A Framework for Assessing Commitment to Change. Process and Context Variables of Organizational Change*, D/2002/6482/11, Vlerick Working Papers 2002/11.
192. Dijkstra R., et al (2006), *The Relationship between Organizational Characteristics and the Effects of Clinical Guidelines on Medical Performance in Hospitals, a meta-analysis*, BMC Health Services Research, Vol. 6, No 53, pp. 1-10.
193. Dobers P., Soderholm A., (2009), *Translation and Inscription in Development Projects, Understanding Environmental and Health Care-related Organizational Change*, Journal of Organizational Change Management, Vol. 22, No 5, pp. 480-493
194. Dodek P, et al, (2012), *Organizational and safety culture in Canadian intensive care units: Relationship to size of intensive care unit and physician management model*, Journal of Critical Care Vol. 27, Issue 1, p.p 11-17
195. Feldman (1985), *Culture and conformity, an essay on individual adaptation in centralized bureaucracy*, Human Relations, Vol. 38 No 4, pp. 341-56
196. Ferlie, E., et al., (1996). *The New Public Management in Action* Oxford: Oxford University Press. Chapter 1. pp. 9, 11
197. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook Rh. (1984), *Consensus methods: Characteristics and guidelines for use*. American Journal of Public Health, 74:979–983
198. Firth, Cozens (2001), *Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork*, Quality Health Care, 10 No 2, 26-31
199. French, W.L., & Bell C.H., Jr. (1995), *Organization Development: Behavioral Science Interventions for Organization Improvement* (5th ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
200. George, J. R. and L. D. Bishop. (1971), *Relationship of organizational structure and teacher personality characteristics to organizational climate*, Administrative Science Quarterly, 13(4): 211-310.
201. Gerowitz M., (1996), *Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals*, Health Services Management Research, Vol.6, p.p. 69-78
202. Gerowitz M., (1998), *Do TQM Interventions Change Management Culture? Findings and Implications*, Quality Management in Health Care, Vol.6, No3, p.p. 1-11
203. Gerrish K, (1999), *Teamwork in primary care: an evaluation of the contribution of integrated nursing teams*, Health Social Care Community, 7:367-375.
204. Gershon R., et al (2004), *Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare*, Nursing Administration Journal, V.34, pp.33-40
205. Gifford D., et al (2002), *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*, Health Care Management, V.47, pp.13-25
206. Gilmore T., (2002), *«Dilemmas of Physicians in Administrative Roles: Dealing with the Managerial other Within»*, International Society for the Study of Organizations Symposium, June 20-22/02, Melbourne, Australia, www.cfar.com/cf/indx.cfm
207. Goffee R., Jones G., (1998), *The character of a corporation*, New York, Harper-Collins
208. Goncalo and Staw, (2006), *Individualism-collectivism and group creativity*, Journal of Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol.100, No 1, pp 96-109

209. Goodman A., et al (2001), *The Competing Values Framework: Understanding the impact of organizational Culture on the Quality of Work Life*, Organizational Development Journal, V.19, pp.58 -68
210. Grootenboer J., και Dexter T., (2000), *An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study*, Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(4), 1016-1024
211. Guest E., (1994), *Organizational psychology and human resource management: towards a European approach*, European Work and Organizational Psychologist, 4, 3, 251-270
212. Guion R.M. (1973), *A note on Organizational Climate*, Organizational Behavior and Human Performance, 1973, 9, 120-123
213. Gutterman A., (2010), *Hofstede's Dimensions of Organizational Cultures*, www.alangutterman.typepad.com (επίσκεψη 29/5/2012).
214. Handy C., (1995) *Gods of Management: The changing work of Organizations*, N.Y., Oxford University Press , p.14-16
215. Handy, C. (1993), *Understanding Organizations*, Penguin, London
216. Hasson F, Keeney S, McKenna H., (2000), *Research guidelines for the Delphi survey technique*. Journal Advanced Nursing, 32:1008–1015
217. Hatch M, (1997), *Organization Theory: Modern, Symbolic and Post Modern Perspectives*, Oxford University Press, UK, p.202
218. Hefetz, A. and M. Warner, (2004), *Privatization and Its Reverse: Explaining the Dynamics of the Government Contracting Process*, Journal of Public Administration Research and Theory, 14(2): 171–190
219. Helfrich C., et al (2007), *Assessing on Organizational Culture Instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses*, Implement Sciences, Vol. 2, No 13, pp. 1-16.
220. Herzfeld M., (1992), *The Social Production of indifference. Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*, University Of Chicago Press,
221. Hofstede G, www.geert-hofstede.com
222. Hofstede G., (1991), *Cultures and organizations. Intercultural cooperation and its importance for survival*, London, Harper Collins Business,
223. Hofstede G., (1994), *Cultures and Organizations- Software of the Mind*, www.westwood.wikispaces.com
224. Hofstede G., (1994), *Cultures and Organizations*, Harper Collins Business, London,
225. Hofstede G., (2001), *Culture's consequences. Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*, (2nd edition), Thousand Oaks, Sage Publications,
226. Hoggett P. (2005), *Why Public is not the same as Private*, <http://www.ispso.org/symposia/boston>
227. Holey E., Feeley J., Dixon J., Whittaker V. (2007), *An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies*. BMC Medical Research Methodology, 7:52
228. Hood, C., (1991), *A Public Management for All Seasons?* Public Administration, 69(1): 3- 19.
229. Hood, C., (1995), *Contemporary Public Management: a new global paradigm?*, Public Policy and Administration, 10(2):104-117.
230. Hooijberg R., Petrock F., (1993), *On Cultural Change: Using the Competing Values Framework to Help Leaders Execute a Transformational Strategy*, Vol. 32, No 1, pp. 29-50

231. Hoppe M., (2007), *Culture and Leader Effectiveness: The GLOBE Study*, www.inspireimagineinnovate.com
232. Horner L., Hazel L., (2005) *Adding Public Value*, London: The Work Foundation, pp.34 www.theworkfondation.com
233. Hostrop, R. (1975). *Managing education for results*. Homewood, IL: ETC Publications.
234. House, R.J., et al, (2004) *Culture, Leadership and Organizations: The GLOBE Study of 62 Societies*, Sage: Thousand Oaks, CA.
235. Howard W., (1998) *Validating the Competing Values Model as a Representation of Organizational Culture*, *International Journal of Organizational Analysis*, 6(3), 231-250
236. Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America (2001), *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, D.C.
237. Jones G., (2010), *Organizational theory, design, and change*, 6 edition, Pearson
238. Jordan P., (2004) *Dealing with Organizational Change: Can Emotional Intelligence Enhance Organizational Learning?* *International Journal of Organizational Behaviour*, Volume 8 (1), 456-471
239. Judson A., (1991), *Changing behavior in organizations: Minimizing resistance to change*, Blackwell
240. Kalliath T., et al (1999), *A Confirmatory Factor Analysis of the Competing Values Instrument*, *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 59, No 1, pp. 143-158.
241. Kelly, G., et al., (2002), *Creating Public Value: An Analytical Framework for Public Service Reform*. Discussion paper prepared by the Cabinet Office Strategy Unit, United Kingdom, pp.4,35
242. Kilmann R., (1982), *Getting Control of the Corporate Culture*, *Managing*, Vol. 2, p.p.11-17
243. Kim P.S., et al, (1995) *Creating a new organizational culture: the key to total quality management in the public sector*, *International Journal of Public Administration*, Vol. 18, No. 4, pp. 675-709
244. Kinghorn B, et al, (2007), *Leadership roles and Organizational Environment: Relationships between competing values framework, leader roles and context for learning*, pp. 526-534, www.swdsi.org.
245. Koberg & Chusmir (1987), *Organizational culture relationships with creativity and other job-related variables*, *Journal of Business Research*, 15, 397-409
246. Koopman P., et al (1999), *National Culture and Leadership Profiles in Europe: Some Results from the GLOBE Study*, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8 (4), 503-520
247. Kotter J.P.& Heskett J.L.(1992), *Corporate Culture and Performance*, New York, Free Press
248. Kwan P. & Walker A. (2004), *Validating the Competing Values Model as a Representation of Organizational Culture through Inter-Institutional Comparisons*, *Organizational Analysis*, 12(1), 21-39
249. Lamond D., (2003) , *The Value of Quinn's Competing Values Model in an Australian Context*, *Journal of Managerial Psychology*, Vol:18, No. 1, p.p. 46-59
250. Larbi, G.A., (1999,2003), *Overview of Public Sector Management Reform*, United Nations Research Institute for Social development, Discussion paper 112, 1999, updated 2003, <http://siteresources.worldbank.org>

251. Lawrence K., et al, (2009), «*Behavioral Complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire*», The Leadership Quarterly, Vol: 20, pp. 87-102.
252. Leonard-Barton D., (1992), *Core Capabilities and Core Rigidities: a paradox in managing new product development*, Strategic Management Journal, Vol. 13, pp.111-125.
253. Levesque D., et al, (2001), *Organizational Stages and Processes of Change for Continuous Quality Improvement in Health Care*, Consulting Psychology Journal: Practices and Research, Vol. 53, No3,, pp. 139-153.
254. Lindkvist L., (1996), «*Performance based compensation in health care-a Swedish experience*», Financial Accountability and Management, Vol:12, No. 2, p.p. 89-105
255. Lok P., Crawford J., (2004), *The effect of organizational culture and leadership style on job satisfaction and organizational commitment*, Journal of Management Development, Vol. 23, No 4, pp. 321-338.
256. Lund B. (2003), *Organizational Culture and Job Satisfaction*, Journal of Business and Industrial Marketing, 18(3), 219-236
257. Lundstrom T., et al, (2002), *Organizational and Environmental Factors that Affect Worker Health and Safety and Patient outcomes*, American Journal of Infection Control, Vol: 30, No2, pp. 93-106.
258. Maddock S., Morgan G., (1998), *Barriers to transformation: Beyond bureaucracy and the market conditions for collaboration in health and social care*, International Journal of Public Sector Management Vol. 11, No 4, pp. 234- 251
259. Mallak L., et al, (2003), «*Diagnosing culture in health-care organizations using critical incidents*», International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 16, No. 4, pp. 180-190
260. Manley K. (2000), *Organizational culture and consultant nurse outcomes*, Nursing Standard, Vol:14, No. 36, p.p. 34-38
261. Mannion R., Davies H., Marshall M., (2005), *Cultures for Performance in Health Care*, Open University Press, McGraw-Hill Education
262. Mannion R., et al, (2005), *Cultural Characteristics of «high» and «low» performing hospitals*, Journal of Health Organization and Management, vol. 19, No 6, pp.431-439
263. Mannion R., et al, (2007), *Cultures for performance in health care: evidence on the relationships between organizational culture and performance in the NHS*, Eds. The University of York
264. Mao H., Chen C., Hsieh T., (2009), *The relationship between bureaucracy and workplace friendship*, Journal of Social Behavior and Personality, Volume:37, N.2, p.p. 255-266
265. Martin and Siehl, (1983), *Organization Culture and Counterculture: An Uneasy Symbiosis*, Organizational Dynamics, Vol. 12, no2, 52-64
266. Martin J., (1992), *Culture in organizations: Three Perspectives*. Oxford University Press
267. Martino, J.P. *Technologies Forecasting for Decision Making*. New York: American Elsevier Publishing Company Inc. 1972
268. Mathew J., (2007), *The relationship of organizational culture with productivity and quality*, Employee Relations, Vol. 29, N 6, pp. 677-695
269. McHugh, M. (1993), *Stress at work: do managers really count the costs?*, Employee Relations, Vol. 15 No. 1, pp. 18-32.
270. Metcalfe L. and Richards S. (1987), *Evolving public management cultures*, in Eliassen, K.A. and Kooiman, J. (eds), *Managing Public Organizations*, Sage, Oxford,

271. Meterko M., et al, (2004), *Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals*, Medical Care, Vol.: 42, N.5 pp. 492-498.
272. Meyer and Allen (1991), *A Three – component Conceptualization of Organizational Commitment*, Human Resources Management Review, 1, 61-86
273. Miroshnik V., (2002), *Culture and international management: a review*, Journal of Management Development, Vol. 21, No 7, pp 521-544
274. Moore M., (2003), *The Public Value Scorecard: A Rejoinder and an Alternative to Strategic Performance Measurement and Management in Non-Profit Organizations* by Robert Kaplan – Working Paper #18. Boston, The Hauser Center for Nonprofit Organizations, Kennedy School of Government, Harvard University
275. Moore, M. (1994), *Public Value as the Focus of Strategy*, Australian Journal of Public Administration, 53(3): 296–303.
276. Moore, M. (1995), *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press., pp.71
277. Moore, M., Braga A., (2004) *Police Performance Measurement: A Normative Framework*, Criminal Justice Ethics 23(1): 3–19.
278. Morgan, G., (1986), *Images of Organization*, London, Sage
279. Mullins L.J., (1985), *The Process of Motivation*, Industrial Management & Data Systems, Vol. 85, Issue: 3/4, pp.5 – 8
280. Mullins,. L. J. (2000). *Management and Organizational Behaviour*, 5th Edition, London: Pitman Publishing.
281. Murray, C. J. and Frenk, J. (2000), *A framework for assessing the performance of health systems*. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 717-731
282. O' Flynn J., (2007), *From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Managerial Implications*, Australian Journal of Public Administration, Vol:66, Issue 3, pp 353-366
283. O'Flynn J., (2005), *A Public Value Framework for Contractual Governance*, Public Issue 07, ESADEs, Institute of Public Management, Barcelona.
284. O'Neill R., Quinn R., (1993) *Applications of the Competing Values Framework*, Journal of Human Resource Management, spring, Vol. 32, No 1, pp. 1-7.
285. Ogbonna E., Harris C., (2002), *Managing Organizational Culture: Insights from the Hospitality Industry*, Human Resource Management Journal, Vol. 12 No 1, p.p. 33-53
286. Ogbonna E., Harris L., (2000), *Leadership style, organizational culture and performance: empirical evidence from UK companies*, International Journal Human Resource Management, 11:766-788
287. Ogbonna E.,(2007), *Managing Organizational Culture: Fantasy or Reality*, Human Resource Management Journal, Vol. 3 No 2, p.p. 42-54
288. Ogbor J., (2001), *Critical Theory and the Hegemony of Corporate Culture*, Journal of Organizational Change Management, 16, 6, pp. 590-608
289. Ouchi W., Wilkins A., (1985), *Organizational culture*, Annual Reviews Sociology, 11:457-483
290. Papalexandris N., Panayotopoulou., (2004), *Exploring the mutual interaction of societal cultures and human resource management practices: evidence from 19 countries*, Journal of Employee Relations, Vol. 26, No 5, pp. 495-509.
291. Parker R., Bradley L., (2000), *Organizational Culture in the Public Sector: evidence from six organizations*, The International Journal Of Public Sector Management, Vol. 13, No 2, pp. 125-141.
292. Pasmore W., (1994), *Creating Strategic Change: Designing the Flexible, High-Performing Organization*, John Wiley & Sons

293. Peak, M.H. (1996), *An era of wrenching corporate change*, Management Review, Vol. 85 No. 1, p. 7
294. Pettigrew, A., (1979), *On studying organizational culture*, Administration Science, Vol. 24, p.p. 570-581
295. Philippidou S. (2009), *Efforts to modernize public administration: The Greek case*, Omani Journal of Applied Sciences, Vol: 1, issue:1, April 2009,pp. 13-55
296. Philippidou S. et al, (2004), *Towards New Public Management in Greek Public Organizations: Leadership vs. Management, and the Path to Implementation*, Public Organization Review, A Global Journal, Vol: 4, p.p. 317-337
297. Platonova E., et al (2006), *Study of the Relationship Between Organizational Culture and Organizational Outcomes Using Hierarchical Linear Modeling Methodology*, Management Health Care, Vol. 15, No 3, pp. 200-209.
298. Pollitt C., (1995) *Justification by Works or by Faith?, Evaluating the New Public Management*, Evaluation Journal, Vol. 1, no2, pp.133-154
299. Porras JI, Silvers RC. (1991), *Organization development and transformation*. Annu. Rev.Psychol. 42:51-78
300. Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1990), *The Core Competence of the Corporation*, Harvard Business Review 68, 79–91.
301. Quinn R., (1996), *Deep Change*, Jossey-Bass
302. Rey Pino J., et al, (2008), *When Staff Create the Organizational Culture: A case study in the Spanish Emergency Health Care System*, Journal of Health Management, Vol: 10, N.2 pp. 163-189.
303. Robbins P., (1987), *Organizational Theory, Structure, Design and Application*, Englewood Cliffs, p.p. 368,
304. Rondeau V., Wagar T., (1998), *Hospital Chief Executive officer perceptions of Organizational Culture and Performance*, Hospital Topics Journal, V.76, pp.14-22
305. Rousseau, D. M. (1990). *Assessing organizational culture: The case for multiple methods*. In B. Schneider (Ed.), *Organizational climate and culture*, San Francisco: Jossey-Bass
306. Sabin JE (1994) *Caring about patients and caring about money: the American Psychiatric Association code of ethics meets managed care*. Behavior Science Law 12:317–330, 1994a
307. Sackman S.A., (1991), *Uncovering Culture in Organizations*, Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 27, No3, p:296
308. Saffold G., (1988), *Culture traits, strength and organizational performance: moving beyond “strong” culture*, Academic Management Review, 13:546-558
309. Sahinidis A., Bouris J., (2008), *Employee Perceives Training Effectiveness Relationship to Employee Attitudes*, Journal of European Industrial Training, Vol. 32, No 1, pp. 63-76.
310. Sahinidis A., Kanellopoulos C., (2008), *The Effects of Strong Culture on Organizational Innovation*, Journal of European Industrial Training, Vol. 32, No 1, pp. 63-76.
311. Saltman R., Busse R., Mossialos E., (2002), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health, Care Systems*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, pp. xi, 130, 131-132, 141
312. Savage J., (2000), *The Culture of Culture in National Health Service Policy Implementation*, Nursing Inquiry, Vol. 7, pp. 230-238.
313. Schein E. (1993), *On Dialogue, Culture, and Organizational Learning, Reflections*, Vol. 4, No 4, pp. 27-38.
314. Schein E., (2004), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass

315. Schmidt R. (1997), *Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques*. Decision Science, 28:763–774
316. Schneider, B. & White, S. (2004). *Service Quality: Research Perspectives. Foundations for Organizational Science*. USA: Sage Publications
317. Schneider, B., A. P. Brief and R.A. Guzzo, (1996), *Creating a climate and culture for sustainable organizational change*, Organizational Dynamics, Spring: 7-18
318. Scott K., et al, (2003), *The Quantitative Measurement of Organizational Culture Care: A review of the available instruments*, Health Services Research, 2003, June: 38 (3):923-945
319. Scott T., et al, (2003), *Healthcare Performance and Organizational Culture*, Radcliffe Medical Press
320. Seel R., 2000, *New insights on organizational change*, Organization and People, 7:2-9
321. Sendelbach N., (1993) *The Competing Values Framework for Management Training and Development: A Tool for Understanding Complex Issues and Tasks*, Journal of Human Resource Management, spring, Vol. 32, No 1, pp. 75-99.
322. Shortell et al, (1994), *The performance of intensive care units: does good management make a difference?*, Medical Care, 32:508-528
323. Shortell S et al, (2001), *Assessing the impact of TQM and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients*, Medical Care, 38:207-217
324. Shortell S., et al (1995), *Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement / Total Quality Management: Concept versus Implementation*, Health Services Research, vol.30, No 2 p.p. 376-401
325. Silverzweig and Allen, (1976), *Changing the Corporate Culture*, Sloan Management Review, Vol. 17, no 3, 33-49
326. Simosi M., Xenikou A., (2010), *The role of Organizational Culture in the Relationship between leadership and organizational Commitment: An Empirical Study in a Greek Organization*, The International Journal of Human Resource Management, Vol. 21, No 10, pp. 1598-1616
327. Singer et al, (2003), *The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals*, Quality and Safety in Health Care, 12:112-118
328. Skulmoski G., Hartman F., Krahn J., (2007)., *The Delphi Method for Graduate Research*, Journal of Information Technology Education, Volume 6, p.p. 1-21
329. Sonnenfeld J., Peiperl M., (1989) *Staffing policy as a strategic response: a typology of career systems*, Academy of Management Review, 13,4, p.588-600.
330. Sousa-Poza A., et al., (2000), *A cross-cultural study of the differing effects of corporate culture on TQM in three countries*, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 18 No. 7, 2001, pp. 744-761.
331. Speroff T., et al (2010), *Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate*, Quality Safety Health Care, vol.19, p.p. 592-596
332. Stoker G., (2006), *Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance*, American Review of Public Administration 36(1): 41–57.
333. Szilagyi & Wallace (1980), *Organizational Behaviour and Performance*, Goodyear Publishing Company, 2nd ed.
334. Talbot C., (2008), *Measuring Public Value, A Competing Value Approach, A paper for The Work Foundation*, pp.1-26, www.theworkfoundation.com
335. Thweatt E., Kleiner B., (2007), *New Developments in Health Care*, Organizational Management, Vol. 9, No 43, pp. 433-441

336. Tianyuan Y., Nengquan W., (2009), *A Review of Study on the Competing Values Framework*, International Journal of Business and Management, Vol. 4, No 7, pp. 37-42.
337. Tichy N., (1982), *Managing Change Strategically: The technical, political and cultural keys*, Organizational Dynamics, Autumn, pp.59-80
338. Vakola M., and Nikolaou I., (2005), *Attitudes towards organizational Change What is the role of employees' stress and commitment?*, Employee Relations, Vol:27, issue 2, p.p.160-174
339. Van den Berg P., Wilderom C., (2004), *Defining, Measuring, and Comparing Organizational Cultures*, Journal of Applied Psychology: An International Review, Vol. 53, No 4, pp. 570-582.
340. Van Muijen J., et al, (1999), *Organizational Culture: The Focus Questionnaire*, European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(4) pp. 551-568.
341. Vandenberghe C., Peiro J., (1999), *Organizational and Individual Values: Their Main and Combined Effects on Work Attitudes and Perceptions*, European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(4) pp. 569-581.
342. Verdu A., Gomez-Gras J., (2009), *Measuring the organizational responsiveness through managerial flexibility*” Journal of Organizational Change Management, Vol. 22, No 6, pp. 668-690
343. Walby, S.; Greenwell, J.; Mackay, L.; Soothill, K. (1994) *Medicine and Nursing: Professions in Changing Health Service*, London, Sage Publication. p.1.
344. Weick K., Quinn R., (1999), *Organizational Change and Development*, Annual Review Psychology, Vol:50, p.p. 361-386
345. Whetten D., Cameron K., Mathew (1996), *Organizational Effectiveness and Quality: The Second Generation*, The Higher Education: Handbook of Theory and Research, Vol. XI, Agathon Press, New York
346. Witte K., Van Muijen J., (1999), *Organizational Culture: Critical Questions for Researchers and Practitioners*, European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(4) pp. 583-595.
347. World Health Organization (1946), *WHO definition of Health*, International Health Conference, 19-22 June, 1946, New York, Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100
348. World Health Organization (2012), *World Health Report 2012*, www.who.int/research/en/index.html
349. Xenikou, A., Furnham A. (1996). *A correlational and factor analytic study of four questionnaire measures of organizational culture*. Human Relations, 49(4): 349-371
350. Young K. (1996), *Reinventing local government? Some evidence assessed*, Public Administration, Vol. 74, issue 3, September, pp. 347-367
351. Young K. et al, (1998), *Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services*, Health Services Research, 33: 1211-1236
352. Zimmerman J., et al (1993), *Improving Intensive Care: Observations based on Organizational Case Studies in Nine Intensive care Units: A prospective, Multicenter Study*, Critical Care Medicine, Vol. 21, No 10, pp. 1443-1451

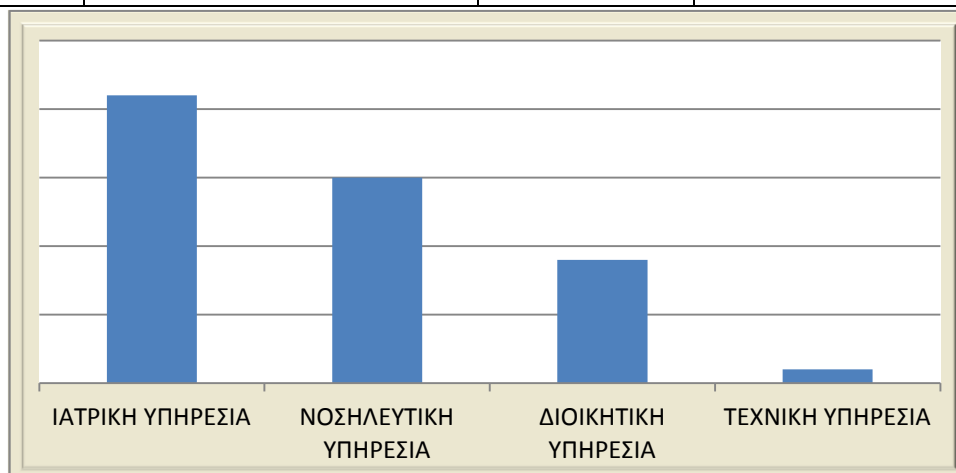
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

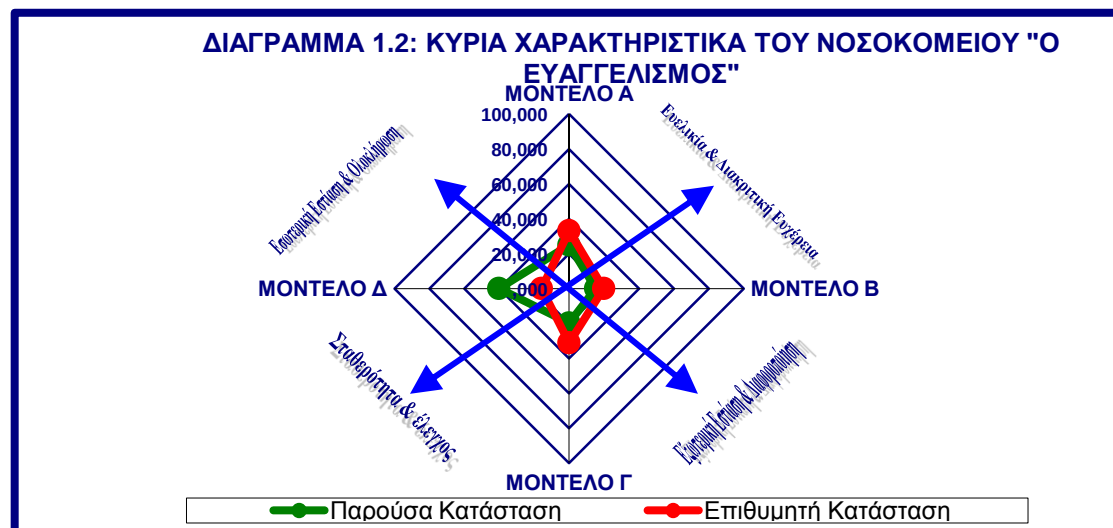
A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	21	45,6
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	15	32,6
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	9	19,6
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	2,2
	ΣΥΝΟΛΟ	46	100,0



Στο νοσοκομείο «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», σε σύνολο 46 ερωτηθέντων, το 45,6% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (11 Διευθυντές και 10 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 32,6% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (14 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), 19,6% στη Διοικητική Υπηρεσία (2 Υποδιευθυντές και 7 Προϊστάμενοι) και 2,2% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).

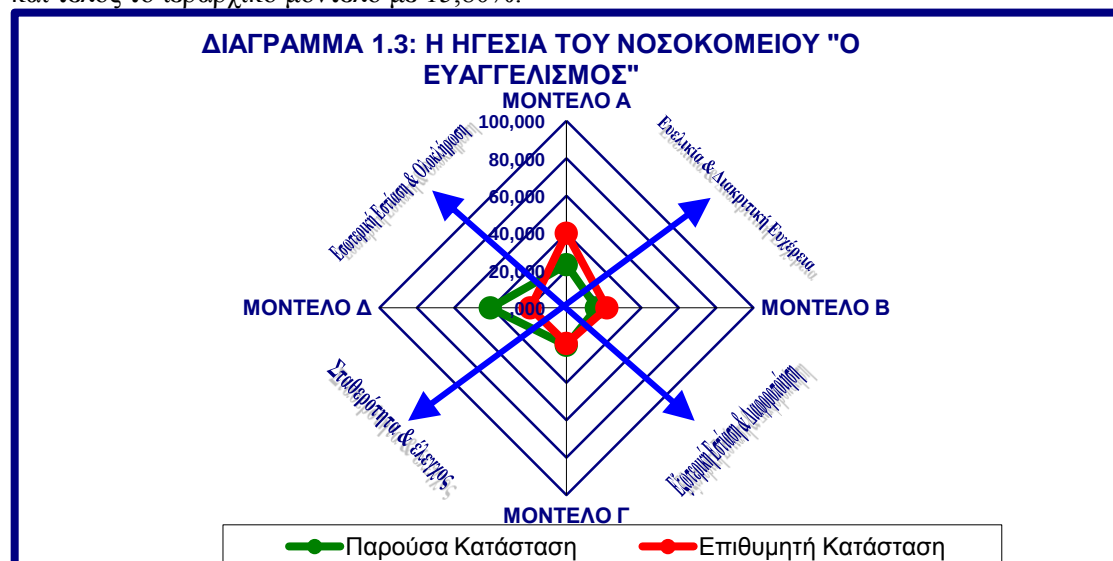


Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 46 στελεχών διοίκησης, το 42,40% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,10% και το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 20,40%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 16,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,30%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 25,50%, του ανοικτού συστήματος με 23,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 20,90%.



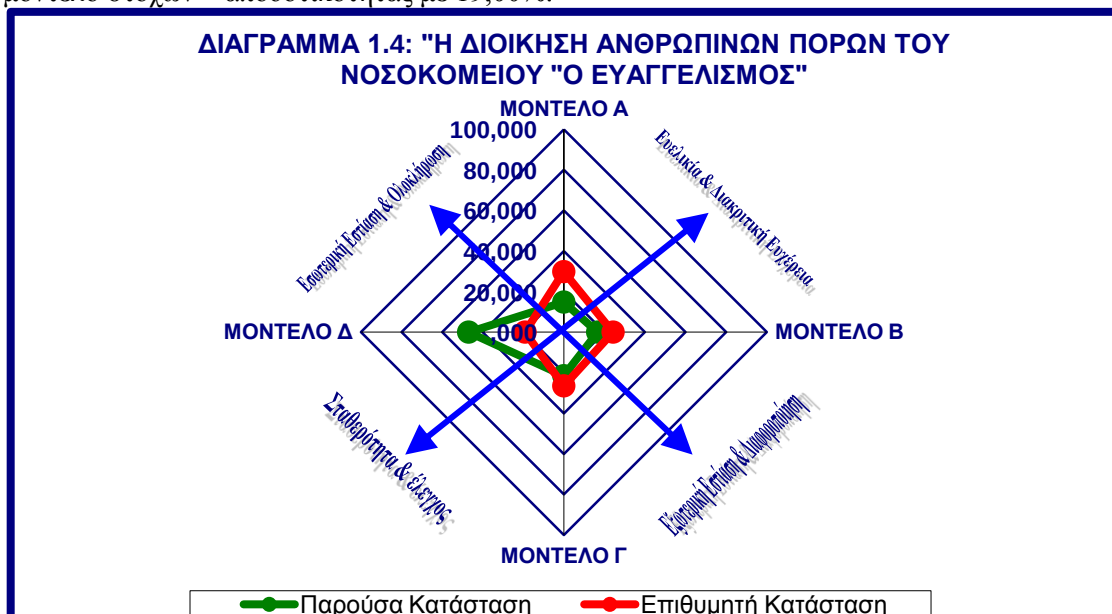
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	24.90	33.10
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.30	19.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	19.80	31.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.20	15.80

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 24,90%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 19,80% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,10%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 31,10%, του ανοικτού συστήματος με 19,90% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 15,80%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	23.10	39.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.10	21.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	20.00	19.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.60	19.30

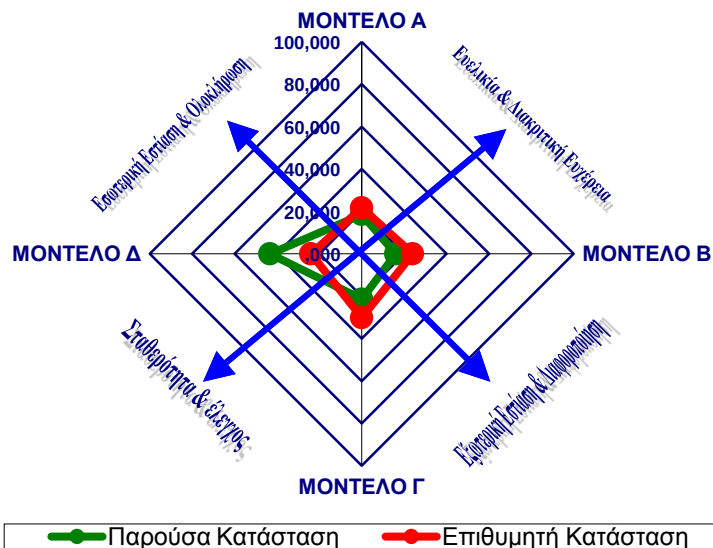
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 39,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 21,70%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,30%, και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 19,00%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	14.80	29.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.70	24.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	21.50	26.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	46.90	19.10

Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 46,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,50%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,10% και των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 14,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,80%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 26,50%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,10%.

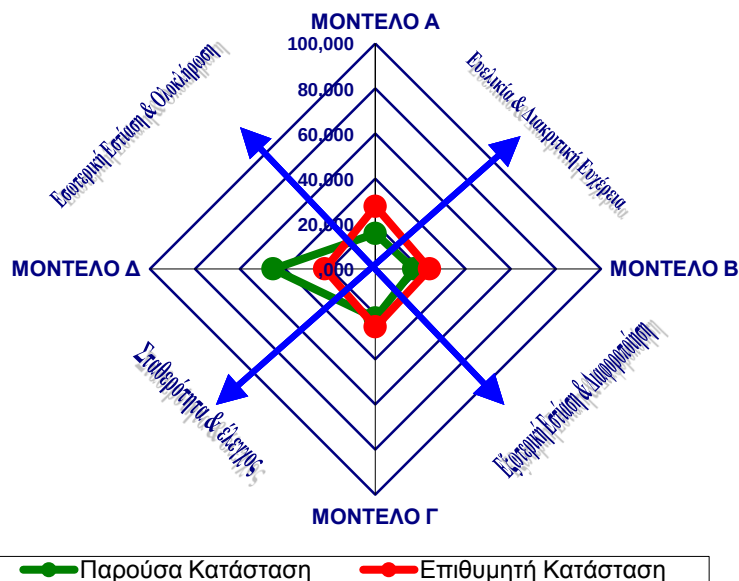
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	18.60	21.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.10	24.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	21.40	30.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	43.30	24.00

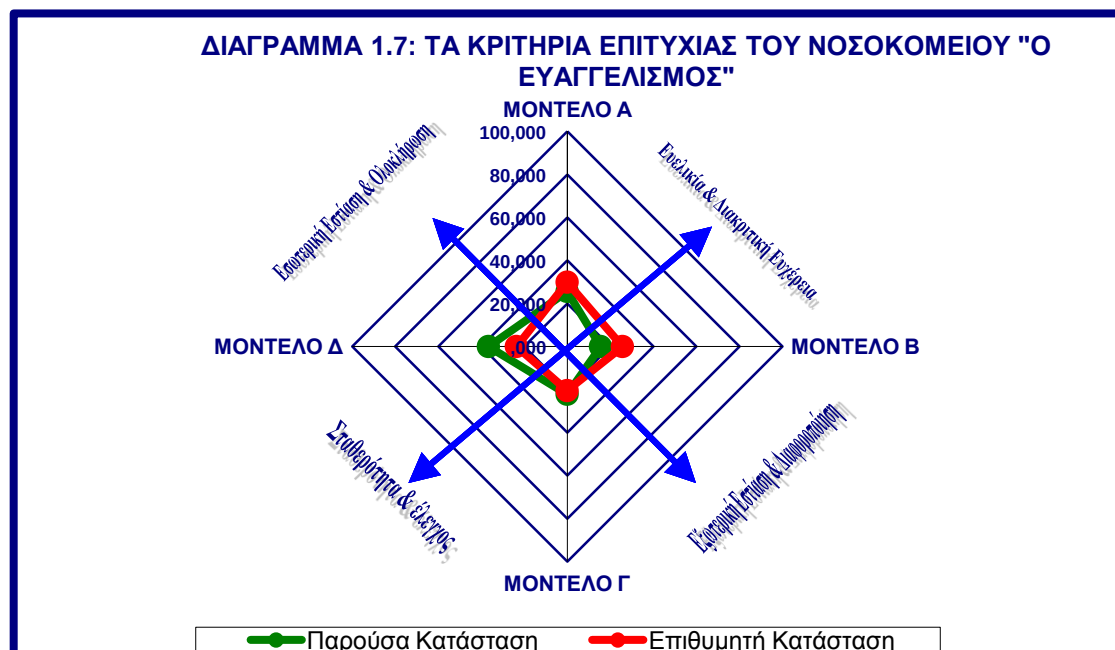
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,40%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 18,60% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 30,10%, ακολουθούν τα μοντέλα του ιεραρχικού και του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24% και τέλος το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων με ποσοστό 21,70%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	15.70	27.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	17.10	24.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	21.80	25.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.30	22.40

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,80%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 17,10% και των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 15,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 27,70%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 25,70%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 22,40%.



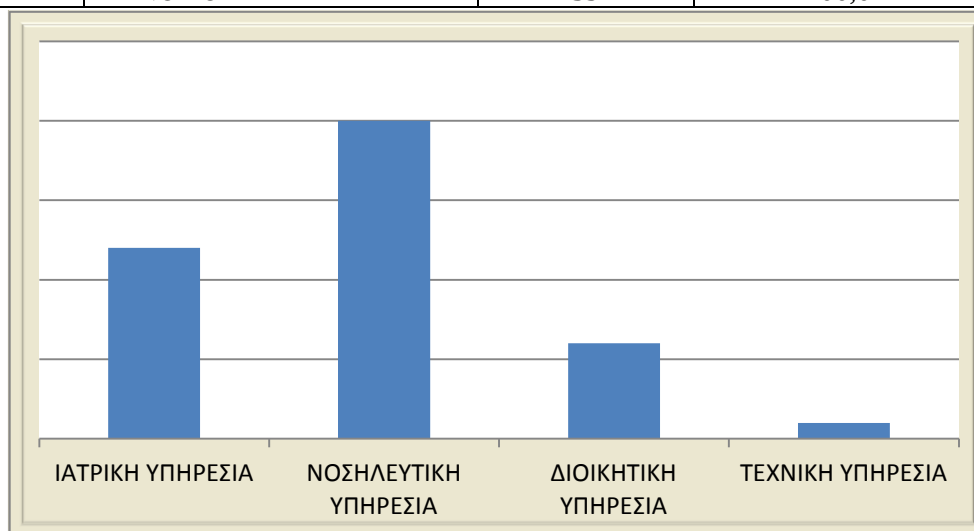
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	25.60	29.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.50	25.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	22.20	20.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	36.60	23.60

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 36,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 25,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 22,20% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 29,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 25,70%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 23,60%, και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 20,50%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΛΑΙΚΟ»

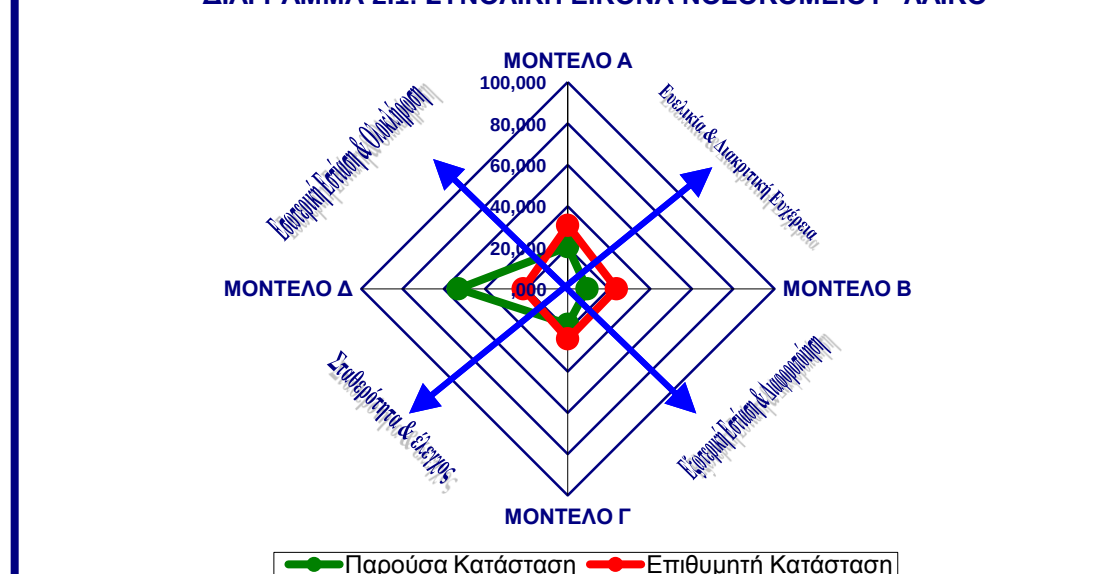
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «ΛΑΙΚΟ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	12	30,2
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	20	51,4
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	15,6
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	2,7
	ΣΥΝΟΛΟ	39	100,0



Στο νοσοκομείο «ΛΑΙΚΟ», σε σύνολο 39 ερωτηθέντων, το 30,2% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (10 Διευθυντές και 2 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 51,4% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (19 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), 15,6% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής και 5 Προϊστάμενοι) και 2,7% στη Τεχνική Υπηρεσία (Διευθυντής).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΛΑΙΚΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.40	30.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.40	23.60

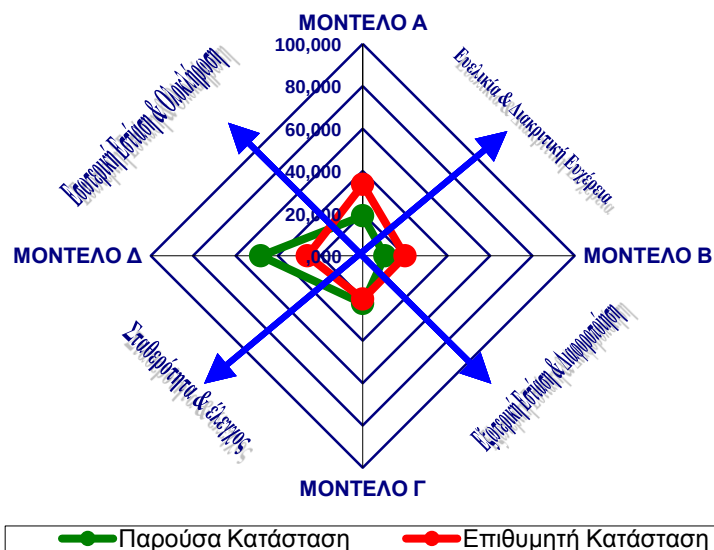
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	17.20	24.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	53.00	21.50

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 39 στελεχών διοίκησης, το 53,00% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 20,40%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,20%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 9,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,70%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 24,20%, του ανοικτού συστήματος με 23,60% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 21,50%.



Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 44,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 27,80%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 19,50% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,60%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,20%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 26,90%, του ανοικτού συστήματος με 26,80% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 16,00%.

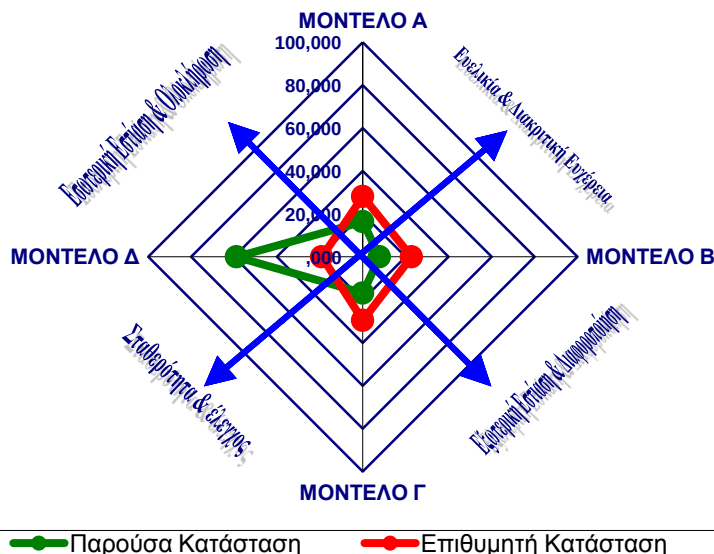
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΛΑΙΚΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	18.90	33.70
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.50	20.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	22.50	20.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	48.10	26.10

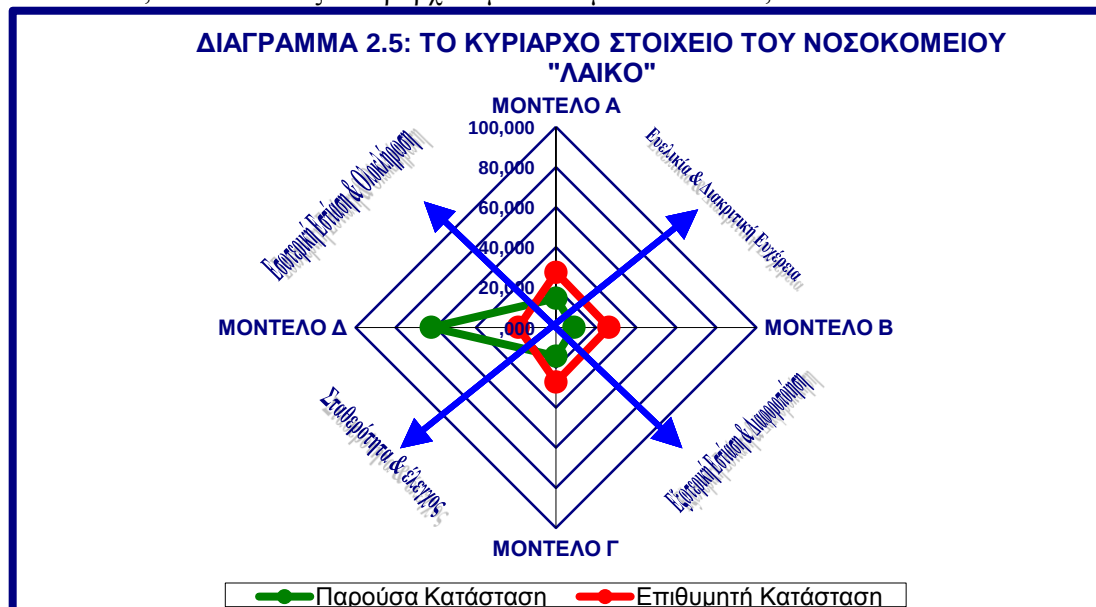
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 48,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 22,50%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 18,90% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,70%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 26,10%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 20,40% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 20,00%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΛΑΙΚΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	16.40	28.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.80	22.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.90	29.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	58.80	19.10

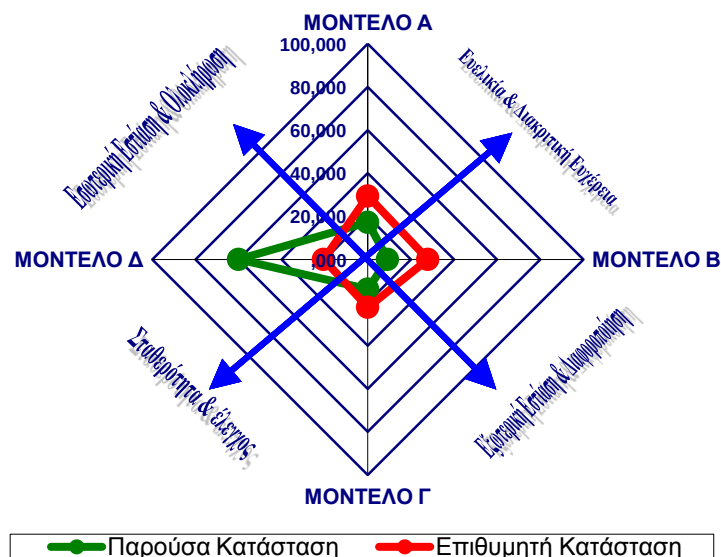
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 58,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,90%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 16,40% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε 29,60%, ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων με ποσοστό 28,10%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,70% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,10%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	14.50	27.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.00	26.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.40	27.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	62.20	18.80

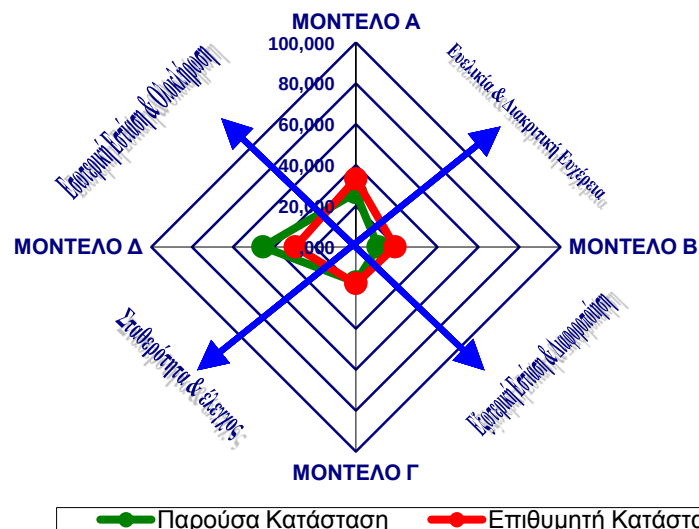
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 62,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 14,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,40%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,40%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 27,30%, το ανοικτό μοντέλο 26,40% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,80%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΛΑΙΚΟ"



Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 59,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 17,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητα σε ποσοστό 13,80% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,90%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητα με ποσοστό 22,20% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,50%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΛΑΙΚΟ"



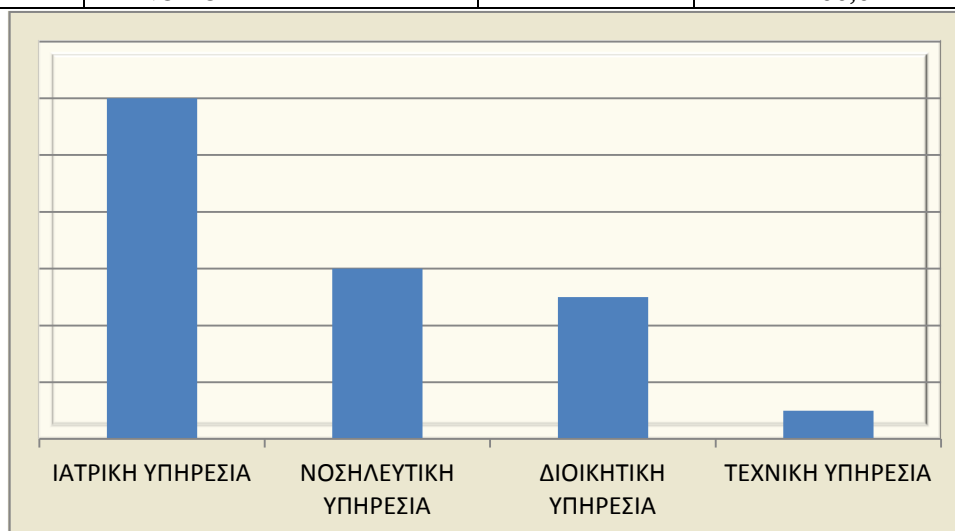
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	26.50	33.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.90	19.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.20	17.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.40	29.60

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 26,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,20% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,20%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 29,60%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 19,20% και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 17,90%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

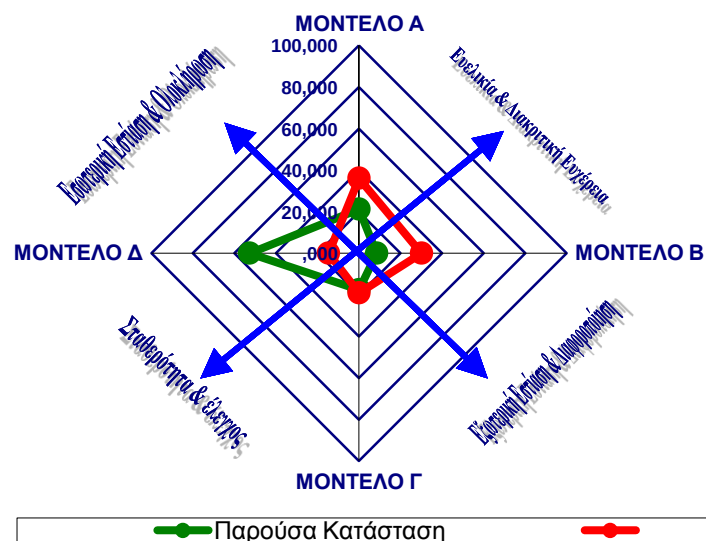
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	12	50,0
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	25,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	5	20,8
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	4,2
	ΣΥΝΟΛΟ	24	100,0



Στο νοσοκομείο «ΤΖΑΝΕΙΟ», σε σύνολο 24 ερωτηθέντων, το 50,0% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (4 Διευθυντές και 8 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 25,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (5 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), 20,8% στη Διοικητική Υπηρεσία (5 Προϊστάμενοι) και το 4,2% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).

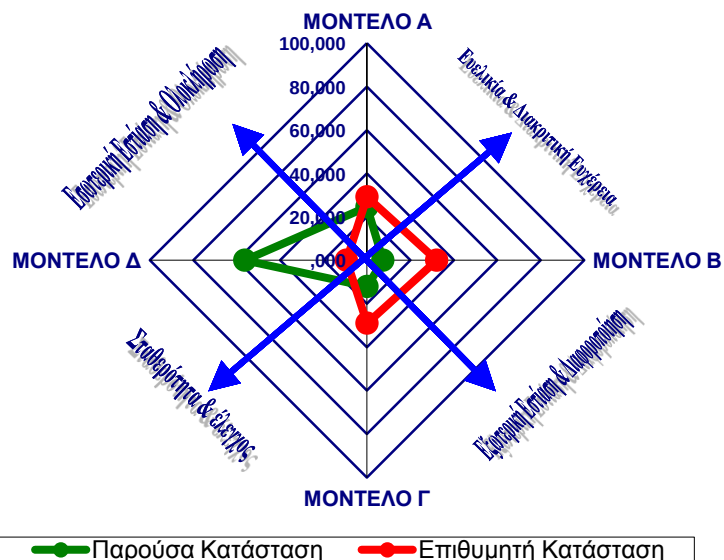
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΤΖΑΝΕΙΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	21.20	36.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	8.50	30.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	17.60	19.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	52.70	14.70

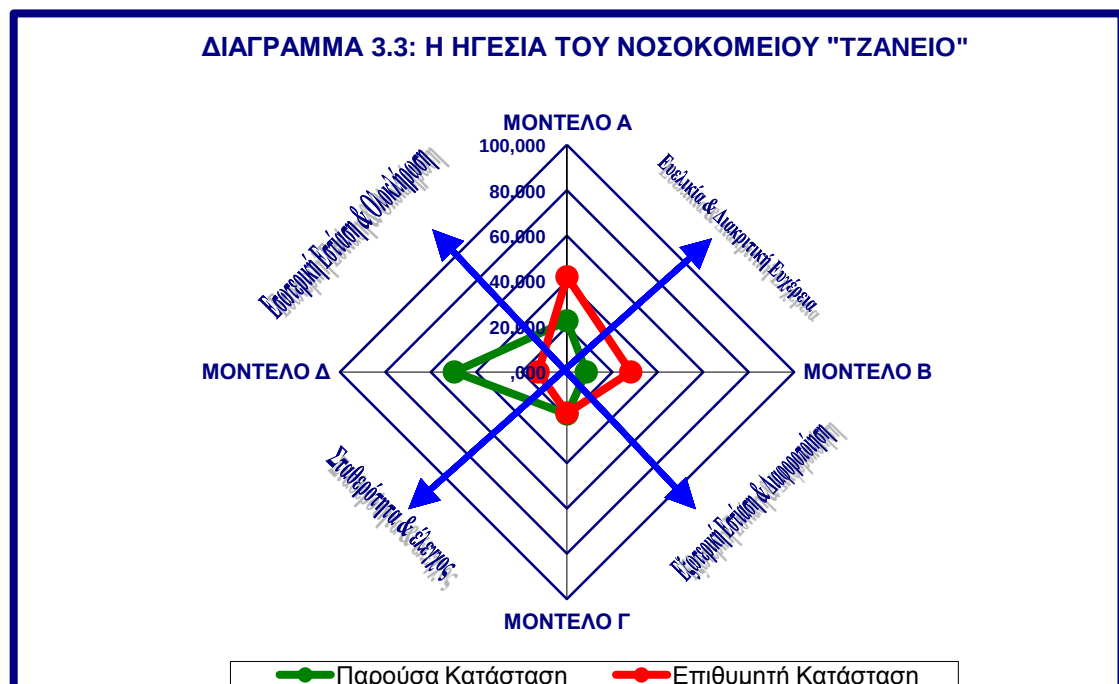
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 24 στελεχών διοίκησης, το 52,70% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 21,20%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,60%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 8,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 36,10%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 30,10%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 19,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 14,70%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΤΖΑΝΕΙΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	24.60	29.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.30	32.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.10	29.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.30	9.50

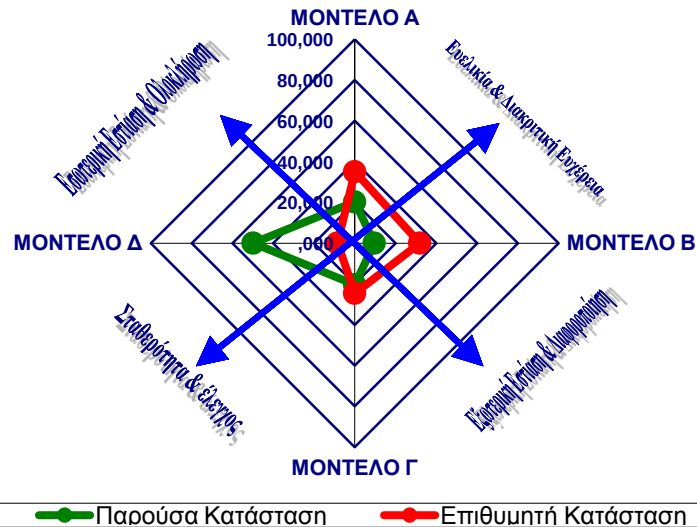
Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 56,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 24,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,10% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 32,10%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,20%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 29,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 9,50%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.50	41.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	8.50	28.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	18.50	18.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	49.60	12.70

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 49,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,50%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 41,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 28,10%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 18,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 12,70%.

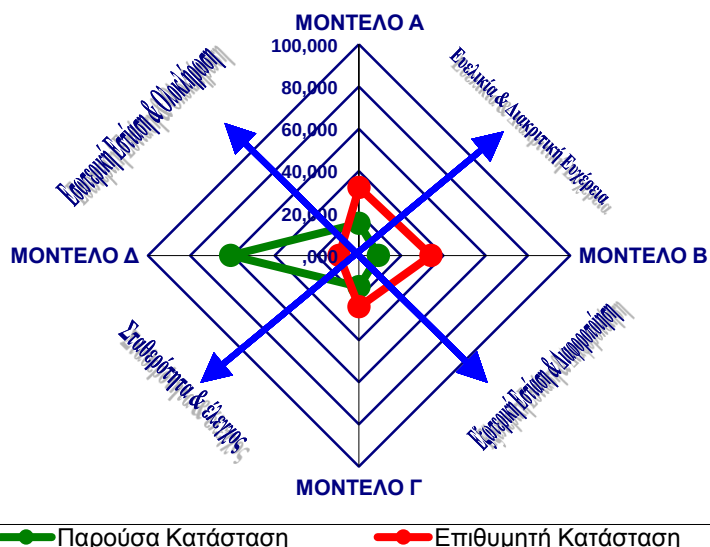
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΤΖΑΝΕΙΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.20	35.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.60	31.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	20.40	24.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	49.80	8.50

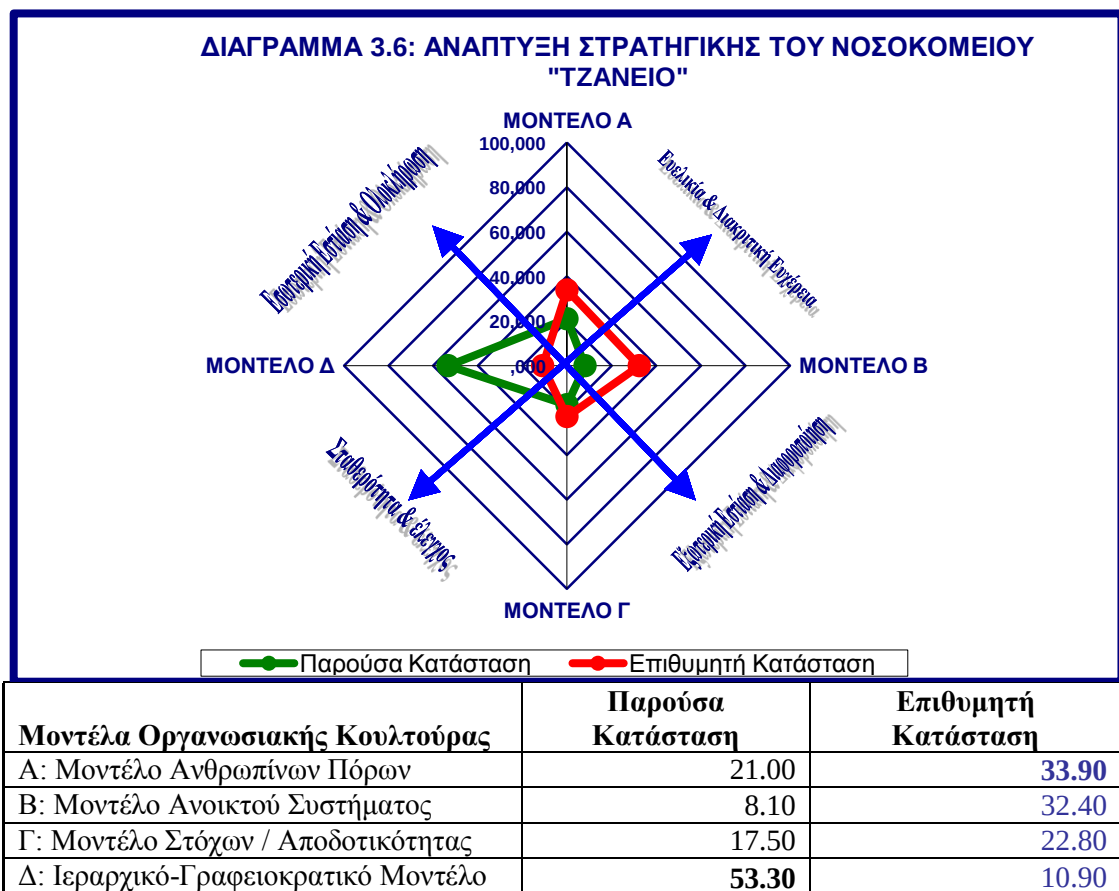
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 49,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,40%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,20% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,60%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 35,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 31,90%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 24,60% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 8,50%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΤΖΑΝΕΙΟ"

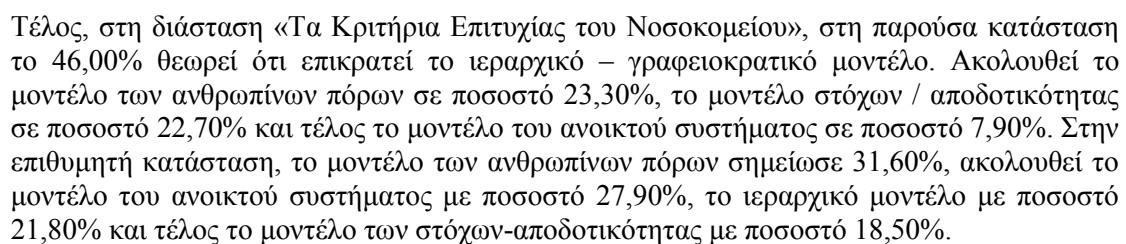


Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	15.20	32.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.20	34.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.80	24.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	60.80	9.40

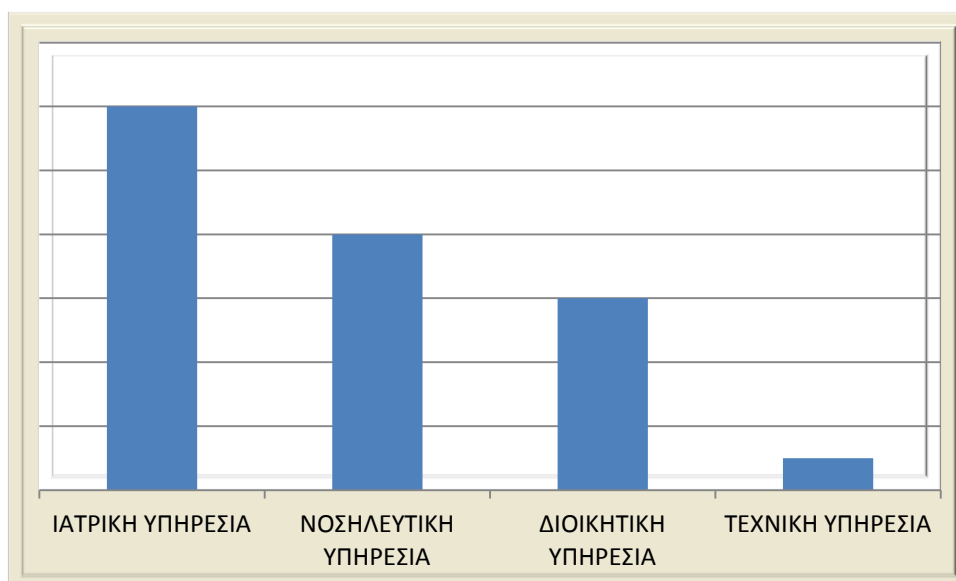
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 60,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 15,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,80%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 34,10%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 32,20%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 24,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 9,40%.



Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 53,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 21,00%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,50% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 33,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 32,40%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 22,80% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 10,90%.

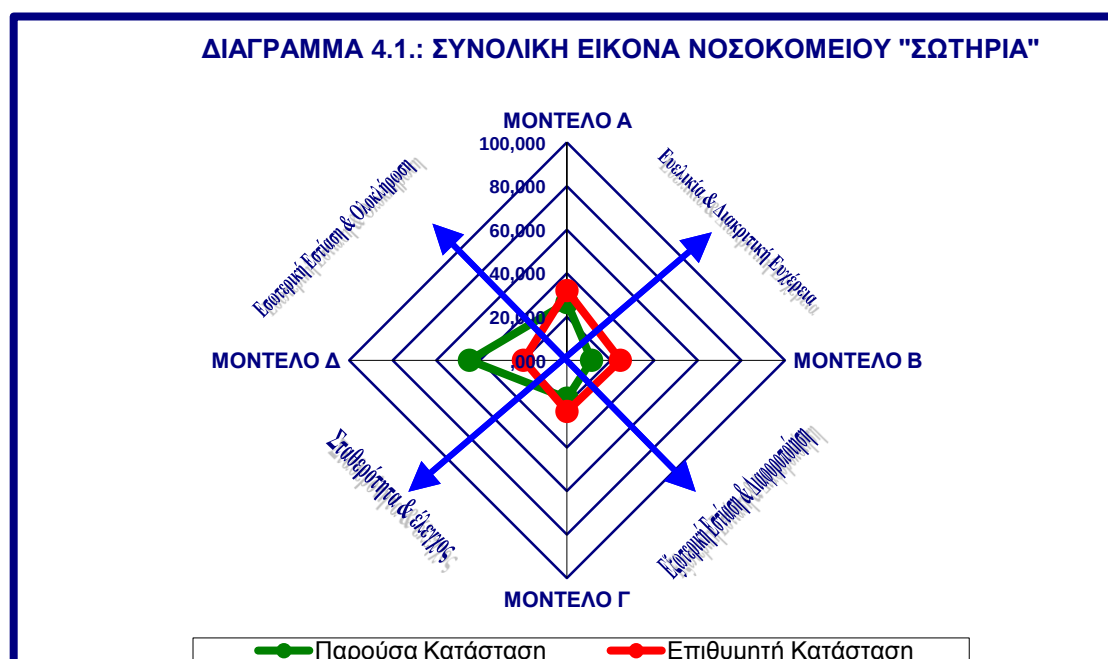


A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	12	44,4
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	29,6
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	22,2
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	3,8
	ΣΥΝΟΛΟ	27	100,0



Στο νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ», σε σύνολο 27 ερωτηθέντων, το 44,4% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (6 Διευθυντές και 6 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 29,6% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (5 Προϊσταμένες και 3 Τομεάρχες), το 22,2% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής και 5 Προϊστάμενοι) και το 3,8% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΣΩΤΗΡΙΑ"



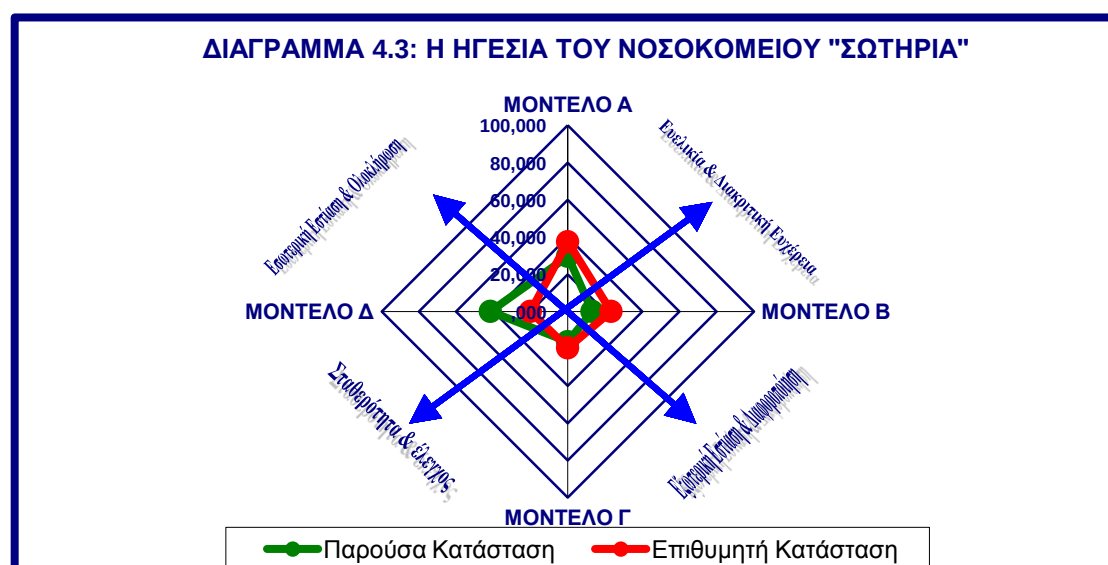
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	26.50	32.00
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.30	24.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.40	23.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44.80	20.00

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 27 στελεχών διοίκησης, το 44,80% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 26,50%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό

17,40%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 11,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 24,50%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 23,50% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,00%.



Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,50% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 27,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,90% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 12,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 35,50%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 22,20%, και τέλος τα μοντέλα του ανοικτού συστήματος και το ιεραρχικό μοντέλο σημείωσαν 21,10% αντίστοιχα.



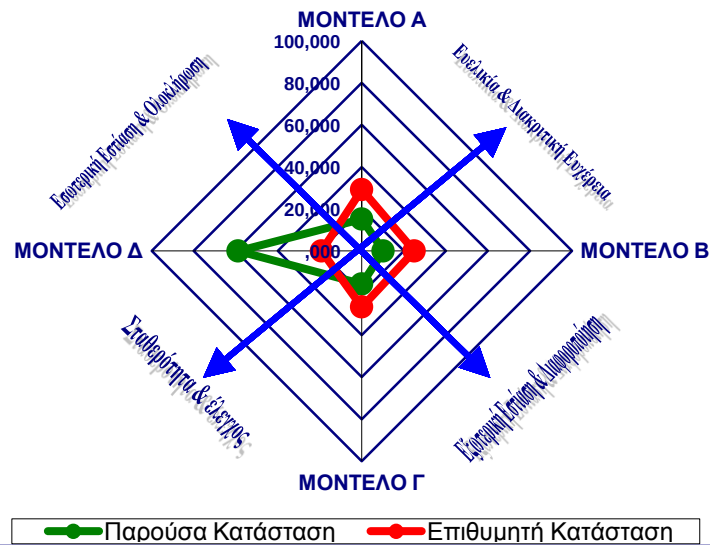
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	29.60	37.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	13.10	23.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.30	19.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.50	20.00

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 29,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,30%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 37,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,30%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,00% και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 19,60%.



Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,40%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 17,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 28,30%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 24,20% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,90%.

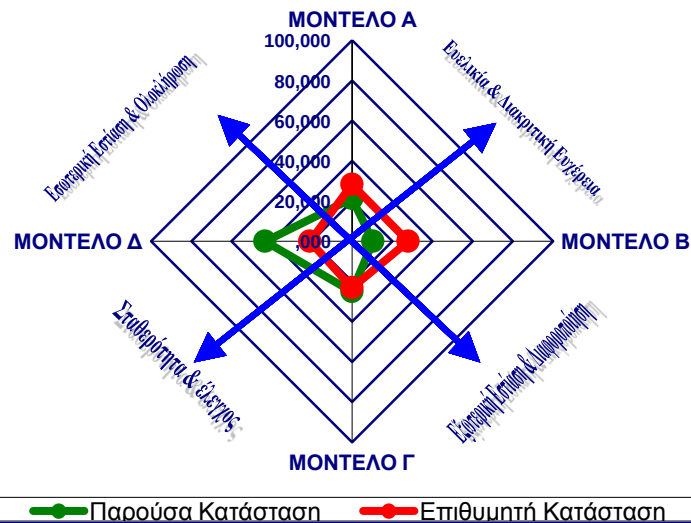
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΣΩΤΗΡΙΑ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	15.20	29.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.20	25.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	15.70	26.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	58.80	19.10

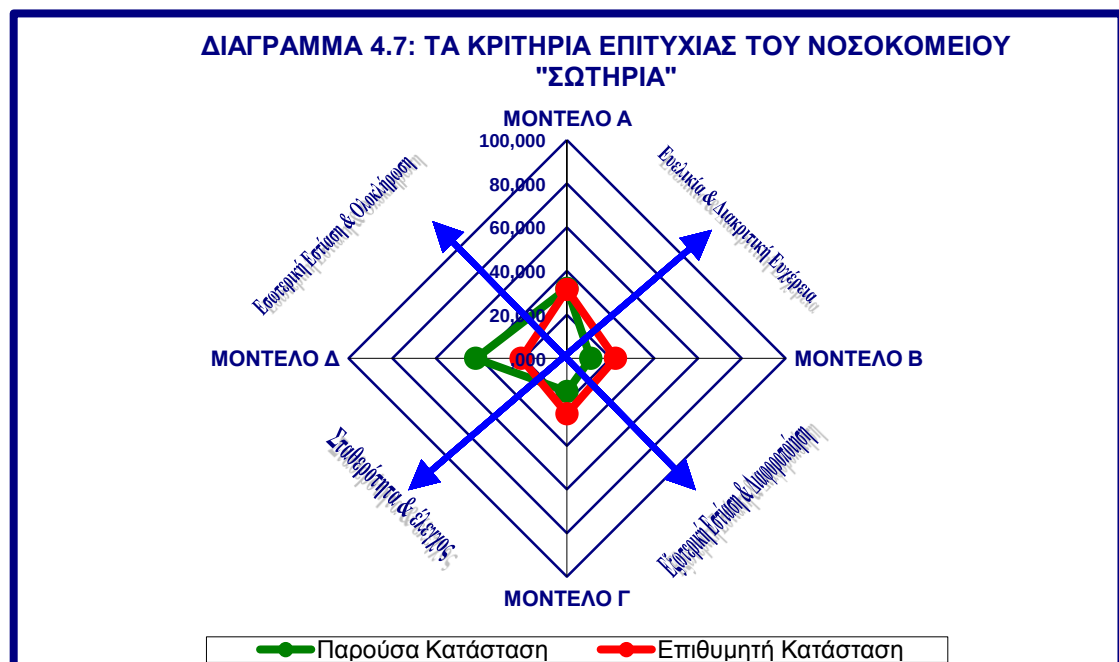
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 58,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,70%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 15,20%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,20%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 26,60%, του ανοικτού συστήματος σημείωσε 25,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 19,10%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΣΩΤΗΡΙΑ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	21.30	28.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.40	27.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	25.00	23.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	43.30	21.00

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 25,00%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 21,30% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 28,30%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,90%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 23,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 21,00%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	32.00	31.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.90	22.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.20	25.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.80	21.00

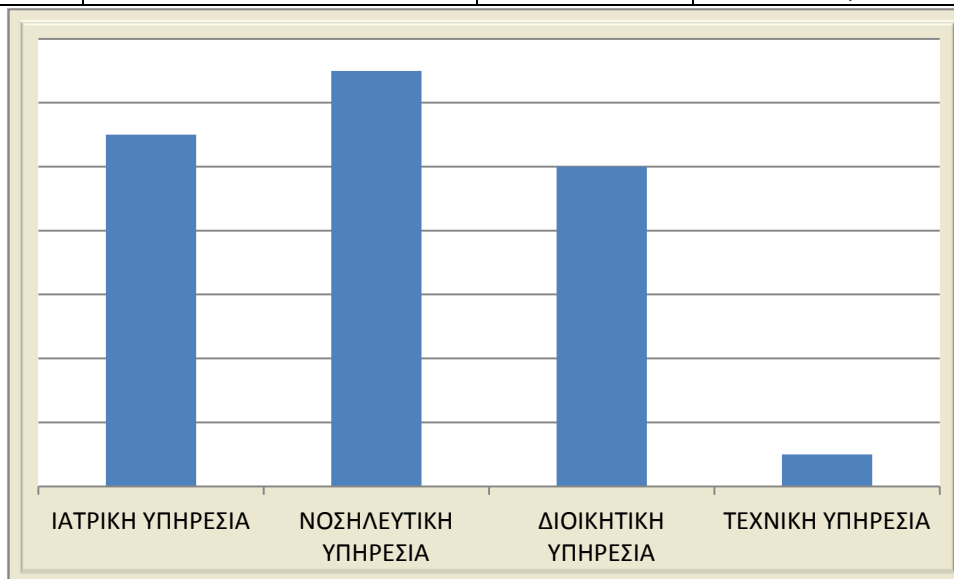
Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 32,00%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,20% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 31,50%, ακολουθεί το μοντέλο των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 25,40%, του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,20% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 21,00%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ

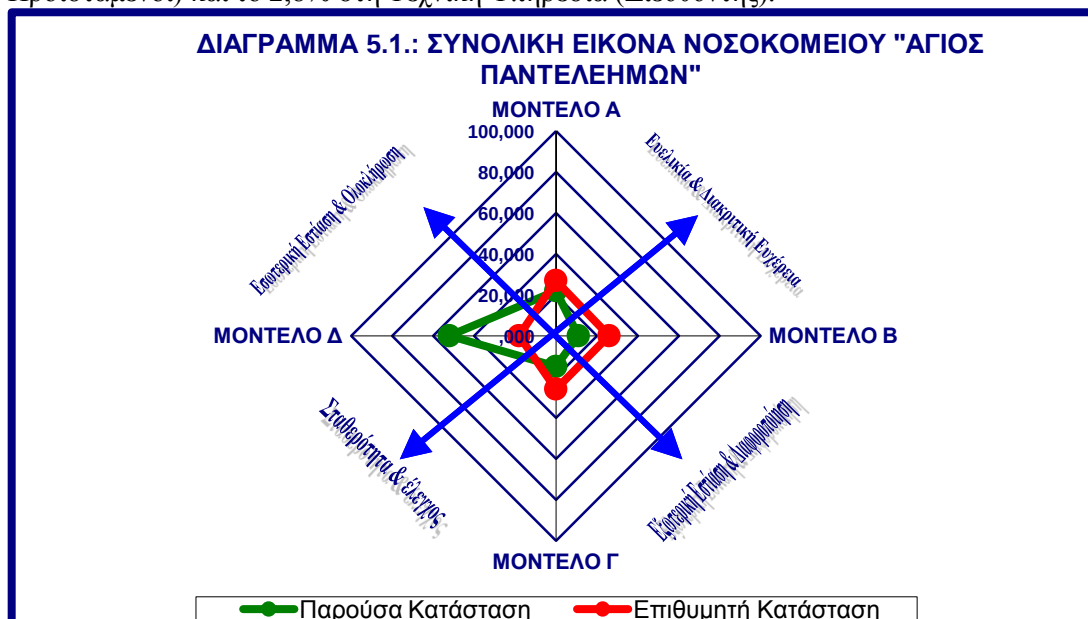
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	11	31,5
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	13	37,2
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	28,5
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	2,8
	ΣΥΝΟΛΟ	35	100,0



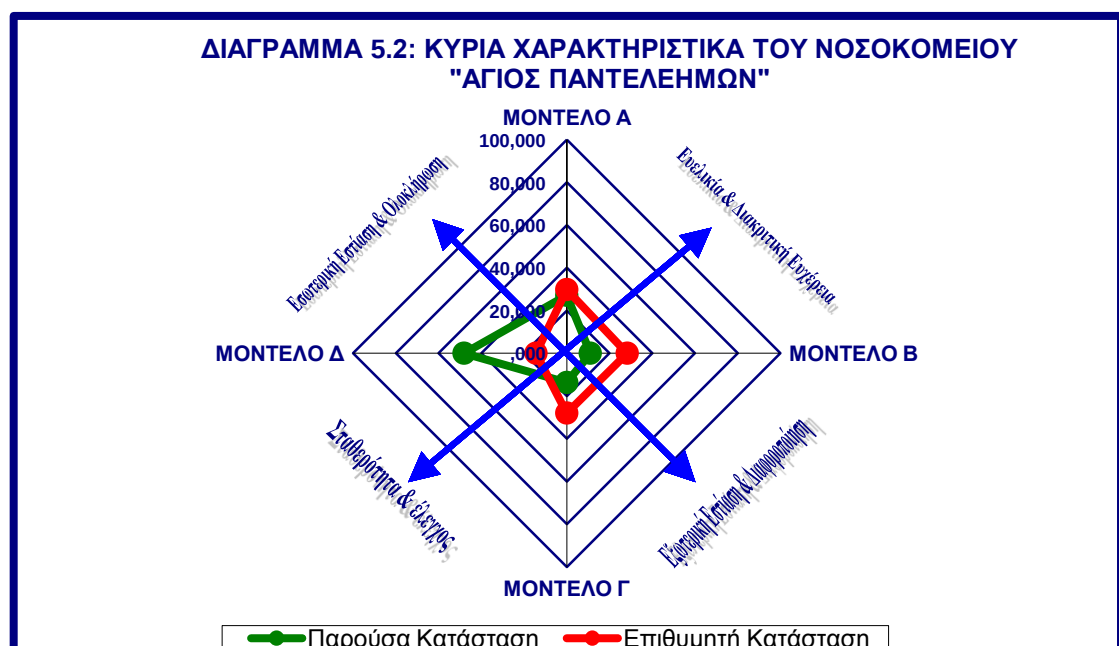
Στο νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», σε σύνολο 35 ερωτηθέντων, το 31,5% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (11 Διευθυντές), το 37,2% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (11 Προϊσταμένες και 2 Τομεάρχες), το 28,5% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής και 9 Προϊστάμενοι) και το 2,8% στη Τεχνική Υπηρεσία (Διευθυντής).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.00	27.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.00	26.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.00	26.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	52.00	18.00

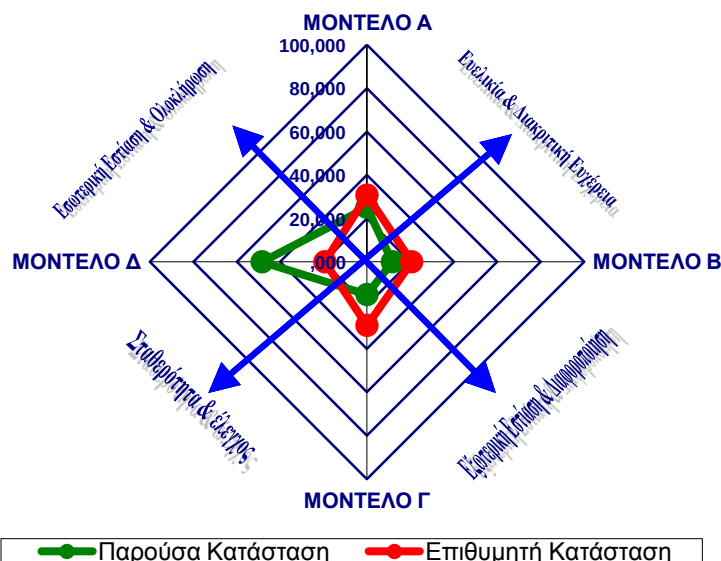
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 35 στελεχών διοίκησης, το 52,00% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 22,00%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,00%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 11,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 26,60% και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με το ίδιο ποσοστό και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,00%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.10	29.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.00	28.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.70	28.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	48.10	14.40

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 48,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 27,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,70% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,80%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 28,30%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 28,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 14,40%.

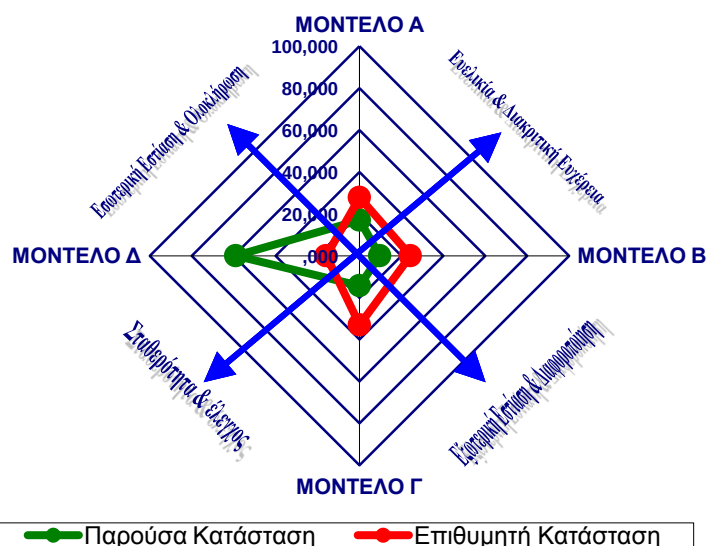
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	25.10	30.70
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.70	20.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	15.10	29.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	48.30	19.40

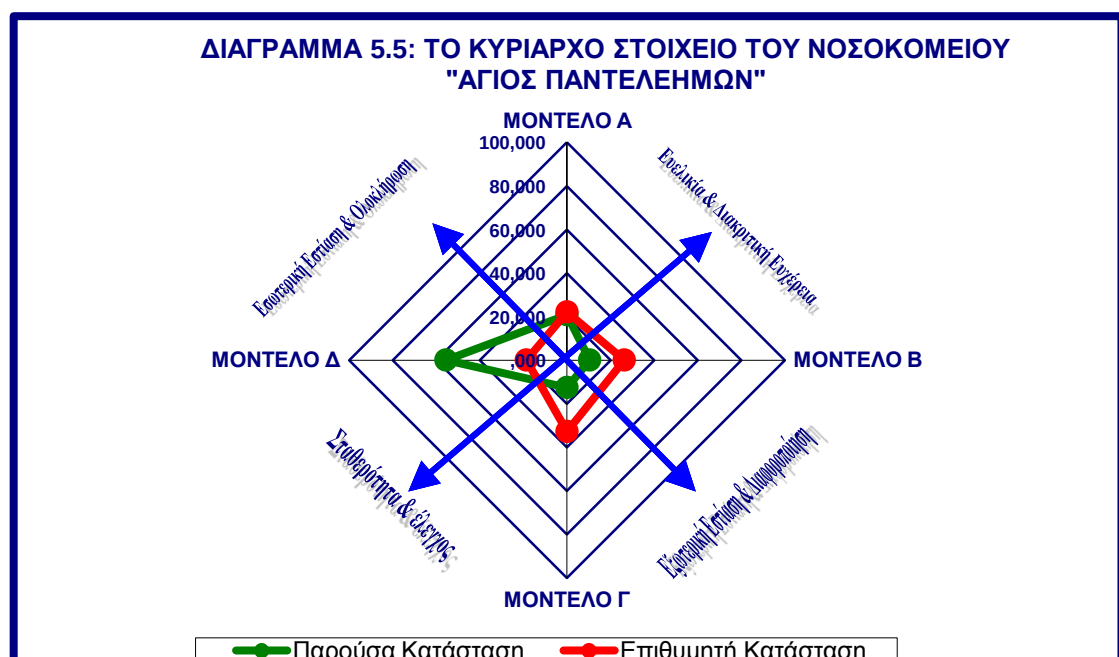
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 48,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 25,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,10%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,70%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 29,30%, του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 20,60%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,40%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	17.00	27.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.70	24.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.30	33.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	59.00	15.90

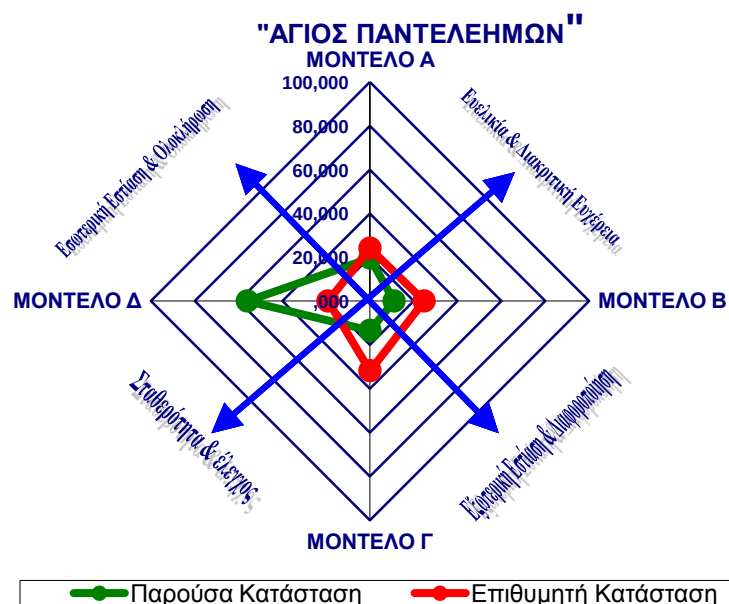
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 59,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 17,00%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,30%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 33,00%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,80%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,30%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 15,90%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.80	22.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.40	26.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.60	32.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	55.60	18.70

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,80%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,60%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 32,80%, του ανοικτού συστήματος σημείωσε 26,30%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων 22,10%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 18,70%.

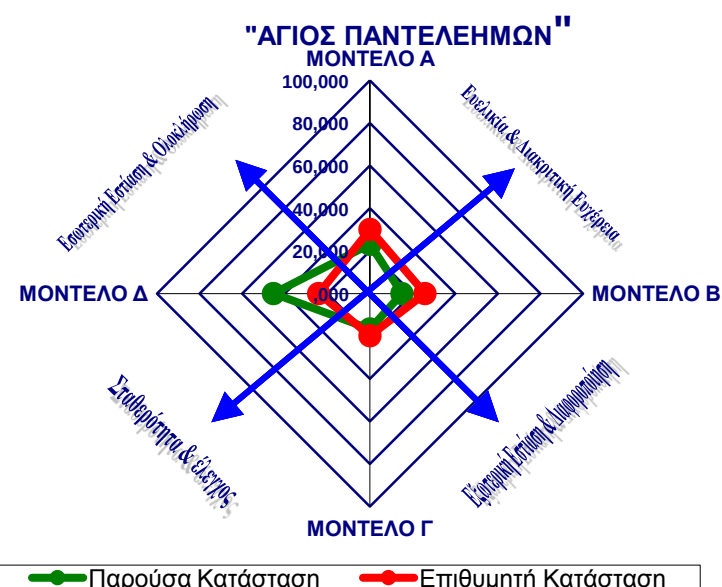
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	19.60	24.10
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.00	24.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.40	31.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.00	19.20

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 56,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 19,60%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,40%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 31,80%, του ανοικτού συστήματος σημείωσε 24,70%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων 24,10%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 19,20%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	23.10	30.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.00	25.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.60	19.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.30	24.10

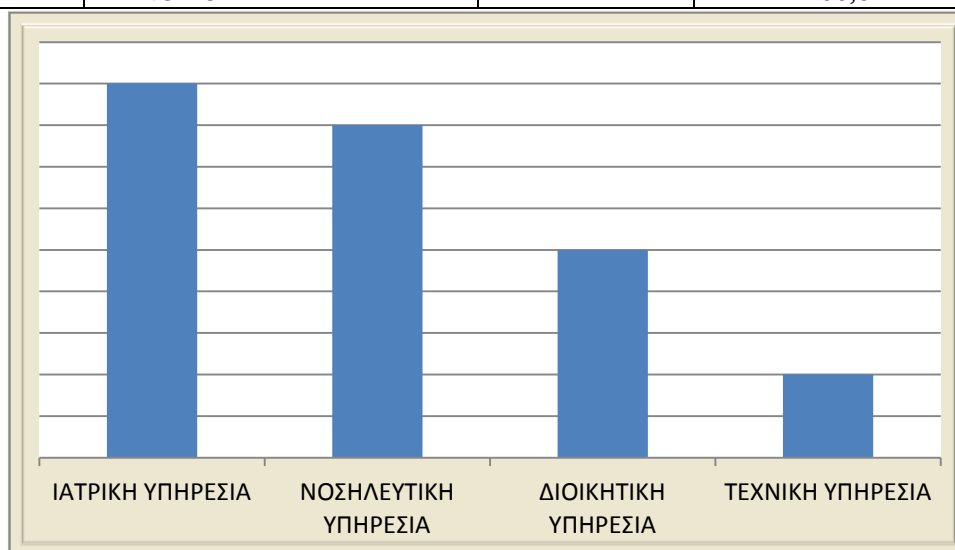
Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,60% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,10%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 25,80%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 24,10% και τέλος των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 19,80%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ

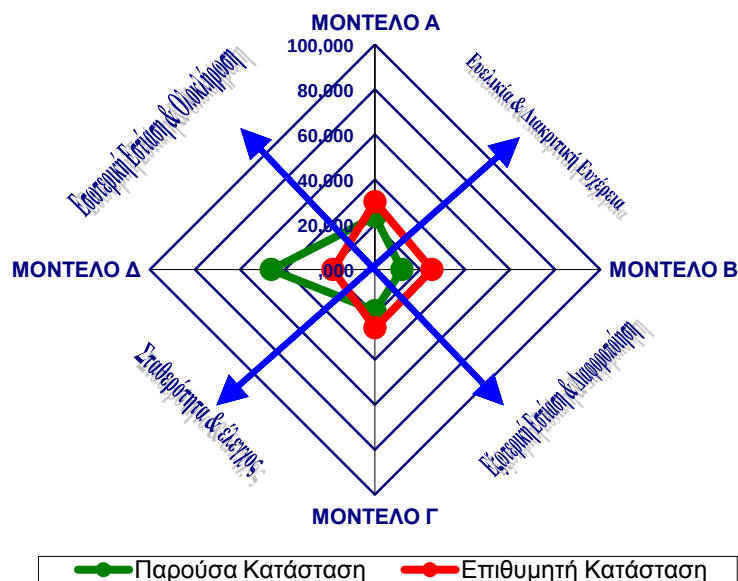
«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	9	37,4
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	33,3
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	5	21,0
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	8,3
	ΣΥΝΟΛΟ	24	100,0



Στο νοσοκομείο «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ», σε σύνολο 24 ερωτηθέντων, το 37,4% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (3 Διευθυντές και 6 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 33,3% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (8 Προϊσταμένες), το 21,0% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής, 1 Υποδιευθυντής και 3 Προϊστάμενοι) και το 8,3% στη Τεχνική Υπηρεσία (2 Προϊστάμενοι).

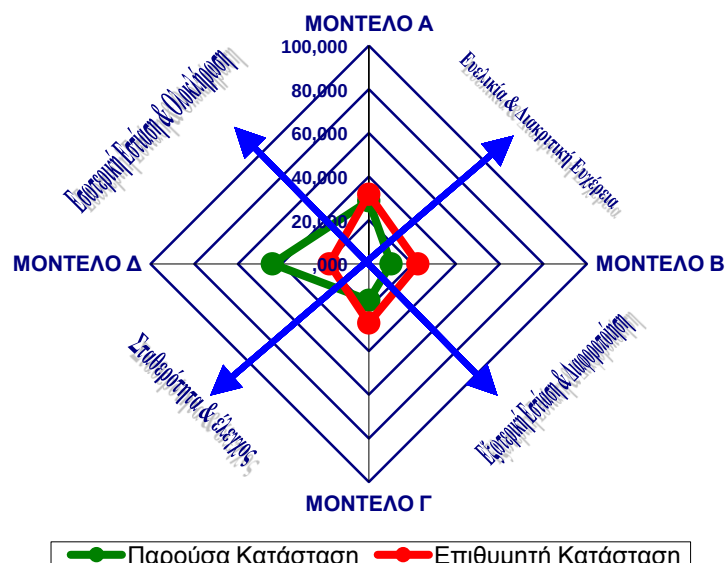
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"**

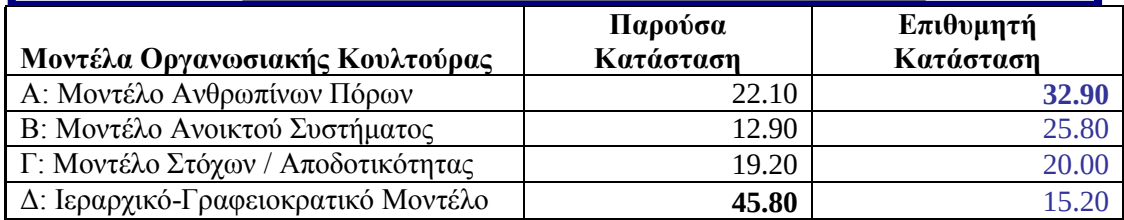


Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	23.60	30.10
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	12.00	25.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	18.30	25.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	46.10	18.70

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 24 στελεχών διοίκησης, το 46,10% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 23,60%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,30%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 12,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,10%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 25,90%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 25,30%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,70%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"**





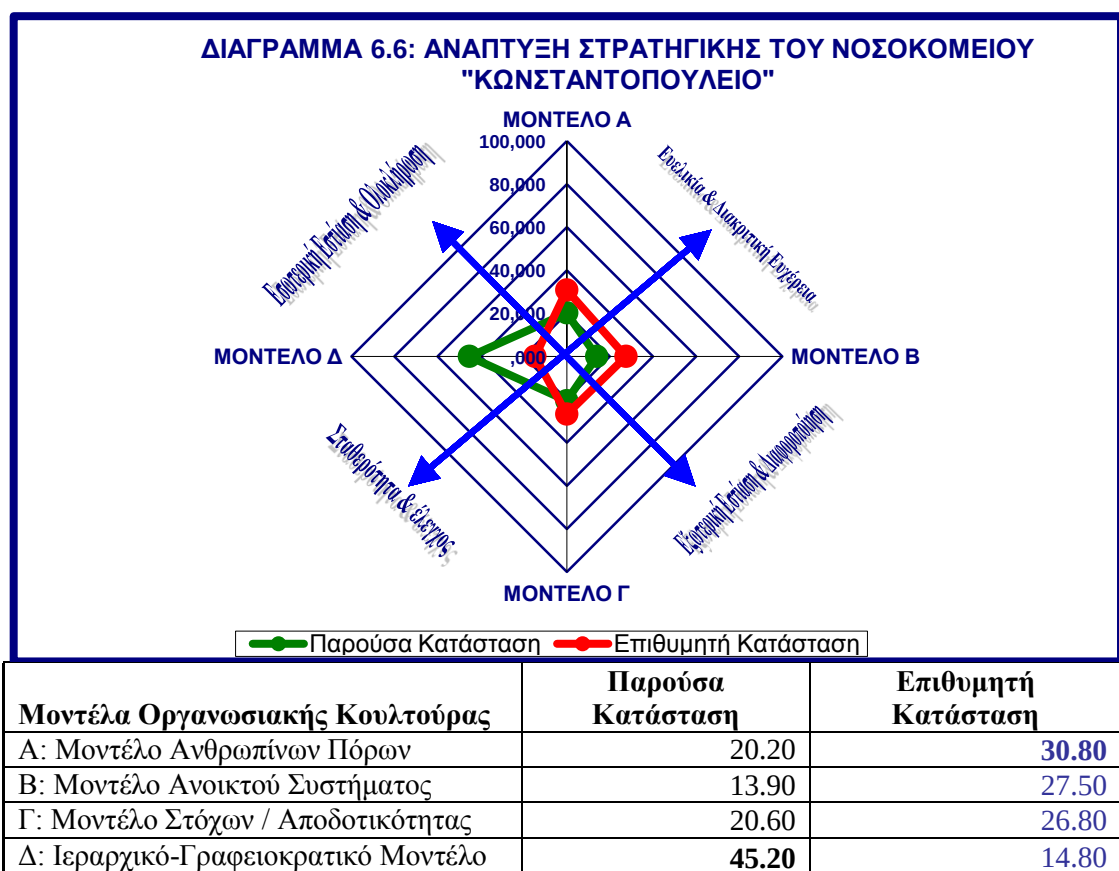
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"**

The radar chart displays the performance of four models (A, B, C, D) across five categories. The scale ranges from 0 to 100,000. The 'Επιθυμητή Κατάσταση' (Desired State) is represented by a red line with diamond markers, and the 'Παρούσα Κατάσταση' (Current State) is represented by a green line with diamond markers. The chart shows that the 'Επιθυμητή Κατάσταση' is generally higher than the 'Παρούσα Κατάσταση' across all categories, with the largest gap in 'Ποιότητα & ικανοποίηση ασθενών' (Quality & Patient Satisfaction).

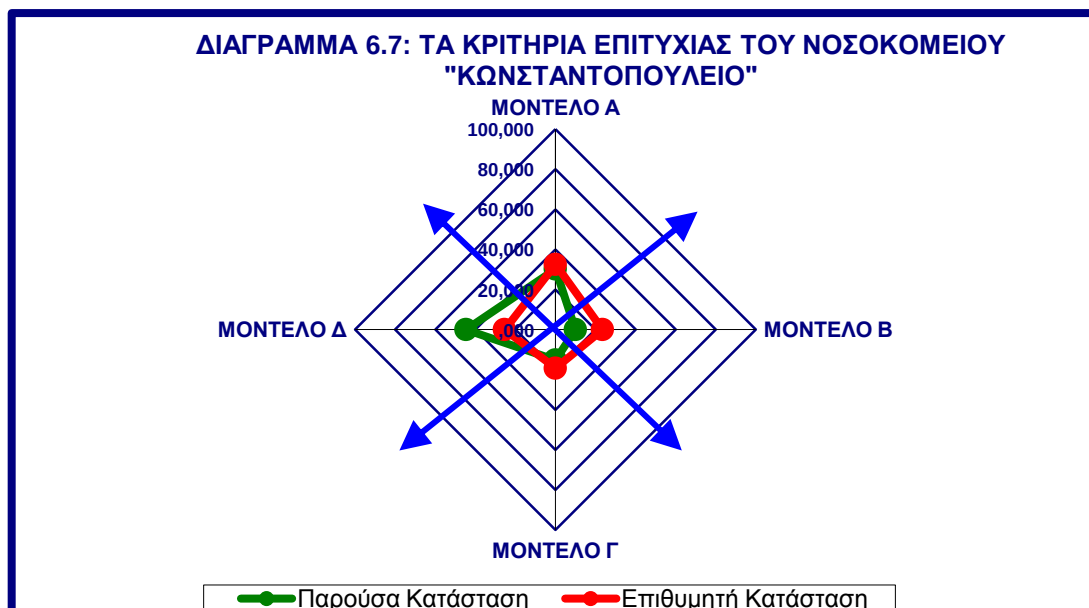
Κατηγορία	Μοντέλο Α	Μοντέλο Β	Μοντέλο Γ	Μοντέλο Δ
Ποιότητα & ικανοποίηση ασθενών	~15,000	~10,000	~10,000	~10,000
Ποιότητα & ικανοποίηση ασθενών	~15,000	~10,000	~10,000	~10,000
Ποιότητα & ικανοποίηση ασθενών	~15,000	~10,000	~10,000	~10,000
Ποιότητα & ικανοποίηση ασθενών	~15,000	~10,000	~10,000	~10,000
Ποιότητα & ικανοποίηση ασθενών	~15,000	~10,000	~10,000	~10,000

Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	18.50	21.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	13.70	32.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	22.10	30.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.60	16.70

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 22,10%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 18,50%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 32,90%, του στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 30,00%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων 21,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 16,70%.



Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,60%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 20,20%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 30,80%, του ανοικτού συστήματος σημείωσε 27,50%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 26,80%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 14,80%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	30.20	32.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.00	23.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.20	19.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44.60	25.40

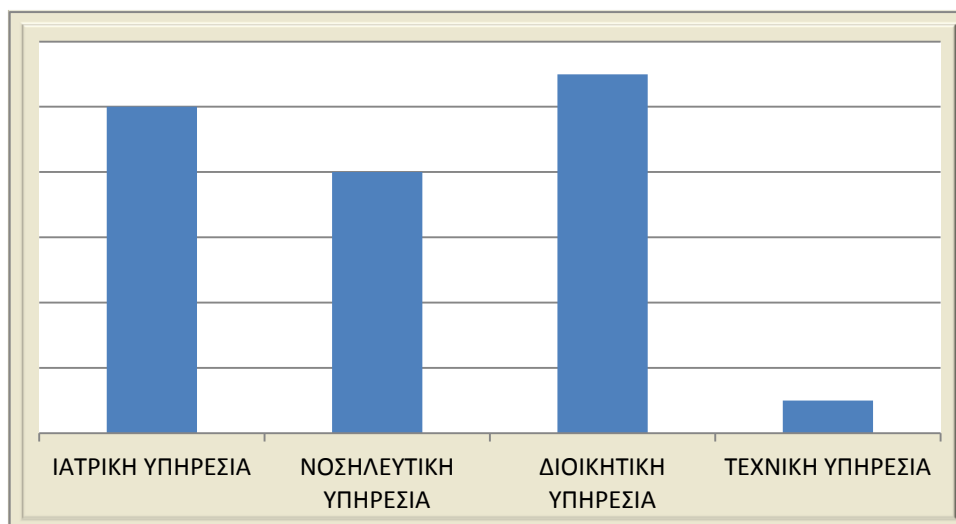
Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 44,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 30,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,20% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,50%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 25,40%, του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,50%, και τέλος των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 19,30%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»

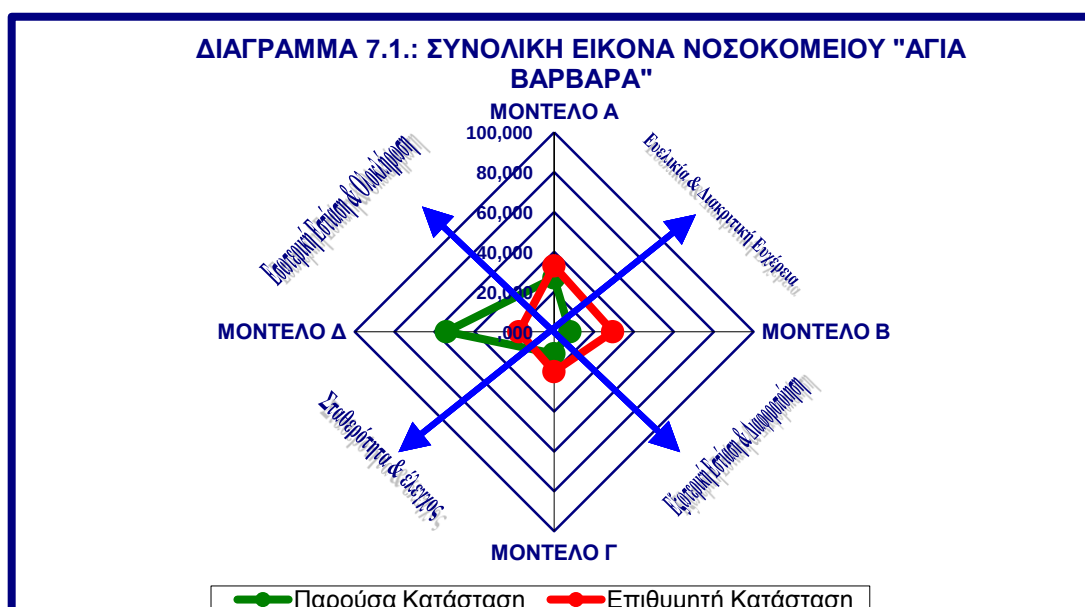
ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

«ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	33,3
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	26,7
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	11	36,7
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	3,3
	ΣΥΝΟΛΟ	30	100,0



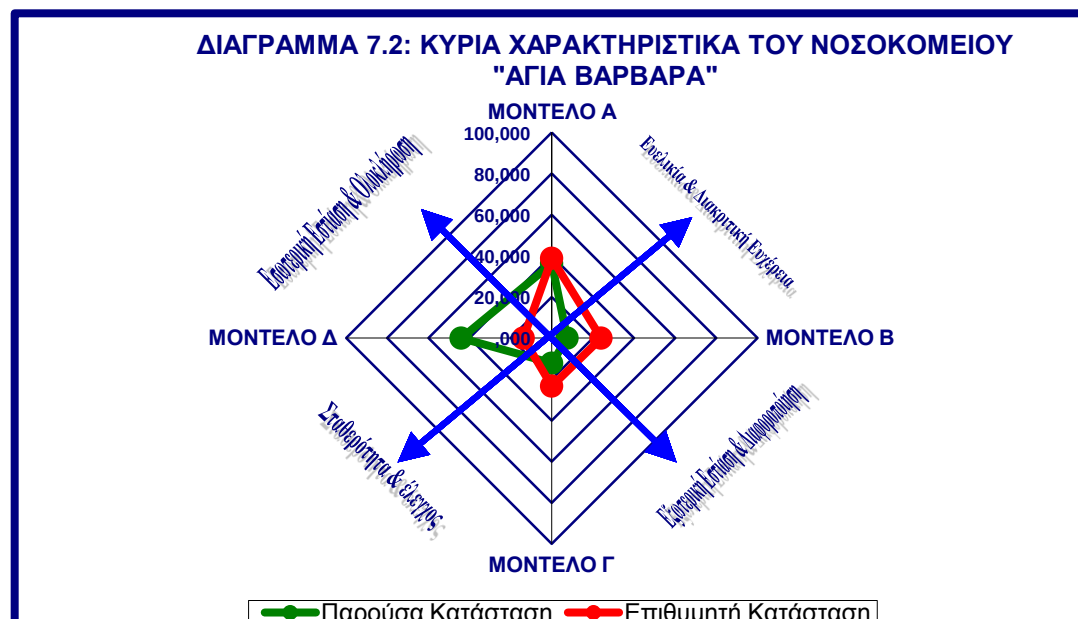
Στο νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ», σε σύνολο 30 ερωτηθέντων, το 33,3% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (10 Διευθυντές), το 26,7% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (7 Προϊσταμένες, 1 Τομεάρχης), το 36,7% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής και 10 Προϊστάμενοι) και το 3,3% στη Τεχνική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής).



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.00	33.00
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	8.00	29.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	11.00	20.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	54.00	17.60

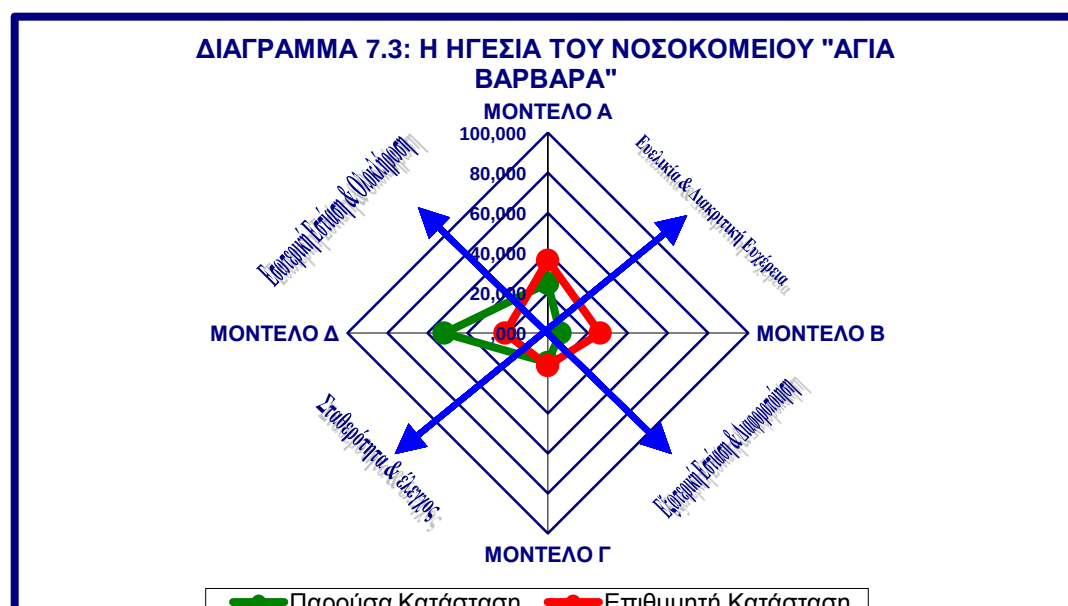
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 30 στελεχών διοίκησης, το 54,00% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 27,00% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 11,00%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 8,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού

συστήματος με 29,40%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητα με 20,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,60%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	36.30	38.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.50	24.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	12.20	23.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44.00	13.80

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 44,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 36,30%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητα σε ποσοστό 12,20% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,5%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 38,80%, ακολουθεί το Μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 24,00%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητα με ποσοστό 23,30%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε 13,80%.



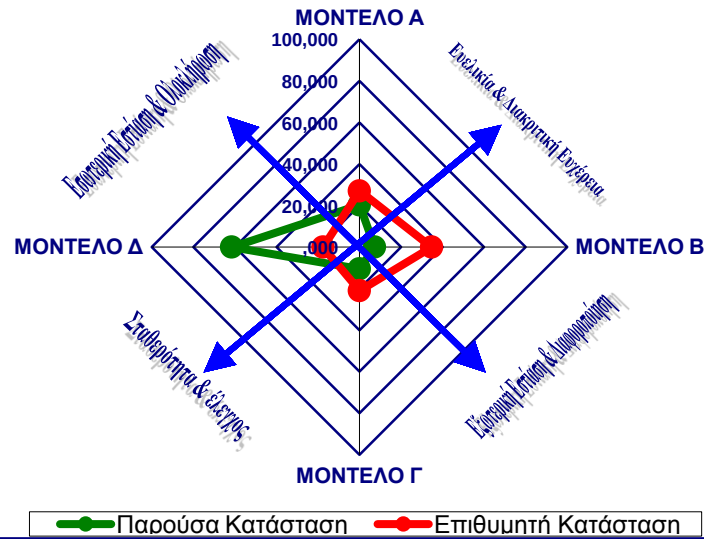
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	24.80	36.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	6.20	26.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.70	16.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	51.70	21.30

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,70% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 24,80%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 6,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 36,30%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,20%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 21,30%, και τέλος το στόχων – αποδοτικότητας με 16,20%.



Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 61,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 19,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 10,30%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 29,00%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 22,20%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 15,80%.

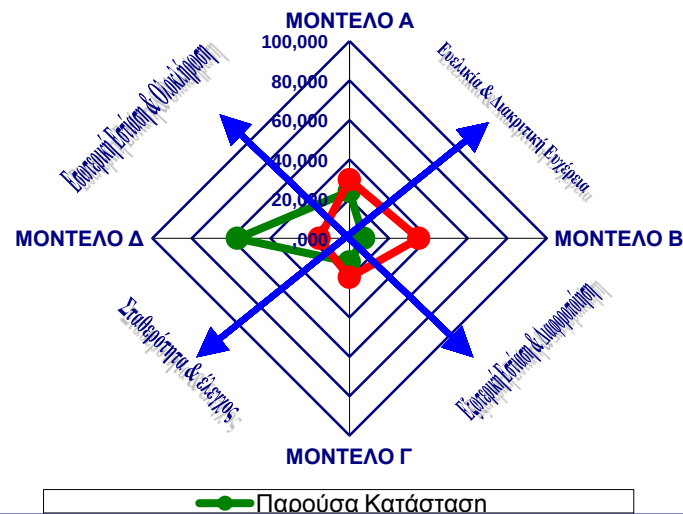
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.30	27.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.30	34.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	10.50	21.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	61.50	17.50

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 61,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,30%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 10,50%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 34,80%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,00%, του στόχων – αποδοτικότητας 21,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 17,50%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	23.80	29.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.30	35.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.00	19.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.80	15.30

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 56,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,80%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 35,20%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,70%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 19,80% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 15,30%.

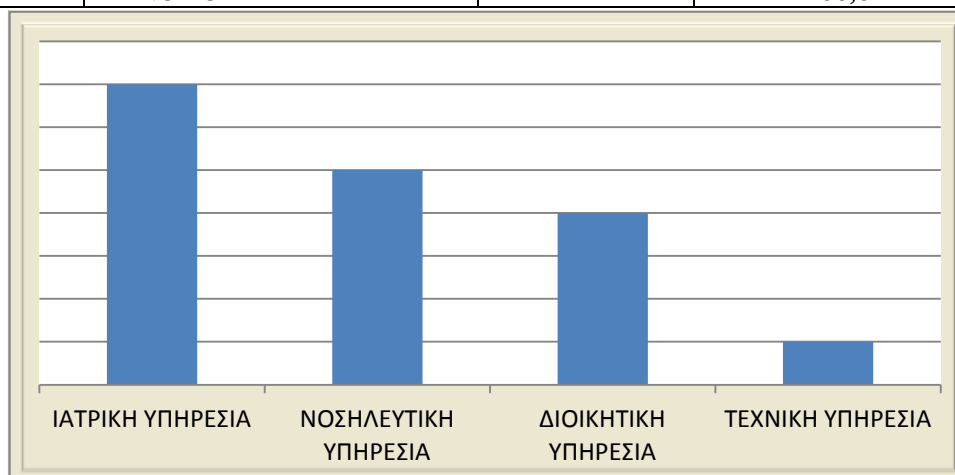


Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 46,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 34,50%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,30% και τέλος το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 7,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,20%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,20%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 21,70% και τέλος των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 17,70%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΕΛΠΙΣ»

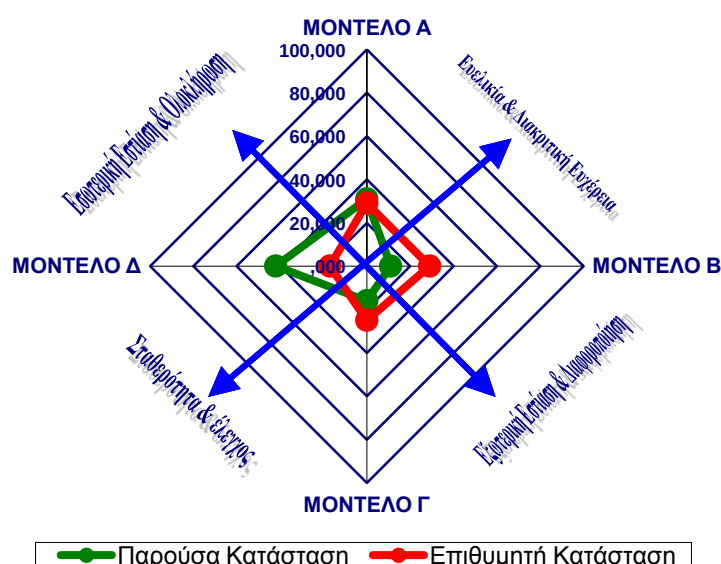
ΠΙΝΑΚΑΣ 8.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΕΛΠΙΣ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	41,2
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	5	29,4
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	4	23,5
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	5,9
	ΣΥΝΟΛΟ	17	100,0



Στο νοσοκομείο «Η ΕΛΠΙΣ», σε σύνολο 17 ερωτηθέντων, το 41,2% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (6 Διευθυντές και 1 Αναπληρωτής Διευθυντής), το 29,4% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (5 Προϊσταμένες), το 23,5% στη Διοικητική Υπηρεσία (4 Προϊστάμενοι) και το 5,9% στη Τεχνική Υπηρεσία (1 Προϊστάμενος).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Η ΕΛΠΙΣ"



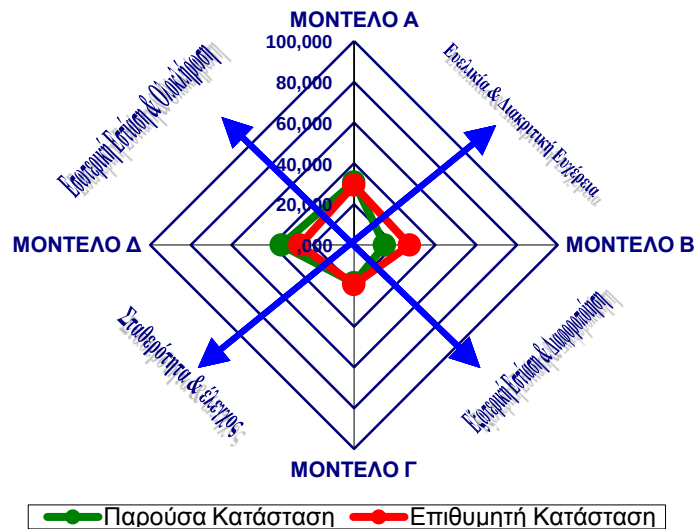
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	31.00	29.00
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.00	29.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.00	25.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	42.00	17.00

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 17 στελεχών διοίκησης, το 42,00% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 31,00% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,00%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 11,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων μαζί με το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσαν 29,00%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε 25,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 17,00%.



Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 44,70% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 29,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,90% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 38,50%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 28,20%, το μοντέλο ανοικτού συστήματος με 22,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε 11,80%.

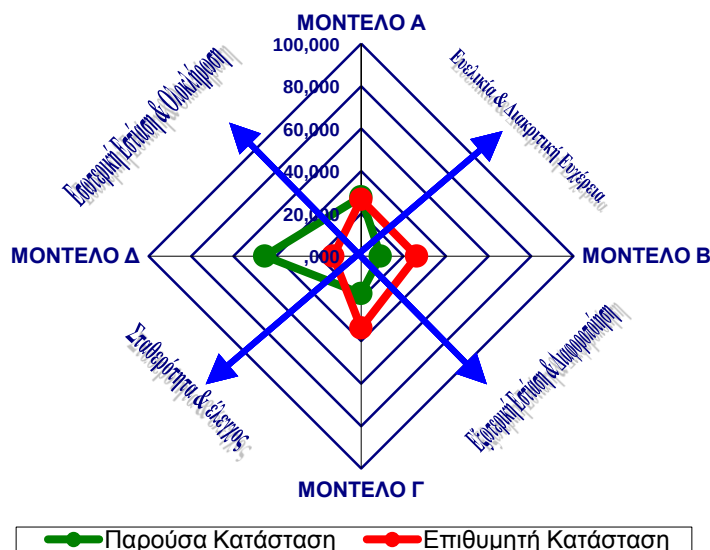
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Η ΕΛΠΙΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	30.90	29.40
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.00	27.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	18.50	19.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	35.60	26.50

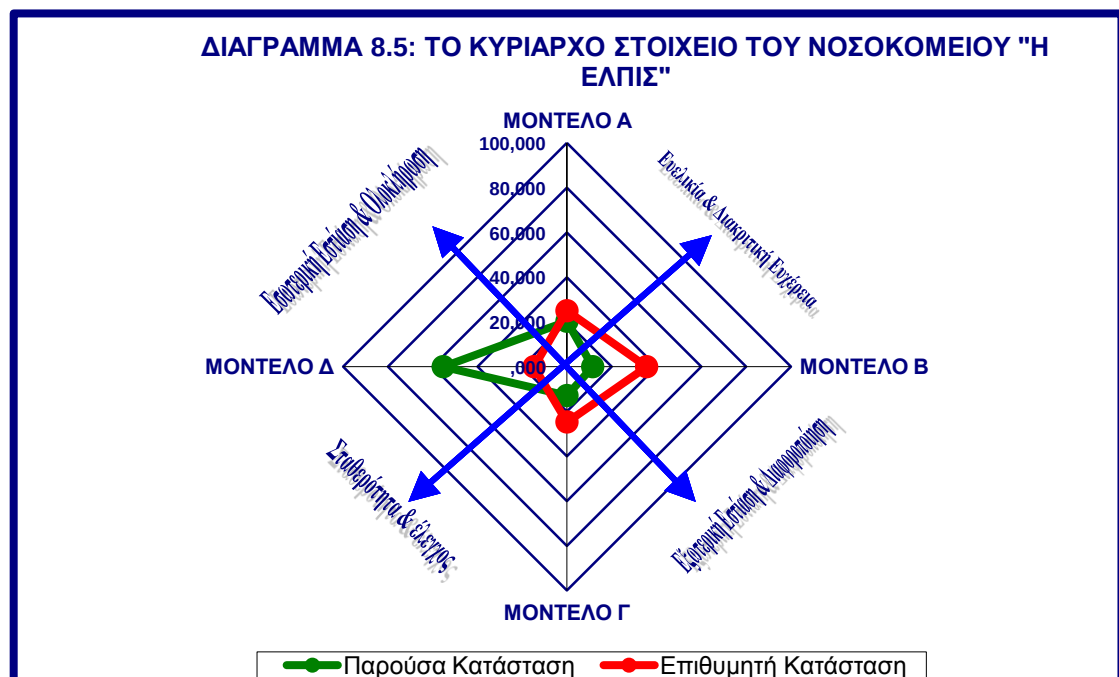
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 35,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 30,90%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,50% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,30%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 26,50%, και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 19,40%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Η ΕΛΠΙΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.90	26.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.10	26.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.60	33.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.30	13.20

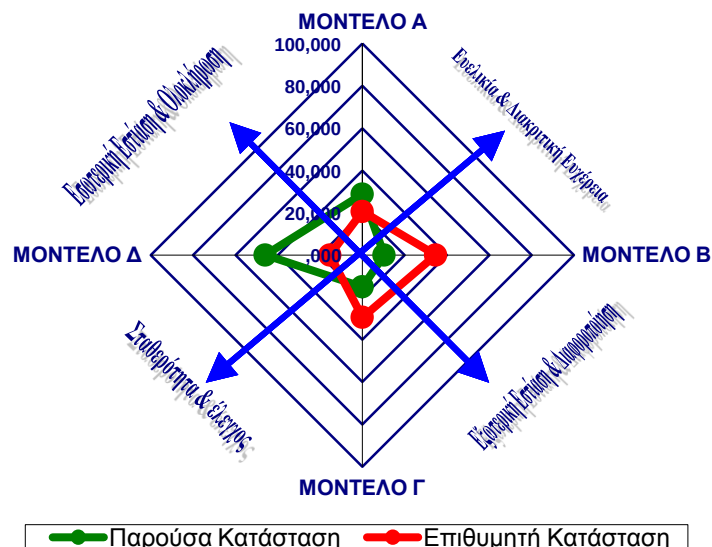
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 27,90%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,60%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 33,80%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 26,70%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,20%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 13,20%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.30	25.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.50	35.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.90	24.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	55.30	14.70

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,30%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,90%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 35,60%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 25,00%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 24,70%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 14,70%.

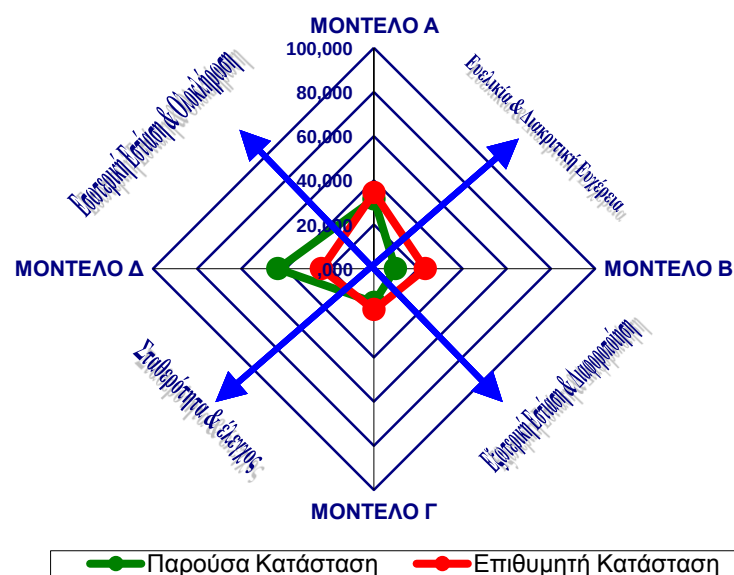
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Η ΕΛΠΙΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	28.80	20.60
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.30	34.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.00	29.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.90	15.30

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 28,80%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 34,70%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 29,40% , των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 20,60%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 15,30%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Η ΕΛΠΙΣ"



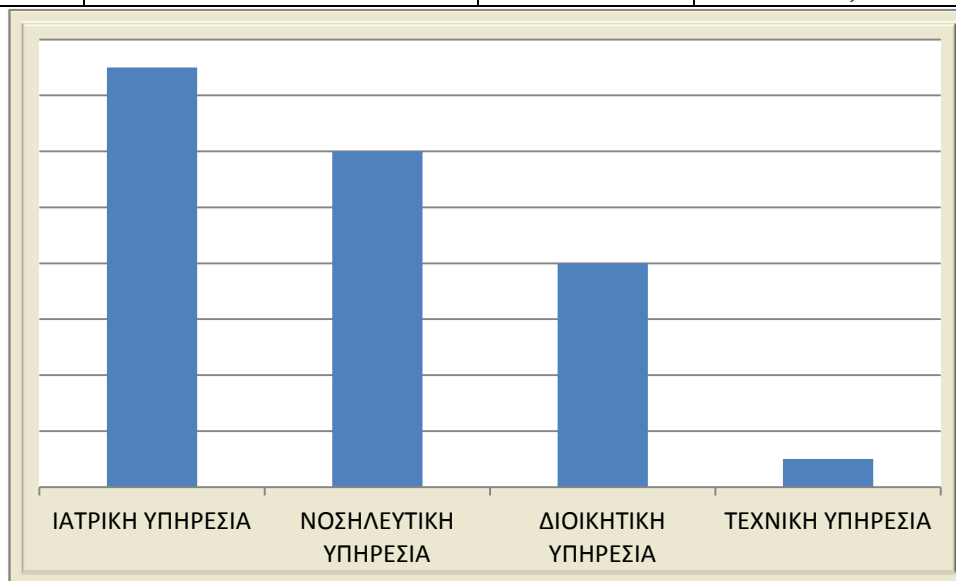
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	31.50	34.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.70	23.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.30	18.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	43.50	23.80

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 31,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,30% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 34,40%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 23,80%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,20%, και τέλος των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 18,50%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

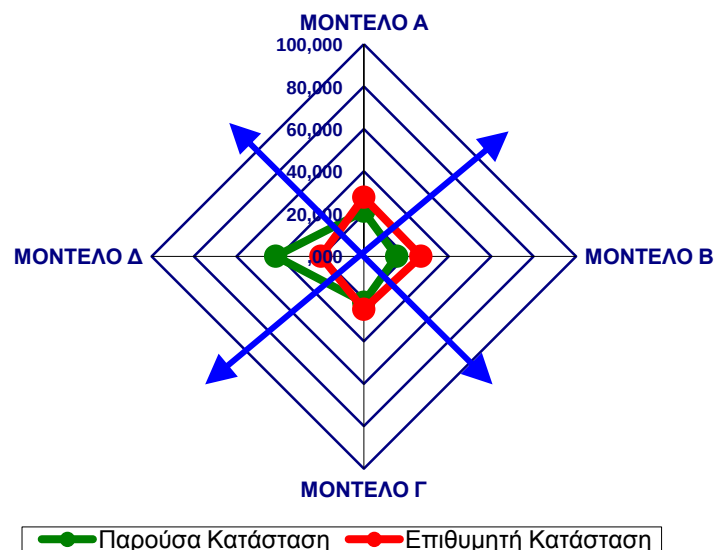
ΠΙΝΑΚΑΣ 9.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	15	41,6
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	12	33,3
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	22,3
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	2,8
	ΣΥΝΟΛΟ	36	100,0



Στο νοσοκομείο «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», σε σύνολο 36 ερωτηθέντων, το 41,6% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (10 Διευθυντές και 5 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 33,3% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (1 Διευθύντρια, 7 Προϊσταμένες και 4 Τομεάρχες), 22,3% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής, 1 Υποδιευθυντής και 6 Προϊστάμενοι) και 2,8% στη Τεχνική Υπηρεσία (Διευθυντής).

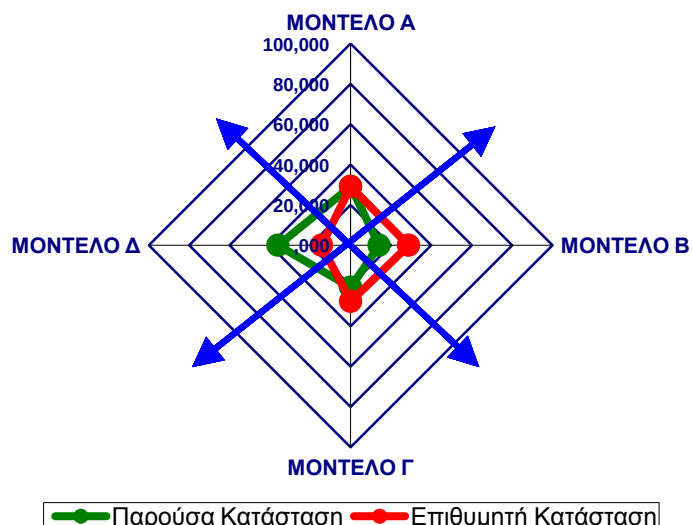
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	21.20	27.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.50	26.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	21.70	25.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.50	20.20

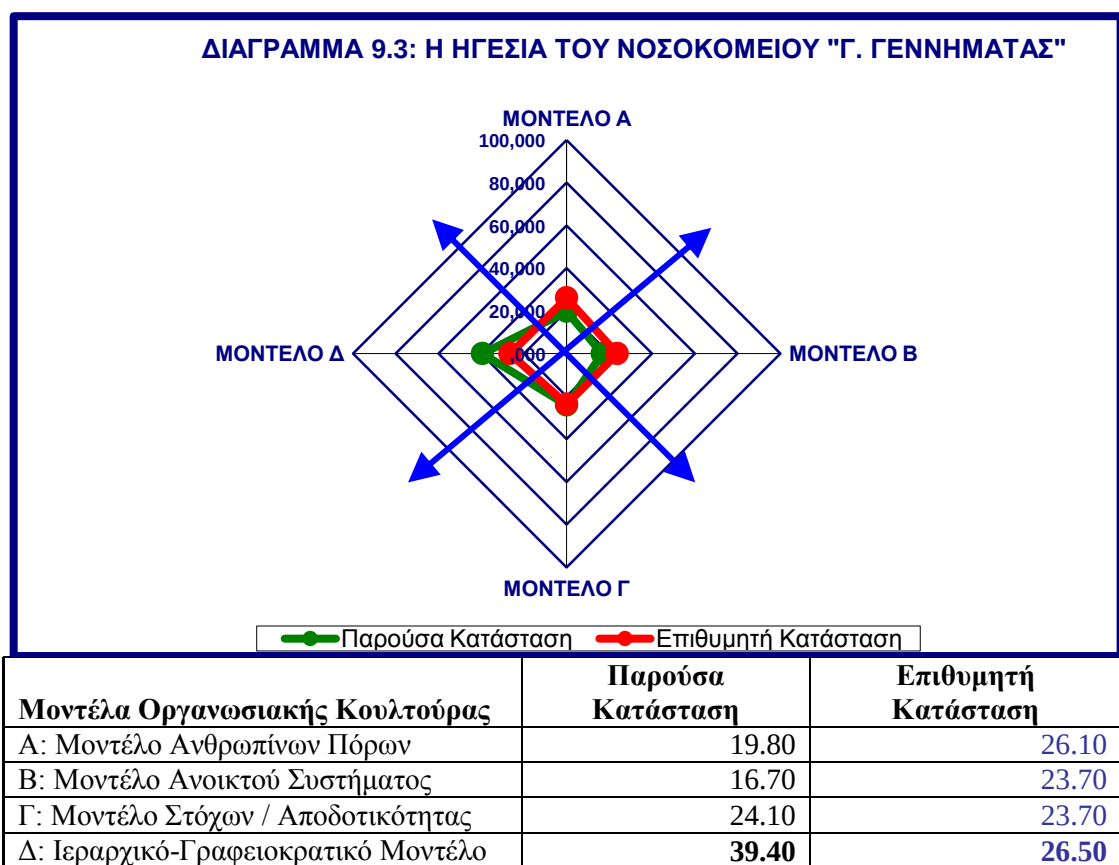
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 36 στελεχών διοίκησης, το 41,50% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο του των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,70% και το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 21,20%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 15,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,80%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,90%, των στόχων/αποδοτικότητας με 25,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 20,20%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.2: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"



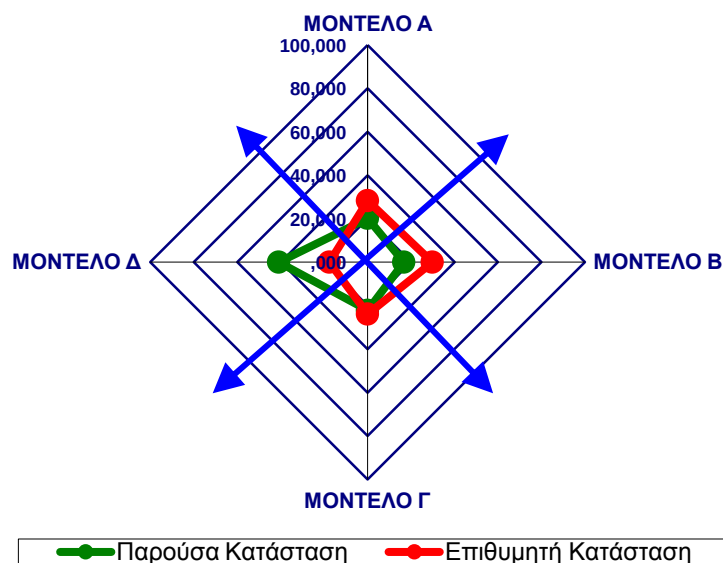
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	29.10	29.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.10	28.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	20.80	27.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	36.00	14.40

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 36,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 29,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,80% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 29,10%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 28,70%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 27,80%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 14,40%.



Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 39,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 24,10%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 19,80%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το ιεραρχικό μοντέλο σημείωσε ποσοστό 26,50%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 26,10%, και ακολουθούν τα μοντέλα του ανοικτού συστήματος στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστά 23,70% αντίστοιχα.

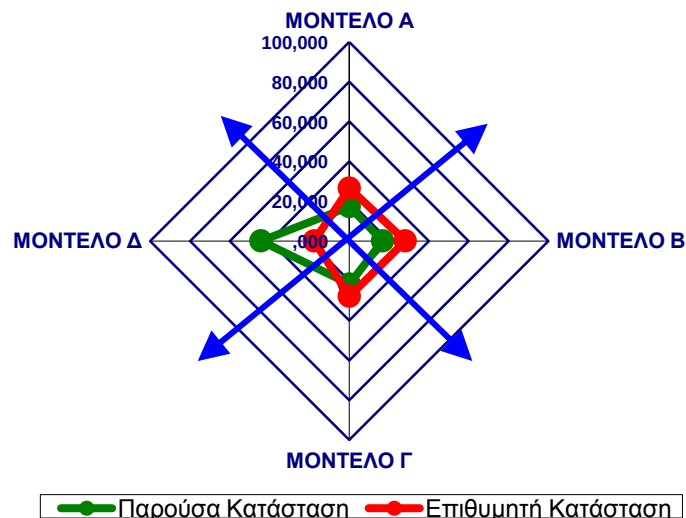
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	20.20	28.30
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.70	29.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	22.20	23.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.90	17.60

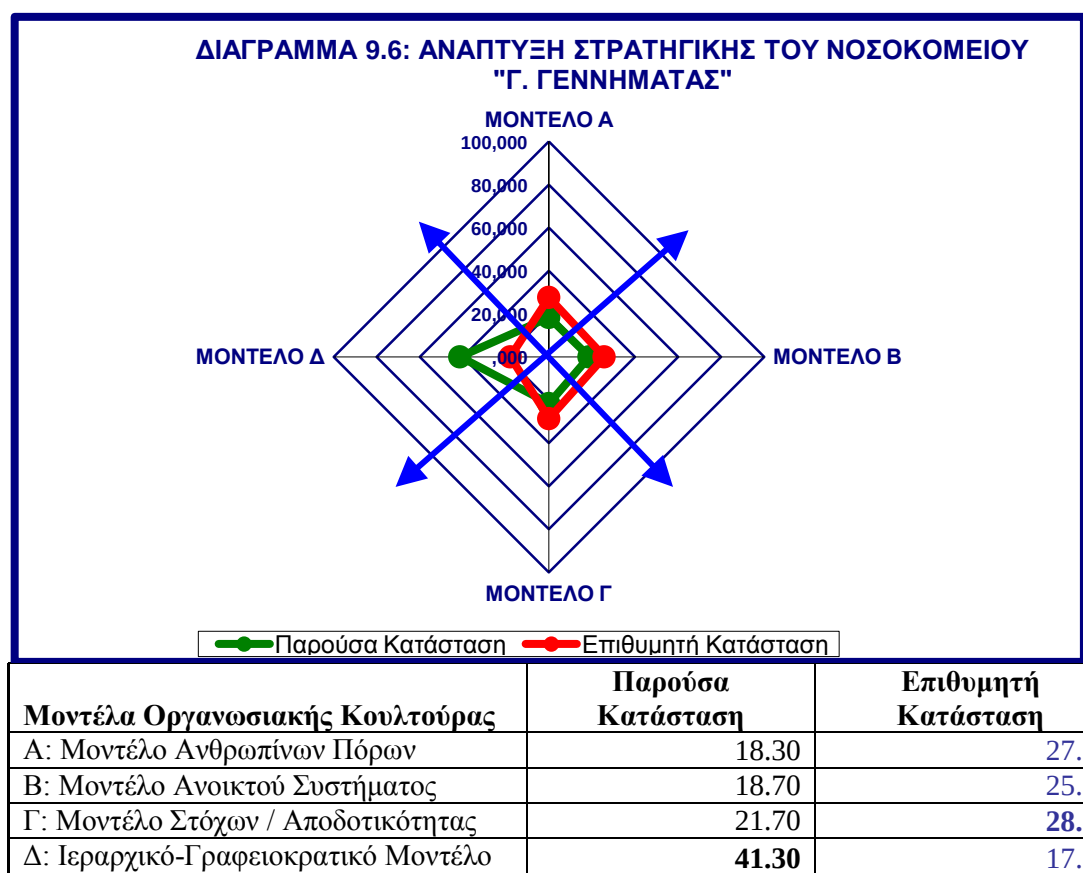
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 22,20%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 20,20% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε ποσοστό 29,80%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 28,30%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 23,90%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,60%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"



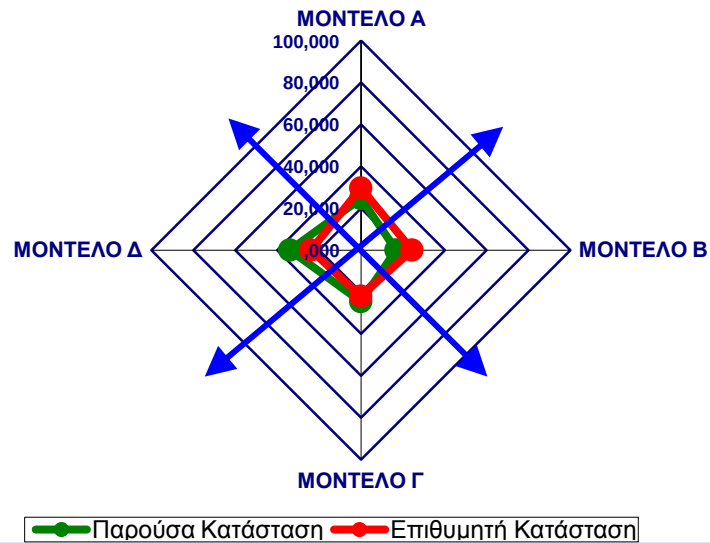
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	17.20	26.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.70	28.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	21.70	27.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44.40	17.60

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 44,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,70%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 17,20% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε ποσοστό 28,10%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 27,80%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων 26,50% και το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 17,60%.



Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,70%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 18,70% και των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 18,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 28,70%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε ποσοστό 27,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 25,70% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,90%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"



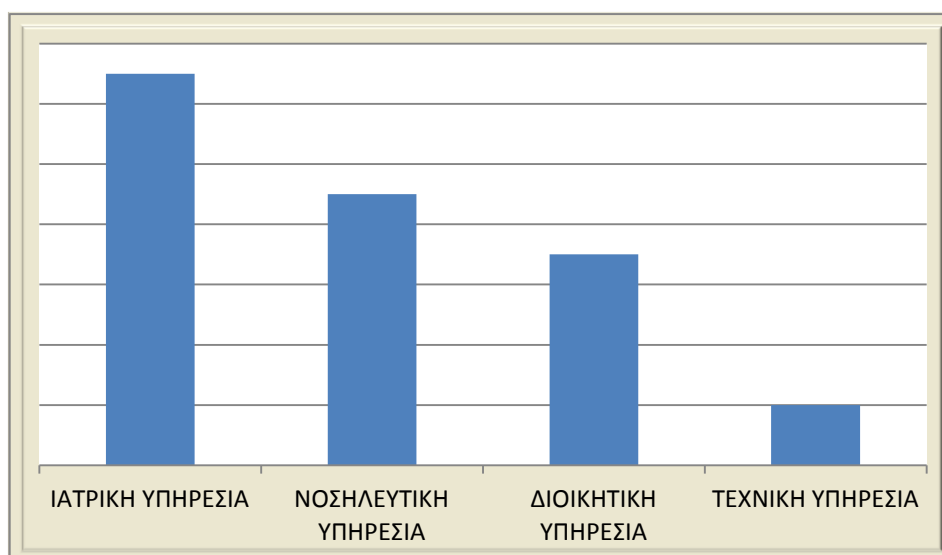
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	24.60	29.60
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.80	24.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	24.60	22.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	33.90	23.90

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 33,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 24,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας με το ίδιο ποσοστό και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,40%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 23,90%, και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 22,00%.

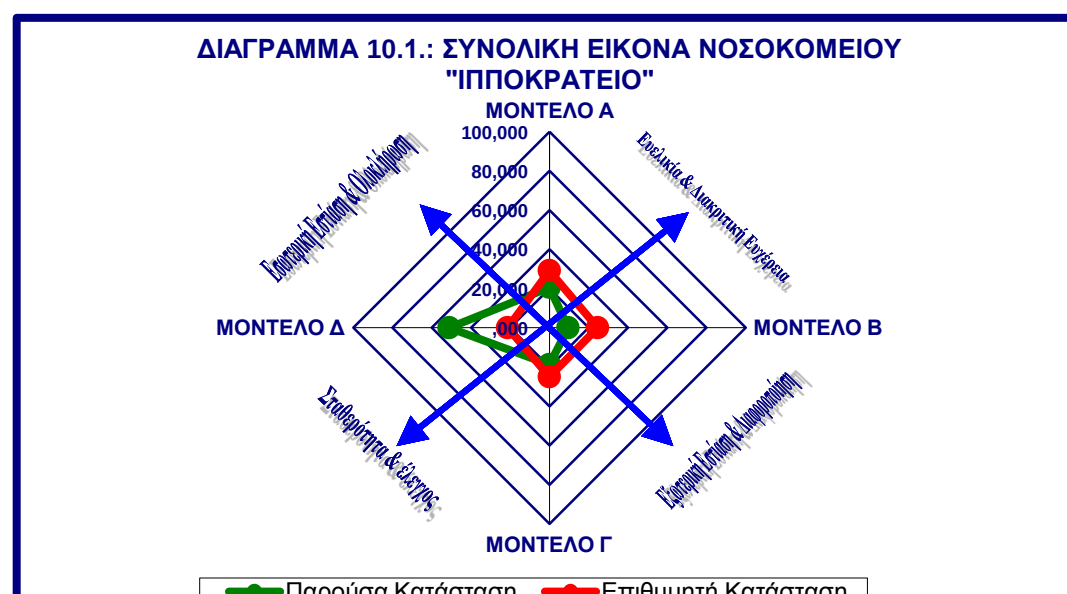
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	13	41,9
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	9	29,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	22,6
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	6,5
	ΣΥΝΟΛΟ	31	100,0



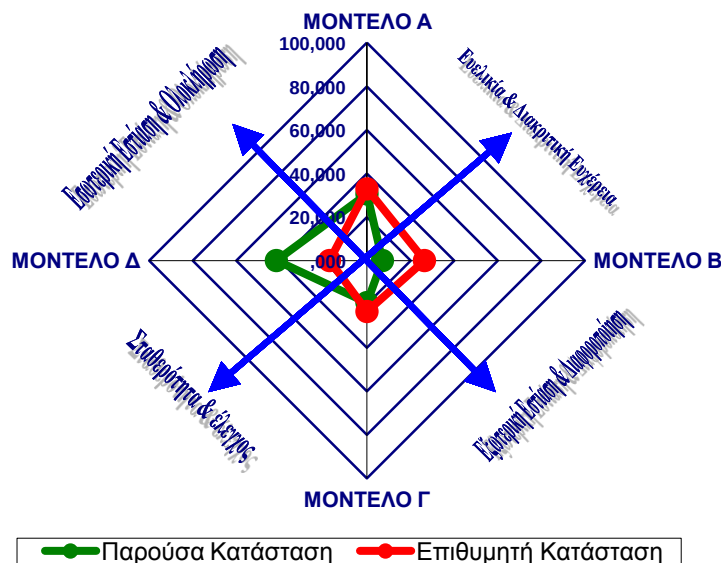
Στο νοσοκομείο «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», σε σύνολο 31 ερωτηθέντων, το 41,9% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (13 Διευθυντές), το 29,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (8 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), 22,6% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής, 1 Υποδιευθυντής και 5 Προϊστάμενοι) και 6,5% στη Τεχνική Υπηρεσία (1 Διευθυντής και 1 Προϊστάμενος).



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	20.60	29.10
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.50	24.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	18.80	25.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	51.10	21.30

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 31 στελεχών διοίκησης, το 51,10% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,60% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,80%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 9,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε ποσοστό 29,10%, ακολουθεί το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 25,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,60%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 21,30%.

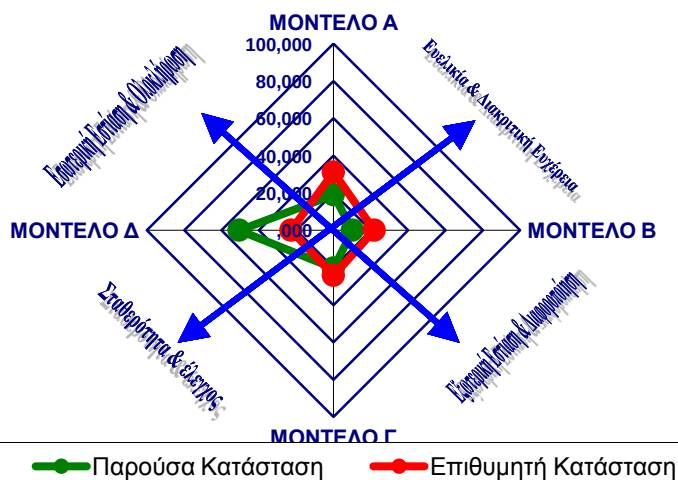
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10.2: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	30.60	32.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.10	26.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	19.30	23.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.60	17.20

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 30,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 19,30% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 32,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 26,40%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 23,40%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 17,20%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"



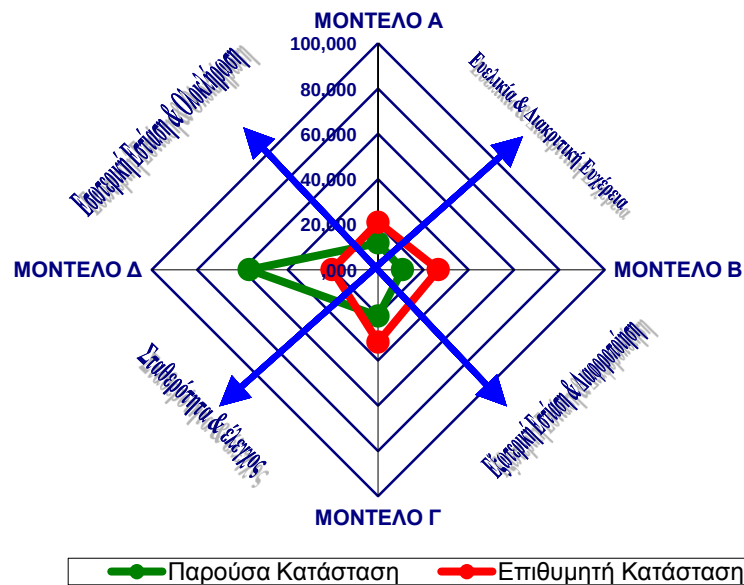
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	19.00	31.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.20	21.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	20.30	24.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	50.50	22.70

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 50,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,30%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 19,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 31,10%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας είχε ποσοστό 24,20%, το ιεραρχικό μοντέλο σημείωσε ποσοστό 22,70% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος είχε ποσοστό 21,90%.



Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 53,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 19,90%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 17,70% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 30,30%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 27,90%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε ποσοστό 26,10%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 15,60%.

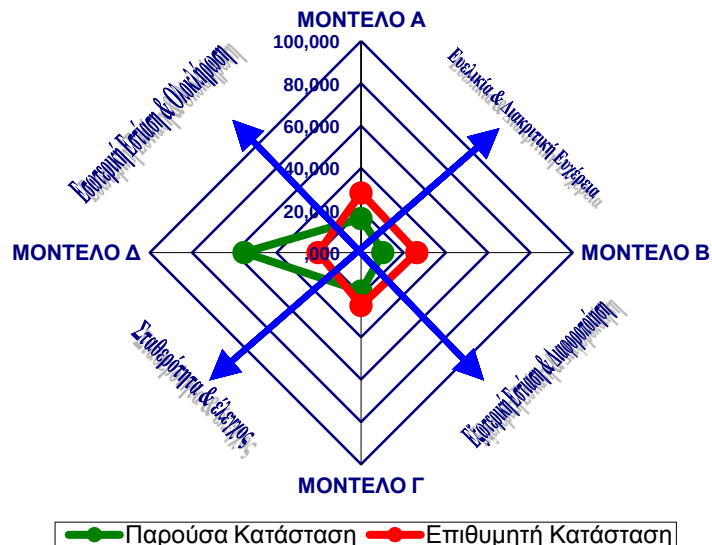
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	11.80	20.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.80	26.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	20.50	32.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.90	20.30

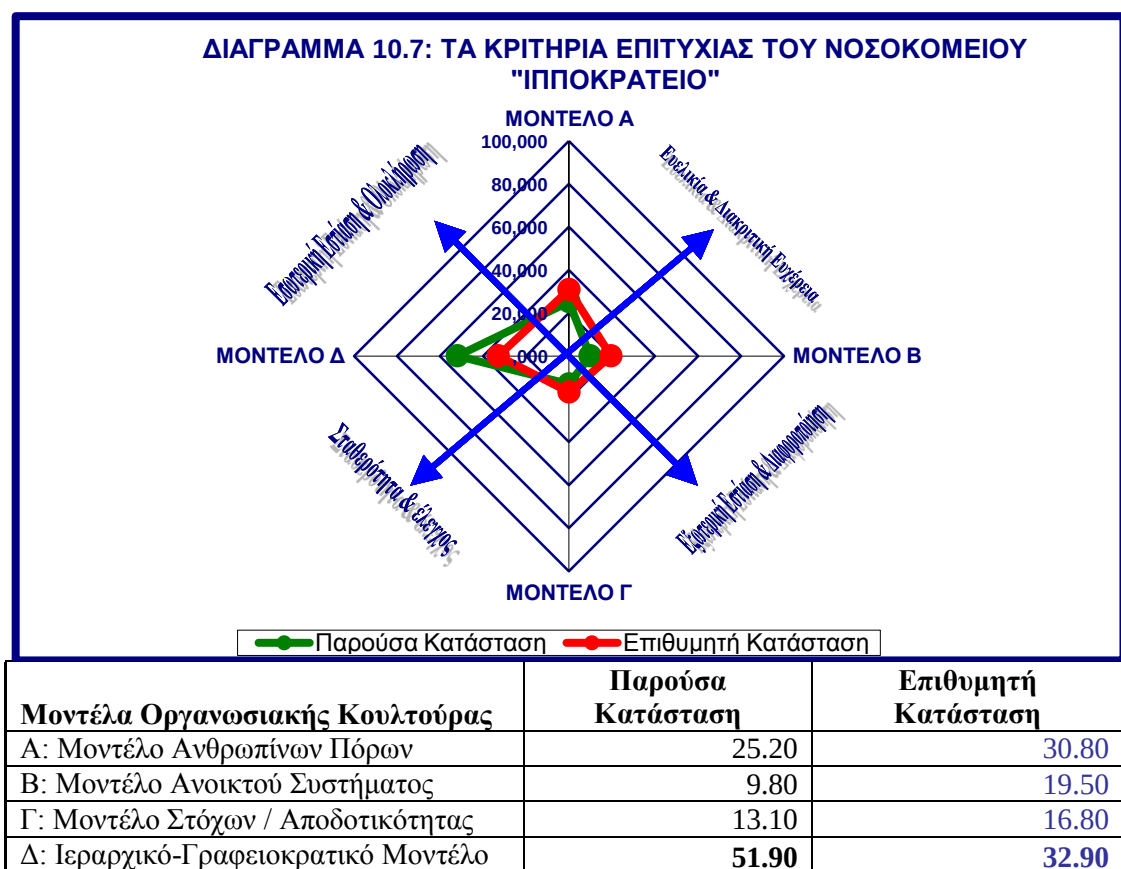
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 56,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,50%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 11,80% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 32,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε ποσοστό 26,60%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων είχε ποσοστό 20,90% και το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 20,30%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	16.10	28.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.30	26.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	18.20	25.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	55.30	20.30

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,20%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 16,10% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 28,20%, του ανοικτού συστήματος σημείωσε 26,40%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 25,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 20,30%.



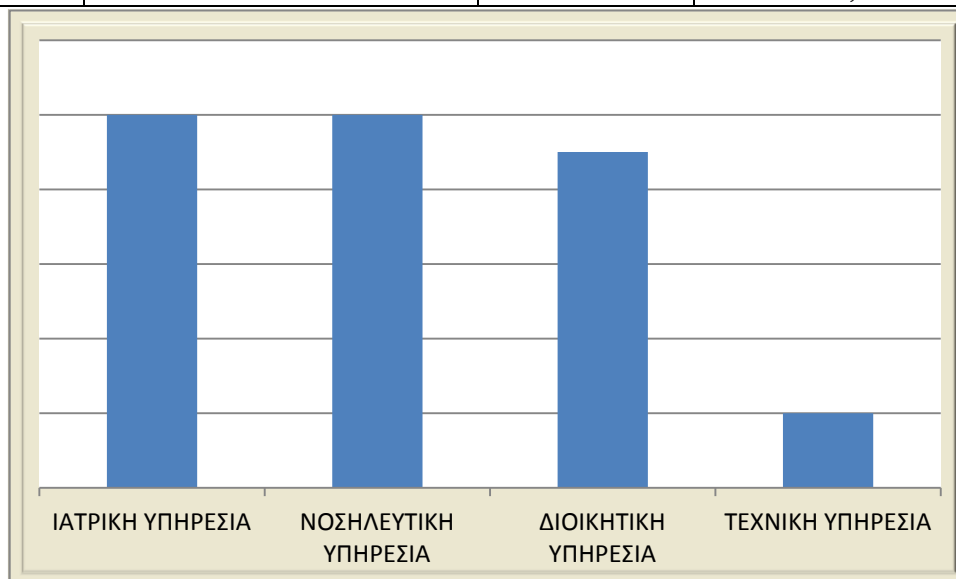
Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 25,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας με ποσοστό 13,10% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το ιεραρχικό μοντέλο σημείωσε ποσοστό 32,90%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε ποσοστό 30,80%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 19,50%, και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 16,80%.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ

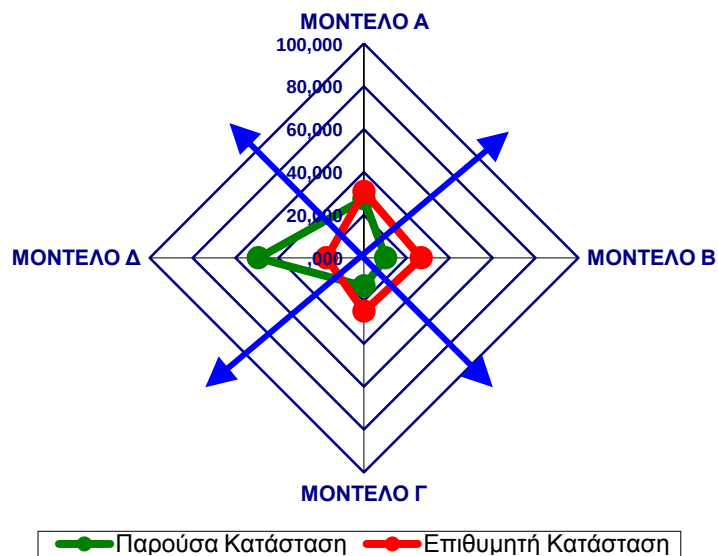
«ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	32,2
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	32,2
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	9	29,1
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	6,5
	ΣΥΝΟΛΟ	31	100,0



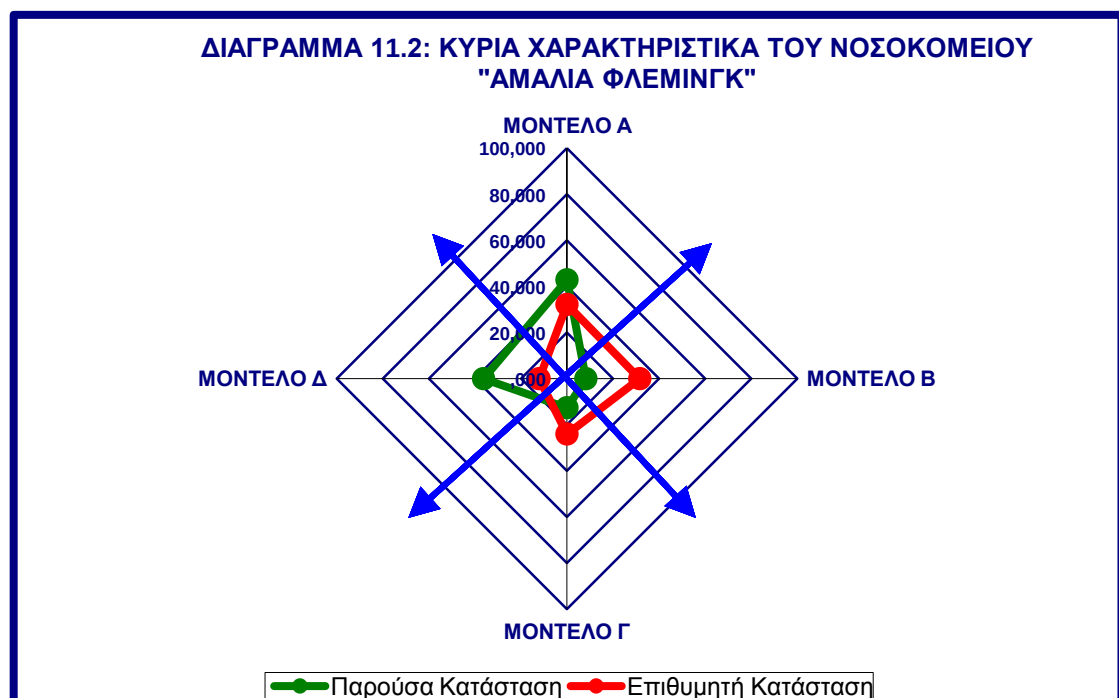
Στο νοσοκομείο «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ», σε σύνολο 31 ερωτηθέντων, το 32,2% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (10 Διευθυντές), το 32,2% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (9 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), 29,1% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής και 8 Προϊστάμενοι) και 6,5% στη Τεχνική Υπηρεσία (2 Προϊστάμενοι).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.50	30.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.10	26.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.10	24.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	49.30	17.50

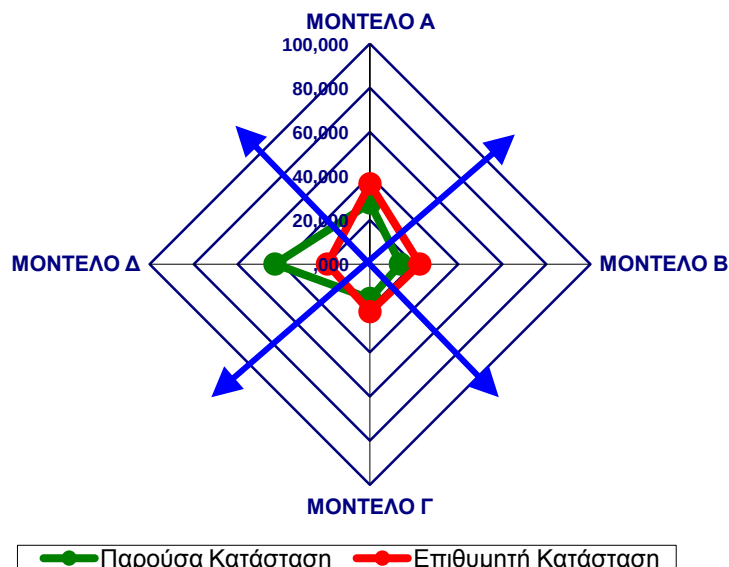
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 31 στελεχών διοίκησης, το 49,30% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 27,50%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,10% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 10,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε ποσοστό 30,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,70%, των στόχων/αποδοτικότητας με 24,90%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 17,50%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	42.90	32.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	8.20	31.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.60	24.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	36.20	12.10

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 42,90% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 36,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,60% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,20%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 31,60%, των στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 24,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 12,10%.

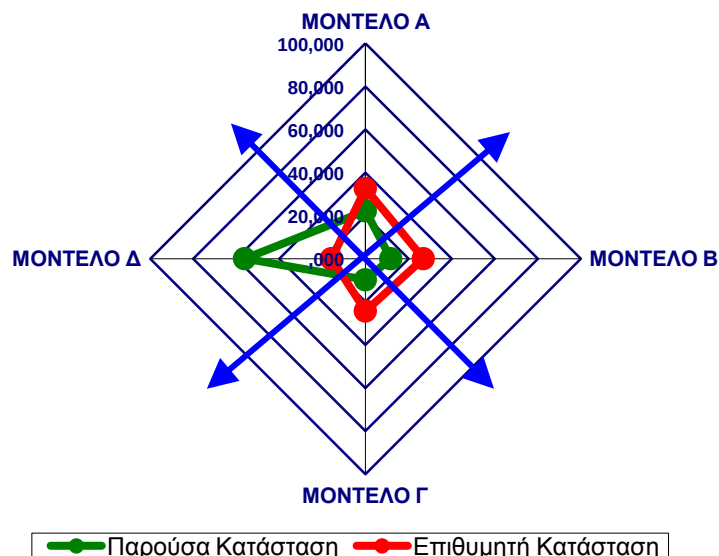
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.70	36.40
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	13.80	22.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	15.60	21.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	43.10	19.30

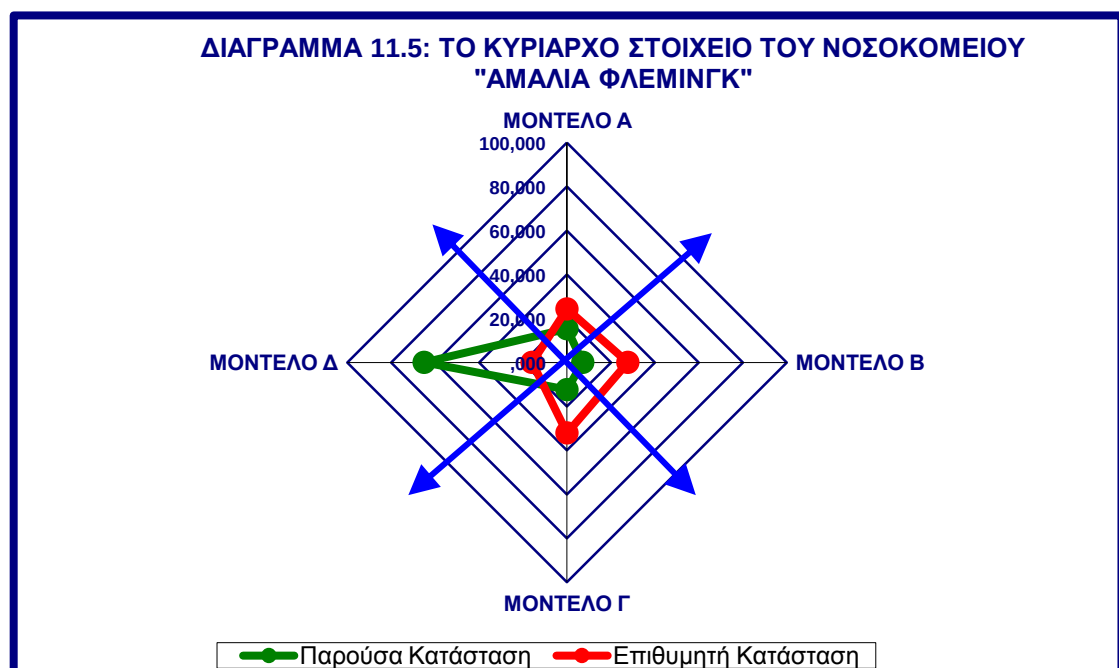
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 27,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,60% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 36,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,60%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 21,060% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,30%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.20	32.60
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.80	26.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	9.80	24.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.10	15.80

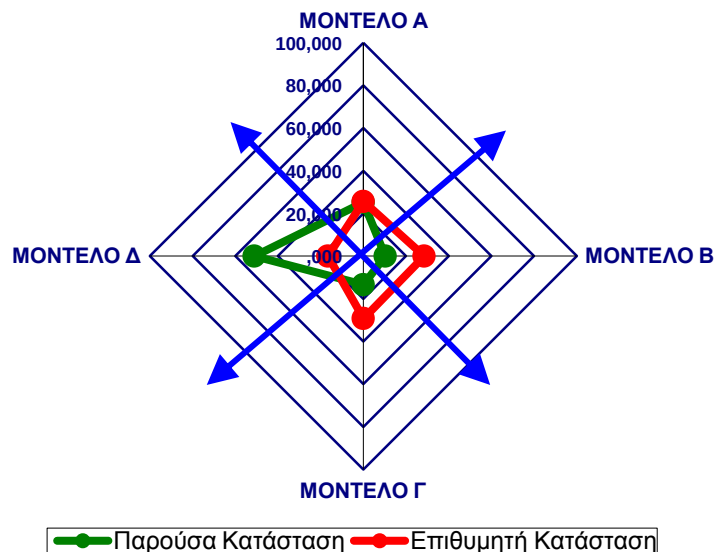
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 56,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,20%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,80% και των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 9,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,90%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 24,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 15,80%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	15.30	24.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.20	27.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.40	32.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	65.00	15.90

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 65,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 15,30%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,40%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 32,10%, ακολουθούν τα μοντέλα του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,70%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων με ποσοστό 24,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο σε ποσοστό 15,90%.

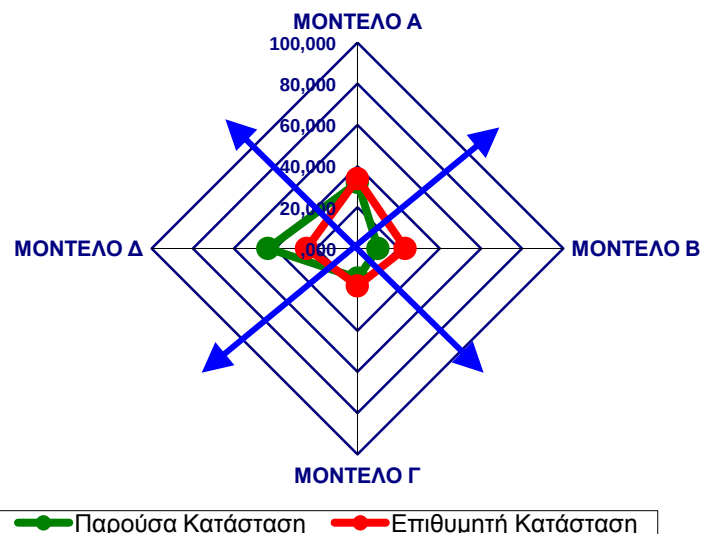
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	25.20	25.60
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.30	28.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	13.40	29.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	51.10	16.60

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 25,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,40% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 29,20%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος είχε ποσοστό 28,50%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 25,60% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 16,60%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ"**



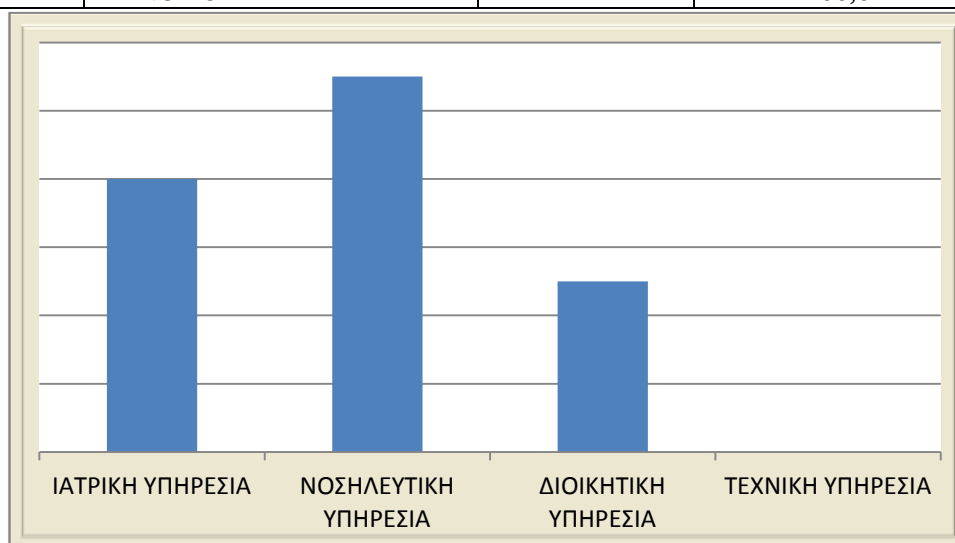
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	32.10	33.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.00	23.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.40	18.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	43.50	24.70

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 32,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,40% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,20%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 24,70%, και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 18,20%.

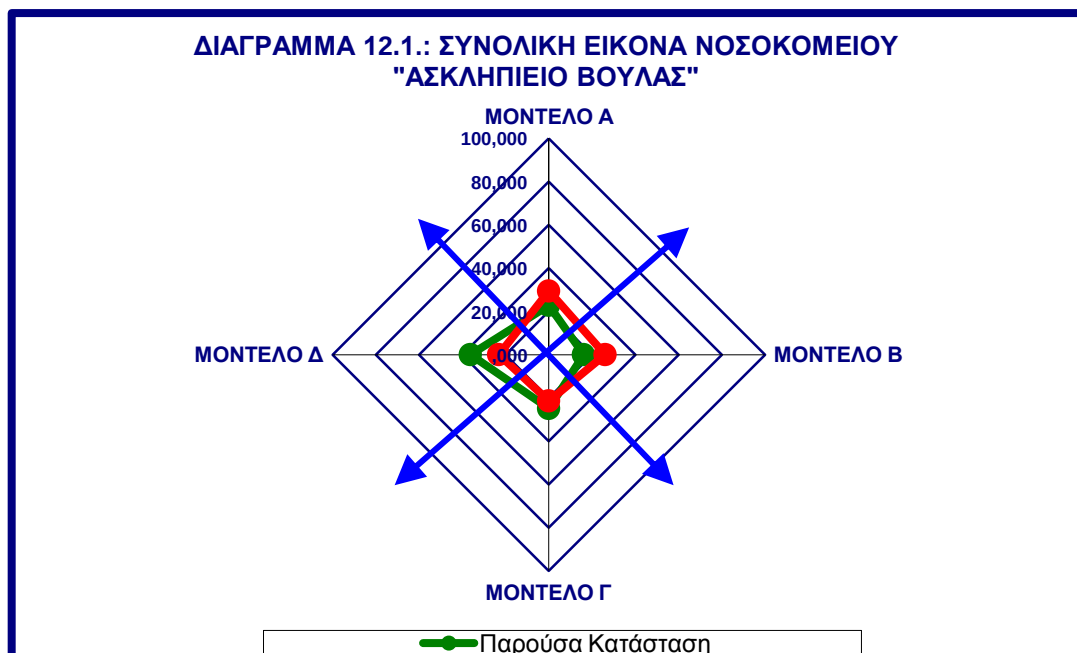
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	33,3
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	11	45,7
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	5	21,0
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	-	-
	ΣΥΝΟΛΟ	24	100,0

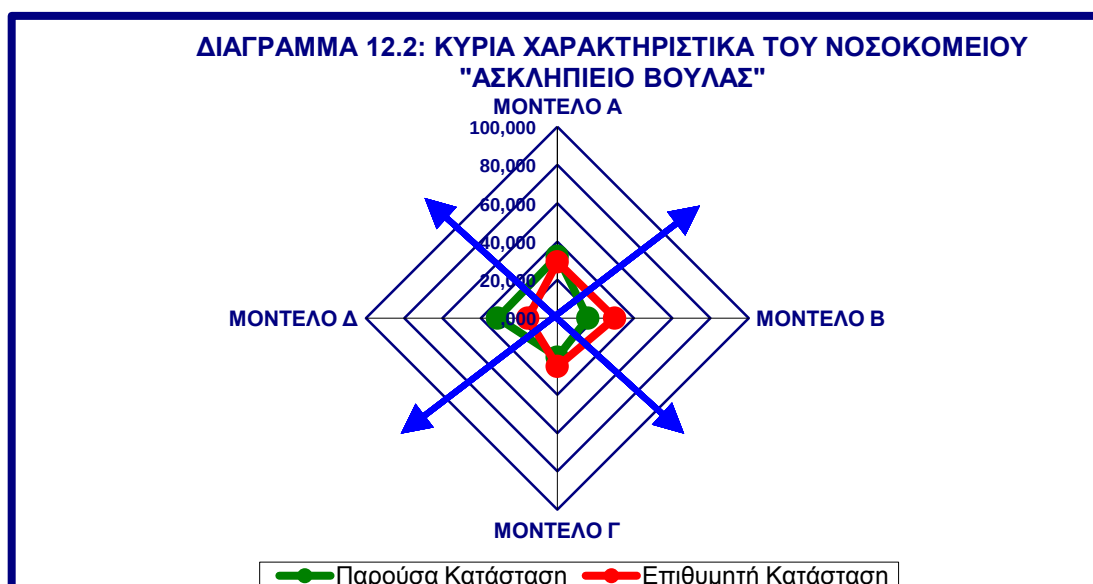


Στο νοσοκομείο «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ», σε σύνολο 24 ερωτηθέντων, το 33,3% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (4 Διευθυντές και 4 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 45,7% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (11 Προϊσταμένες) και το 21,0% στη Διοικητική Υπηρεσία (5 Προϊστάμενοι).



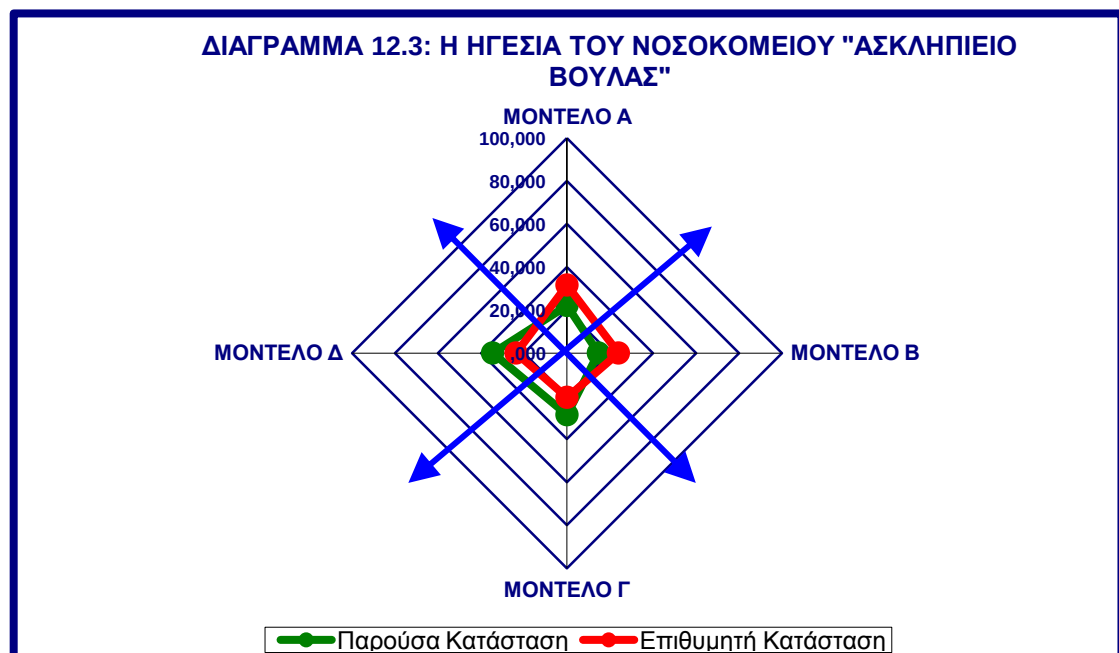
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.80	29.40
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.10	26.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	24.90	21.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	36.20	23.10

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 24 στελεχών διοίκησης, το 36,20% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 24,90% και το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,80%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 16,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 26,10%, το ιεραρχικό μοντέλο με 23,10% και τέλος το στόχων/αποδοτικότητας με 21,40%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	32.30	29.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.00	30.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	20.40	25.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	31.20	15.40

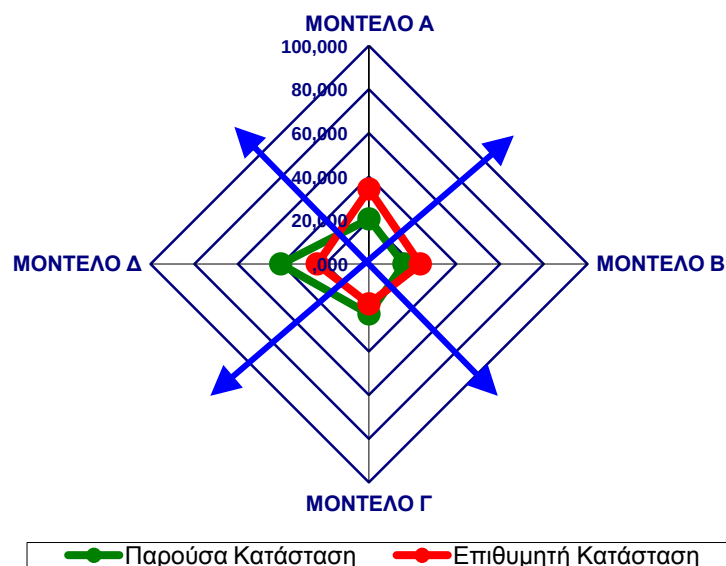
Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 32,30% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων. Ακολουθεί σε ποσοστό 31,20% το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,40% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 30,00%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 29,40%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 25,20%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 15,40%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	22.10	31.60
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.60	23.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	28.70	20.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	34.60	23.70

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 34,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 28,70%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 22,10% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,60%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 31,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,90%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 23,70% και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 20,60%.

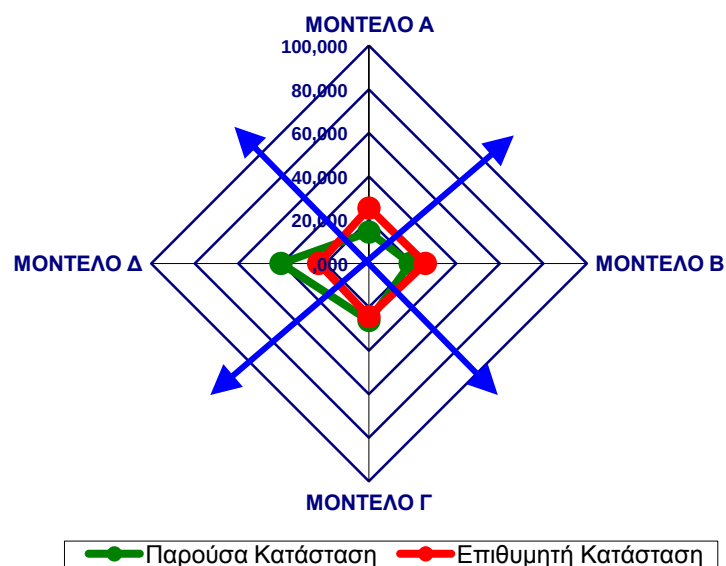
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	20.60	34.30
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.00	23.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	22.90	18.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.40	23.70

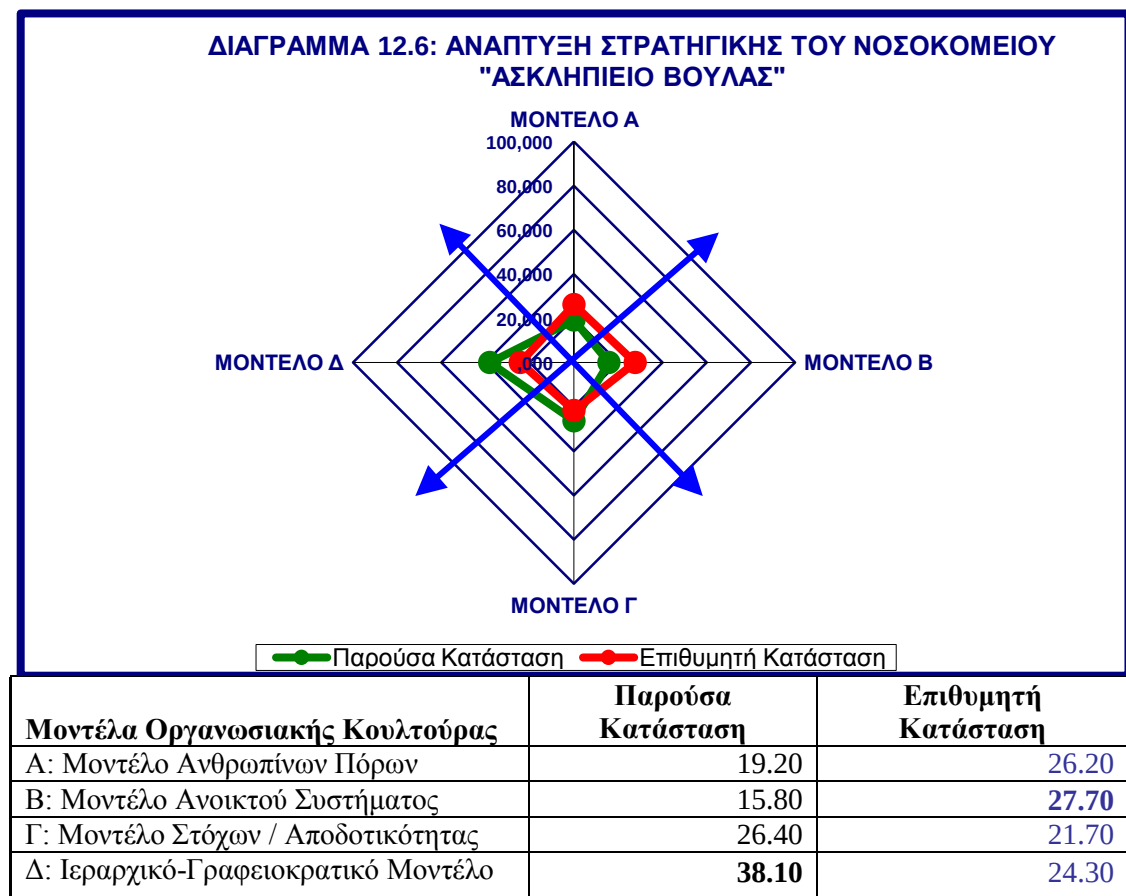
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 22,90%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 20,60% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε ποσοστό 34,30%, το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 23,70%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε ποσοστό 23,50% και τέλος το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 18,30%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"



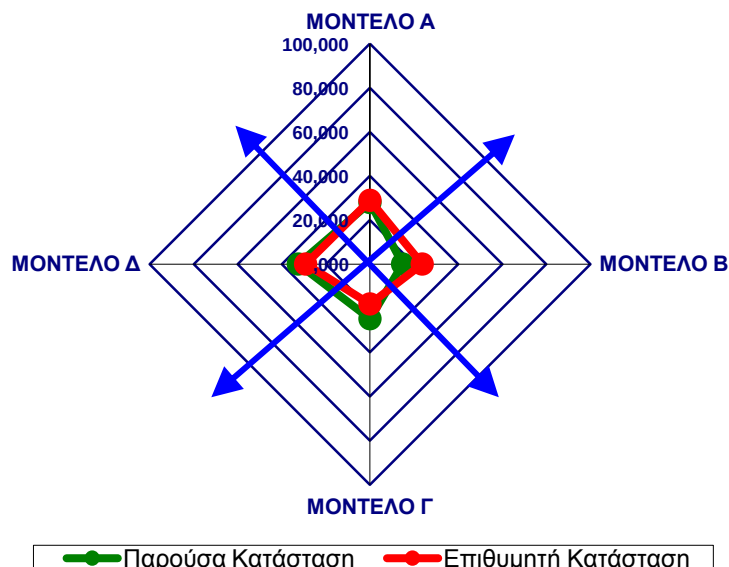
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	14.40	25.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	18.90	25.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	26.20	24.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.40	23.10

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 26,20%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 18,90% και τέλος το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 14,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 25,90%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 25,40%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 24,40%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 23,10%.



Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 38,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 26,40%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 19,20%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε ποσοστό 27,70%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε ποσοστό 26,20%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 24,30% και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 21,70%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"**



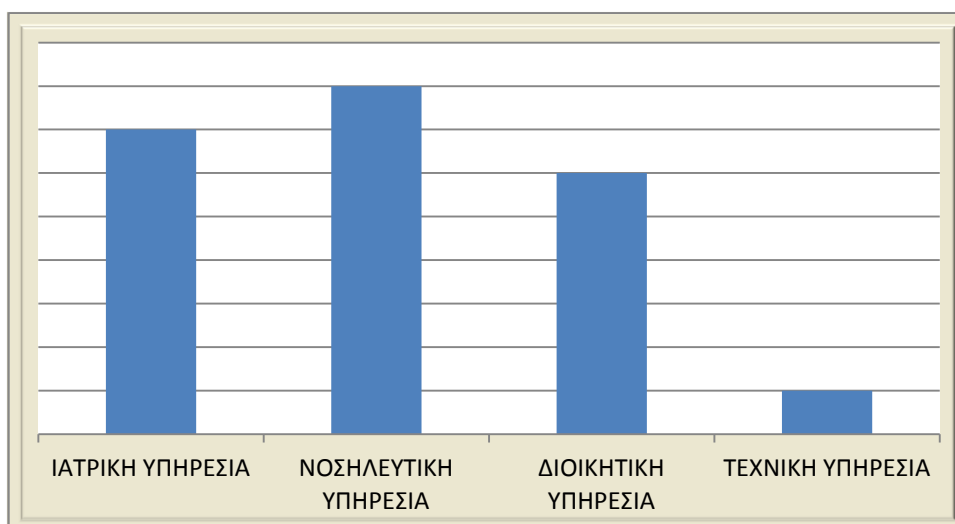
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.90	28.90
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.80	23.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	24.80	18.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	32.50	29.20

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 32,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 27,90%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 24,80% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το ιεραρχικό μοντέλο σημείωσε ποσοστό 29,20%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε ποσοστό 28,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,70% και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 18,10%.

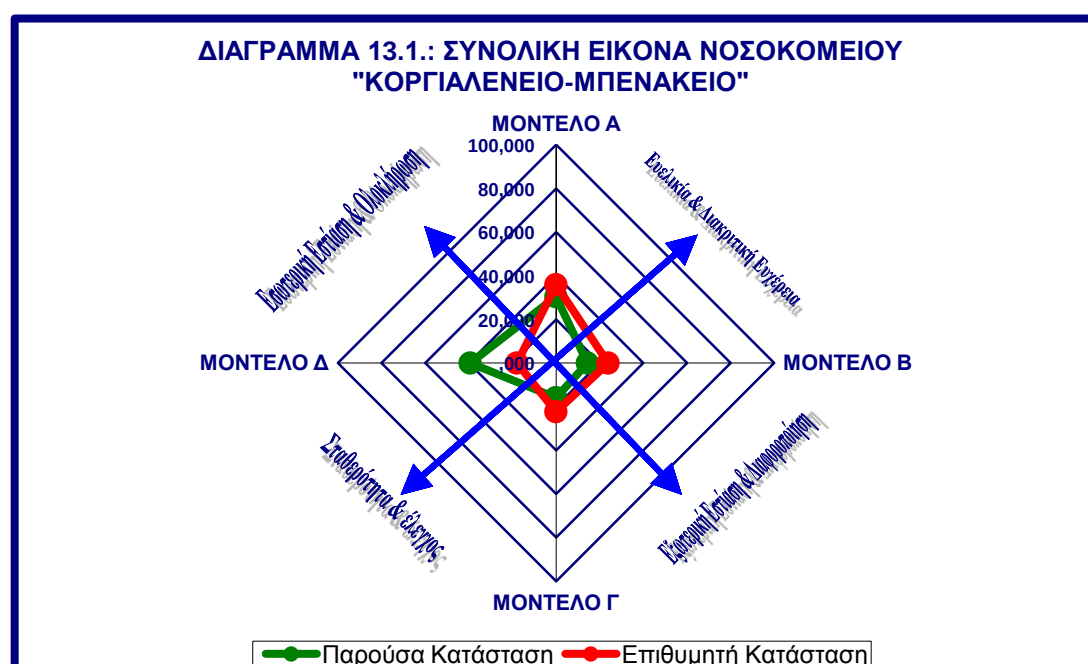
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.**

Α/Α	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	31,8
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	36,4
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	27,3
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	4,5
	ΣΥΝΟΛΟ	22	100,0



Στο νοσοκομείο «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ», σε σύνολο 22 ερωτηθέντων, το 31,8% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (4 Διευθυντές και 3 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 36,4% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (6 Προϊσταμένες και 2 Τομεάρχες), 27,3% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής, 1 Υποδιευθυντής και 4 Προϊστάμενοι) και 4,5% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).

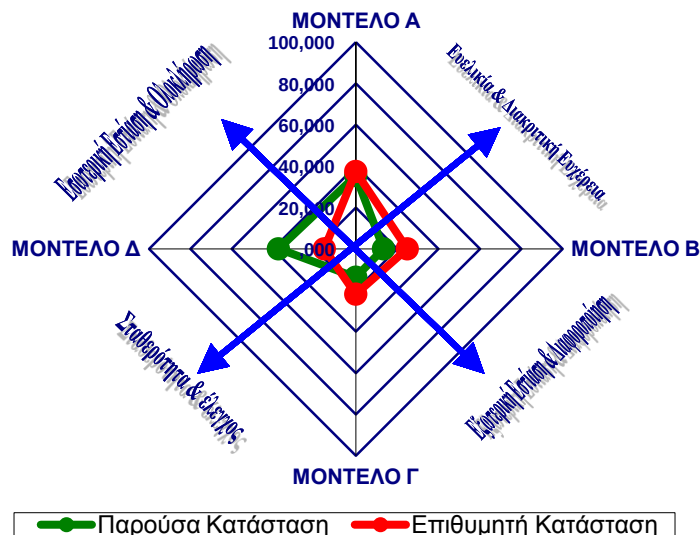


Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	30.40	35.90
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.40	23.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	15.90	22.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	39.30	17.90

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 22 στελεχών διοίκησης, το 39,30% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 30,40%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,90% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 35,90%, ακολουθεί το μοντέλο του

ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,90%, των στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 22,30%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,90%.

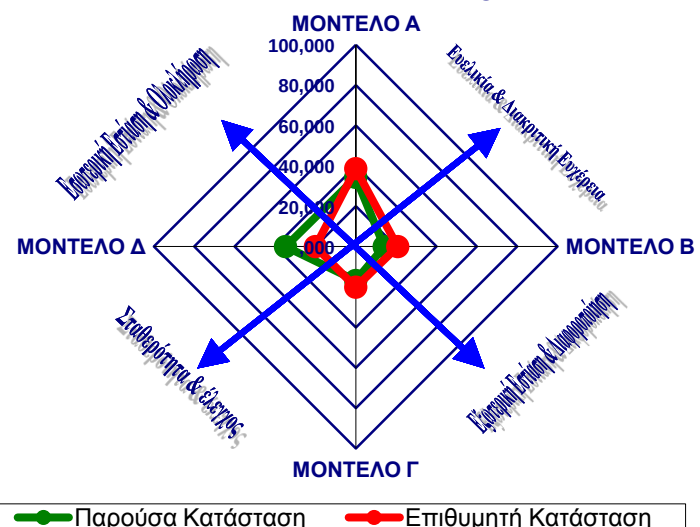
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.2: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	35.40	37.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	13.40	24.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.70	21.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	37.40	15.20

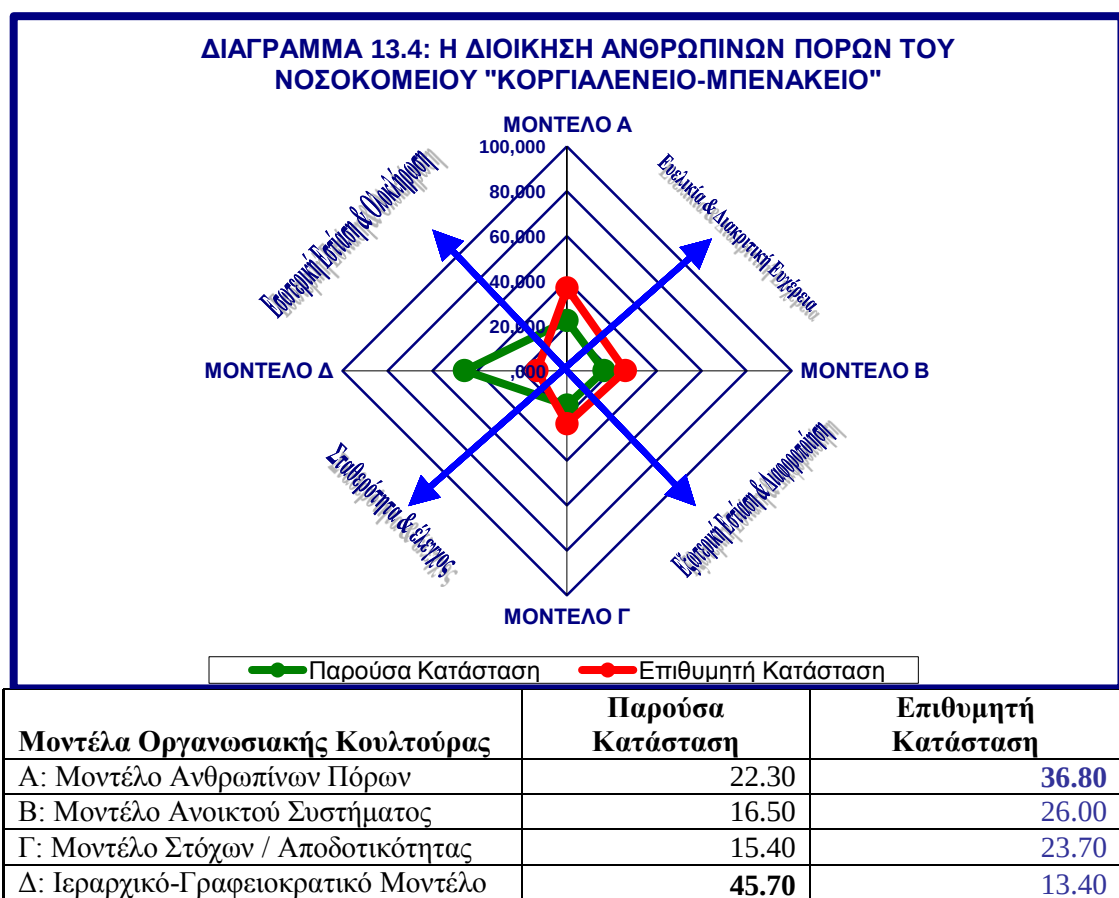
Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 37,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 35,40%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,70% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 37,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,90%, του στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 21,90%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 15,20%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"



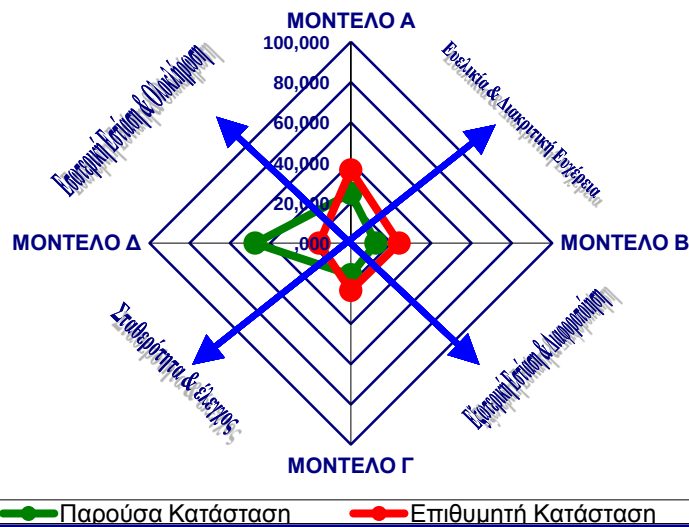
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	34.30	38.60
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.10	20.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.80	20.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	34.80	20.00

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 34,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 34,30%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,80% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 38,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 20,80%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 20,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,00%.



Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,70% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,30%, του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,50% και του στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,40%,. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 36,80%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,00%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 23,70% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 13,40%.

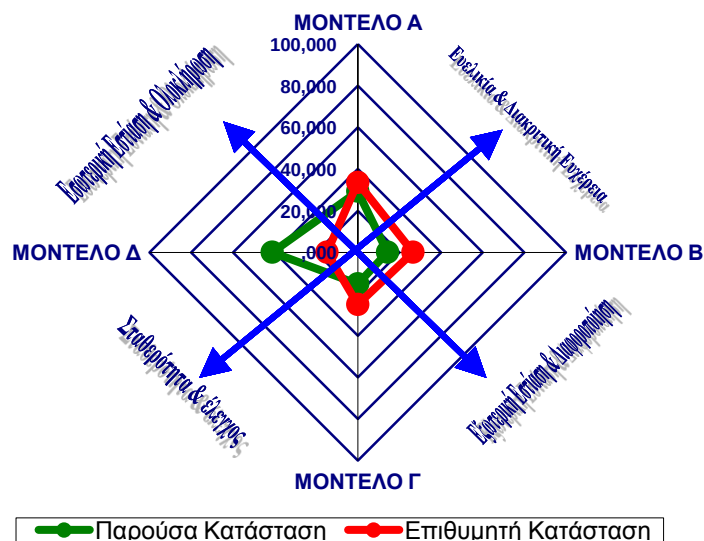
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	24.70	36.30
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	12.50	24.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	15.70	23.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	47.50	15.70

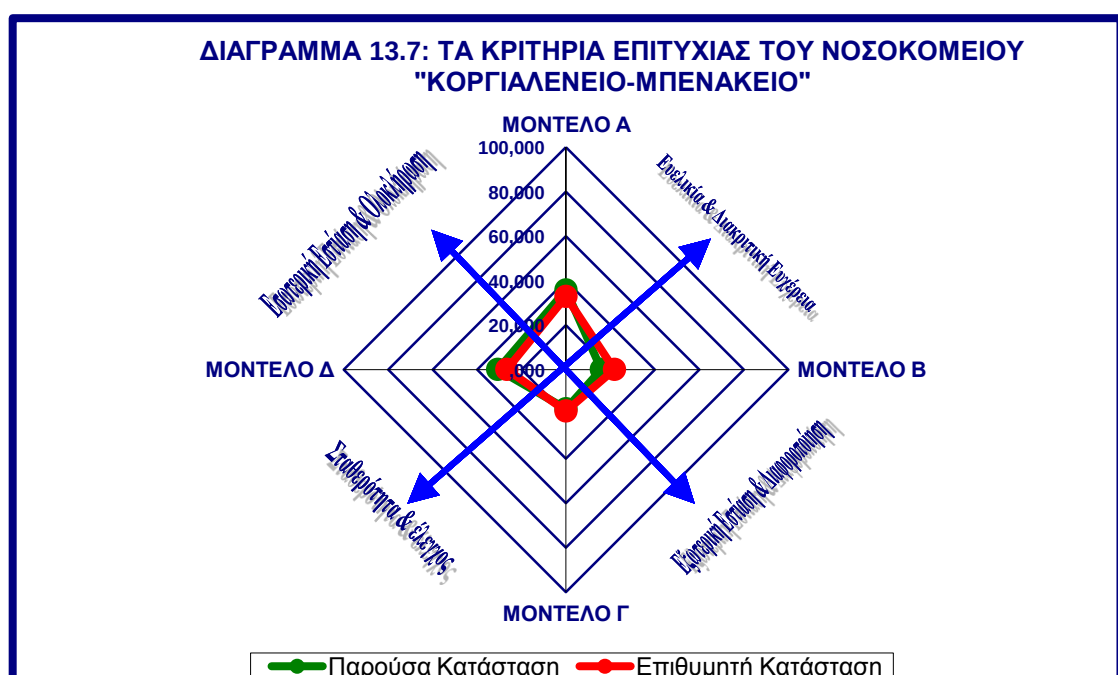
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 47,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 24,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητα σε ποσοστό 15,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 12,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε ποσοστό 36,30%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,00%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητα με ποσοστό 23,50% και τέλος το ιεραρχικό με ποσοστό 15,70%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	29.30	33.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.30	26.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.20	25.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.10	14.80

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 29,30%, του στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,20%, και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 33,50%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,50%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 25,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 14,80%.



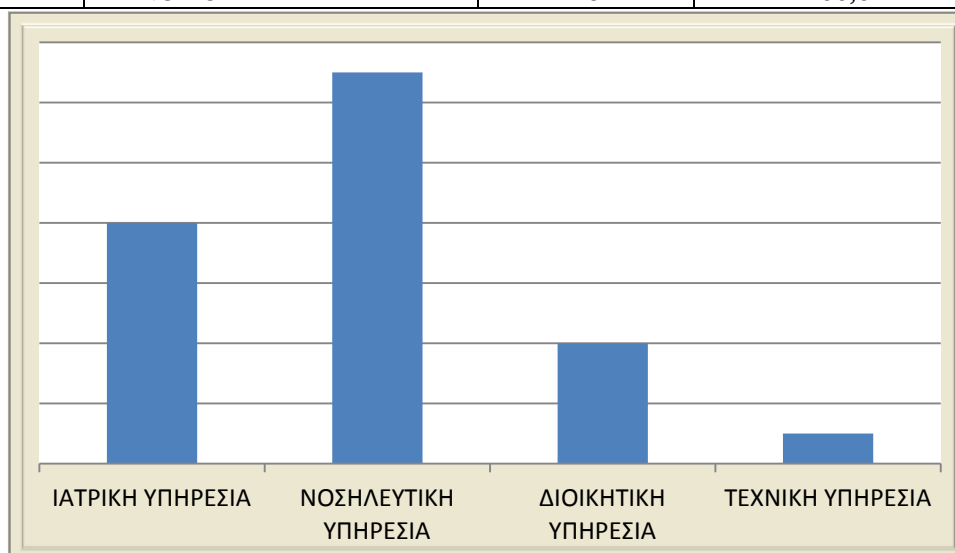
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	35.70	32.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.90	21.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.70	18.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	30.70	26.60

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 35,70% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο με ποσοστό 30,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,70% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 32,80%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 26,60%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 21,80%, και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 18,70%.

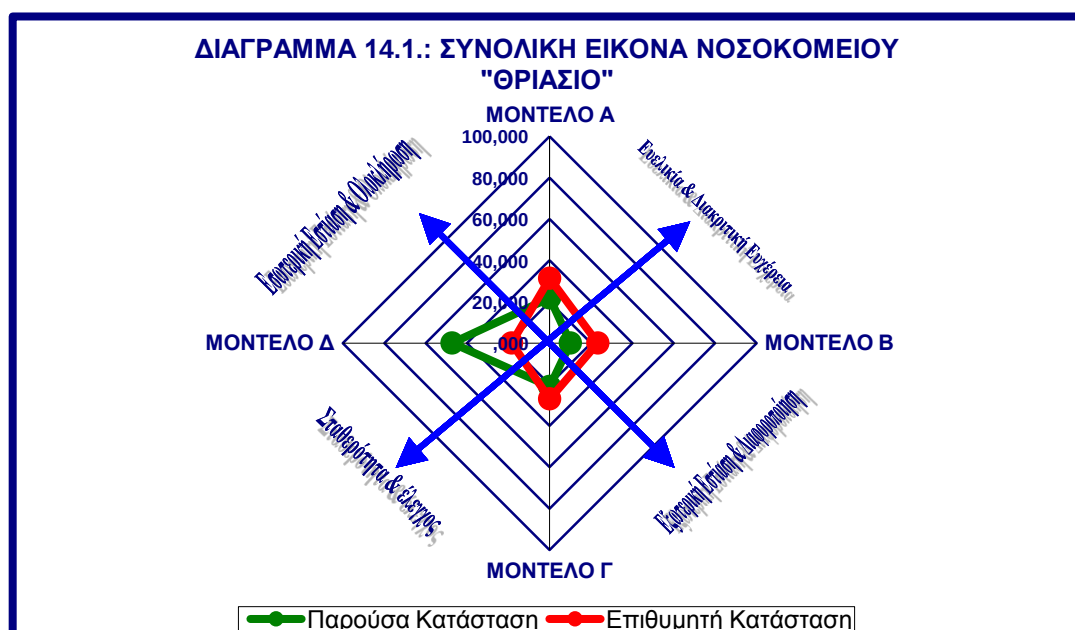
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	30,8
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	13	50,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	4	15,4
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	3,8
	ΣΥΝΟΛΟ	26	100.0

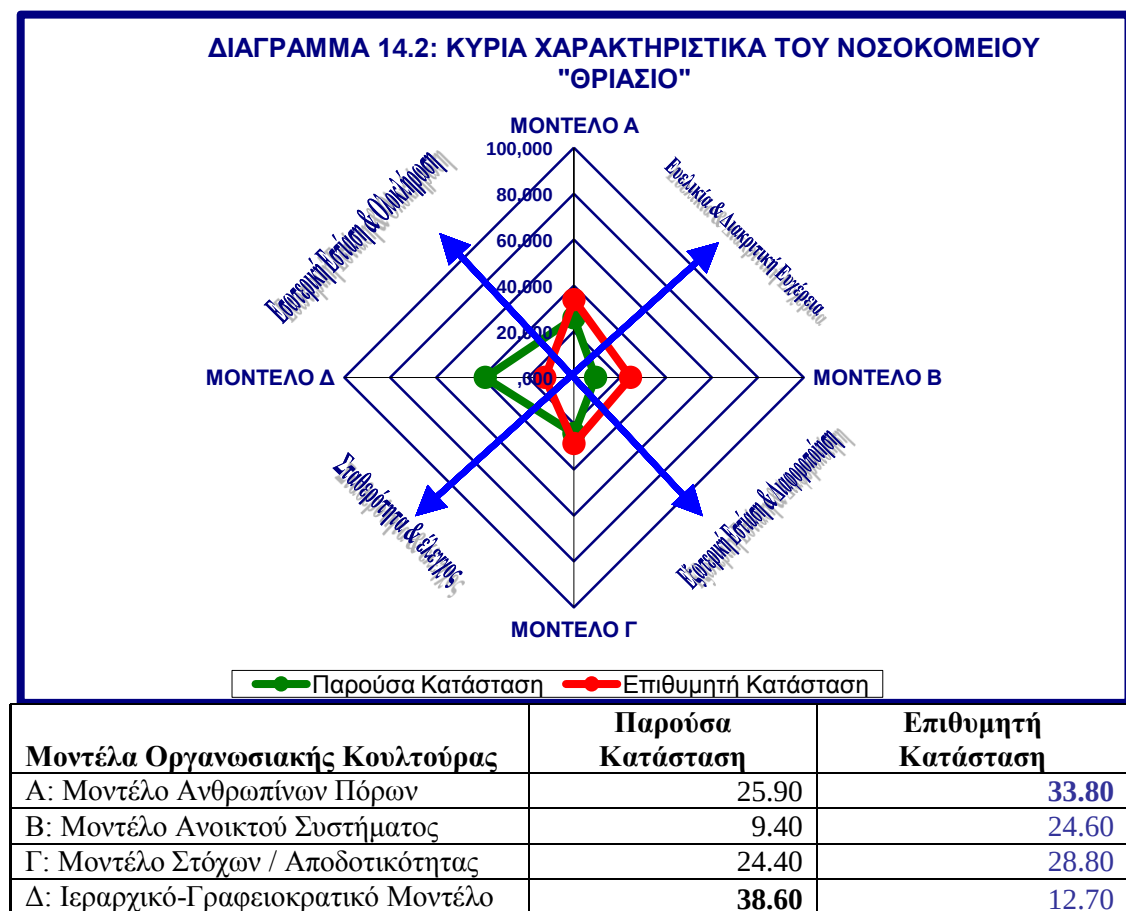


Στο νοσοκομείο «ΘΡΙΑΣΙΟ», σε σύνολο 26 ερωτηθέντων, το 30,8% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (4 Διευθυντές και 4 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 50,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (1 Διευθύντρια και 12 Προϊσταμένες), 15,4% στη Διοικητική Υπηρεσία (4 Προϊστάμενοι) και 3,8% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).



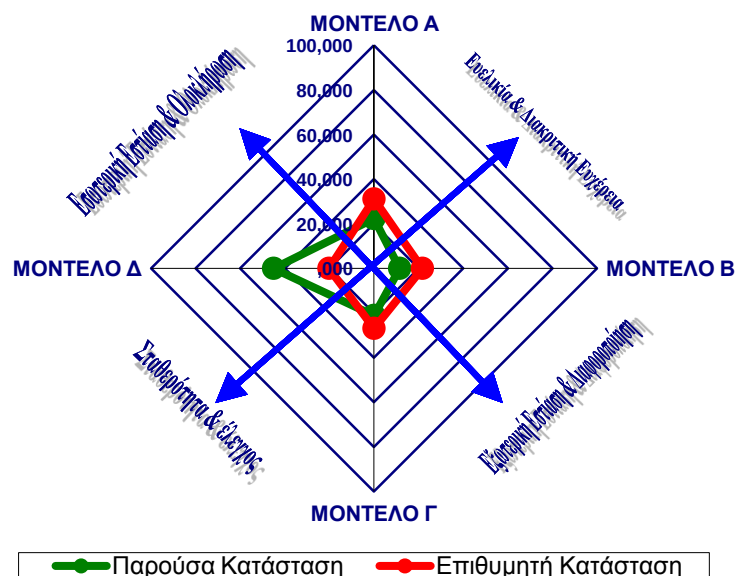
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	21.80	31.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.00	23.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	21.00	27.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	47.20	18.40

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 26 στελεχών διοίκησης, το 47,20% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 21,80% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,00%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 10,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 31,30%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 27,00%, του ανοικτού συστήματος με 23,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,40%.



Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 38,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 25,90%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 24,40% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,80%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 28,80%, του ανοικτού συστήματος με 24,60% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 12,70%.

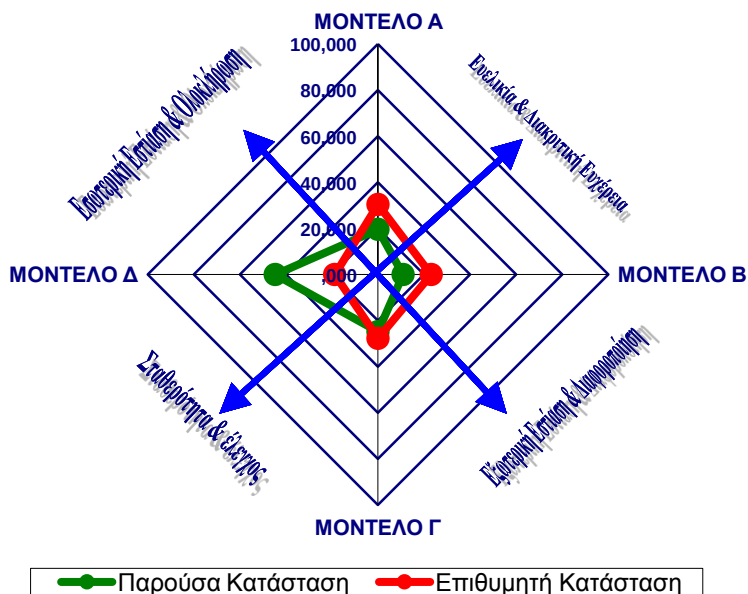
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΘΡΙΑΣΙΟ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.30	31.10
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.50	21.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	21.10	26.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.00	20.20

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,30%, του στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 21,10%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 31,10%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 26,90%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 21,70% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,20%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΘΡΙΑΣΙΟ"



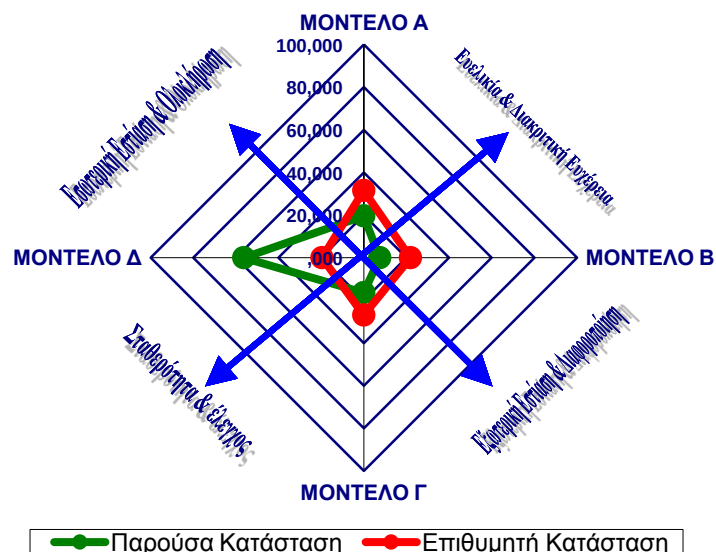
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	19.60	30.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.90	23.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	24.80	27.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44.60	18.80

Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 44,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 24,80%, των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 19,60% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε ποσοστό 30,40%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 27,70%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,80%.



Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 20,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,50%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 30,80%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 28,50%, το ανοικτό μοντέλο 23,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 17,50%.

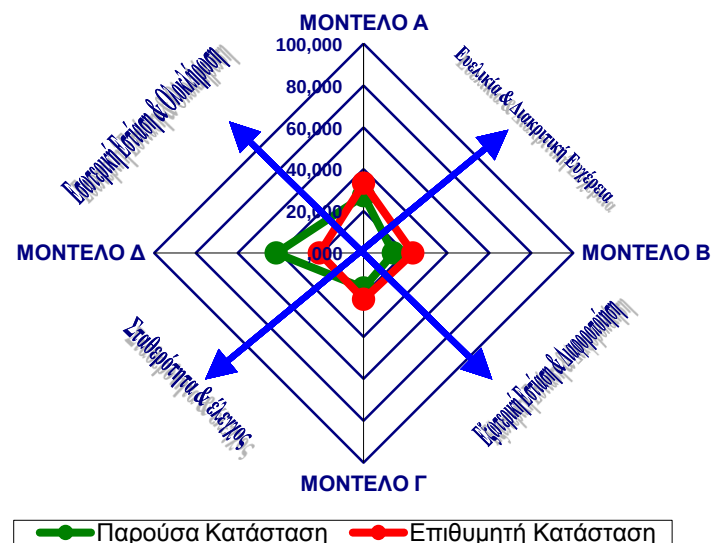
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΘΡΙΑΣΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	19.60	31.50
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.50	21.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	16.40	26.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.30	19.60

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 56,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 19,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,40% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 31,50%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 26,90%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 21,90%, το και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,60%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΘΡΙΑΣΙΟ"**



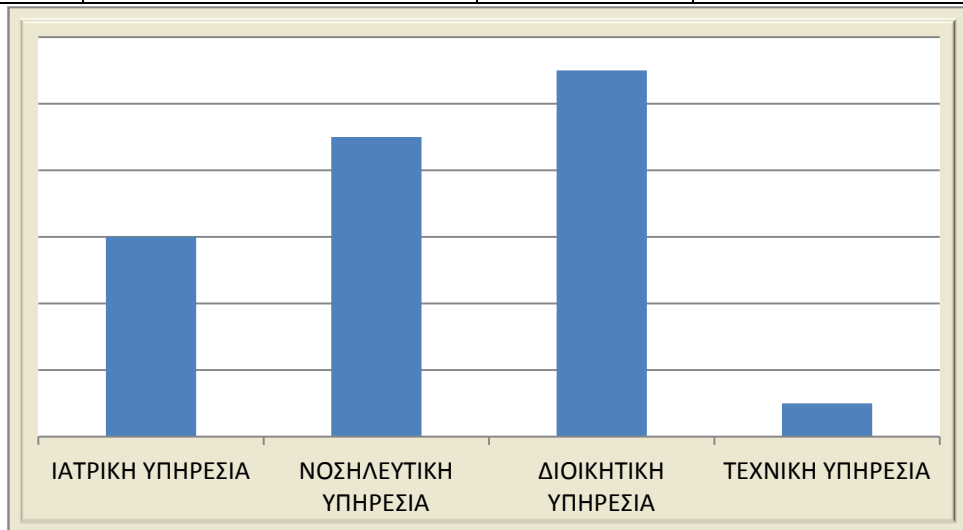
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	27.30	33.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.20	23.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.70	22.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.70	21.10

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,70% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 27,30%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,70% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 33,30%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 23,50%, το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 22,10%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 21,10%.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

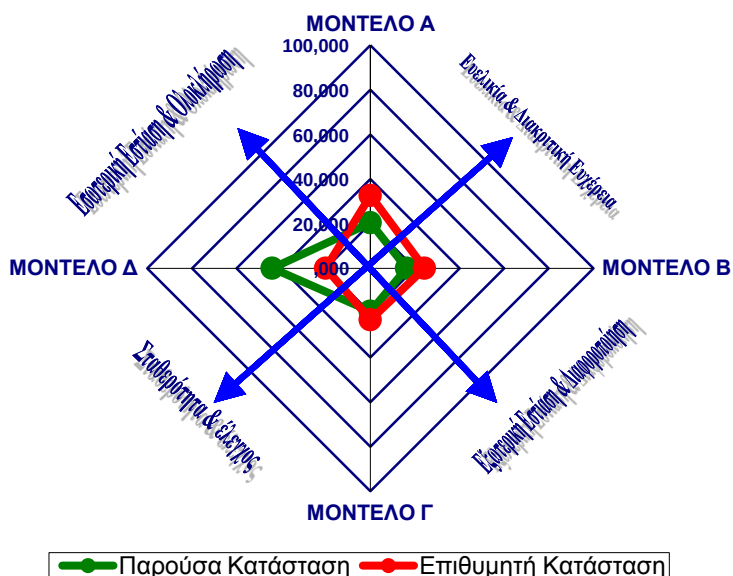
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	22,2
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	9	33,3
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	11	40,7
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	3,7
	ΣΥΝΟΛΟ	27	100,0



Στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟ», σε σύνολο 27 ερωτηθέντων, το 22,2% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (2 Διευθυντές και 4 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 33,3% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (1 Διευθύντρια και 8 Προϊσταμένες), το 40,7% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής, 2 Υποδιευθυντές και 8 Προϊστάμενοι) και το 3,7% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).

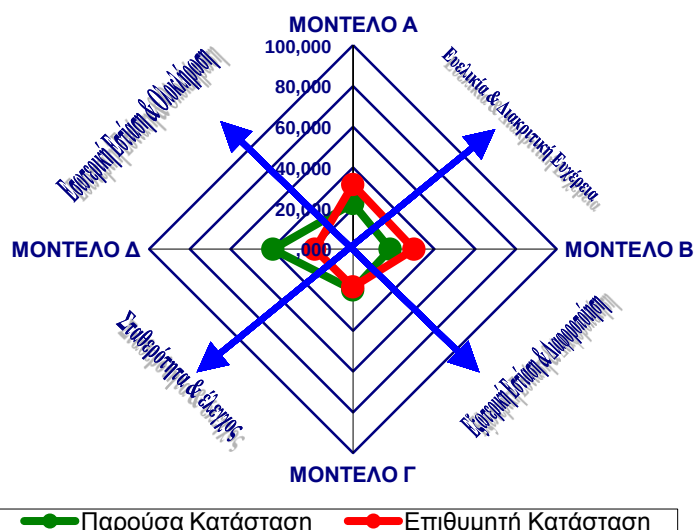
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΤΤΙΚΟΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.40	32.60
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.30	24.30
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	19.30	23.10
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	44.00	20.00

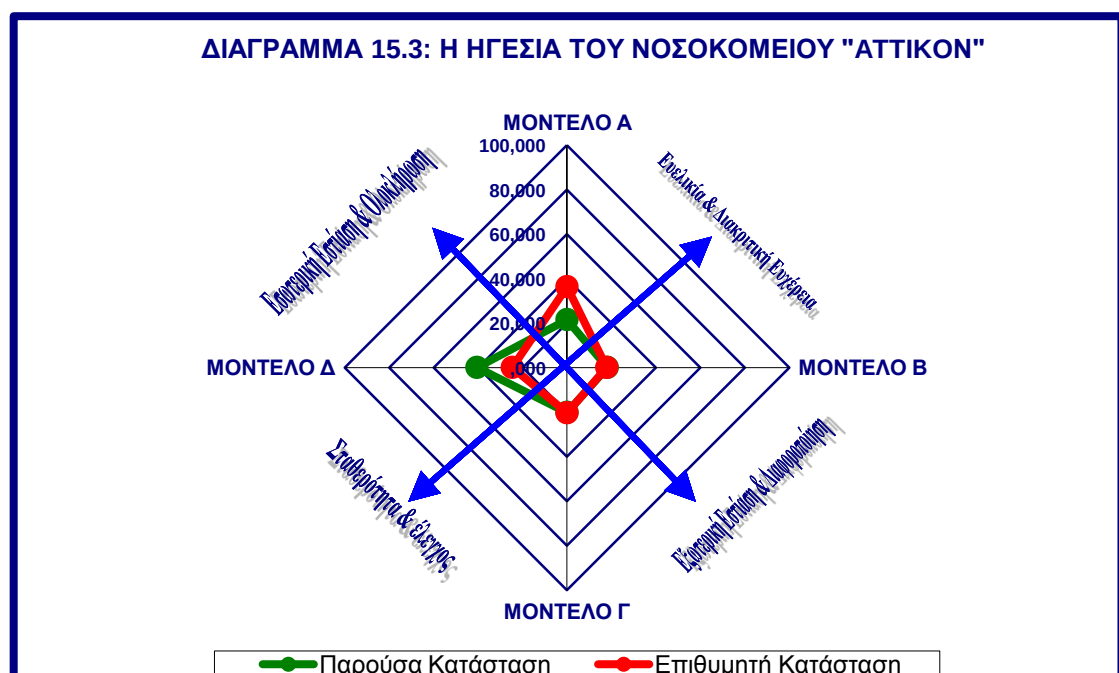
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 27 στελεχών διοίκησης, το 44,00% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 20,40% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 19,30%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 16,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 24,30%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 23,10% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 20,00%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.2: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΤΤΙΚΟΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	22.40	31.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	18.30	30.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	20.00	18.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	39.20	18.70

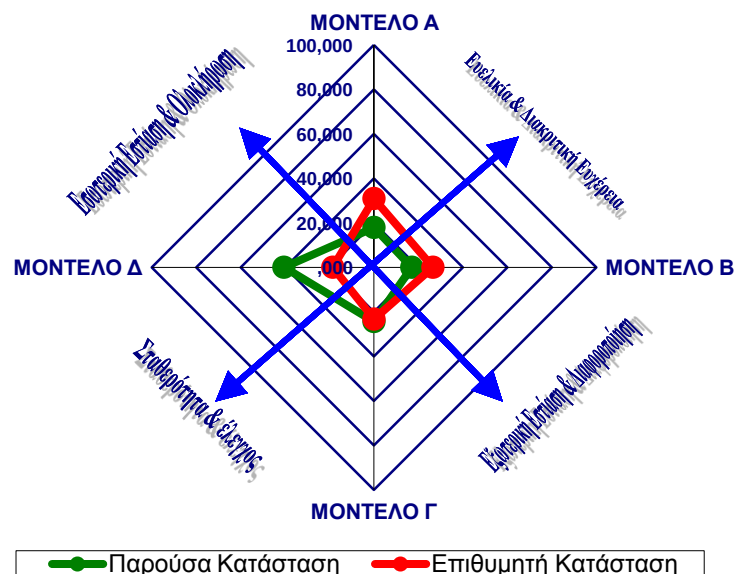
Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 39,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 22,40%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 18,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 31,70%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 30,00%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με 18,70% και τέλος το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 18,50%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	21.50	36.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	18.10	17.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	20.20	20.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.50	24.60

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 21,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,20%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 18,10%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 36,30%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 24,60%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 20,40% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 17,90%.

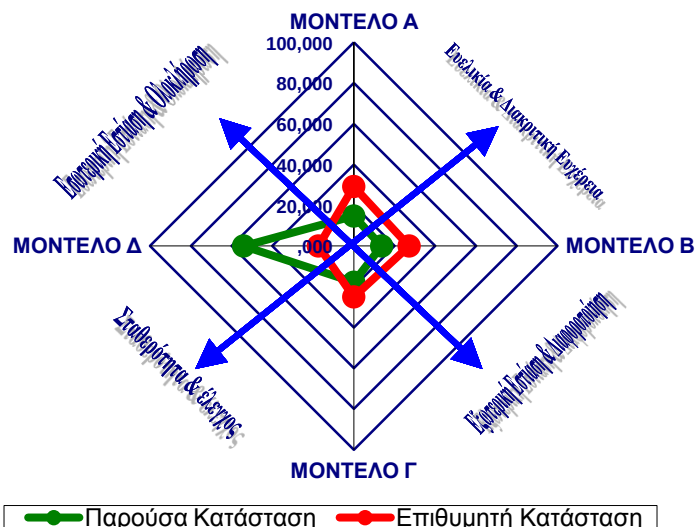
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΤΤΙΚΟΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	17.90	30.90
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	17.00	26.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	24.40	23.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.50	18.50

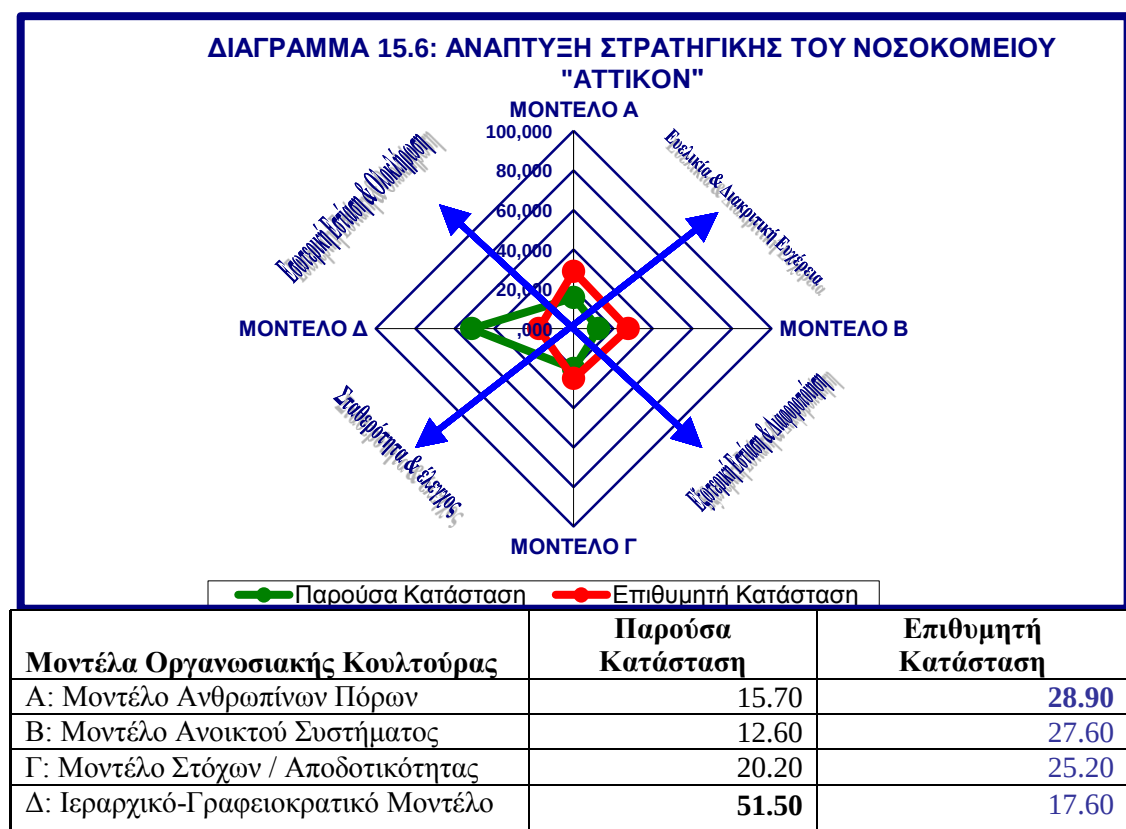
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 24,40%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 17,90% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 17,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,900%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 26,50%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 23,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,50%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΤΤΙΚΟΝ"

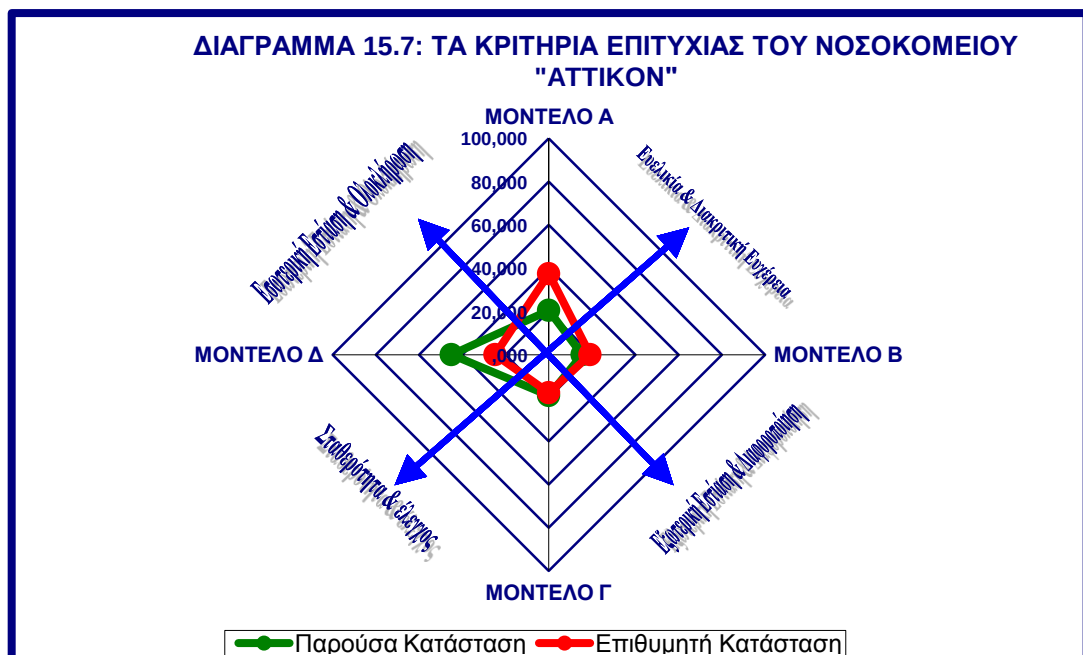


Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	14.70	29.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	13.70	27.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.80	25.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	54.10	17.40

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 54,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,80%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 14,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,70%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε ποσοστό 29,20%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 27,20%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 25,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 17,40%.



Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 20,20%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 15,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 12,60%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 28,90%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,60%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 25,20% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,60%.



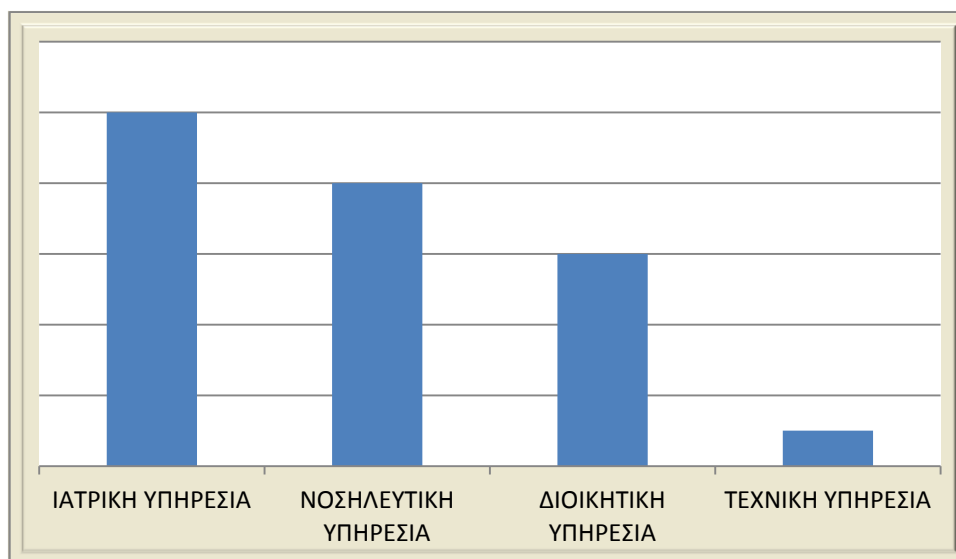
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.50	37.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.50	19.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	18.90	17.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.00	24.80

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,90% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 15,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 37,40%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 24,80%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 19,10%, και τέλος το μοντέλο των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 17,60%.

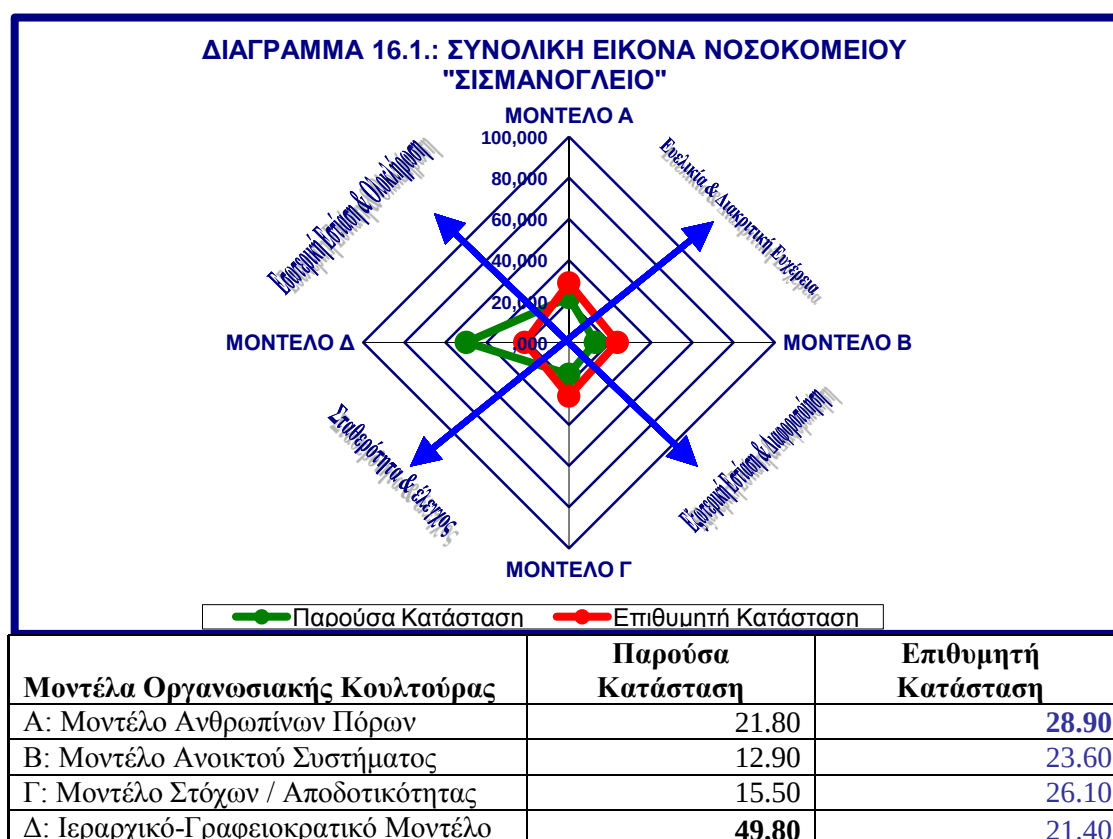
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	40,0
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	32,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	24,0
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	4,0
	ΣΥΝΟΛΟ	25	100,0

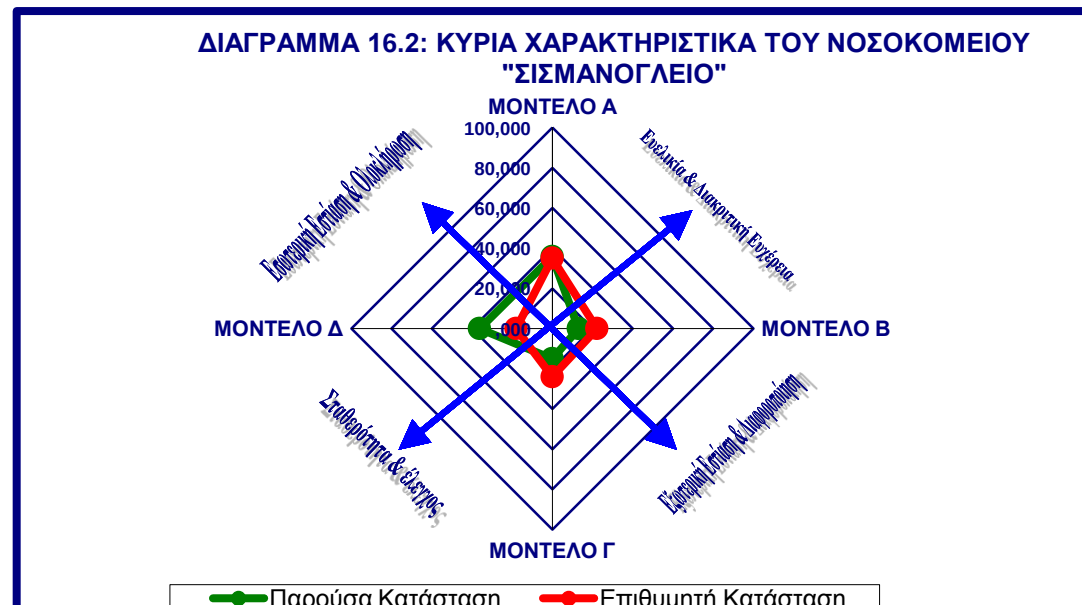


Στο νοσοκομείο «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», σε σύνολο 25 ερωτηθέντων, το 40,0% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (6 Διευθυντές και 4 Αναπληρωτές Διευθυντές), το 32,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (7 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), το 24,0% στη Διοικητική Υπηρεσία (2 Υποδιευθυντές και 4 Προϊστάμενοι) και το 4,0% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).

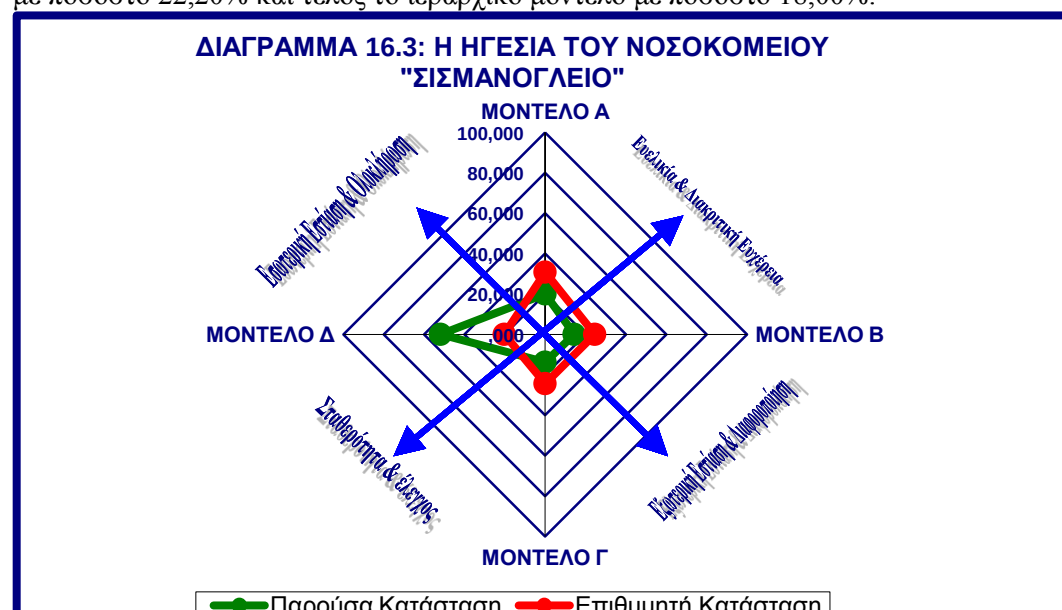


Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 25 στελεχών διοίκησης, το 49,80% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων σε ποσοστό 21,80%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,50%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 12,90%. Στην επιθυμητή

κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 28,90%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 26,10%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 23,60% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 21,40%.

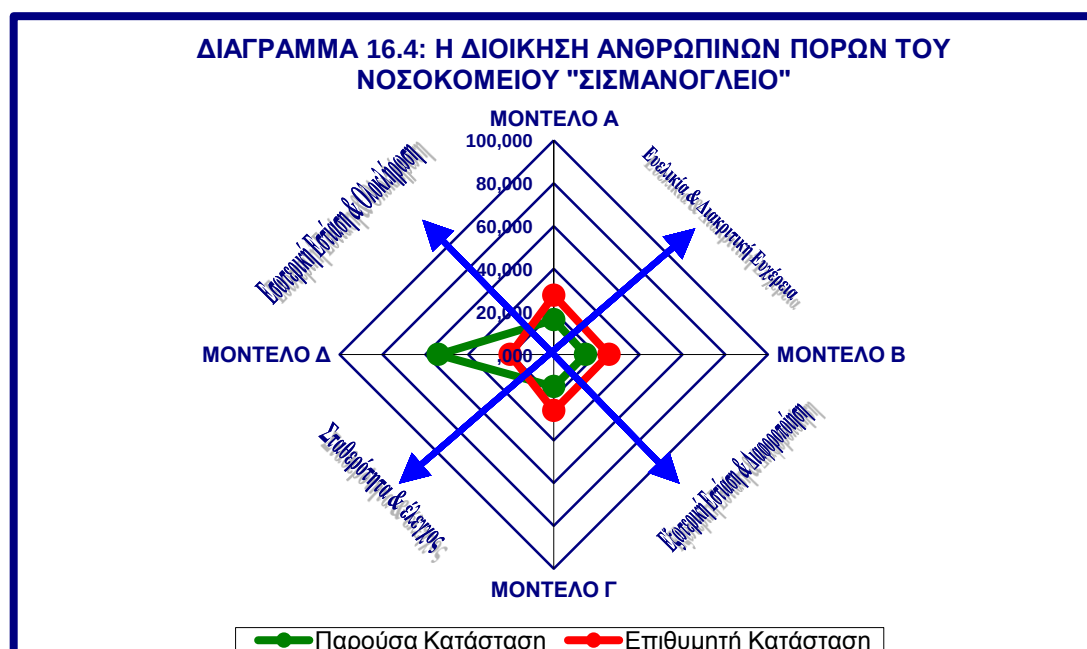


Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 36,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 35,80%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 35,00%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 24,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,20% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,00%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	20.00	30.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.40	24.60
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.80	24.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	51.80	20.20

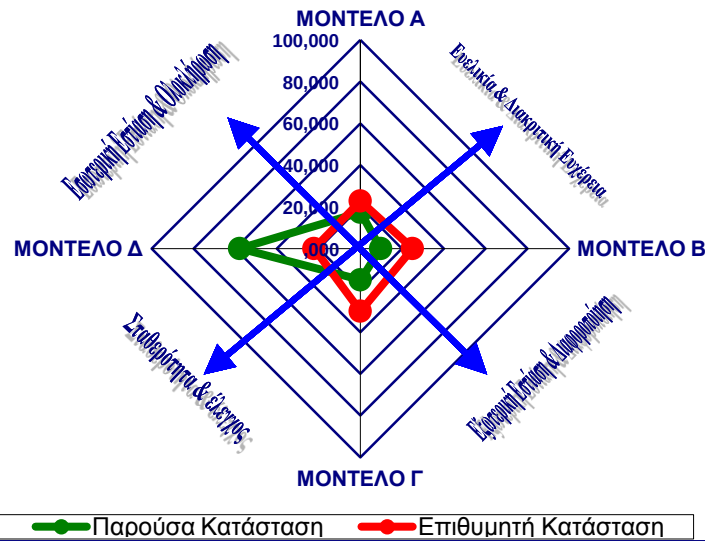
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 20,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,40% και το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,80%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,60%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 24,40% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,20%



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	16.20	27.60
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.80	25.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.00	26.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	54.00	20.40

Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 54,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 16,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,60%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 26,20% το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 25,80%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 20,40%.

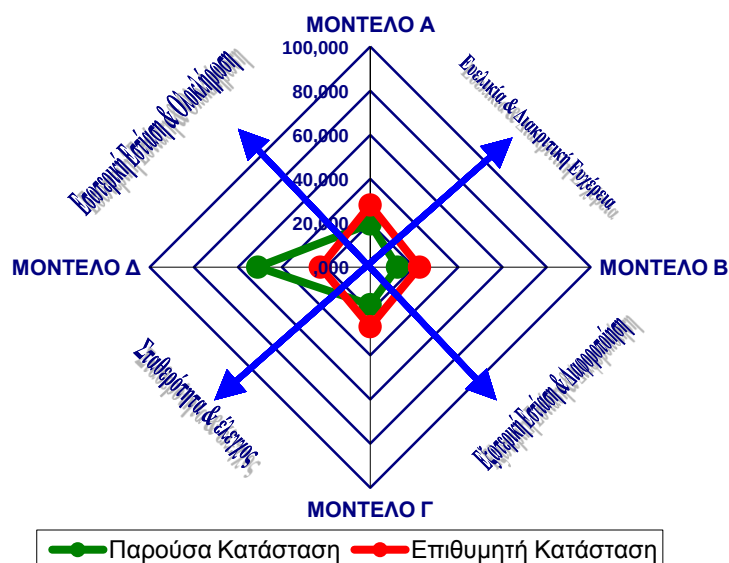
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	17.40	22.80
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.80	25.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	15.00	30.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	57.80	22.20

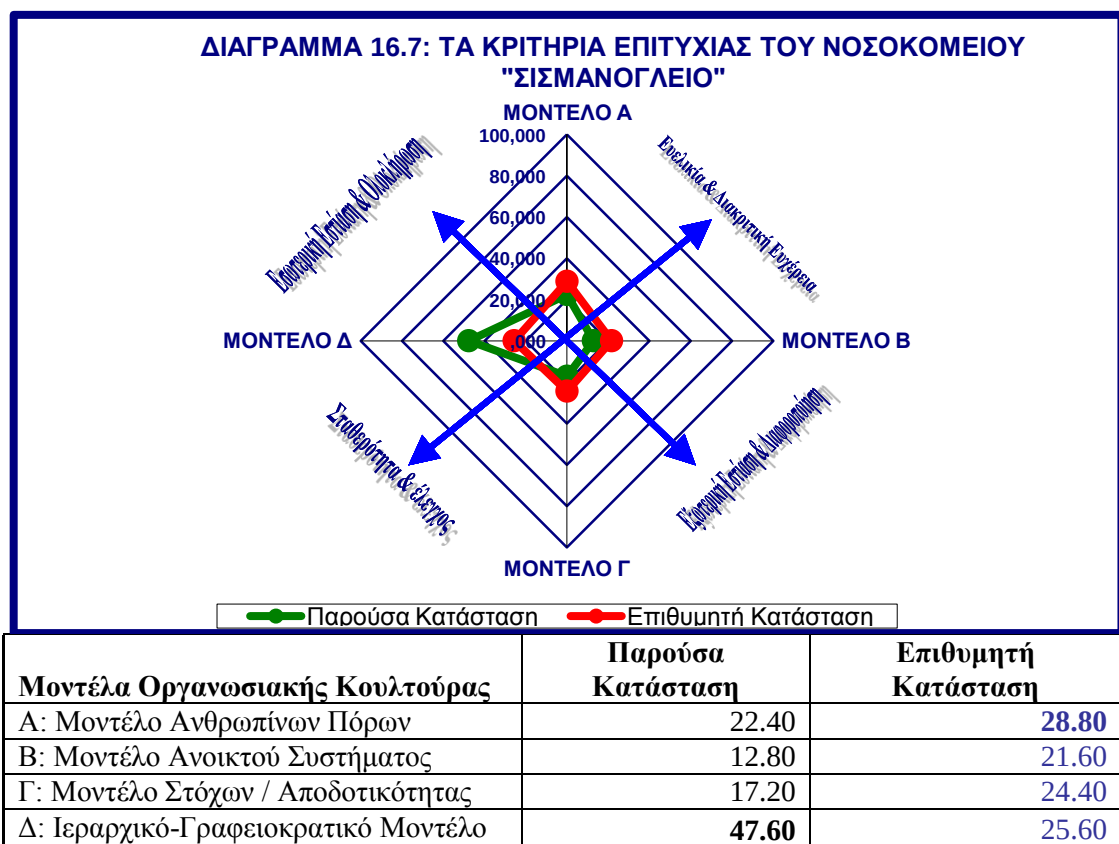
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 57,80% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 17,40%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 30,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 25,00%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 22,80%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 22,20%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	19.60	28.20
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	12.40	22.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.00	27.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	51.00	22.60

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 19,60%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,70% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 12,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 28,20%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 27,00%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 22,60% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,40%.

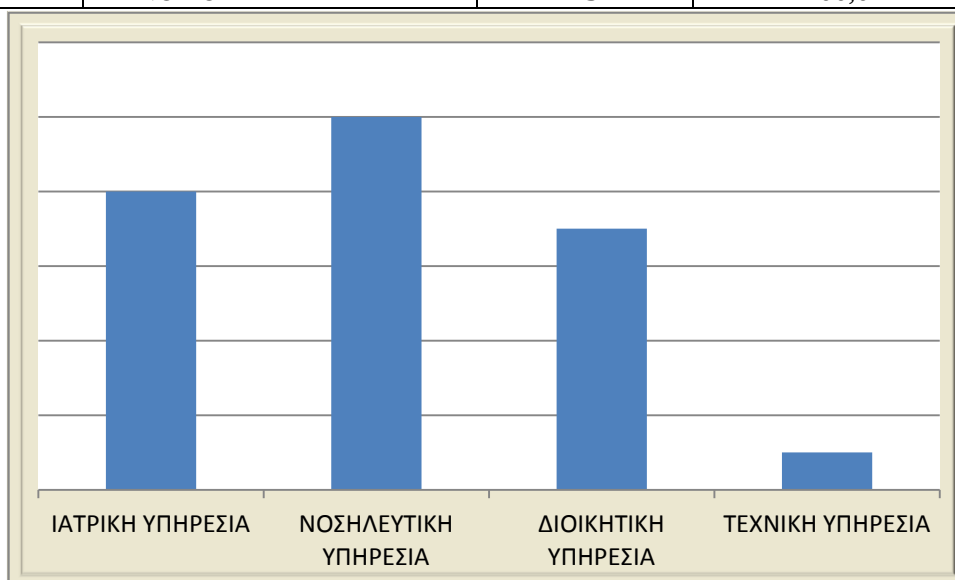


Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 47,60% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,40%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,20% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 12,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 28,80%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 25,60%, το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 24,40% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 21,60%.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»

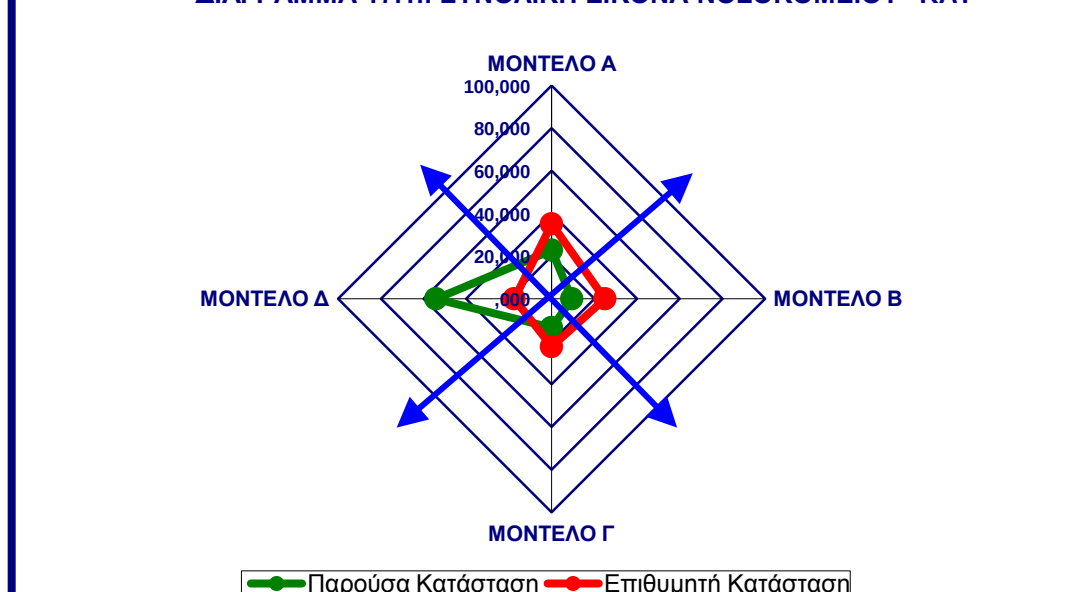
ΠΙΝΑΚΑΣ 17.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	32,0
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	40,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	28,0
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	4,0
	ΣΥΝΟΛΟ	25	100,0



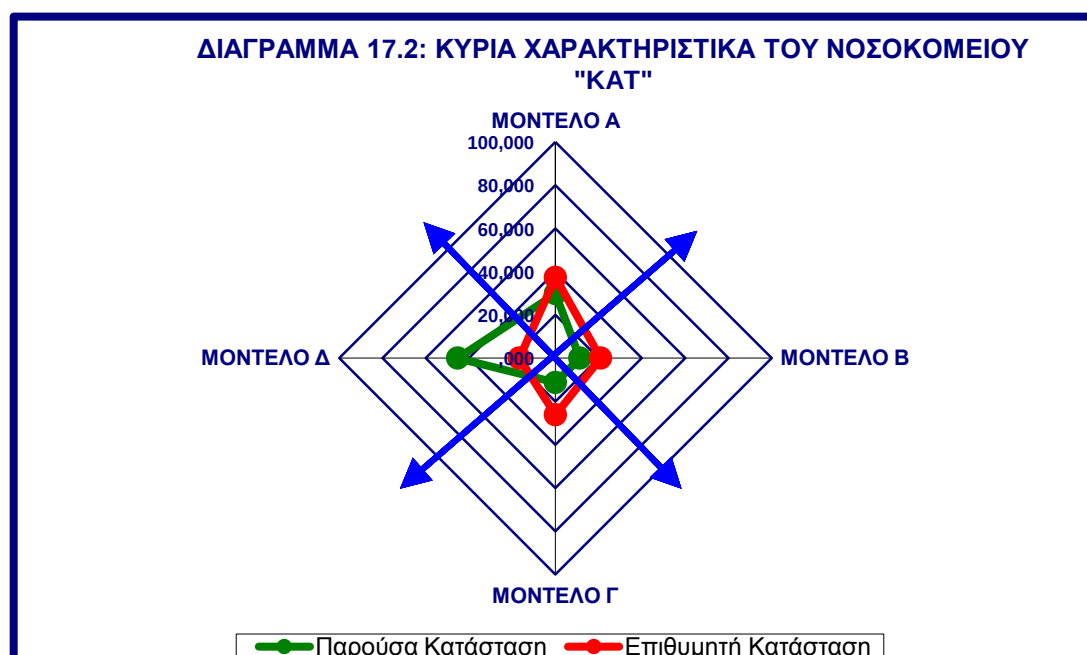
Στο νοσοκομείο «ΛΑΙΚΟ», σε σύνολο 25 ερωτηθέντων, το 32,0% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (8 Διευθυντές), το 40,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (1 Διευθύντρια, 7 Προϊσταμένες και 2 Τομεάρχες), 28,0% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Διευθυντής, 1 Υποδιευθυντής και 5 Προϊστάμενοι) και 4,0% στη Τεχνική Υπηρεσία (Διευθυντής).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17.1.: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΑΤ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.80	35.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.50	25.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.50	22.40
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	54.20	17.50

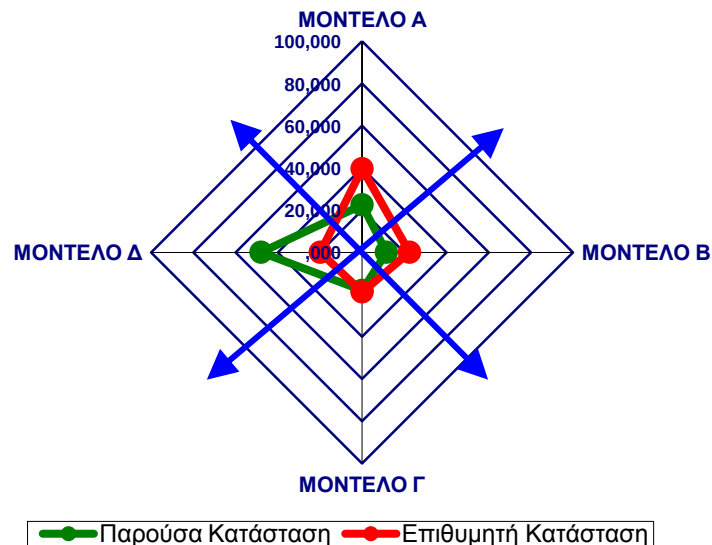
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 25 στελεχών διοίκησης, το 54,20% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 22,80%, το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,50%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 9,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 35,10%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 25,00%, του στόχων/αποδοτικότητας με 22,40%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 17,50%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	29.80	37.30
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.30	20.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	11.30	26.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	45.20	16.70

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 29,80% και τα μοντέλα στόχων / αποδοτικότητας και ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,30%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 37,30%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 26,20%, του ανοικτού συστήματος με 20,90% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 16,70%.

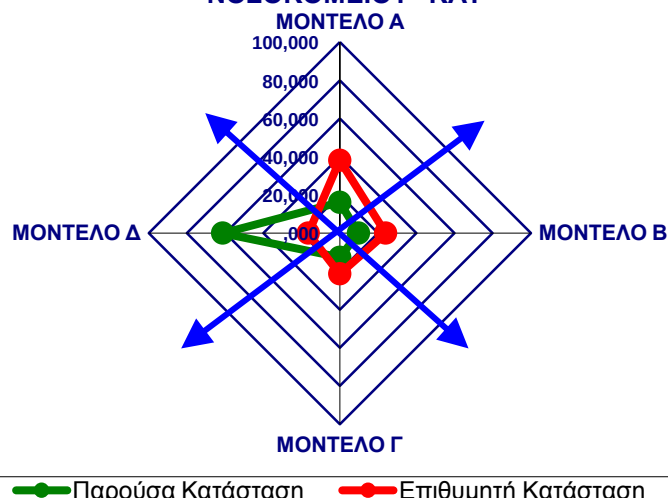
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΑΤ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	22.50	39.60
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.50	22.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	18.10	18.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	47.90	19.80

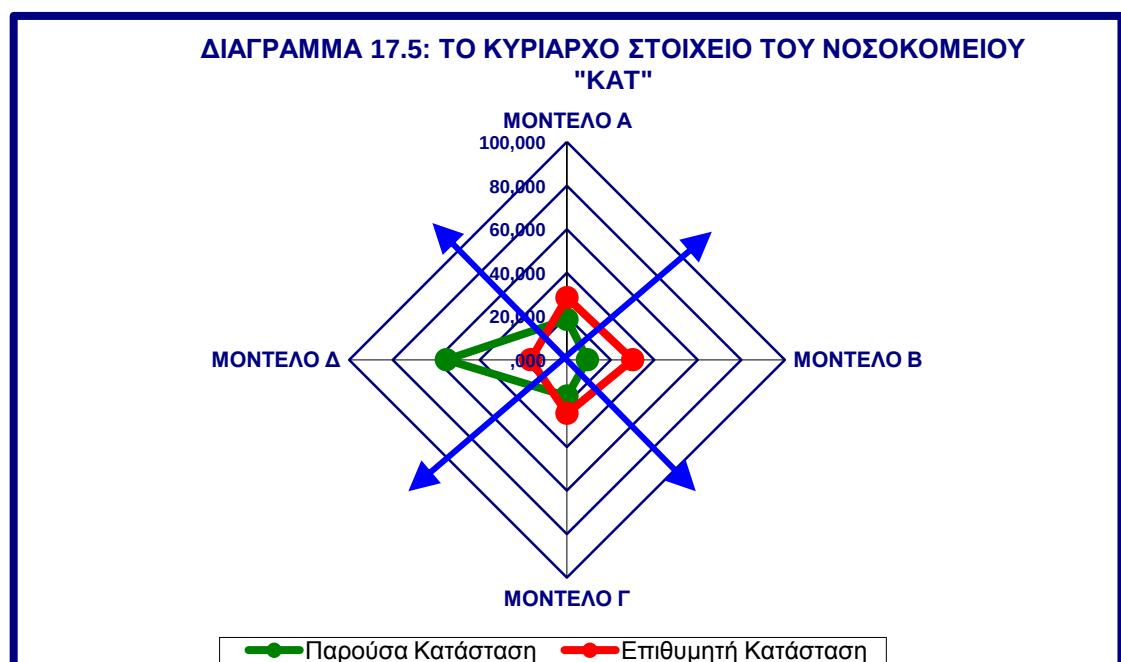
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 47,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 22,50%, του στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,10%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 39,60%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,50%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,80% και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 18,80%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΑΤ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	16.10	38.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.80	24.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.70	21.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	61.30	16.50

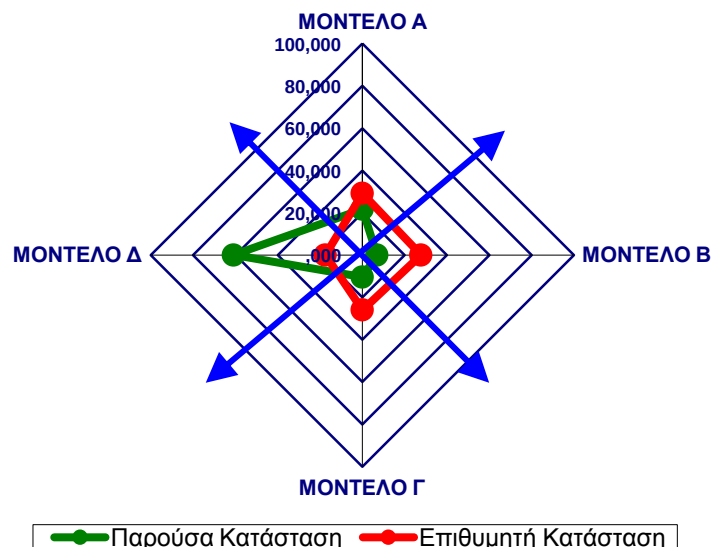
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 61,30% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 16,10%, του στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,80%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε ποσοστό 38,10%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,00%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε 21,30% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 16,50%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	18.50	28.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.40	30.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.70	24.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	55.40	16.70

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,40% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 18,50%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 30,20%, ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων με 28,50%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 24,60%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 16,70%.

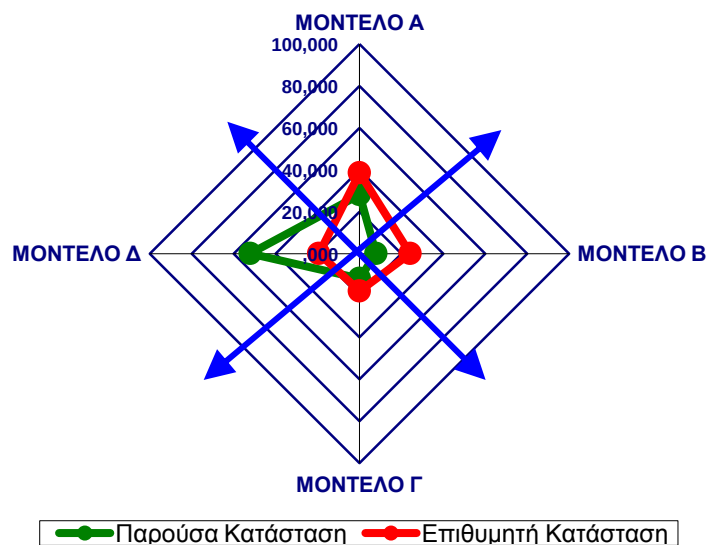
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΑΤ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	21.70	29.20
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	6.90	27.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	10.40	25.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	60.90	17.50

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 60,90% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 21,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 10,40% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 6,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,20%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,70%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 25,90% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 17,50%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΚΑΤ"



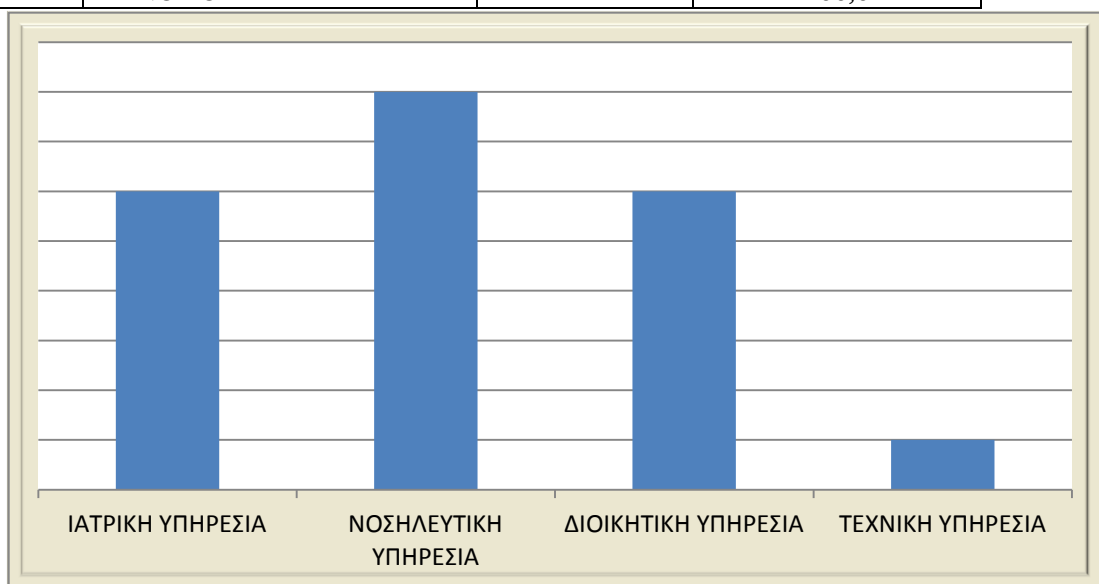
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	28.10	38.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.90	24.20
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	11.90	17.90
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	52.10	19.40

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 52,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 28,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 11,90% και τέλος του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 38,50%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 24,20%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,40%, και τέλος το μοντέλο στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 17,90%.

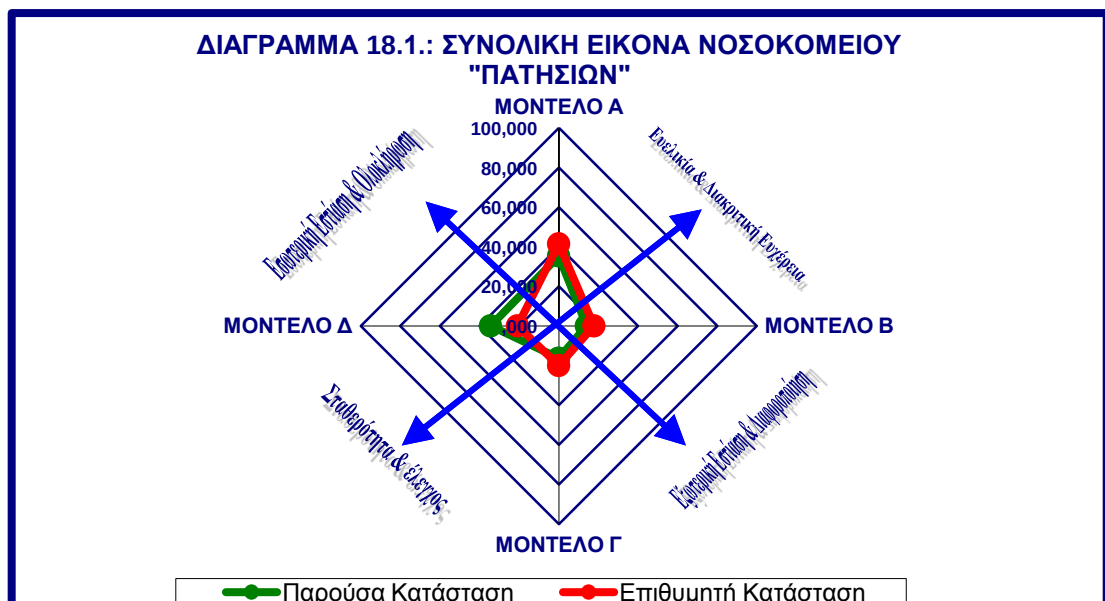
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΠΑΤΗΣΙΩΝ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 18.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΠΑΤΗΣΙΩΝ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	28,6
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	8	38,1
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	28,6
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	4,7
	ΣΥΝΟΛΟ	21	100,0

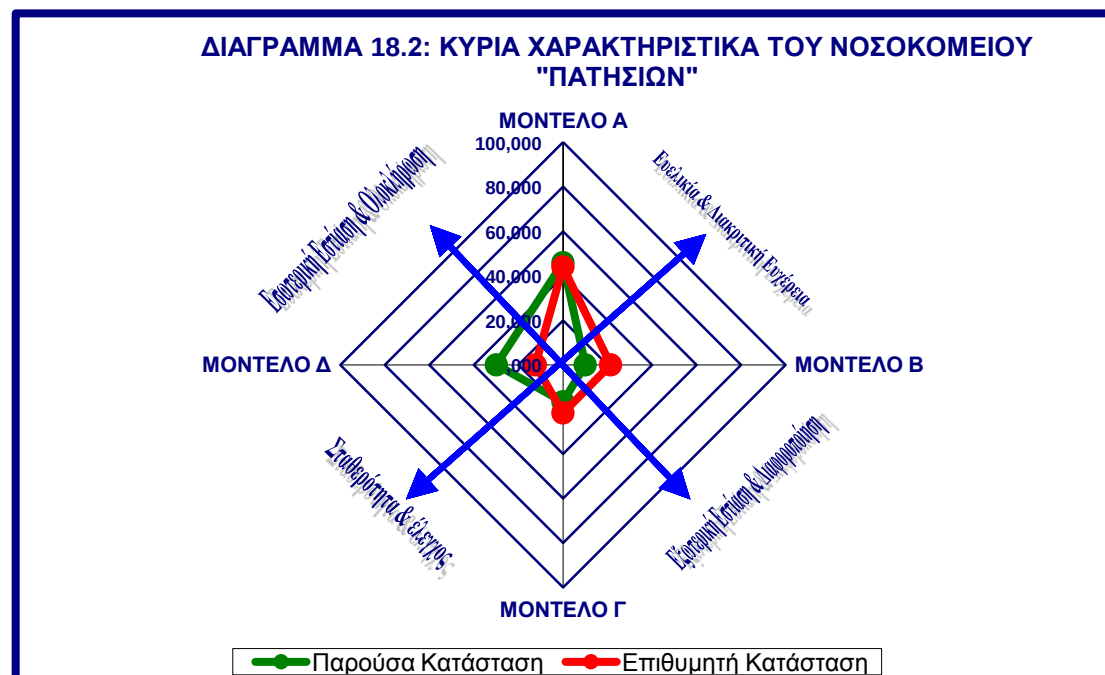


Στο νοσοκομείο «ΠΑΤΗΣΙΩΝ», σε σύνολο 21 ερωτηθέντων, το 28,6% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (6 Διευθυντές), το 38,1% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (7 Προϊσταμένες και 1 Τομέαρχης), 28,6% στη Διοικητική Υπηρεσία (6 Προϊστάμενοι) και το 4,7% στη Τεχνική Υπηρεσία (Υποδιευθυντής).



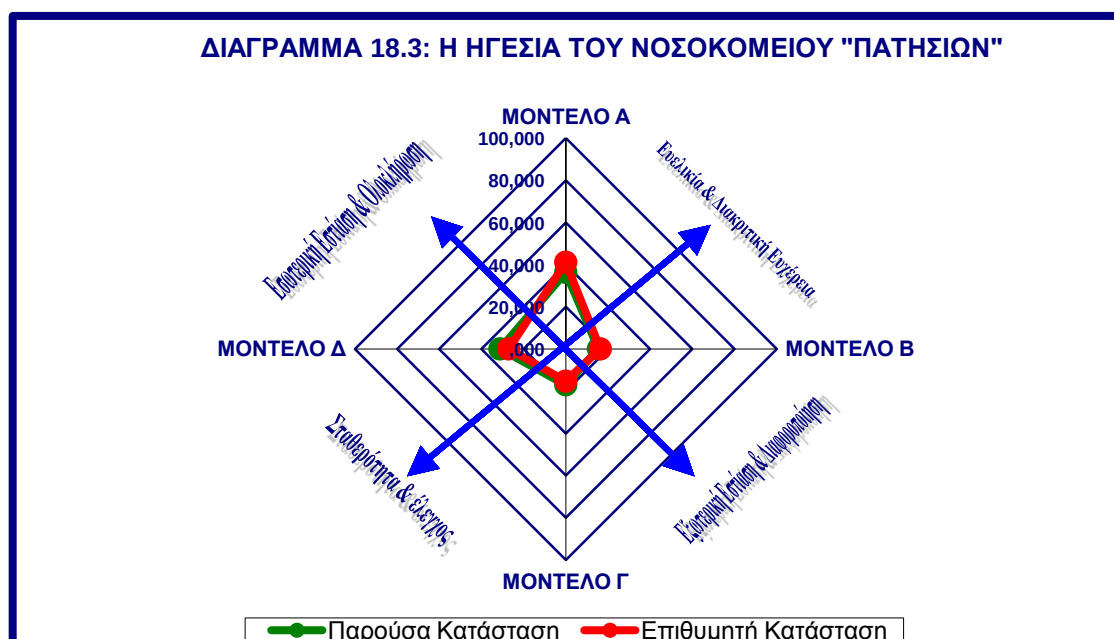
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	35.30	41.40
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.00	17.80
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.30	20.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	34.40	20.80

Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 21 στελεχών διοίκησης, το 35,30% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 34,40%. Το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 16,30%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 14,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων ανήλθε στο 41,40%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με 20,80%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 20,00% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 17,80%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	45.90	44.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.00	21.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.60	21.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	29.90	12.40

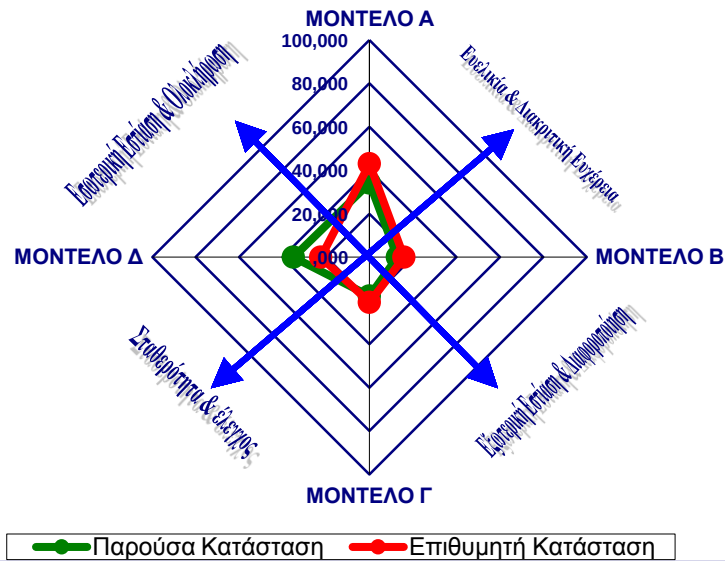
Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 45,90% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 29,90%. Το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 16,60%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 10,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων ανήλθε στο 44,00%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 21,60%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 21,40%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 12,40%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	36.30	41.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	15.50	16.40
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.00	15.30
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	31.20	27.10

Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 36,30% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 31,20%. Το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 17,00%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε μόλις 15,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων ανήλθε στο 41,10%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με 27,10%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 16,40% και τέλος το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 15,30%.

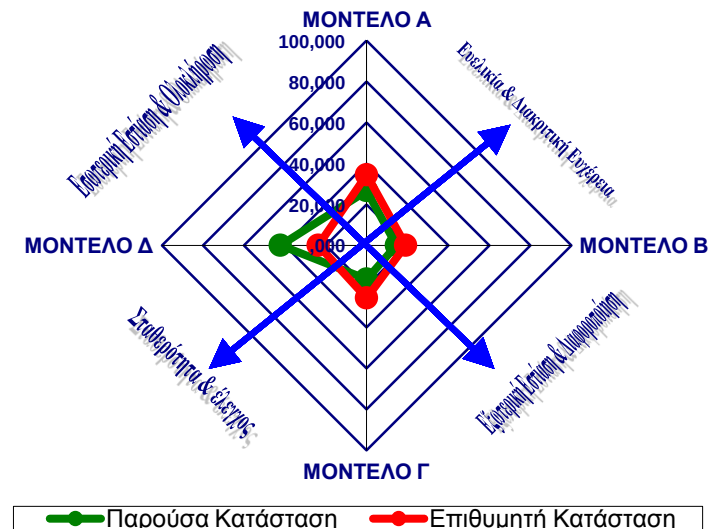
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΠΑΤΗΣΙΩΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	34.10	43.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	12.90	15.90
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	17.90	20.80
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	35.00	22.40

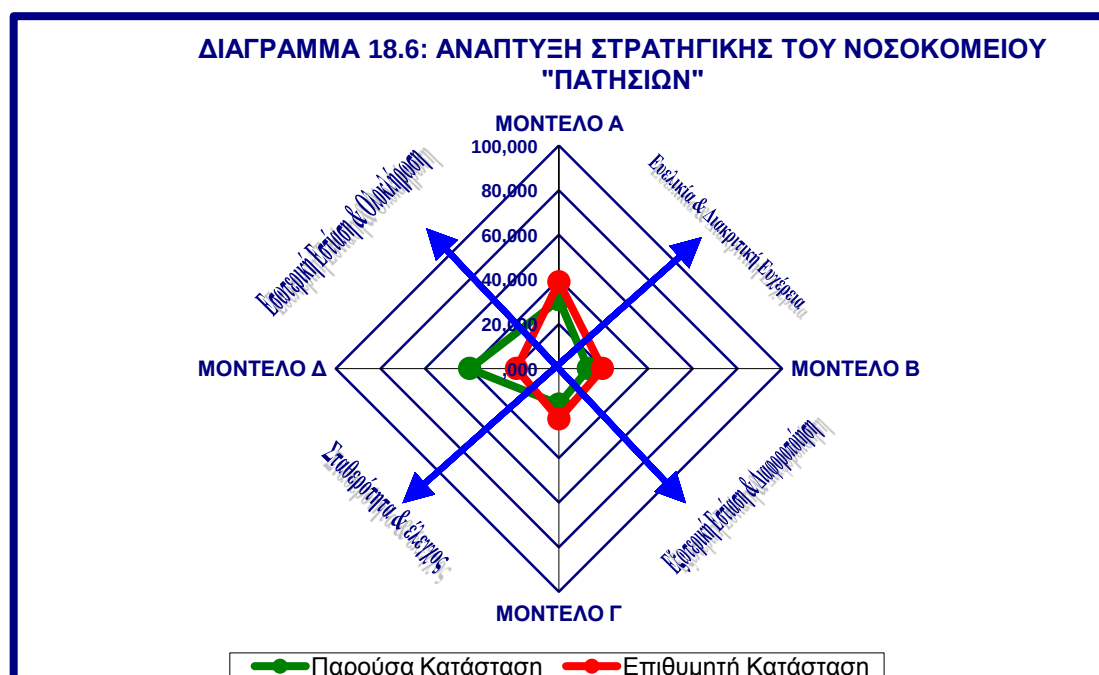
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 35,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 34,10%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 17,90%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 12,90%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 43,00%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 22,40%, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 20,80% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 15,90%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΠΑΤΗΣΙΩΝ"



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	26.70	34.40
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.60	19.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.50	25.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	42.10	23.60

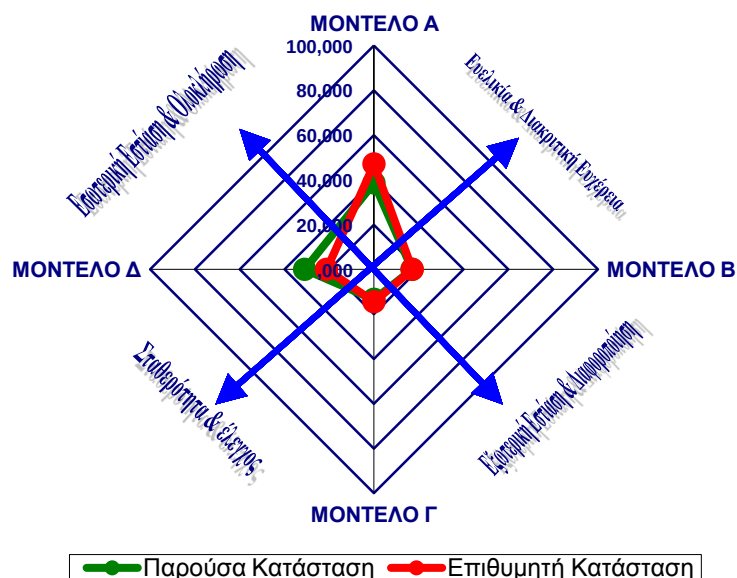
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 42,10% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 26,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,50%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,60%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 34,40%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας 25,70%, το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 23,60% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 19,10%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	30.80	38.80
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	13.20	19.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	16.00	22.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.00	19.00

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 30,80%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 16,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 13,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 38,80%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με ποσοστό 22,60%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 19,50%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,00%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΠΑΤΗΣΙΩΝ"**



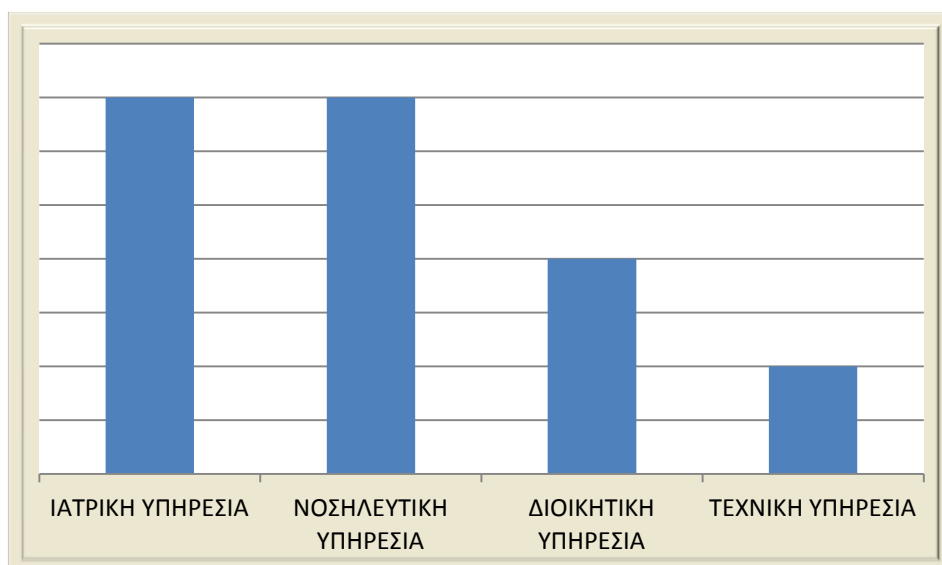
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	38.60	47.10
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	17.00	17.10
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.40	14.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	31.00	21.20

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 38,60% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 31,00%. Το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σημείωσε ποσοστό 17,00%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 13,40%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων ανήλθε στο 47,10%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με 21,20%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 17,10% και τέλος το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 14,50%

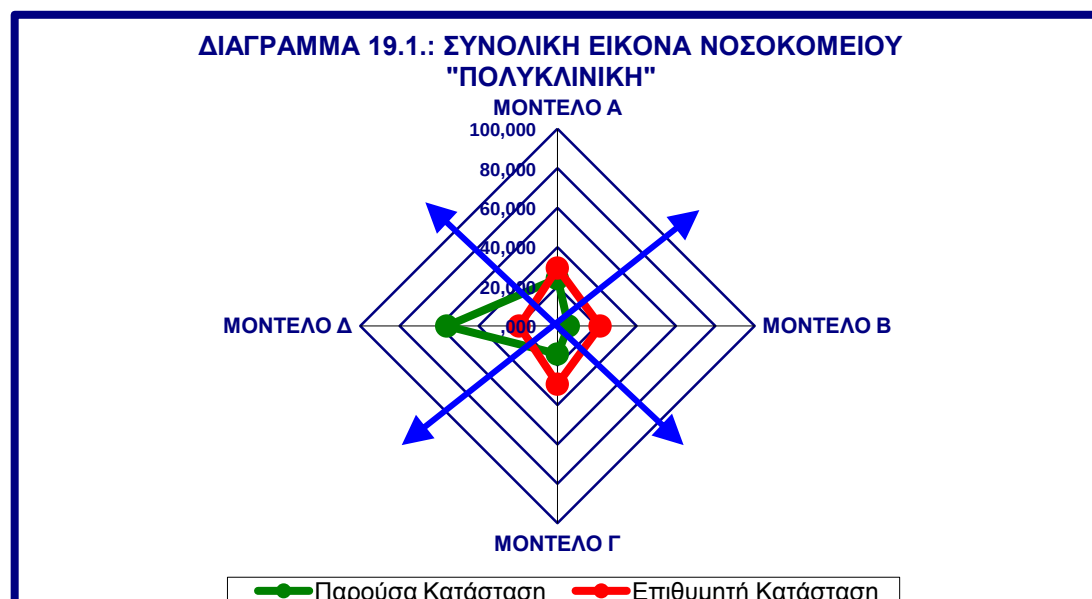
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	35,0
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	35,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	4	20,0
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	10,0
	ΣΥΝΟΛΟ	20	100,0



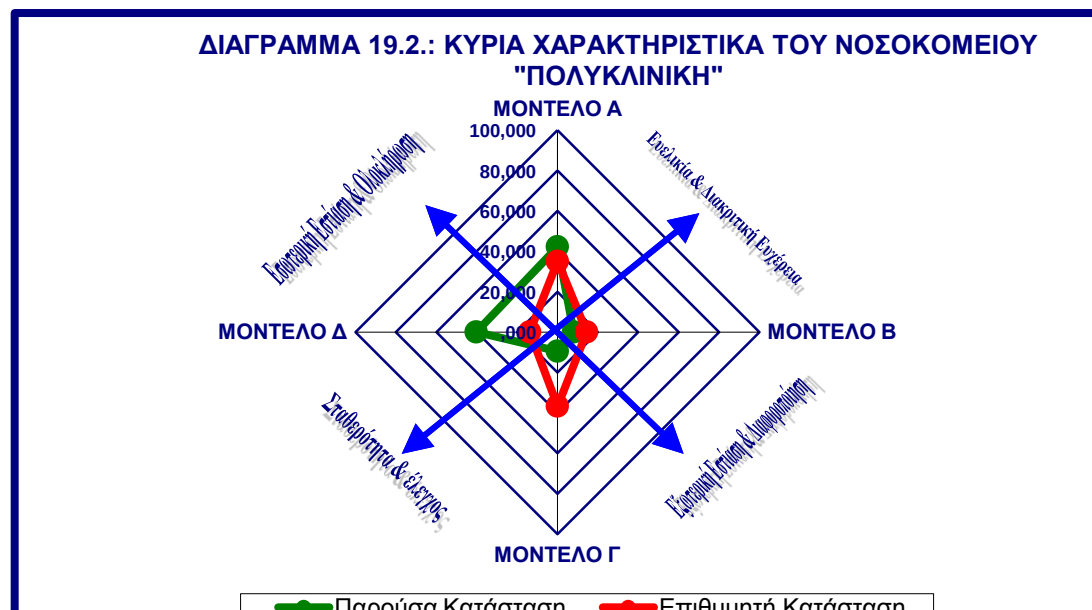
Στο νοσοκομείο «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», σε σύνολο 20 ερωτηθέντων, το 35,0% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (7 Διευθυντές), το 35,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (6 Προϊσταμένες και 1 Τομεάρχης), το 20,0% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής και 3 Προϊστάμενοι) και το 10,0% στη Τεχνική Υπηρεσία (1 Διευθυντής και 1 Υποδιευθυντής).



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	24.10	29.40
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	5.60	21.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.20	29.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	56.10	19.40

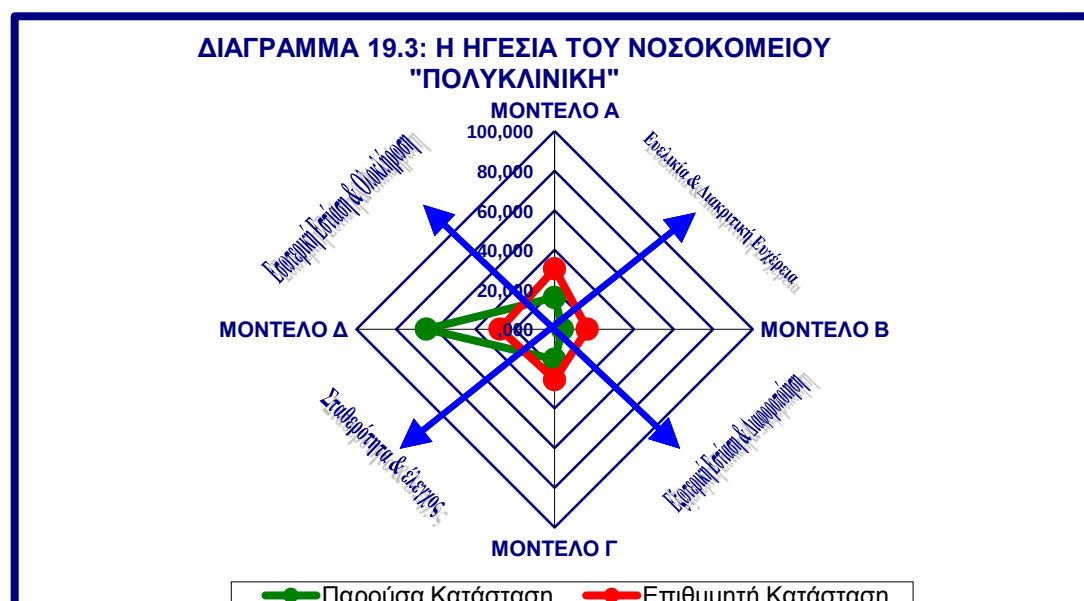
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 20 στελεχών διοίκησης, το 56,10% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 24,10% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,20%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 5,60%. Στην επιθυμητή κατάσταση,

το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας σημείωσε 29,50%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 29,40%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 21,70%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 19,40%.



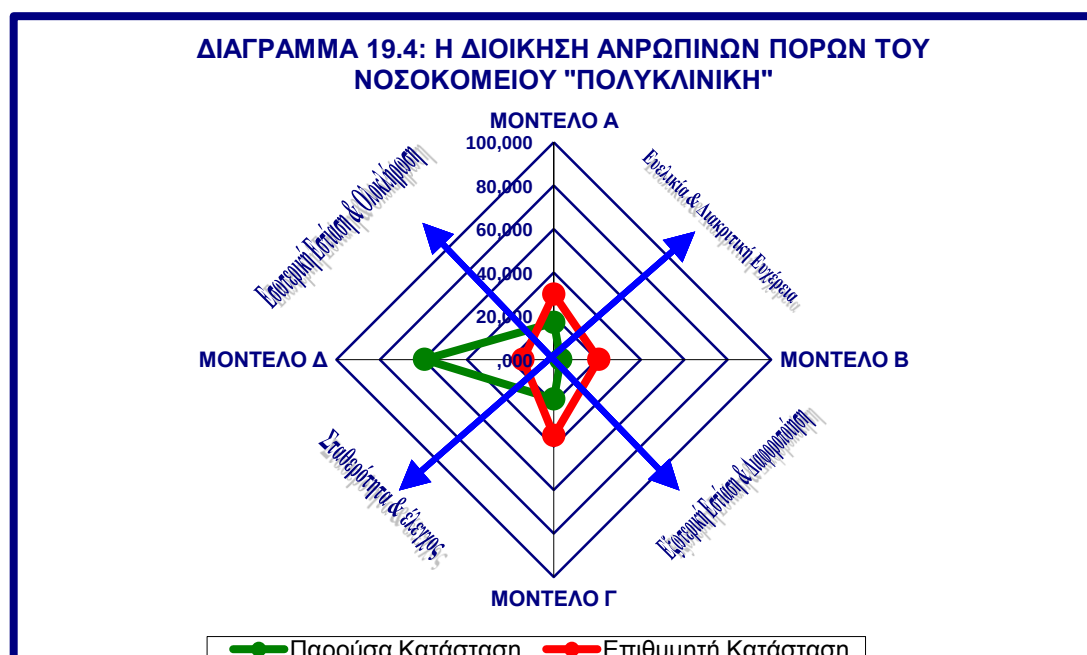
Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	42.20	35.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	8.00	14.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	9.50	36.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.20	13.70

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 42,20% θεωρεί ότι επικρατεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 40,20%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 9,50% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 8,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας είχε ποσοστό 36,70%, ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων με ποσοστό 35,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 14,50% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 13,70%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	16.00	30.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	4.00	16.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	15.20	25.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	64.70	27.50

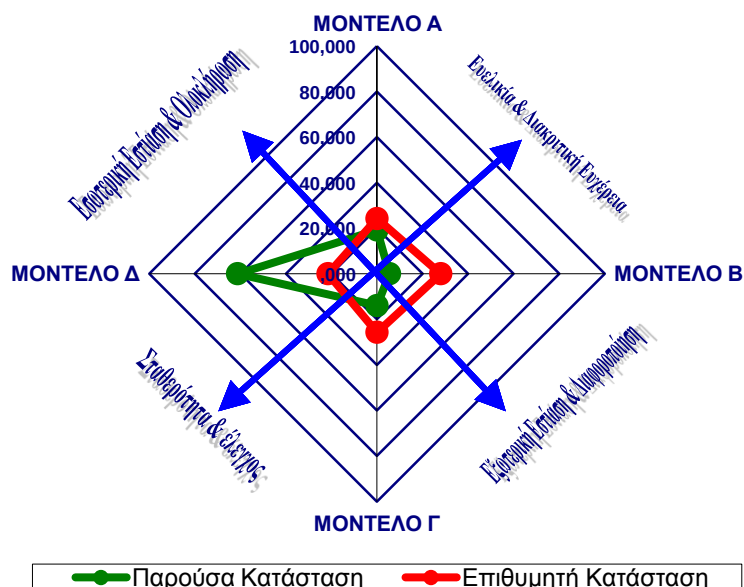
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 64,70% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 16,00%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 15,20%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 4,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,50%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 27,50%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 25,50% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 16,50%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	17.00	30.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	3.20	20.70
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	18.20	35.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	59.50	14.20

Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 59,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 18,20%, των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 17,00% και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 3,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας είχε ποσοστό 35,00%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 30,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 20,70%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 14,20%.

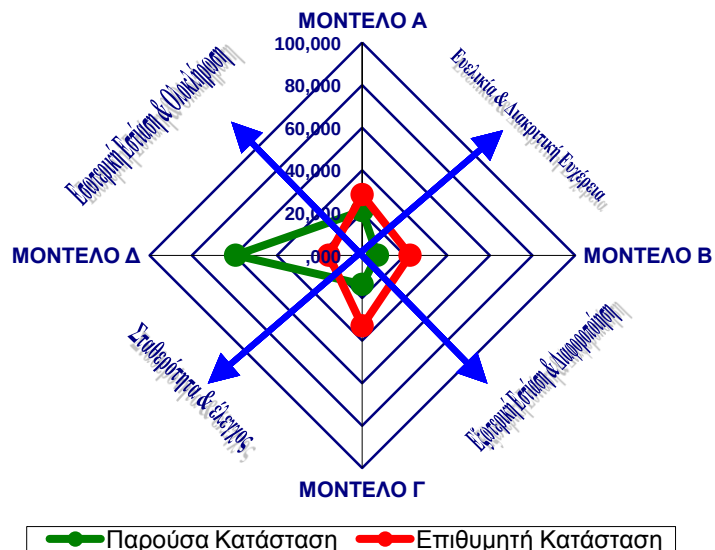
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19.5: ΤΟ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	19.20	24.20
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	5.50	28.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητα	14.00	25.70
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	61.20	21.50

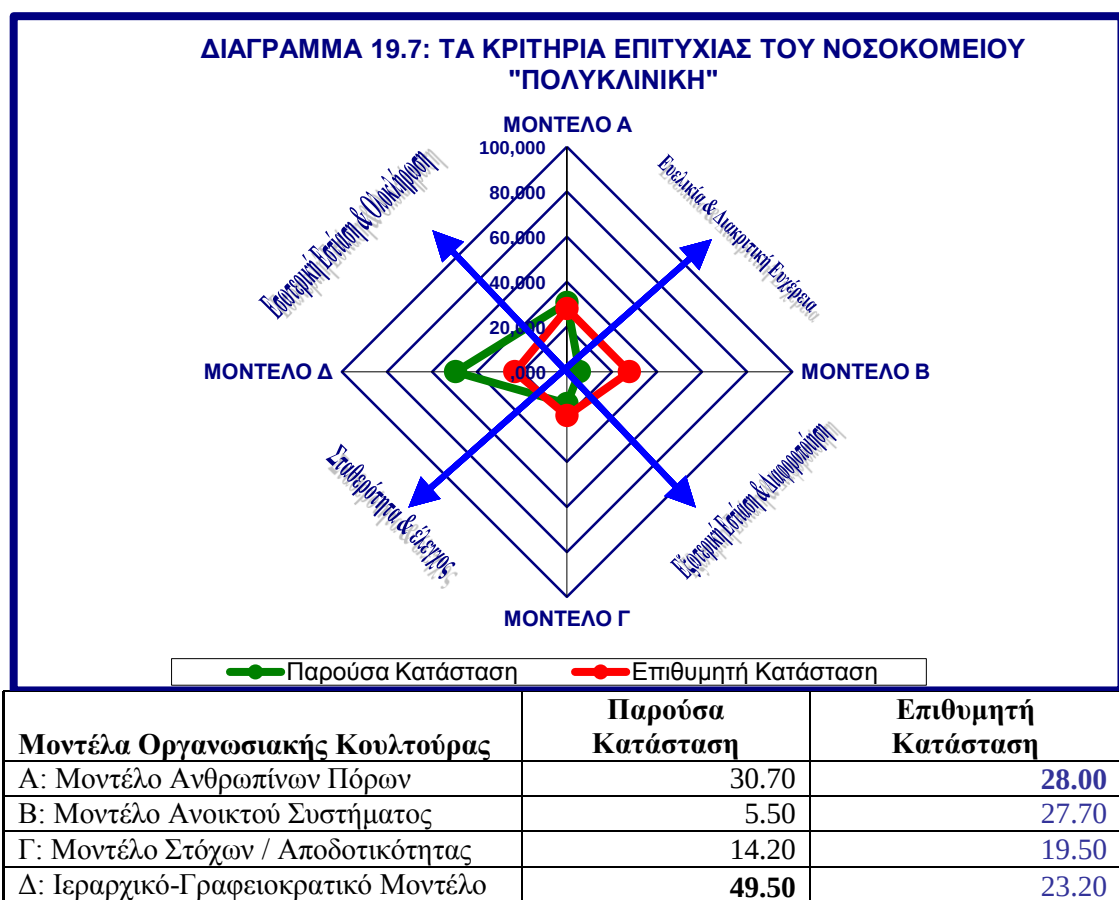
Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 61,20% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 19,20%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 5,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 28,00%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 25,70%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 24,20%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 21,50%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	21.00	28.50
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.20	22.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.70	33.20
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	59.50	15.70

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 59,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 21,00%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,70%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας είχε ποσοστό 33,20%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 28,50%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,50%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 15,70%.

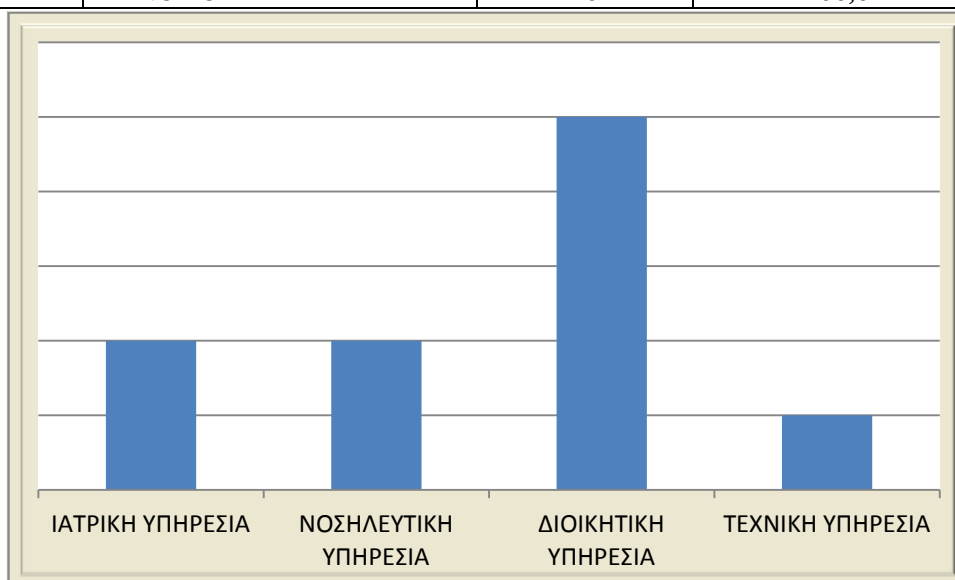


Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 49,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 30,70%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,20% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 5,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σημείωσε 28,00%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 27,70%, το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 23,20% και τέλος των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 19,50%.

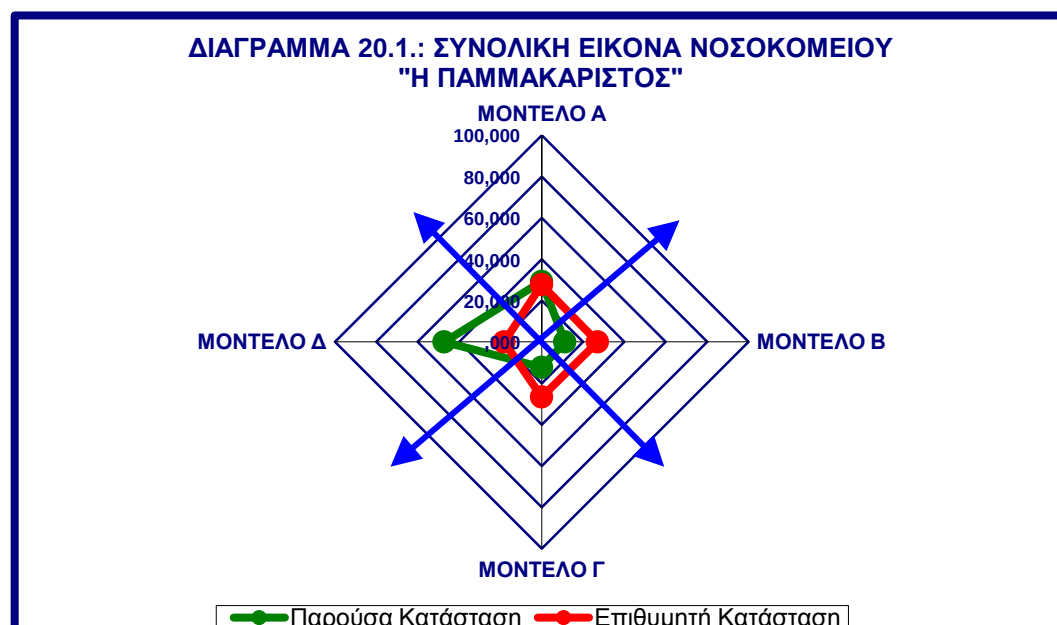
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

ΠΙΝΑΚΑΣ 20.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

A/A	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	20,0
2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	20,0
3	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	5	50,0
4	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	10,0
	ΣΥΝΟΛΟ	10	100,0

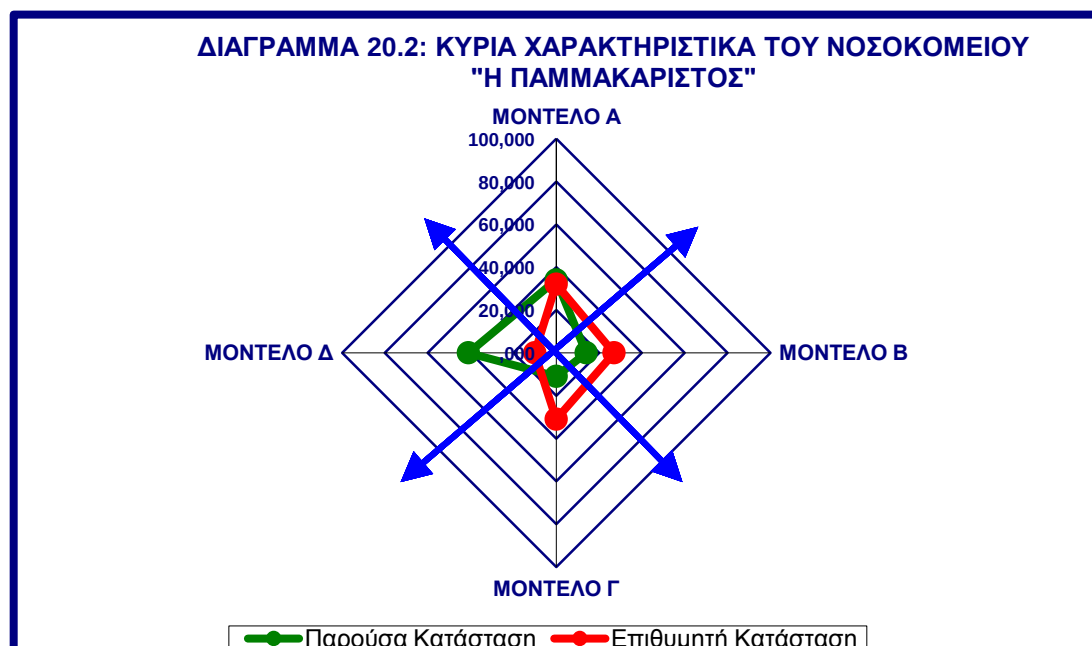


Στο νοσοκομείο «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», σε σύνολο 10 ερωτηθέντων, το 20,0% ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία (1 Διευθυντής και 1 Υποδιευθυντής), το 20,0% στη Νοσηλευτική Υπηρεσία (1 Προϊσταμένη και 1 Τομεάρχης), το 50,0% στη Διοικητική Υπηρεσία (1 Υποδιευθυντής και 4 Προϊστάμενοι) και το 10,0% στη Τεχνική Υπηρεσία (Προϊστάμενος).



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	29.20	27.70
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.20	27.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.30	26.60
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	47.20	18.20

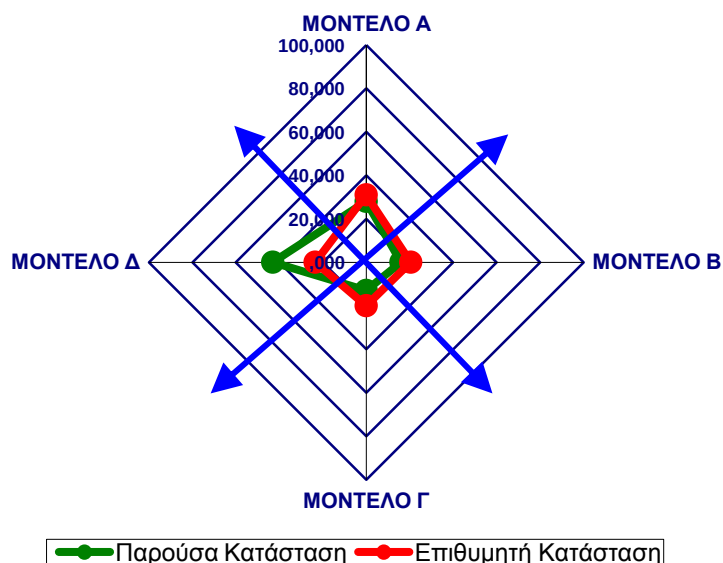
Στη Συνολική Εικόνα του Νοσοκομείου, σε σύνολο 10 στελεχών διοίκησης, το 47,20% θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που διακατέχει, στη παρούσα κατάσταση, τον οργανισμό τους είναι το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων σε ποσοστό 29,20% και το μοντέλο των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,30%. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 11,20%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 27,70%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με 27,00% και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με 26,60% ποσοστό και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 18,20%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	34.00	32.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	14.00	27.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	11.00	31.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	41.00	10.00

Στη διάσταση «Κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 41,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 34,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 14,00% και το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 11,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 32,00%, ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 31,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 27,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με 10,00%.

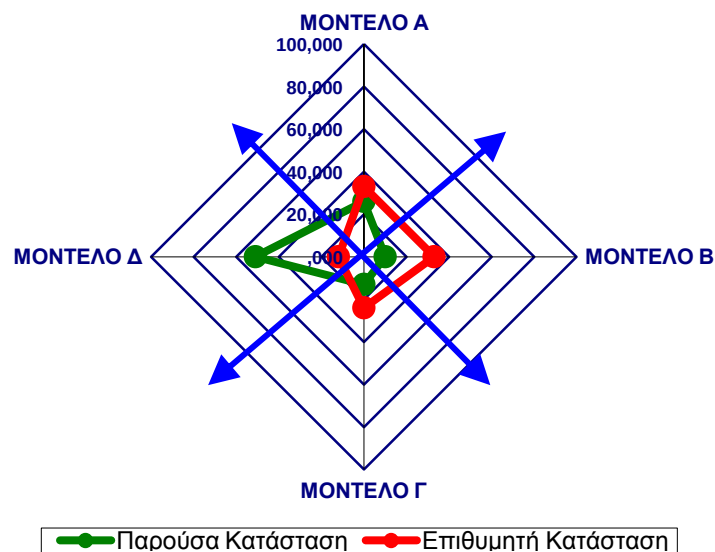
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20.3: Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	28.00	31.00
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	16.00	20.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.00	20.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	43.00	23.50

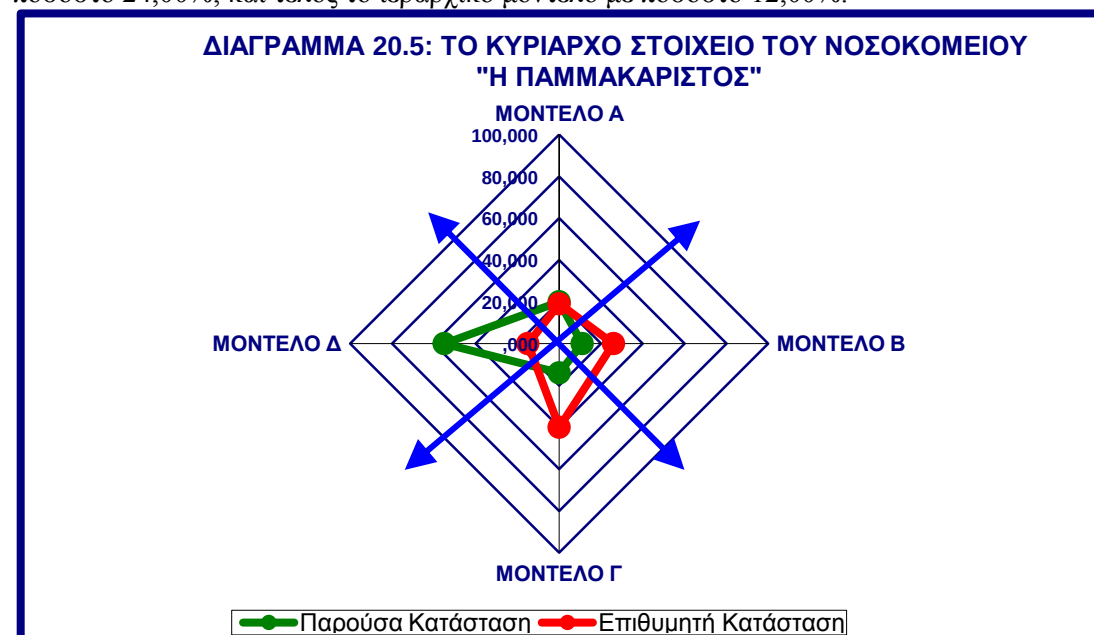
Στη διάσταση «Ηγεσία του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 43,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 28,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 16,00% και το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,00%,. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σημείωσε 31,00%, ακολουθεί το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 23,50%, του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 20,50%, και τέλος το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας με 20,00%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20.4: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	26.00	33.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	10.00	33.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	13.00	24.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	51.00	12.00

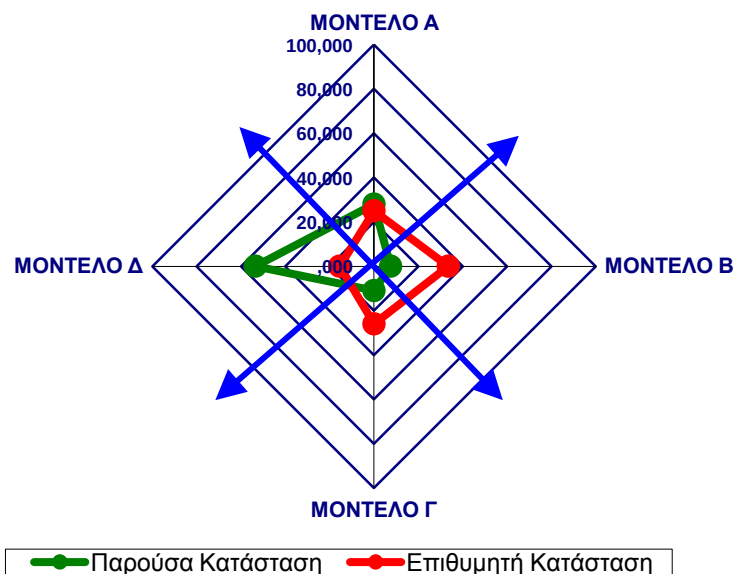
Στη διάσταση «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 51,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 26,00%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 13,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 10,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, τα μοντέλα των ανθρώπινων πόρων και του ανοικτού συστήματος σημείωσαν ποσοστό 33,00% αντίστοιχα. Ακολουθεί το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας με ποσοστό 24,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο με ποσοστό 12,00%.



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων	20.00	19.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	11.00	26.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	14.00	40.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	55.00	15.00

Στη διάσταση «Το Κυρίαρχο Στοιχείο του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 55,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων σε ποσοστό 20,00%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 14,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 11,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 40,00%, του ανοικτού συστήματος σημείωσε 26,00%, το μοντέλο των ανθρώπινων πόρων 19,00% και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 15,00%.

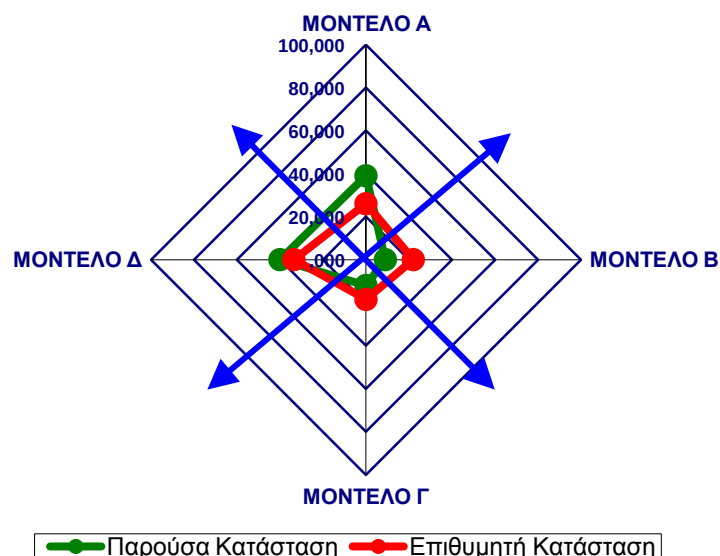
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20.6: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
Α: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	28.00	25.00
Β: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	7.50	33.50
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	11.00	26.00
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	53.50	15.50

Στη διάσταση «Ανάπτυξη Στρατηγικής του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 53,50% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 28,00%, των στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 11,00%, και το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 7,50%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σημείωσε 33,50%, το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας σημείωσε 26,00%, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων 25,00%, και τέλος το ιεραρχικό μοντέλο είχε ποσοστό 15,50%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20.7: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"**



Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας	Παρούσα Κατάσταση	Επιθυμητή Κατάσταση
A: Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων	39.00	26.00
B: Μοντέλο Ανοικτού Συστήματος	9.00	22.00
Γ: Μοντέλο Στόχων / Αποδοτικότητας	12.00	18.50
Δ: Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο	40.00	33.50

Τέλος, στη διάσταση «Τα Κριτήρια Επιτυχίας του Νοσοκομείου», στη παρούσα κατάσταση το 40,00% θεωρεί ότι επικρατεί το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 39,00%, το μοντέλο στόχων / αποδοτικότητας σε ποσοστό 12,00% και τέλος το μοντέλο του ανοικτού συστήματος σε ποσοστό 9,00%. Στην επιθυμητή κατάσταση, το ιεραρχικό μοντέλο σημείωσε ποσοστό 33,50%, ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων με 26,00%, το μοντέλο του ανοικτού συστήματος με ποσοστό 22,00%, και τέλος των στόχων-αποδοτικότητας με ποσοστό 18,50%.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

- ***ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – DELPHI***
- ***ΑΔΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***
- ***ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ

1. **Σαρρής Μάρκος**, Καθηγητής Κοινωνιολογίας της Υγείας και Ποιότητας Ζωής Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας ΑΤΕΙ-Αθήνας, πρ. Προϊστάμενος της Εθνικής Υπηρεσίας Μεταμοσχεύσεων Γ.Ν. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ».
2. **Γιαννουλάτος Πέτρος**, Οικονομολόγος, Προϊστάμενος Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρ. Διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.
3. **Σουλιώτης Κυριάκος**, Οικονομολόγος της Υγείας, Λέκτορας Παν/μιου Πελοποννήσου, πρ. Πρόεδρος Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), Αντιπρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).
4. **Ρούπας Θεόδωρος**, Οικονομολόγος της Υγείας, Αναπληρωτής Διοικητής, Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ, Επισκέπτης Καθηγητής Παν/μιου Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
5. **Πλατής Χάρης**, Οικονομολόγος της Υγείας, Υπεύθυνος Σπουδών και Έρευνας Υγείας, Κοινωνικής Πολιτικής - Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Δημοσιονομικής Πολιτικής και Ελέγχου, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, πρ. Διοικητής Νοσοκομείου Σύρου.
6. **Καστανιώτη Κατερίνα**, Επίκουρη Καθηγήτρια Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Καλαμάτας, Πρόεδρος Επιτροπής Προμηθειών ΥΥΚΑ.
7. **Γκανάς Αντώνης**, Διοικητικός Διευθυντής Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, πρ. Deputy Director, Barking Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust, UK, R&D Coordinator, Blackpool

Fylde and Wyre Hospitals NHS Trust, UK.

8. **Περδικάρης Παντελής**, PhD Παιδιατρική Νοσηλευτική, Νοσηλευτής Ογκολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Επισκέπτης Καθηγητής Παν/νιου Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής.
9. **Σκίτσου Αλεξάνδρα**, Νομικός, Καθηγήτρια Βιοηθικής της Υγείας Μεταπτυχιακού Προγράμματος "Health Management:" Frederick University Κύπρος, πρ. Διοικήτρια Οφθαλμιατρείου Αθηνών.
10. **Χαραλάμπους Γεώργιος**, Διευθυντής Ιατρός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", Συντονιστής Μεταπτυχιακού Προγράμματος "Health Management:" Frederick University Κύπρος.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.)

Αθήνα, 17/12/2009

Αρ. πρωτ. : Γ.ΕΚΕΠΥ/ 6595

ΠΡΟΣ: Όπως Πίνακας Αποδεκτών

Ταχ. Δ/ση : Λ. Κηφισίας 39
Ταχ. Κώδικας : 15123 Μαρούσι
Πληροφορίες : Μπέκας Περικλής
Τηλ. : 210 6828350
 : 210 6822445
Fax : 210 6823625
 : 210 6823698

Θέμα: «Άδεια διακίνησης ερωτηματολογίου»
Σχετ: Η υπ' αρ. πρωτ. 2566/20-05-09 αίτηση της ενδιαφερόμενης.

Στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής της καθηγήτριας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών κ. Γούλα Ασπασίας με τίτλο «Οργανωσιακή Κουλτούρα στα Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής», εγκρίνουμε την άδεια διακίνησης σχετικού ερωτηματολογίου στο προσωπικό του νοσοκομείου σας.

Σημειώνεται ότι σε κάθε περίπτωση απαιτείται και η έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου σας.

Σε περίπτωση έγκρισης, διευκολύνετε την χορήγηση των ερωτηματολογίων της αιτούσης προς το ενδιαφερόμενο δείγμα της μελέτης, τονίζοντας πως η συμμετοχή είναι εθελοντική και σε καμία περίπτωση υποχρεωτική.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Ε.Κ.Ε.Π.Υ.

Δρ. Παν. Ερσταθίου

ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΙΑ ΤΟ
ΚΡΙΒΟΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Πίνακας Αποδεκτών:

1. Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»
2. Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
3. Γ.Ν.Α. «Παμμακάριστος»
4. Γ.Ν.Α. «Πατησίων»
5. Γ.Ν.Α. «Κ.Α.Τ.»
6. Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική»
7. Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»
8. Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
9. Γ.Ν.Μ. «Αμαλία Φλέμινγκ»

-
10. Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»
 11. Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
 12. Γ.Ν.Ν.Ι. «Αγία Όλγα»
 13. Γ.ΝΑ. «Ελπίς»
 14. Γ.Ν. «Ασληπιείο» Βούλας
 15. Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»
 16. Γ.Ν.Α. «Αττικό»
 17. Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.
 18. Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Σωτηρία»
 19. Γ.Ν.Ν. «Άγιος Πανταλεήμων»
 20. Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Αγαπητή Κυρία, Αγαπητέ Κύριε,

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να εκτιμήσει, σε γενικές γραμμές, τον τρόπο αντίληψης και συμπεριφοράς σε ότι αφορά την οργάνωση της εργασίας στο Νοσοκομείο σας.

Σε κάθε ένα από τους παρακάτω πίνακες του ερωτηματολογίου **περιγράφονται τέσσερις διαφορετικοί τύποι νοσοκομείων** (Α, Β, Γ και Δ) που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς ένα χαρακτηριστικό. Παρακαλούμε να **μοιράσετε 100 μονάδες** μεταξύ των τεσσάρων περιγραφόμενων νοσοκομείων:

- Στην στήλη **Παρούσα Κατάσταση** ανάλογα με το πόσο όμοιες καταστάσεις συναντάτε στο Νοσοκομείο σήμερα. Για κάθε ερώτηση πρέπει να **μοιράσετε συνολικά 100 μονάδες**.

Παράδειγμα: εάν σε κάποια ερώτηση το Α νοσοκομείο μοιάζει πολύ με το δικό σας, το Β μοιάζει κάπως, ενώ το Γ και το Δ δεν μοιάζουν καθόλου, δίνετε 70 μονάδες στο Α, 30 στο Β και 0 μονάδες στο Γ και στο Δ. **Το σύνολο πρέπει πάντα να είναι 100.**

- Στην στήλη **Επιθυμητή Κατάσταση**, να μοιράσετε **συνολικά 100** μονάδες, όπως και προηγουμένως, **ανάλογα με το ποια κατάσταση θα θέλατε να συναντάτε στο νοσοκομείο σας σε πέντε (5) χρόνια** από σήμερα. **Το σύνολο πρέπει πάλι να είναι 100.**

1.	ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (Μοιράστε τις 100 μονάδες)	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σήμερα)	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σε 5 χρόνια)
Α.	Στο Νοσοκομείο επικρατεί ένα ανθρώπινο εργασιακό κλίμα . Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια. Οι εργαζόμενοι φαίνεται να έχουν πολλά κοινά σημεία.		
Β.	Στο Νοσοκομείο επικρατεί η επιχειρηματικότητα και ο δυναμισμός . Οι εργαζόμενοι δεν φοβούνται να παίρνουν καινοτόμες αποφάσεις και ρίσκα.		
Γ.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στα αποτελέσματα και στην ολοκλήρωση της εργασίας. Το προσωπικό είναι ανταγωνιστικό και προσανατολισμένο στην επίτευξη των στόχων .		
Δ.	Στο Νοσοκομείο επικρατεί ο έλεγχος και οι κανονισμοί . Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες γενικά καθοδηγούν τις δραστηριότητες του προσωπικού.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

2.	Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (Μοιράστε τις 100 μονάδες)	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σήμερα)	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σε 5 χρόνια)
A.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στη καθοδήγηση, προστατεύει και διευκολύνει την εργασία των εργαζόμενων.		
B.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στην καινοτομία, στην επιχειρηματικότητα και στην ανάληψη κινδύνων.		
Γ.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανταγωνιστικότητα , και δίνει μεγάλη έμφαση στα αποτελέσματα των εργασιών .		
Δ.	Η ηγεσία του Νοσοκομείου θεωρείται ότι συμβάλλει στο συντονισμό , στην οργάνωση και ενδιαφέρεται κυρίως για την ροή των διαδικασιών .		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

3.	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Μοιράστε τις 100 μονάδες)	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σήμερα)	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σε 5 χρόνια)
A.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από ομαδικότητα, συναίνεση και συμμετοχή .		
B.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από καινοτομία, ατομική πρωτοβουλία, ελευθερία και πρωτοτυπία .		
Γ.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού ανταγωνιστικότητα, υψηλές απαιτήσεις από τους εργαζόμενους και δίνει έμφαση στην παραγωγή και την επίτευξη των στόχων .		
Δ.	Η διοίκηση του προσωπικού χαρακτηρίζεται από ασφάλεια και μονιμότητα της εργασίας, μονοτονία και σταθερότητα στις εργασιακές σχέσεις.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

4.	ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ (Μοιράστε τις 100 μονάδες)	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σήμερα)	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σε 5 χρόνια)
A.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η πίστη, η αμοιβαία εμπιστοσύνη και η δέσμευση στον οργανισμό.		
B.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη . Δίδεται έμφαση στα κρίσιμα σημεία.		
Γ.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η έμφαση στην ανταγωνιστικότητα , στην επίτευξη των στόχων και στην επιτυχία στον τομέα υγείας.		
Δ.	Το κυρίαρχο στοιχείο στο Νοσοκομείο είναι η εφαρμογή των τυπικών διαδικασιών, κανόνων και πολιτικών. Είναι σημαντικό για τον οργανισμό, η διατήρηση της ροής των διαδικασιών .		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

5.	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ (Μοιράστε τις 100 μονάδες)	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σήμερα)	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σε 5 χρόνια)
A.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων. Υπάρχει υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης, φιλικότητας και συμμετοχής .		
B.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στην άντληση νέων πόρων και νέων ευκαιριών . Οι δοκιμές νέων ιδεών, ευκαιριών και ο πειραματισμός έχει ιδιαίτερη σημασία.		
Γ.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στις ανταγωνιστικές δράσεις και στην επίτευξη των στόχων . Δίδεται ιδιαίτερη σημασία στην επιτυχία στον τομέα υγείας.		
Δ.	Το Νοσοκομείο δίνει έμφαση στη μονιμότητα και τη σταθερότητα των συνθηκών. Είναι σημαντικός ο έλεγχος , η αποδοτικότητα και οι διαδικασίες .		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

6.	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ (Μοιράστε τις 100 μονάδες)	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σήμερα)	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σε 5 χρόνια)
A.	Στο Νοσοκομείο, η επιτυχία ορίζεται από την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων, την ομαδικότητα της εργασίας, τη δέσμευση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον για τους ανθρώπους.		
B.	Στο Νοσοκομείο, η επιτυχία ορίζεται ως η προσφορά καινοτόμων υπηρεσιών . Είναι πρωτοπόρο και καινοτόμο.		
Γ.	Το Νοσοκομείο ορίζει την επιτυχία με βάση την επιτυχία στον τομέα υγείας. Η ανταγωνιστικότητα είναι το κύριο μέλημα.		
Δ.	Στο Νοσοκομείο, η επιτυχία ορίζεται ως η αποδοτικότητα. Το χαμηλό κόστος λειτουργίας, η αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών και ο καλός προγραμματισμός είναι τα κριτήρια της επιτυχίας.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Παρακαλούμε σημειώστε

1. Το φύλο σας

Ανδρας	Γυναίκα
☐	☐
2. Τον τίτλο της θέσης σας
3. Την ειδικότητά σας
4. Τα έτη προϋπηρεσίας σας.....
5. Την ηλικία σας

18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 & άνω
☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Την εκπαίδευσή σας

ΤΕΙ	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακή	Διδακτορικό
☐	☐	☐	☐
7. Το Νοσοκομείο απασχολεί :..... άτομα
8. Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε είναι:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ

ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

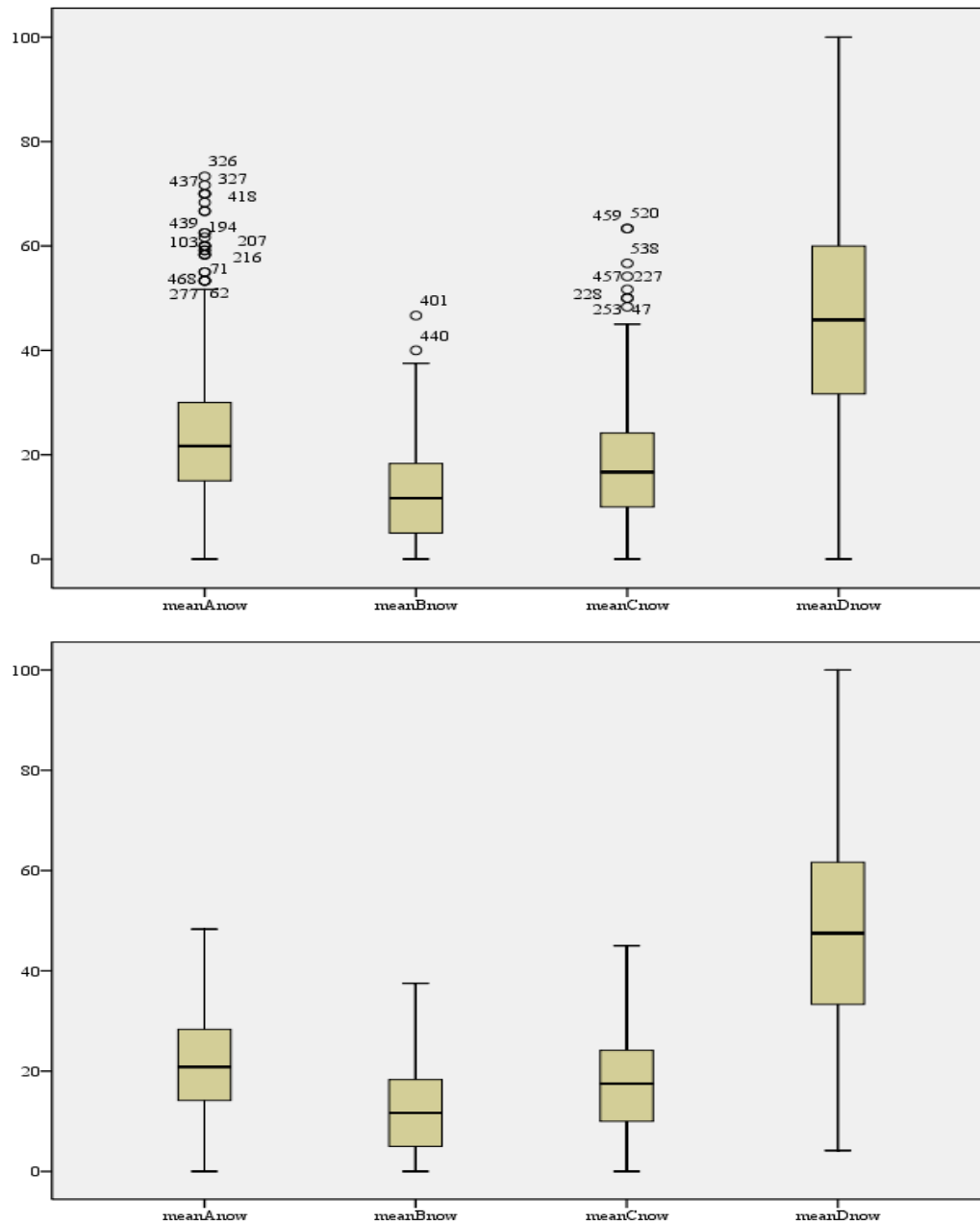
***ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

&

***ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

1. Συνολικές Διαφορές στα Μοντέλα Οργανωσιακής Κουλτούρας στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κατάσταση

• Παρούσα Κατάσταση



Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	1,000	1,103E6	4,000	495,000	,000
	Wilks' Lambda	,000	1,103E6	4,000	495,000	,000
	Hotelling's Trace	8912,772	1,103E6	4,000	495,000	,000
	Roy's Largest Root	8912,772	1,103E6	4,000	495,000	,000

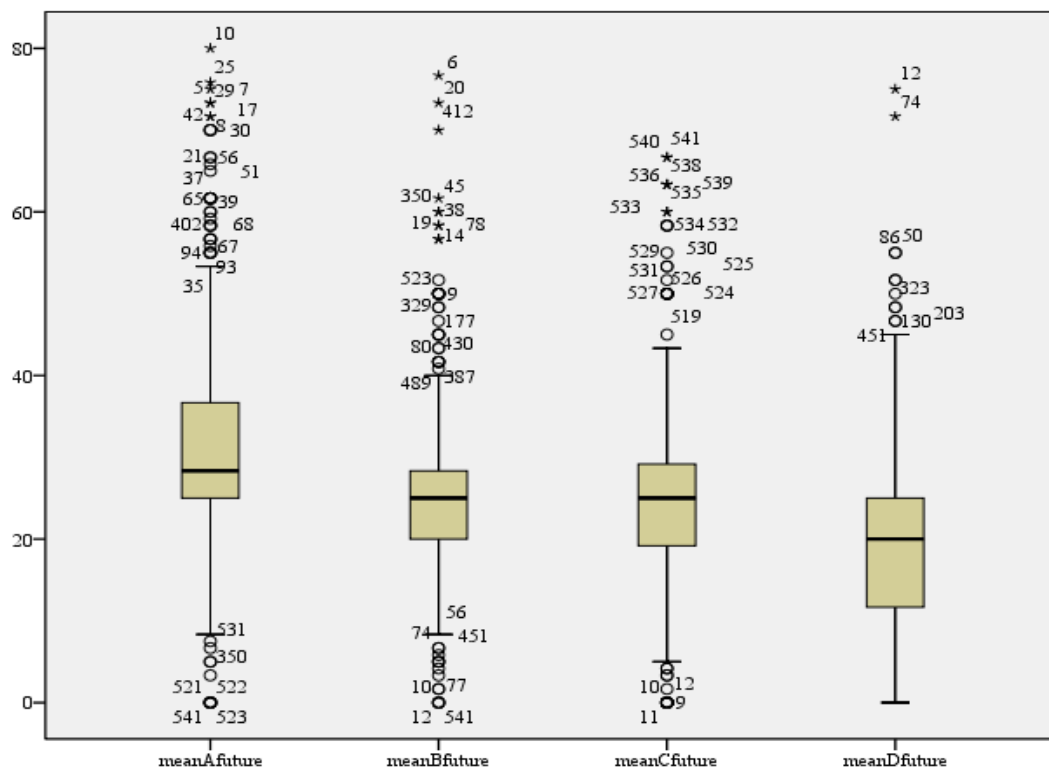
Tests of Between-Subjects Effects

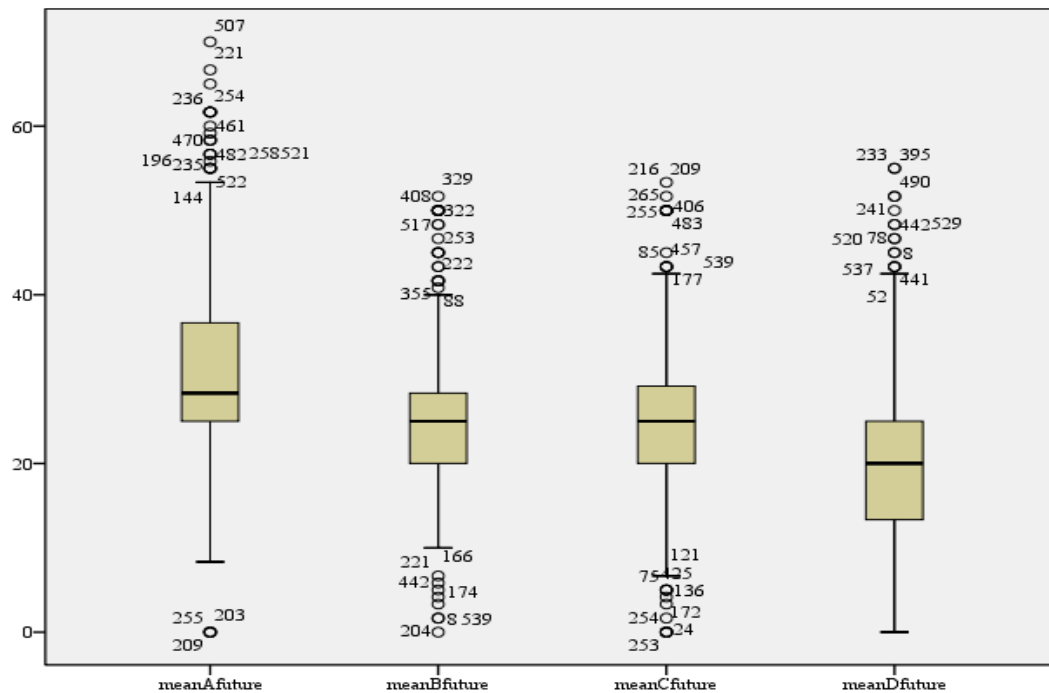
Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	meanAnow	237124,414	1	237124,414	2064,782	,000
	meanBnow	71848,000	1	71848,000	1079,130	,000
	meanCnow	148998,758	1	148998,758	1590,489	,000
	meanDnow	1189392,874	1	1189392,874	3193,654	,000

Statistics

	meanAnow	meanBnow	meanCnow	meanDnow
Mean (Μέση Τιμή)	21,7991	11,9993	17,2799	48,8216
Mode (Επικρατούσα τιμή)	20,00	,00	,00	70,00
Skewness (Ασυμμετρία)	,284	,169	,019	,472
Kurtosis (Κύρτωση)	-,244	-,759	-,532	-,326
Minimum (Ελάχιστη τιμή)	,00	,00	,00	4,17
Maximum (Μέγιστη τιμή)	48,33	37,50	45,00	100,00
Percentiles 25 (Πρώτο Q ₁)	14,1667	5,0000	10,0000	33,3333
(Τεταρτημό 50 (Δεύτερο ή ρια) Διάμεσος Q ₂)	20,8333	11,6667	17,5000	47,5000
75 (Τρίτο Q ₃)	28,3333	18,3333	24,1667	61,6667

- **Επιθυμητή Κατάσταση**





Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	1,000	6,964E5	4,000	497,000	0,000
	Wilks' Lambda	0,000	6,964E5	4,000	497,000	0,000
	Hotelling's Trace	5604,456	6,964E5	4,000	497,000	0,000
	Roy's Largest Root	5604,456	6,964E5	4,000	497,000	0,000

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	meanAfuture	477449,723	1	477449,723	4116,196	0,000
	meanBfuture	308037,501	1	308037,501	5025,487	0,000
	meanCfuture	297963,122	1	297963,122	4080,117	0,000
	meanDfuture	198623,953	1	198623,953	2198,012	0,000

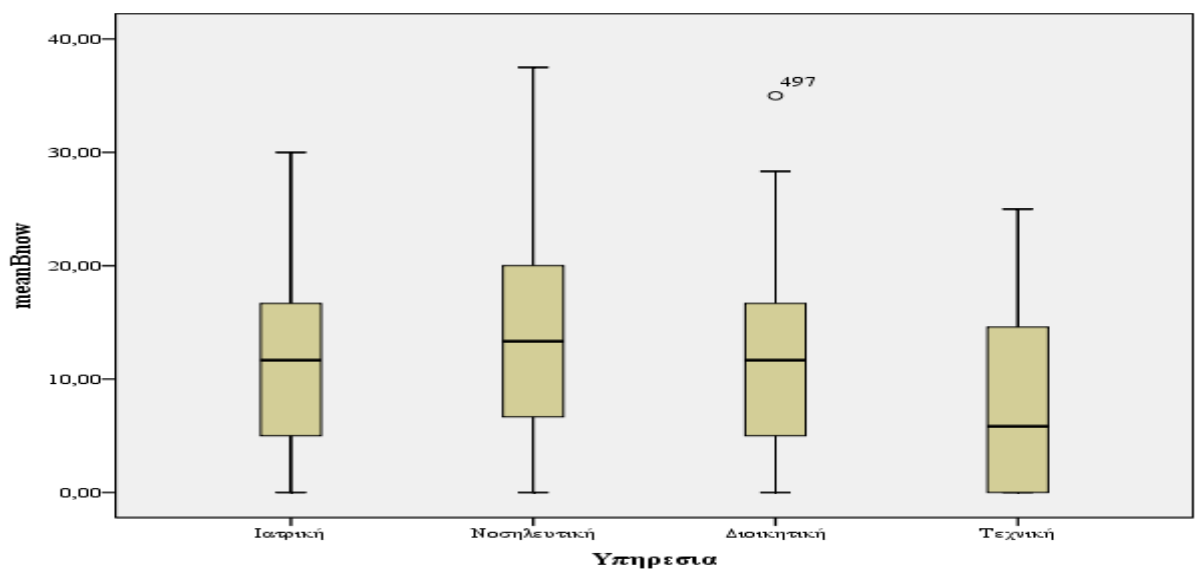
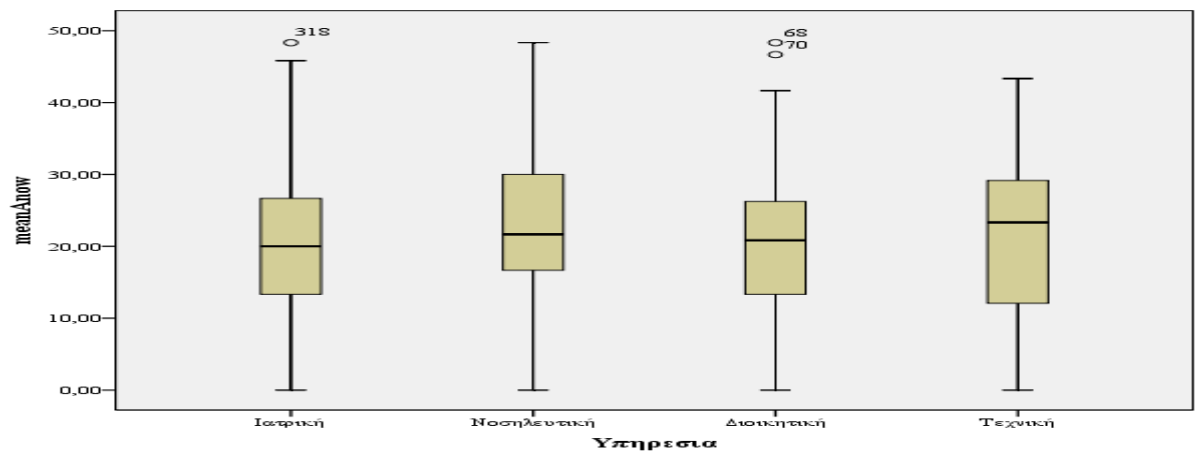
Statistics

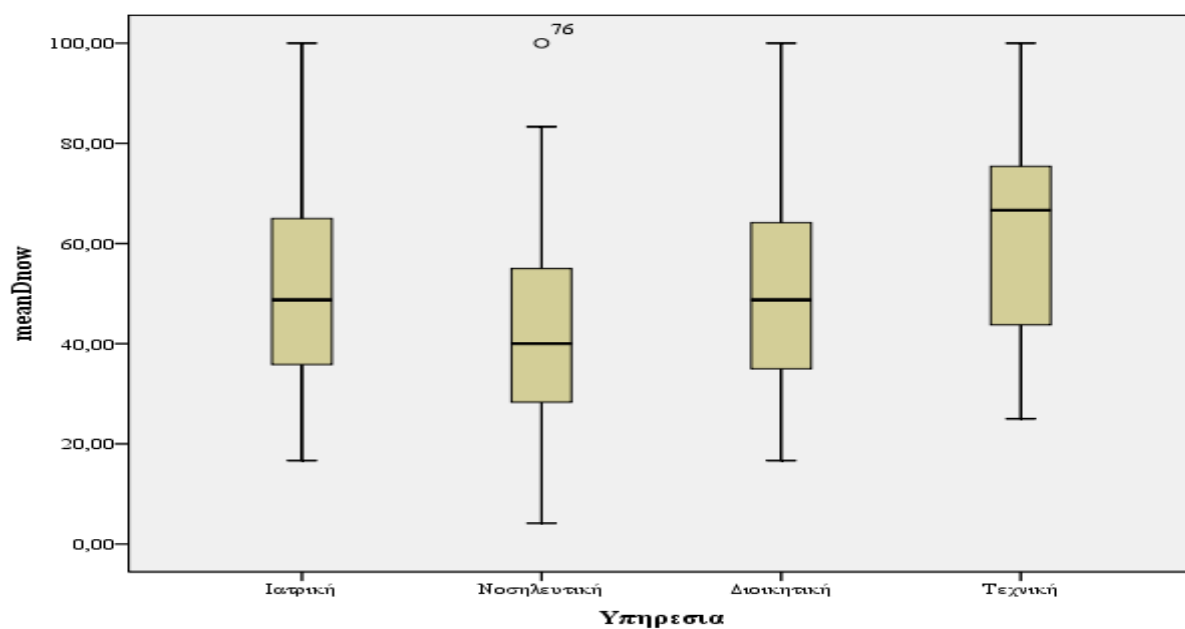
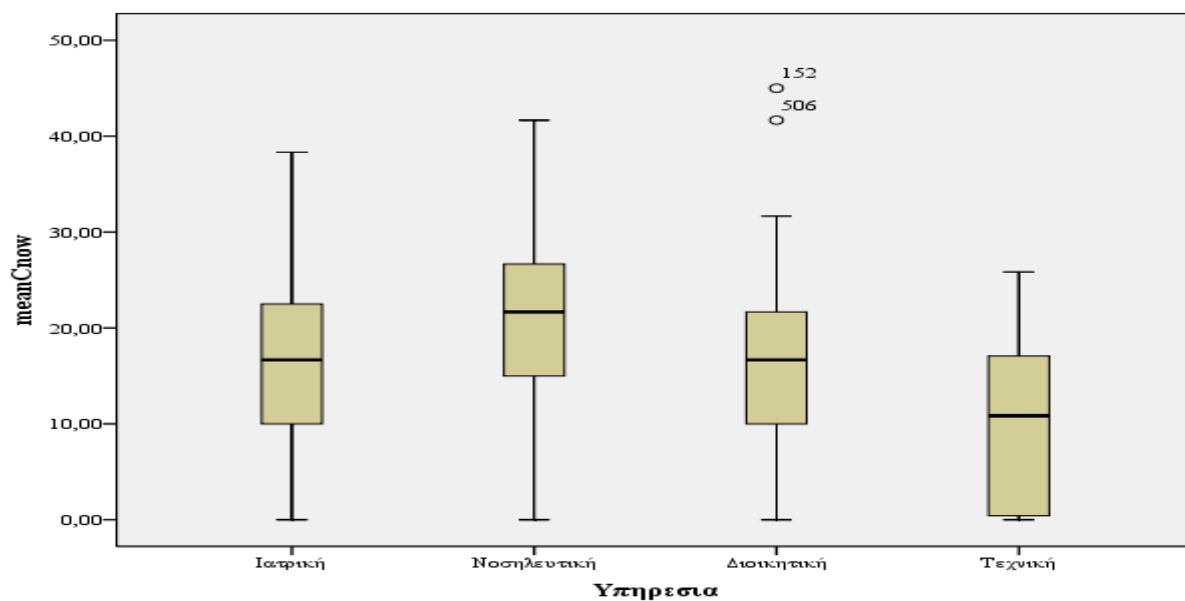
	meanAfuture	meanBfuture	meanCfuture	meanDfuture
Mode	25,00	25,00	25,00	25,00
Skewness	0,707	0,438	0,214	0,506
Std. Error of Skewness	0,109	0,109	0,109	0,109
Kurtosis	1,055	1,818	1,376	1,133
Std. Error of Kurtosis	0,218	0,218	0,218	0,218
Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00

Maximum		70,00	51,67	53,33	55,00
Percentiles	25	25,0000	20,0000	20,0000	13,3333
	50	28,3333	25,0000	25,0000	20,0000
	75	36,6667	28,3333	29,1667	25,0000

2. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στις Τέσσερις Υπηρεσίες στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

• Παρούσα Κατάσταση





Multivariate Tests

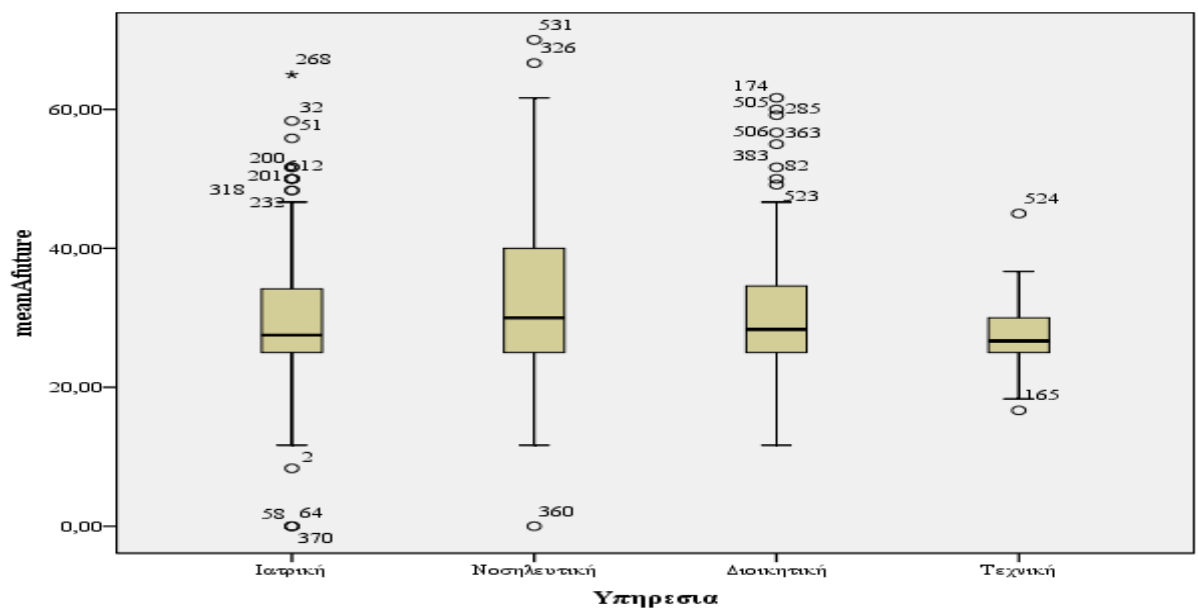
Υπηρεσία	Pillai's Trace	0,087	3,687	12,000	1482,000	0,000
	Wilks' Lambda	0,913	3,784	12,000	1302,001	0,000
	Hotelling's Trace	0,095	3,870	12,000	1472,000	0,000
	Roy's Largest Root	0,091	11,295	4,000	494,000	0,000

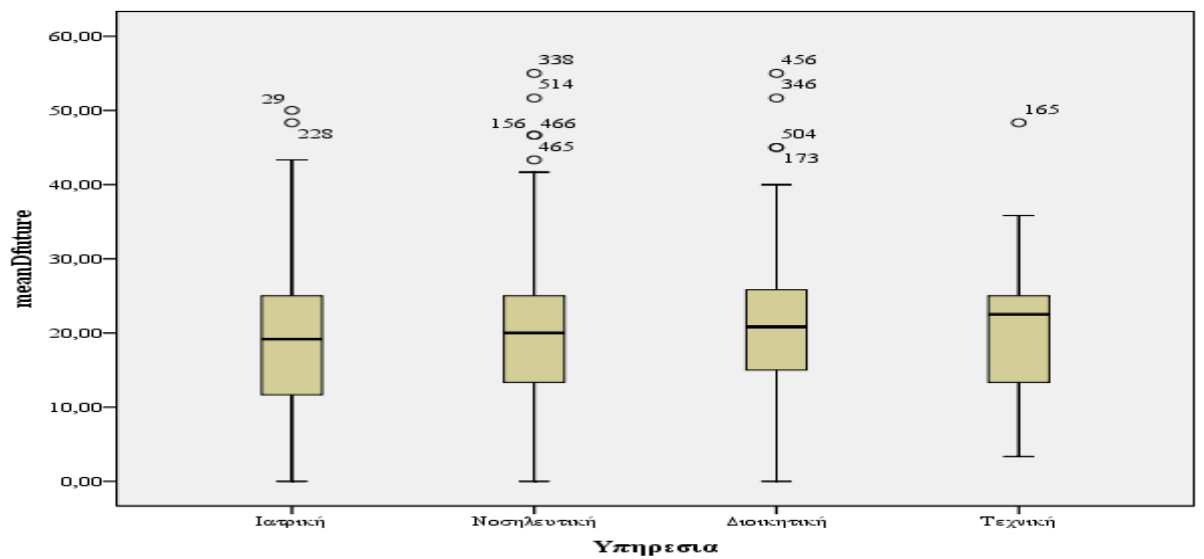
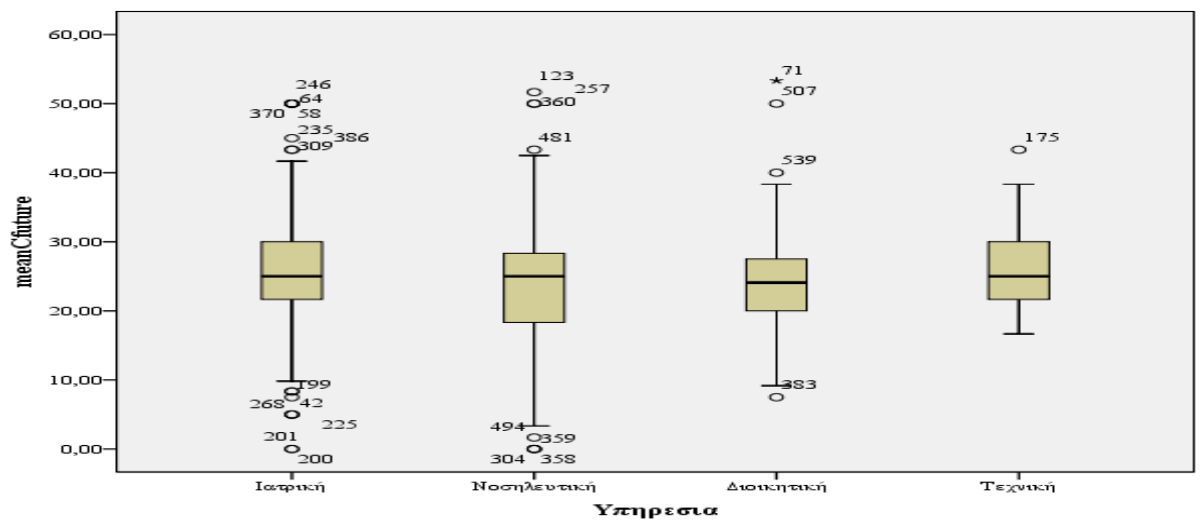
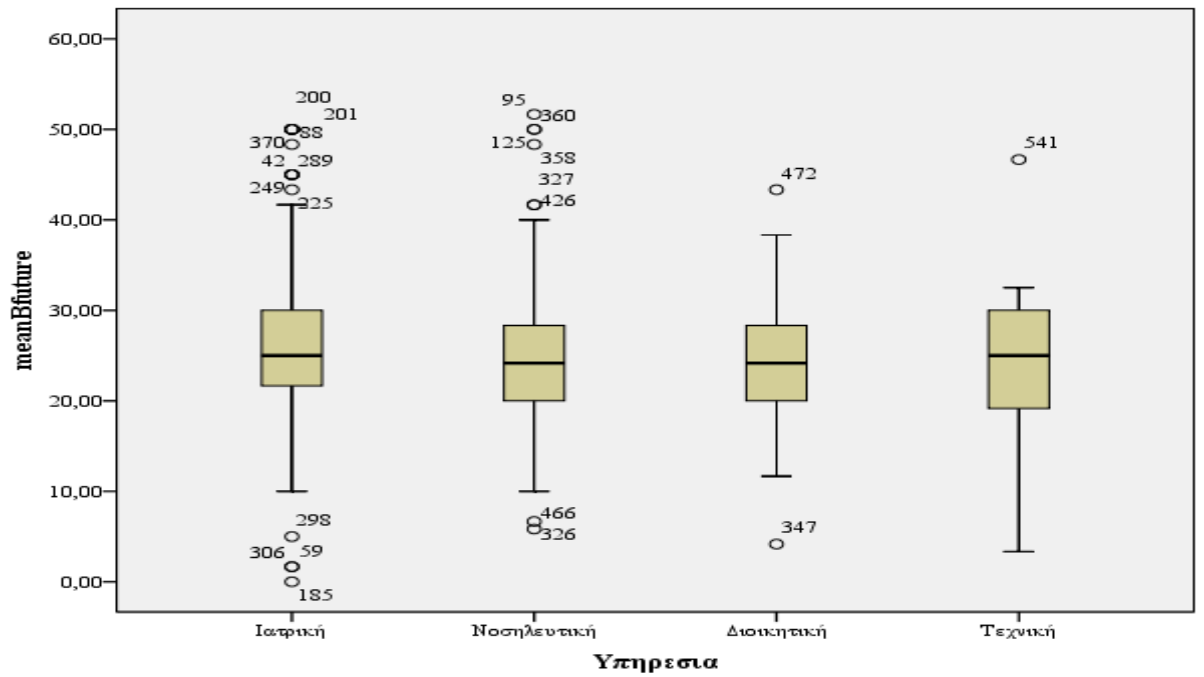
Report

Υπηρεσία		meanAnow	meanBnow	meanCnow	meanDnow
Ιατρική	Minimum	0,00	0,00	0,00	16,67
	Maximum	48,33	30,00	38,33	100,00

	Kurtosis	-0,214	-0,735	-0,656	-0,415
	Skewness	0,352	0,230	0,065	0,475
	N	186	186	186	186
Νοσηλευτική	Minimum	0,00	0,00	0,00	4,17
	Maximum	48,33	37,50	41,67	100,00
	Kurtosis	-0,391	-0,858	-0,361	-0,073
	Skewness	0,245	-0,017	-0,239	0,473
	N	166	166	166	166
Διοικητική	Minimum	0,00	0,00	0,00	16,67
	Maximum	48,33	35,00	45,00	100,00
	Kurtosis	0,015	-0,368	-0,032	-0,412
	Skewness	0,268	0,257	0,204	0,408
	N	124	124	124	124
Τεχνική	Minimum	0,00	0,00	0,00	25,00
	Maximum	43,33	25,00	25,83	100,00
	Kurtosis	-0,484	-1,067	-1,395	-0,805
	Skewness	-0,146	0,526	0,116	-0,192
	N	23	23	23	23
Total	Minimum	0,00	0,00	,00	4,17
	Maximum	48,33	37,50	45,00	100,00
	Kurtosis	-0,244	-0,759	-0,532	-0,326
	Skewness	0,284	0,169	0,019	0,472
	N	499	499	499	499

- Επιθυμητή Κατάσταση**





Levene's Test of Equality of Error Variances

	F	df1	df2	Sig.
meanAfuture	4,463	3	497	0,004
meanBfuture	1,403	3	497	0,241
meanCfuture	1,635	3	497	0,180
meanDfuture	0,057	3	497	0,982

Multivariate Tests^c

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
υπηρεσία Pillai's Trace	0,040	1,674	12,000	1488,000	0,067
Wilks' Lambda	0,960	1,682	12,000	1307,293	0,065
Hotelling's Trace	0,041	1,687	12,000	1478,000	0,064
Roy's Largest Root	0,033	4,142	4,000	496,000	0,003

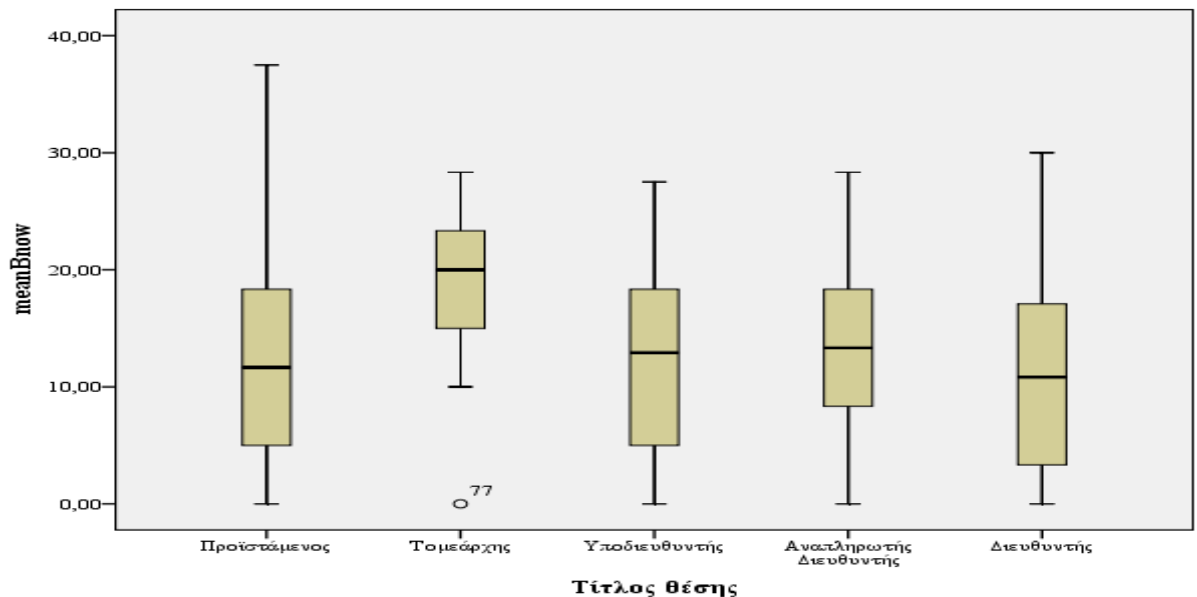
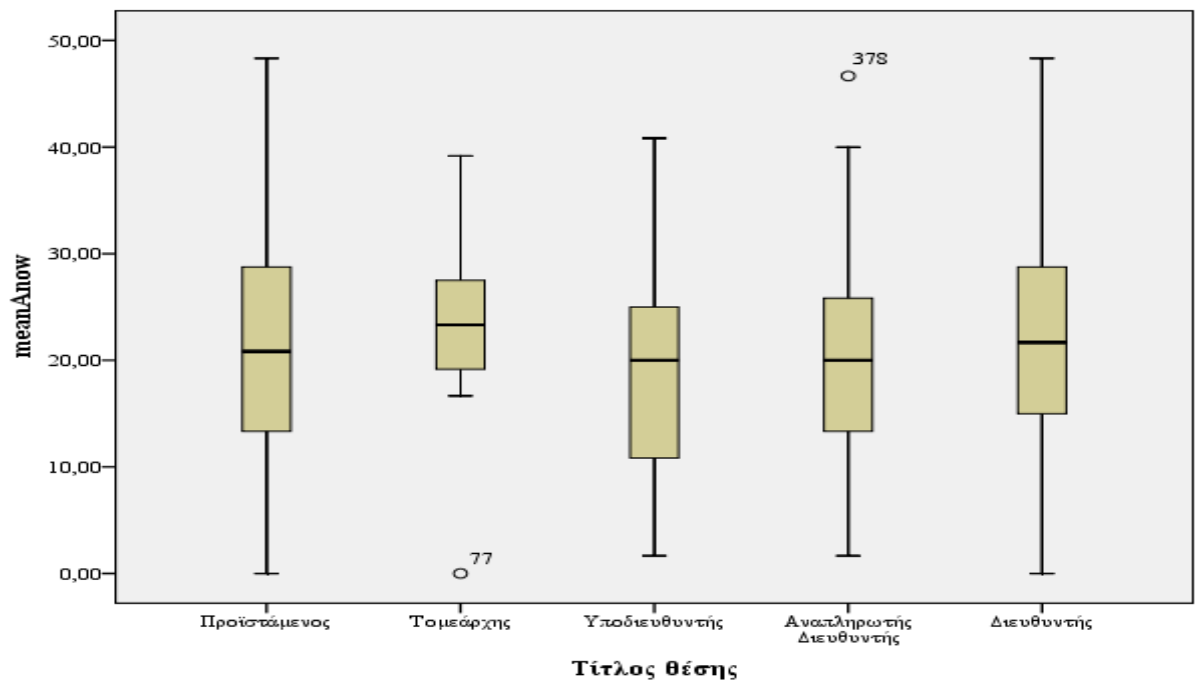
Report

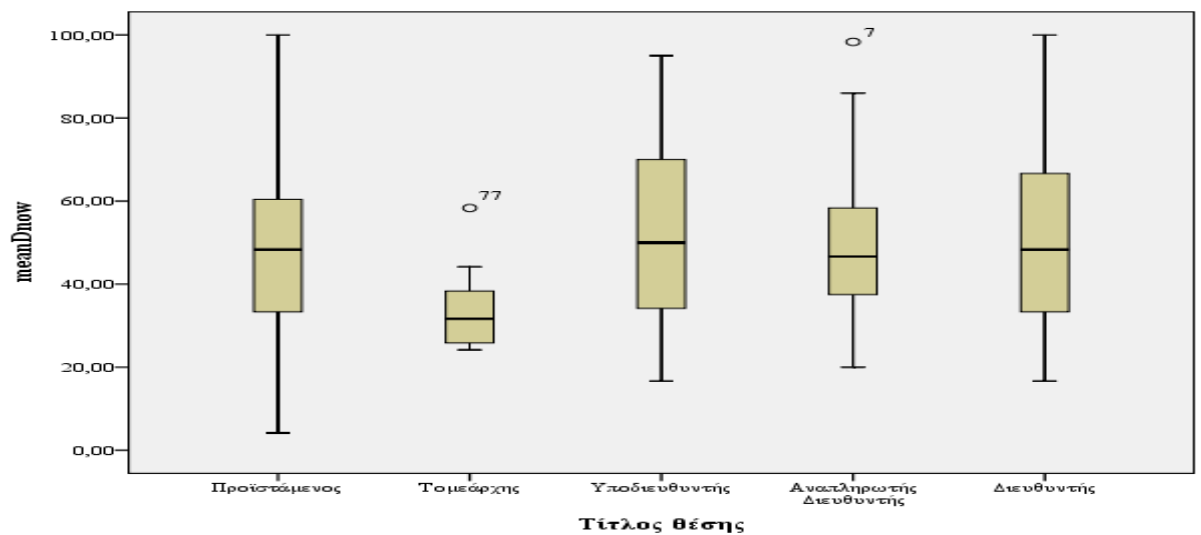
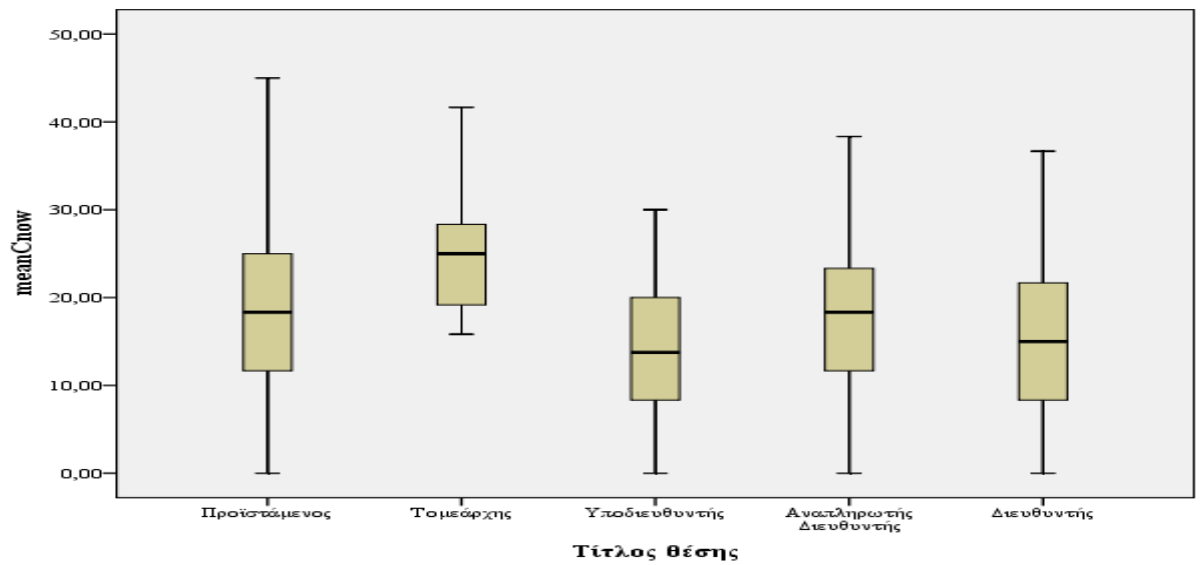
Υπηρεσία		meanAfuture	meanBfuture	meanCfuture	meanDfuture
Ιατρική	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	65,00	50,00	50,00	50,00
	Kurtosis	1,237	1,788	1,782	0,875
	Skewness	0,349	0,317	0,206	0,380
	N	182	182	182	182
Νοσηλευτική	Minimum	0,00	5,83	0,00	,00
	Maximum	70,00	51,67	51,67	55,00
	Kurtosis	0,472	1,694	0,799	1,298
	Skewness	0,697	0,642	0,070	0,542
	N	174	174	174	174
Διοικητική	Minimum	11,67	4,17	7,50	0,00
	Maximum	61,67	43,33	53,33	55,00
	Kurtosis	1,009	0,627	1,991	1,336
	Skewness	0,987	0,000	0,700	0,559
	N	124	124	124	124
Τεχνική	Minimum	16,67	3,33	16,67	3,33
	Maximum	45,00	46,67	43,33	48,33
	Kurtosis	1,004	2,012	0,326	1,208
	Skewness	0,511	-0,012	0,881	0,707
	N	21	21	21	21
Total	Minimum	0,00	0,00	,00	0,00
	Maximum	70,00	51,67	53,33	55,00
	Kurtosis	1,055	1,818	1,376	1,133

Skewness	0,707	0,438	0,214	0,506
N	501	501	501	501

3. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στην Ιεραρχική Θέση στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- **Παρούσα Κατάσταση**





Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
meanAnow	1,538	4	494	,190
meanBnow	1,398	4	494	,233
meanCnow	2,388	4	494	,050
meanDnow	5,003	4	494	,001

Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Τίτλος θέσης	Pillai's Trace	,075	2,345	16,000	1976,000	,002
	Wilks' Lambda	,927	2,361	16,000	1500,667	,002
	Hotelling's Trace	,077	2,368	16,000	1958,00	,002

Roy's Root	Largest	,050	6,122	4,000	0 494,000	,000

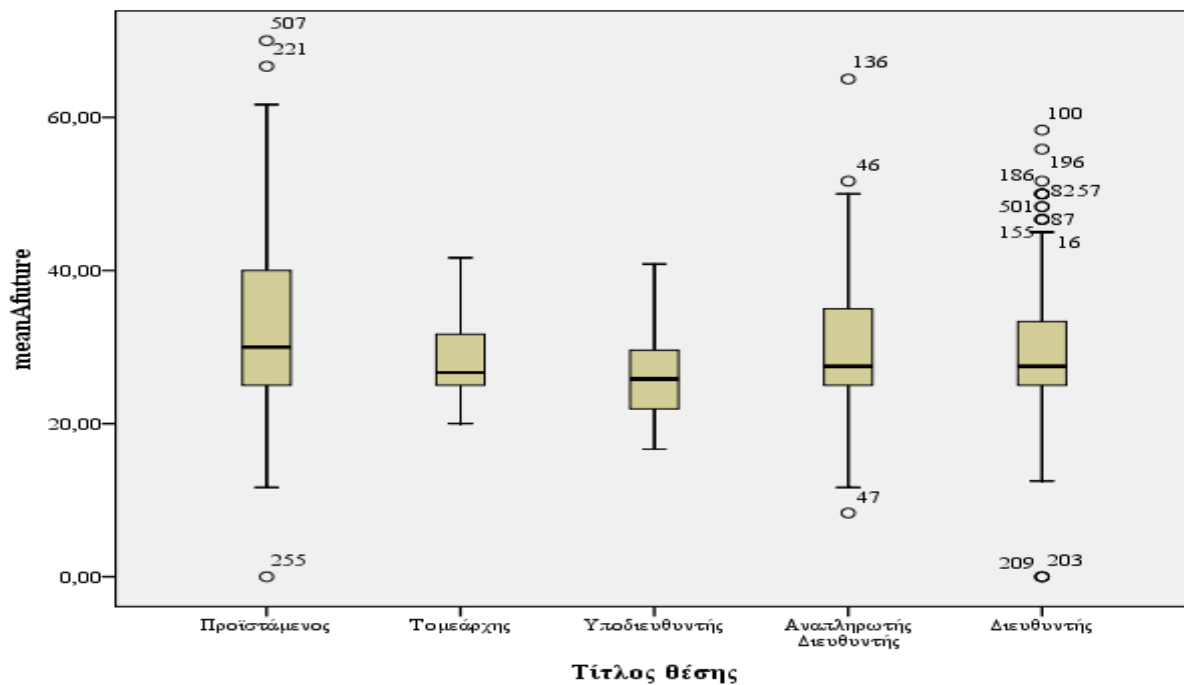
	Τίτλος θέσης	Mean	Std. Deviation	N
meanAnow	Προϊστάμενος	22,0744	10,79423	260
	Τομέαρχης	22,8431	8,24989	17
	Υποδιευθυντής	20,0926	10,30138	18
	Αναπληρωτής	19,7398	9,58111	57
	Διευθυντής	22,1989	11,29446	147
	Διευθυντής	22,1989	11,29446	147
	Total	21,7991	10,71645	499
meanBnow	Προϊστάμενος	11,8494	8,19913	260
	Τομέαρχης	18,7745	7,00395	17
	Υποδιευθυντής	12,2222	8,73072	18
	Αναπληρωτής	13,4006	6,93141	57
	Διευθυντής	10,9104	8,23484	147
	Διευθυντής	10,9104	8,23484	147
	Total	11,9993	8,15963	499
meanCnow	Προϊστάμενος	18,0000	9,81931	260
	Τομέαρχης	24,9510	6,59118	17
	Υποδιευθυντής	13,8148	9,35622	18
	Αναπληρωτής	18,0789	7,96241	57
	Διευθυντής	15,2336	9,77268	147
	Διευθυντής	15,2336	9,77268	147
	Total	17,2799	9,67890	499
meanDnow	Προϊστάμενος	48,0160	18,72786	260
	Τομέαρχης	33,4314	9,10911	17
	Υποδιευθυντής	53,3796	23,69722	18
	Αναπληρωτής	48,7427	16,34939	57
	Διευθυντής	51,4989	20,79926	147
	Διευθυντής	51,4989	20,79926	147
	Total	48,8216	19,29829	499

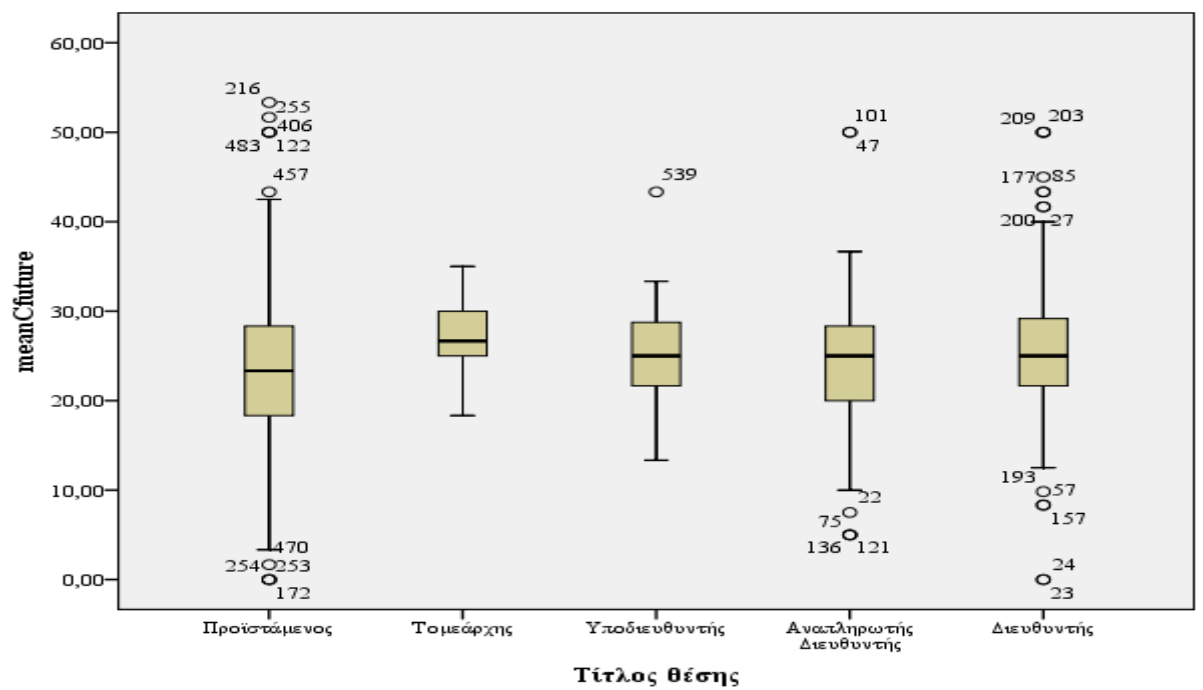
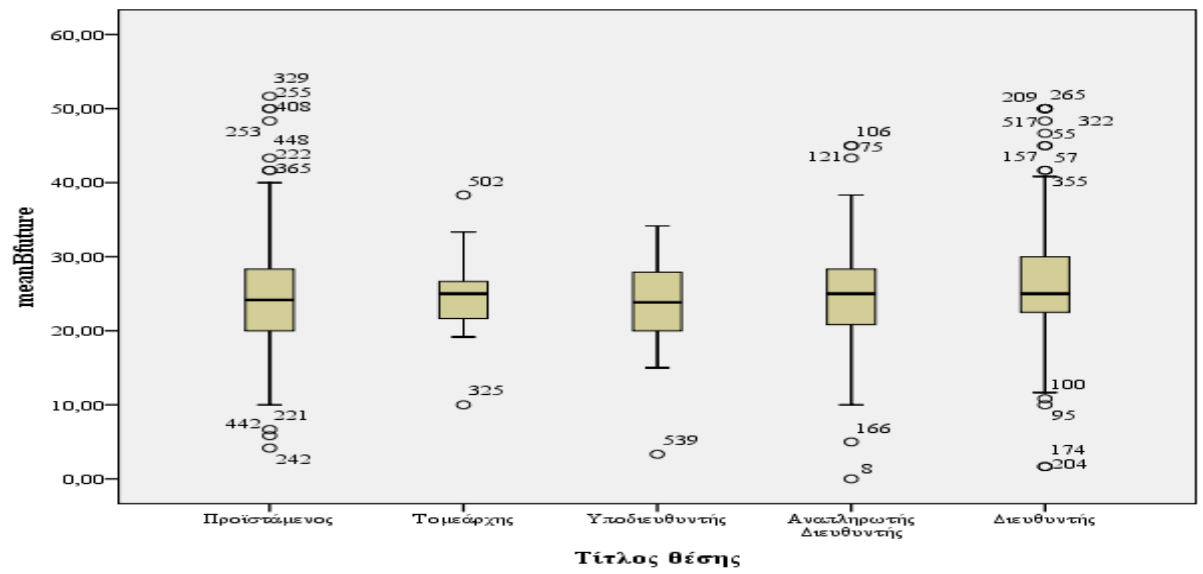
Report

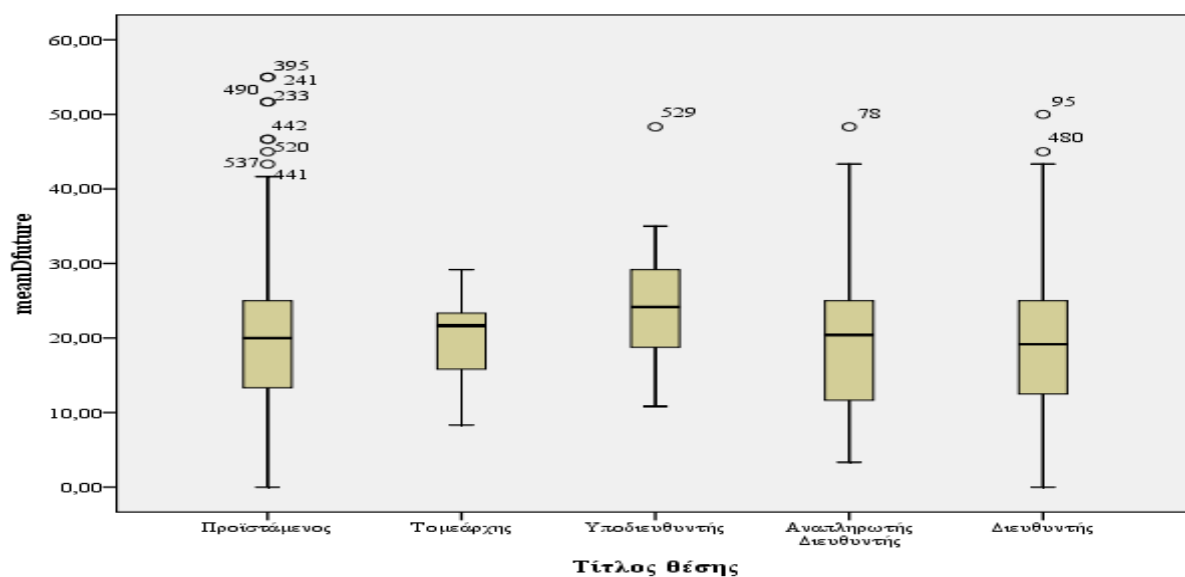
Τίτλος θέσης		meanAnow	meanBnow	meanCnow	meanDnow
Προϊστάμενος	Minimum	,00	,00	,00	4,17
	Maximum	48,33	37,50	45,00	100,00
	Kurtosis	-,289	-,620	-,450	-,341
	Skewness	,322	,213	,016	,338
	N	260	260	260	260
Τομέαρχης	Minimum	,00	,00	15,83	24,17
	Maximum	39,17	28,33	41,67	58,33
	Kurtosis	3,425	1,894	1,132	2,081

	Skewness	-,815	-1,170	,744	1,372
	N	17	17	17	17
Υποδιευθυντής	Minimum	1,67	,00	,00	16,67
	Maximum	40,83	27,50	30,00	95,00
	Kurtosis	-,216	-,781	-,778	-,929
	Skewness	,330	,067	,107	,400
	N	18	18	18	18
Αναπληρωτής Διευθυντής	Minimum	1,67	,00	,00	20,00
	Maximum	46,67	28,33	38,33	98,33
	Kurtosis	,322	-,380	-,128	,786
	Skewness	,324	,086	-,040	,796
	N	57	57	57	57
Διευθυντής	Minimum	,00	,00	,00	16,67
	Maximum	48,33	30,00	36,67	100,00
	Kurtosis	-,398	-,865	-,801	-,635
	Skewness	,220	,318	,135	,412
	N	147	147	147	147

- **Επιθυμητή Κατάσταση**







Multivariate Tests

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Τίτλος θέσης	Pillai's Trace	0,063	1,987	16,000	1984,000	0,011
	Wilks' Lambda	0,938	1,990	16,000	1506,778	0,011
	Hotelling's Trace	0,065	1,987	16,000	1966,000 0	0,011
	Roy's Largest Root	0,035	4,338	4,000	496,000	0,002

Descriptive Statistics

	Τίτλος θέσης	Mean	Std. Deviation	N
meanAfuture	Προϊστάμενος	32,2685	11,45342	270
	Τομέαρχης	29,1176	6,09866	17
	Υποδιευθυντής	26,1444	6,79807	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	30,5517	10,62676	58
	Διευθυντής	29,0390	9,86916	141
	Total	30,8706	10,77000	501
meanBfuture	Προϊστάμενος	23,9623	7,35478	270
	Τομέαρχης	24,8529	6,03257	17
	Υποδιευθυντής	23,2000	7,69900	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	24,8132	7,88100	58
	Διευθυντής	26,5485	8,65415	141
	Total	24,7961	7,82912	501

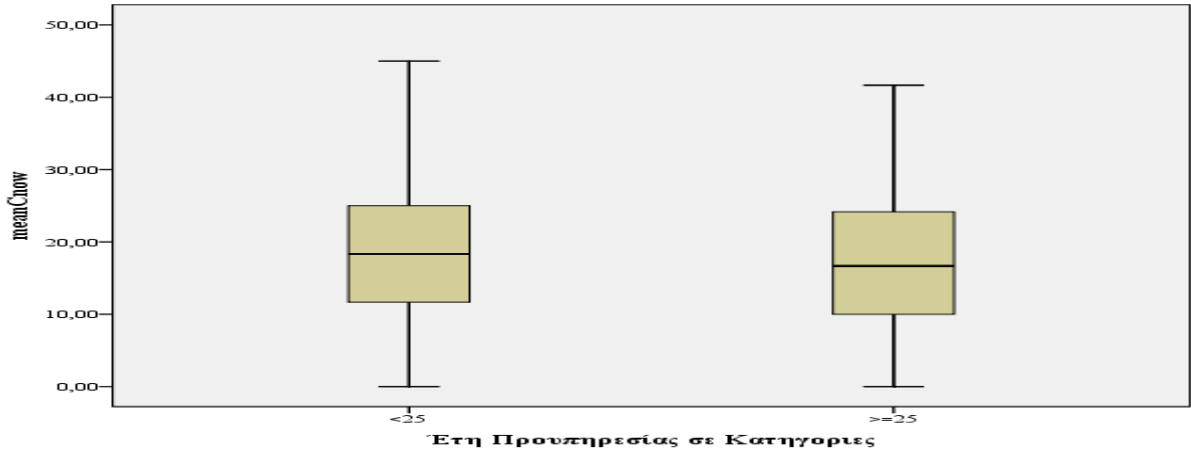
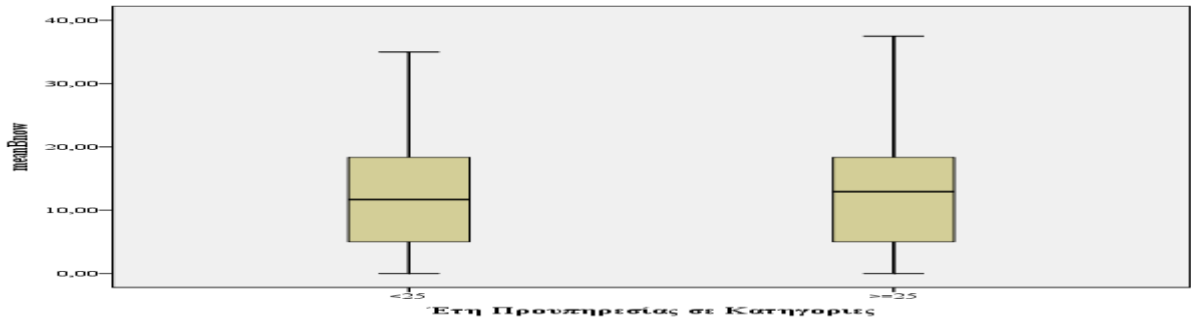
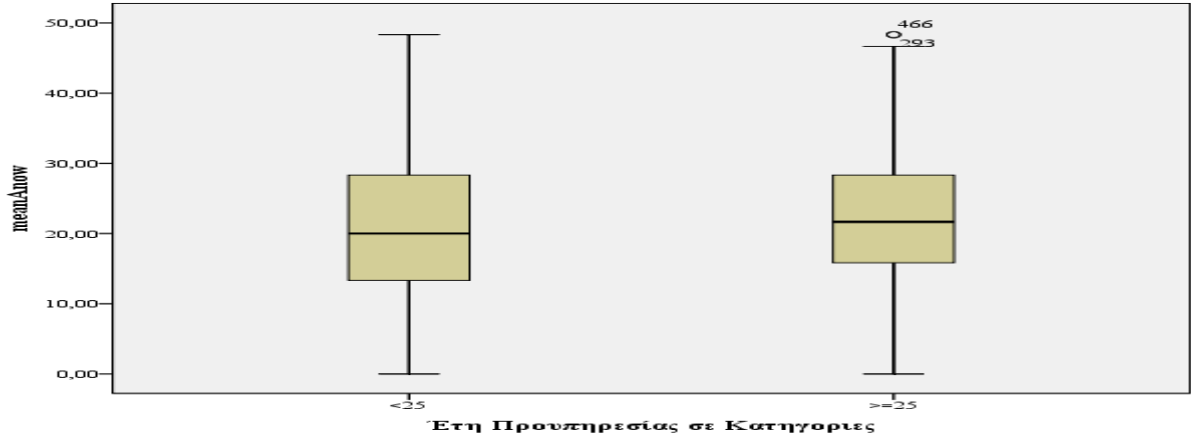
meanCfuture	Προϊστάμενος	23,5611	8,87942	270
	Τομεάρχης	27,3529	4,16912	17
	Υποδιευθυντής	25,1556	7,47654	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	24,3305	8,77743	58
	Διευθυντής	25,5532	8,15839	141
	Total	24,3872	8,54565	501
meanDfuture	Προϊστάμενος	20,1938	9,85118	270
	Τομεάρχης	19,2647	6,75002	17
	Υποδιευθυντής	25,3889	8,97454	15
	Αναπληρωτής Διευθυντής	19,9684	9,14761	58
	Διευθυντής	18,8416	9,18492	141
	Total	19,9112	9,50606	501

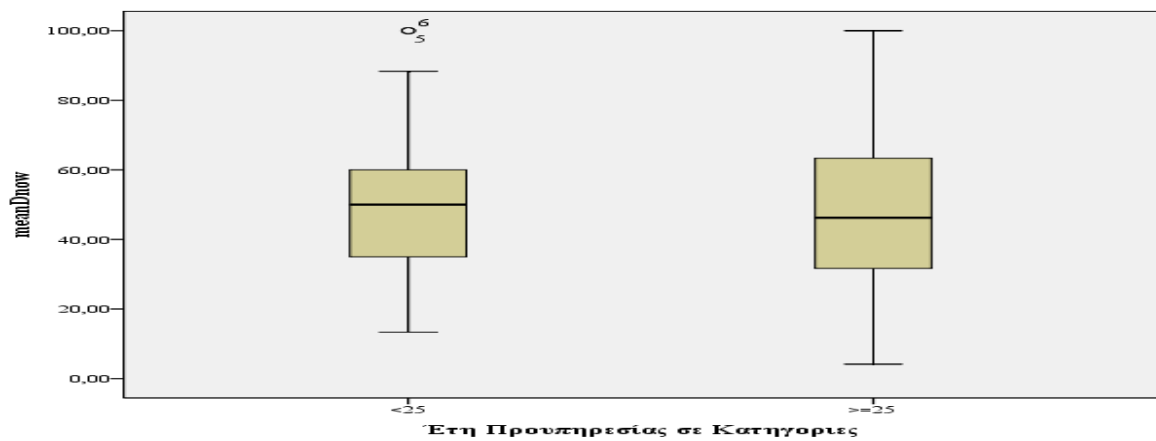
Τίτλος θέσης		meanAfuture	meanBfuture	meanCfuture	meanDfuture
Προϊστάμενος	Minimum	0,00	4,17	0,00	0,00
	Maximum	70,00	51,67	53,33	55,00
	Skewness	0,765	0,502	0,285	0,579
	Kurtosis	0,586	1,575	1,125	1,227
	N	270	270	270	270
Τομεάρχης	Minimum	20,00	10,00	18,33	8,33
	Maximum	41,67	38,33	35,00	29,17
	Skewness	0,917	-0,103	-0,021	-0,675
	Kurtosis	-0,097	2,469	,373	-0,835
	N	17	17	17	17
Υποδιευθυντής	Minimum	16,67	3,33	13,33	10,83
	Maximum	40,83	34,17	43,33	48,33
	Skewness	0,458	-1,111	0,664	0,979
	Kurtosis	0,100	2,074	1,550	2,056
	N	15	15	15	15
Αναπληρωτής Διευθυντής	Minimum	8,33	0,00	5,00	3,33
	Maximum	65,00	45,00	50,00	48,33
	Skewness	0,644	-0,129	0,223	0,596
	Kurtosis	0,947	2,541	1,836	0,752
	N	58	58	58	58
Διευθυντής	Minimum	0,00	1,67	0,00	0,00
	Maximum	58,33	50,00	50,00	50,00
	Skewness	0,250	0,511	0,234	0,311

Kurtosis	1,417	1,686	1,973	0,954
N	141	141	141	141

4. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στα Έτη Προϋπηρεσίας στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- Παρούσα Κατάσταση





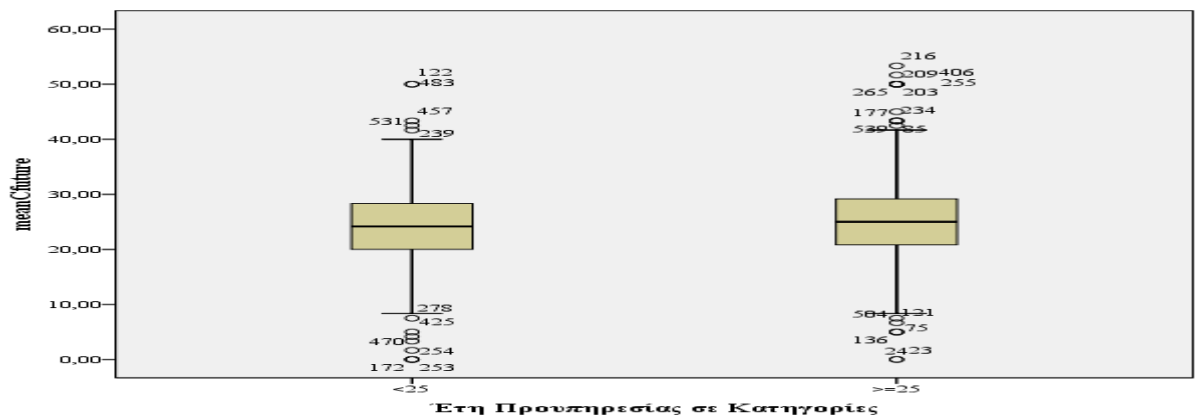
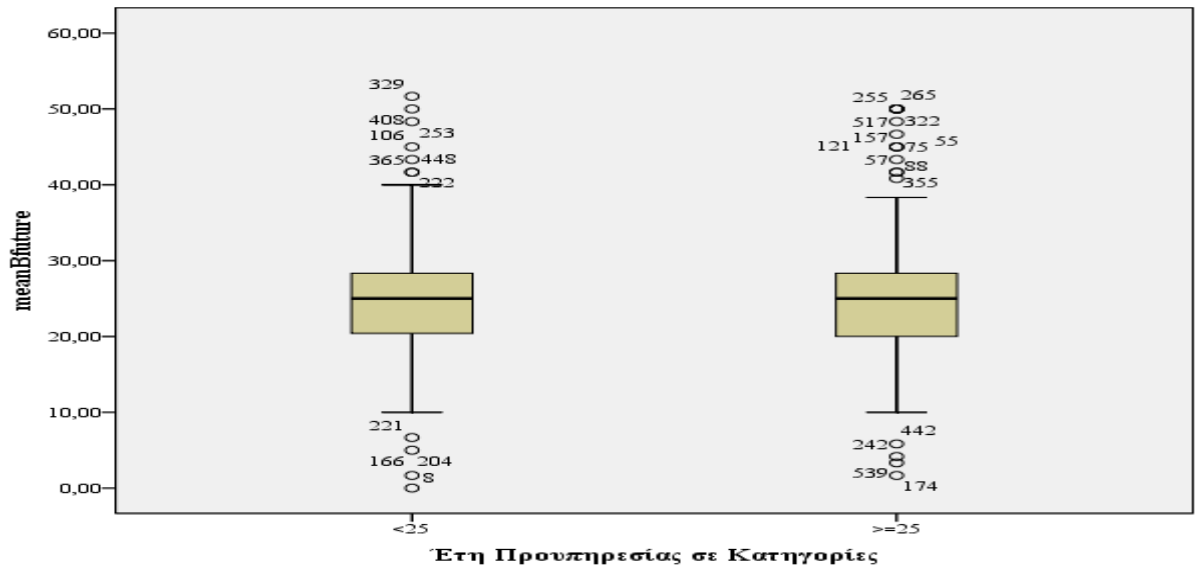
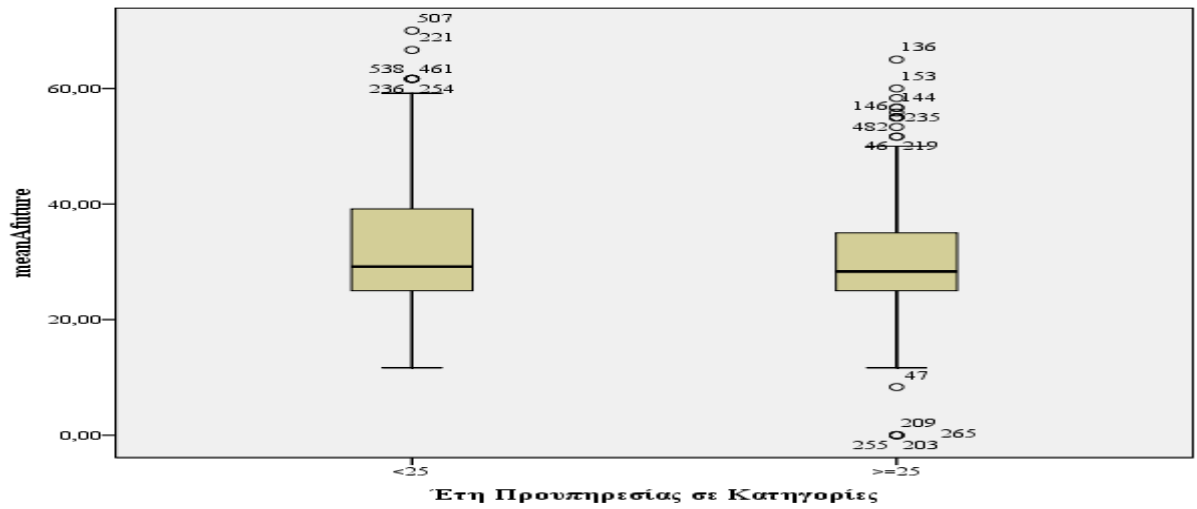
Multivariate Tests

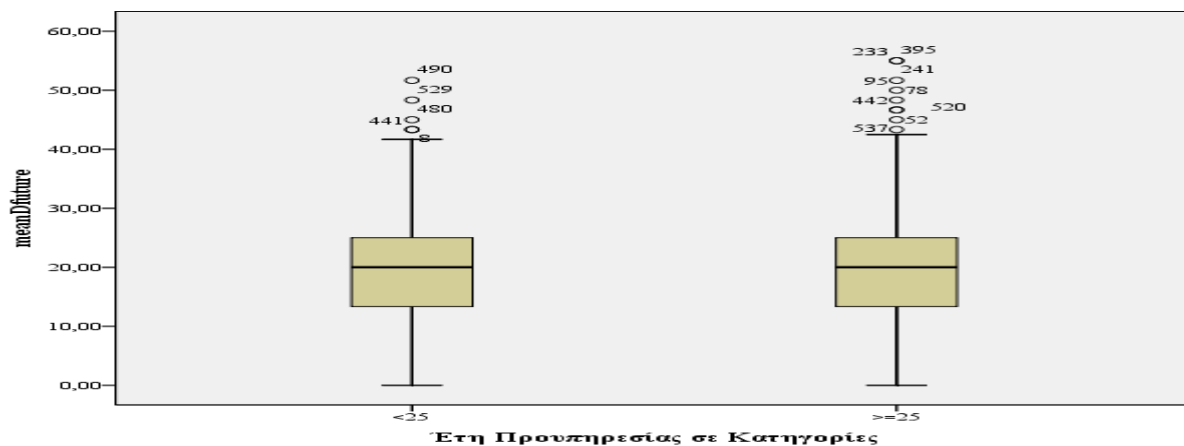
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
προυπηρ2	Pillai's Trace	0,014	1,819	4,000	496,000	0,124
	Wilks' Lambda	0,986	1,819	4,000	496,000	0,124
	Hotelling's Trace	0,015	1,819	4,000	496,000	0,124
	Roy's Largest Root	0,015	1,819	4,000	496,000	0,124

Report

Ετη Προϋπηρεσίας σε Κατηγορίες		meanAnow	meanBnow	meanCnow	meanDnow
<25	Minimum	,00	,00	,00	13,33
	Maximum	48,33	35,00	45,00	100,00
	Kurtosis	-,171	-,681	-,426	-,249
	Skewness	,462	,285	,077	,281
	N	205	205	205	205
>=25	Minimum	,00	,00	,00	4,17
	Maximum	48,33	37,50	41,67	100,00
	Kurtosis	-,224	-,787	-,640	-,429
	Skewness	,162	,092	-,024	,549
	N	294	294	294	294

- **Επιθυμητή Κατάσταση**





Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
προυπηρ2	Pillai's Trace	0,014	1,819	4,000	496,000	0,124
	Wilks' Lambda	0,986	1,819	4,000	496,000	0,124
	Hotelling's Trace	0,015	1,819	4,000	496,000	0,124
	Roy's Largest Root	0,015	1,819	4,000	496,000	0,124

Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	40,592
F	4,023
df1	10,000
df2	1000882,642
Sig.	0,000

Levene's Test of Equality of Error Variances

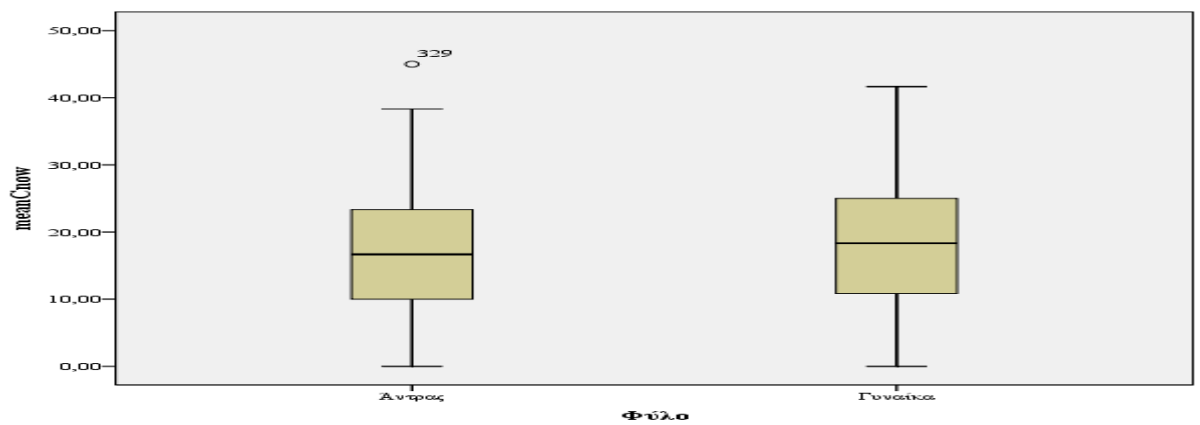
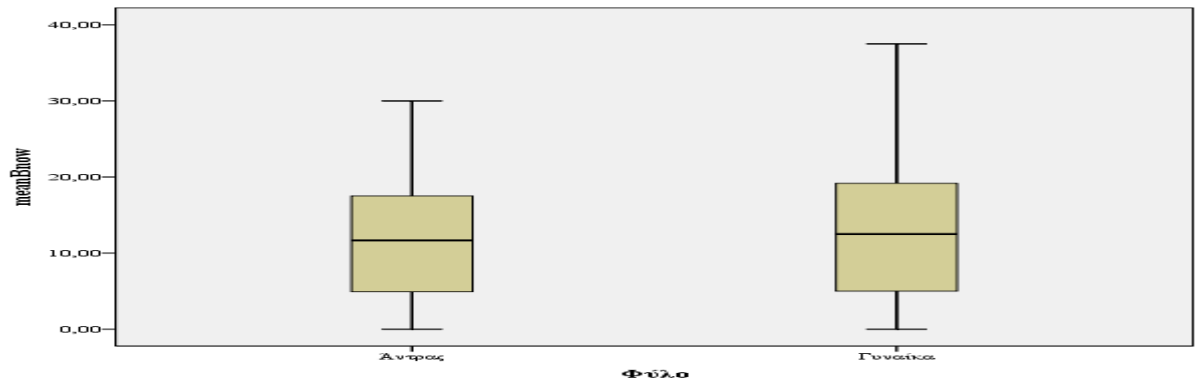
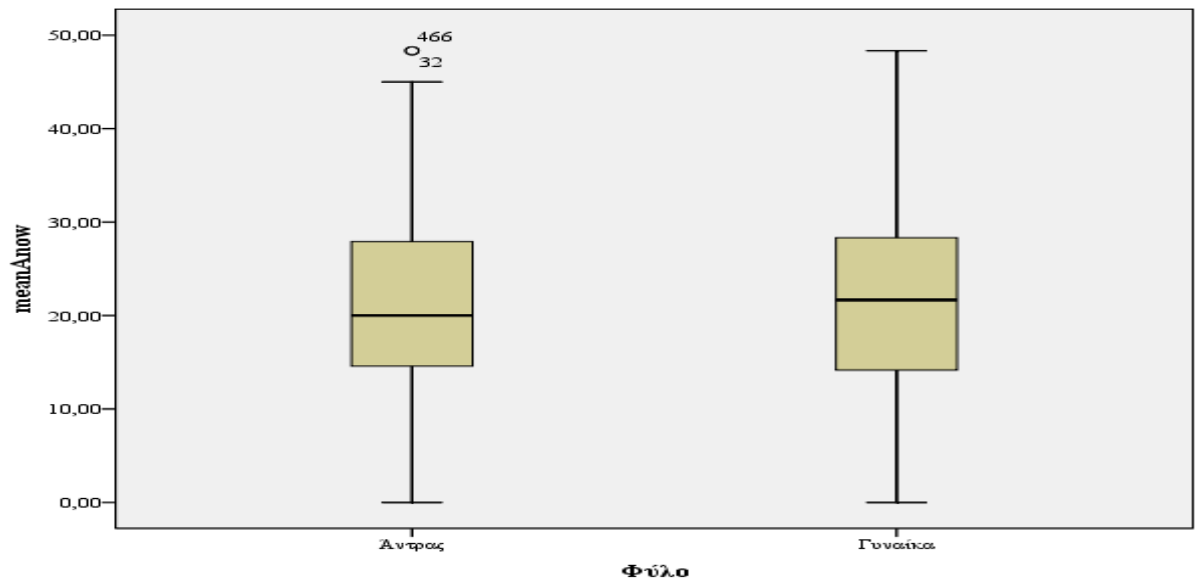
	F	df1	df2	Sig.
meanAfuture	0,852	1	499	0,356
meanBfuture	0,074	1	499	0,786
meanCfuture	0,001	1	499	0,978
meanDfuture	0,197	1	499	0,657

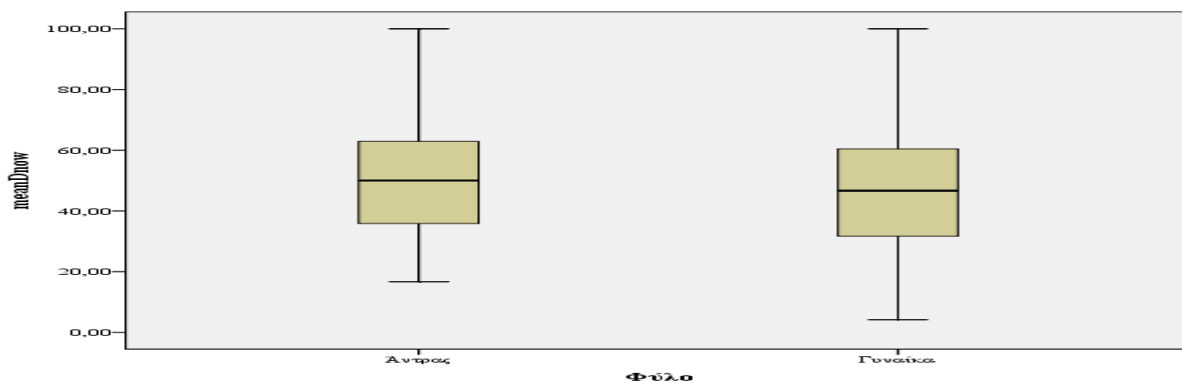
Ετη Προϋπηρεσίας σε Κατηγορίες		meanAfuture	meanBfuture	meanCfuture	meanDfuture
<25	Minimum	11,67	0,00	0,00	0,00
	Maximum	70,00	51,67	50,00	51,67
	Skewness	1,042	0,200	-0,094	0,377
	Kurtosis	1,091	1,774	1,154	,620
	N	215	215	215	215
>=25	Minimum	0,00	1,67	0,00	0,00
	Maximum	65,00	50,00	53,33	55,00
	Skewness	0,444	0,591	0,380	0,587

Kurtosis	0,900	1,848	1,407	1,427
N	286	286	286	286

5. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στο Φύλο στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

- Παρούσα κατάσταση





Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	72,680
F	7,204
df1	10,000
df2	1044630,368
Sig.	0,000

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
meanAnow	2,329	1	497	,128
meanBnow	2,787	1	497	,096
meanCnow	1,512	1	497	,219
meanDnow	,668	1	497	,414

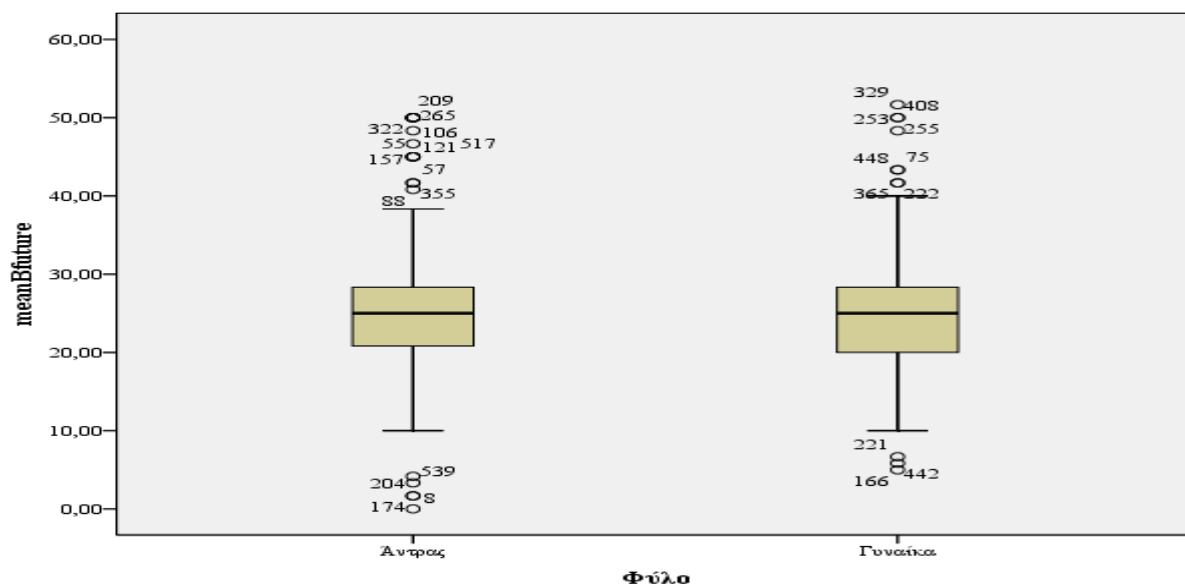
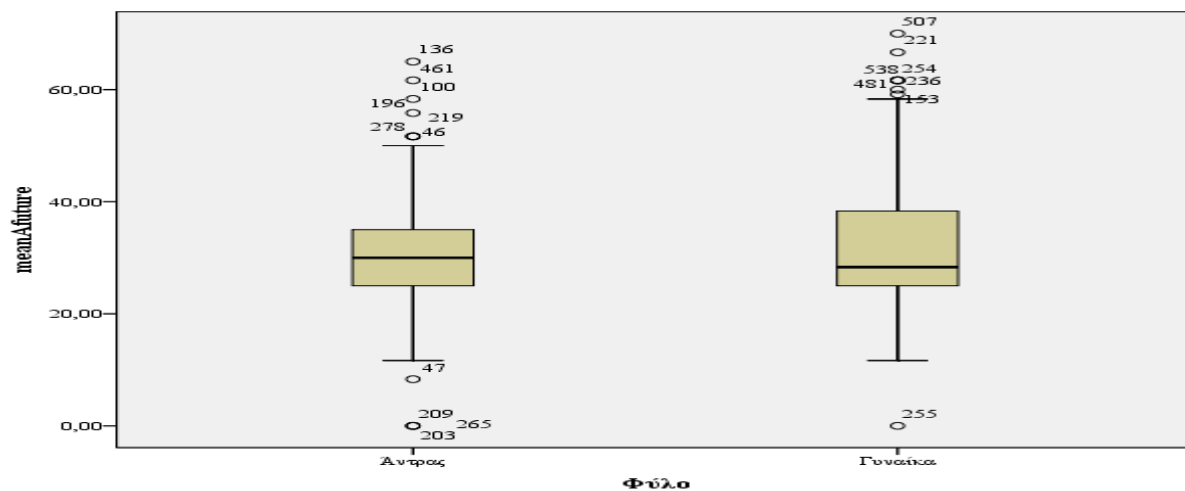
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Μέγεθος νοσοκομείου	Pillai's Trace	0,020	2,584	4,000	494,000	,036
	Wilks' Lambda	0,980	2,584	4,000	494,000	,036
	Hotelling's Trace	0,021	2,584	4,000	494,000	,036
	Roy's Largest Root	0,021	2,584	4,000	494,000	,036

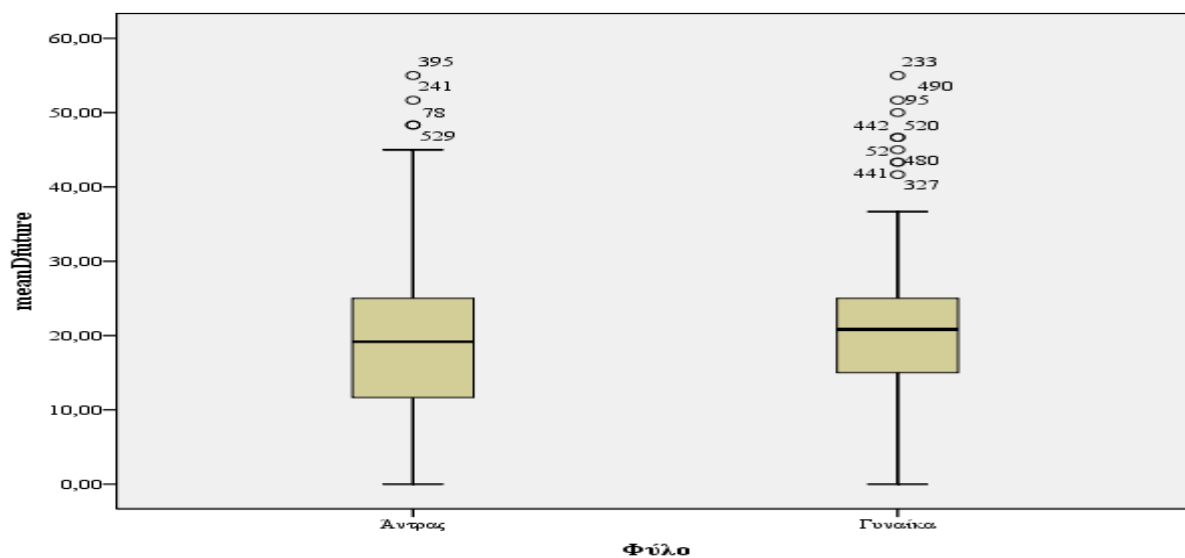
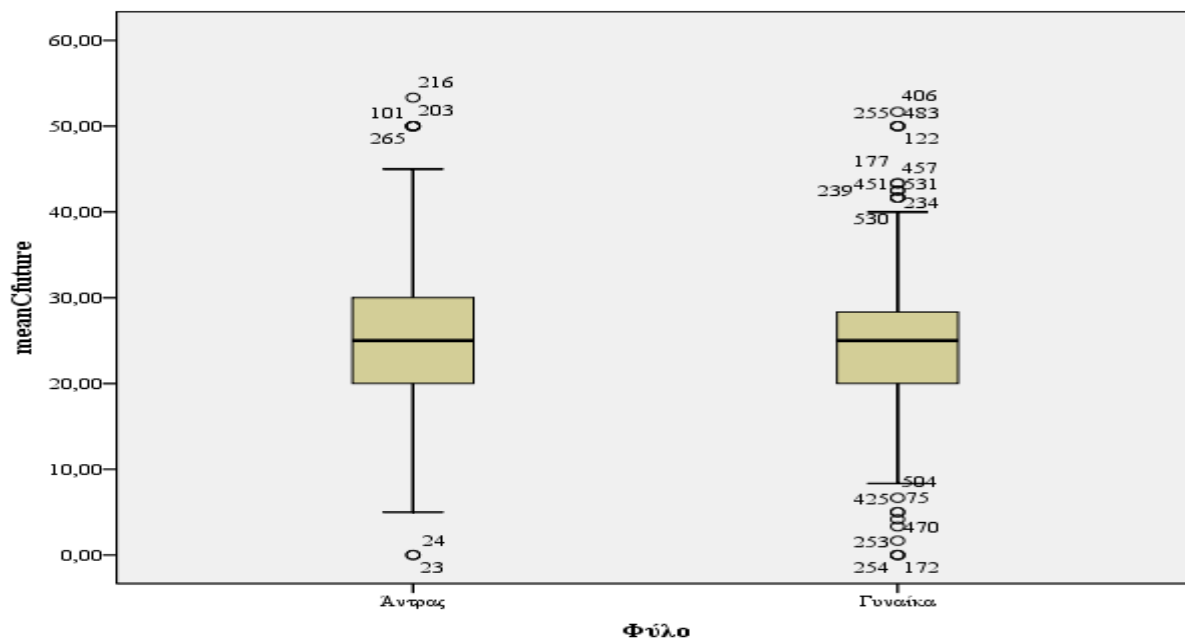
Report

Φύλο		meanAnow	meanBnow	meanCnow	meanDnow
Άντρας	Minimum	,00	,00	,00	16,67
	Maximum	48,33	30,00	45,00	100,00
	Kurtosis	-,094	-,685	-,405	-,158
	Skewness	,155	,193	,044	,564
	N	220	220	220	220
Γυναίκα	Minimum	,00	,00	,00	4,17
	Maximum	48,33	37,50	41,67	100,00
	Kurtosis	-,390	-,810	-,608	-,480
	Skewness	,344	,142	-,027	,426

	N	279	279	279	279
Total	Minimum	,00	,00	,00	4,17
	Maximum	48,33	37,50	45,00	100,00
	Kurtosis	-,244	-,759	-,532	-,326
	Skewness	,284	,169	,019	,472
	N	499	499	499	499

- **Επιθυμητή Κατάσταση**





Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	44,652
F	4,426
df1	10,000
df2	1010107,591
Sig.	0,000

Levene's Test of Equality of Error Variances

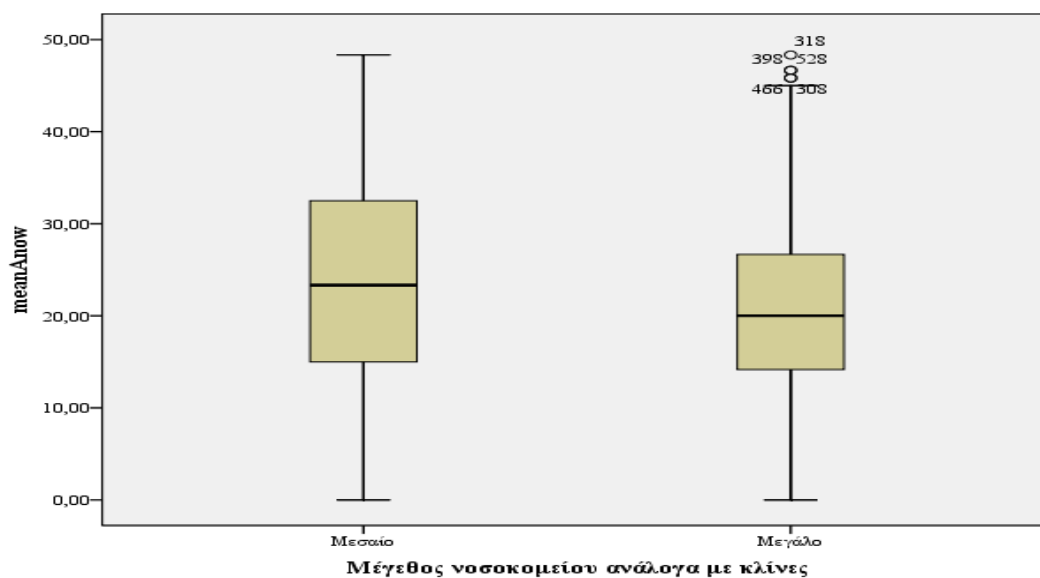
	F	df1	df2	Sig.
meanAfuture	2,026	1	499	0,155
meanBfuture	1,778	1	499	0,183
meanCfuture	0,413	1	499	0,521

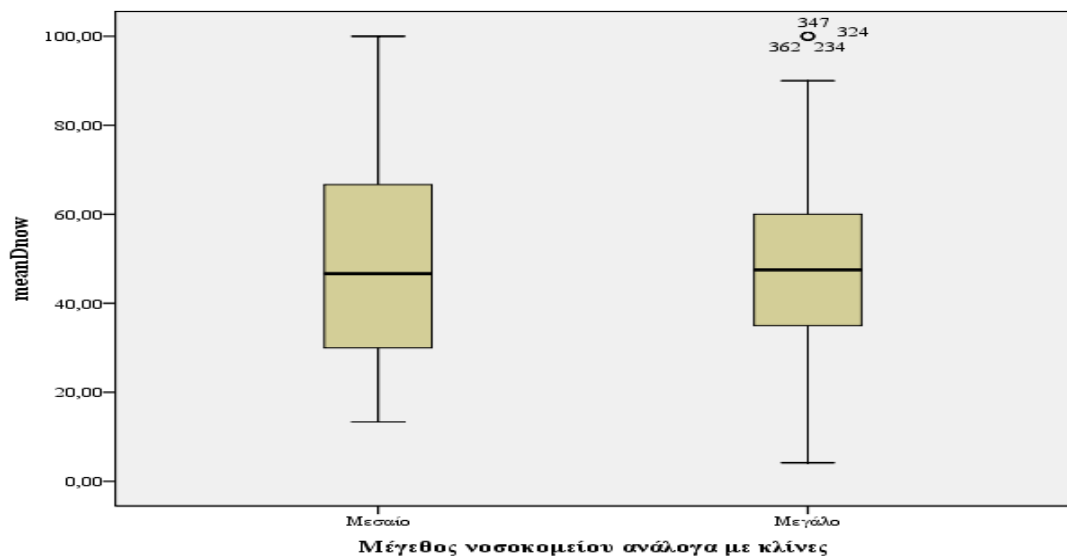
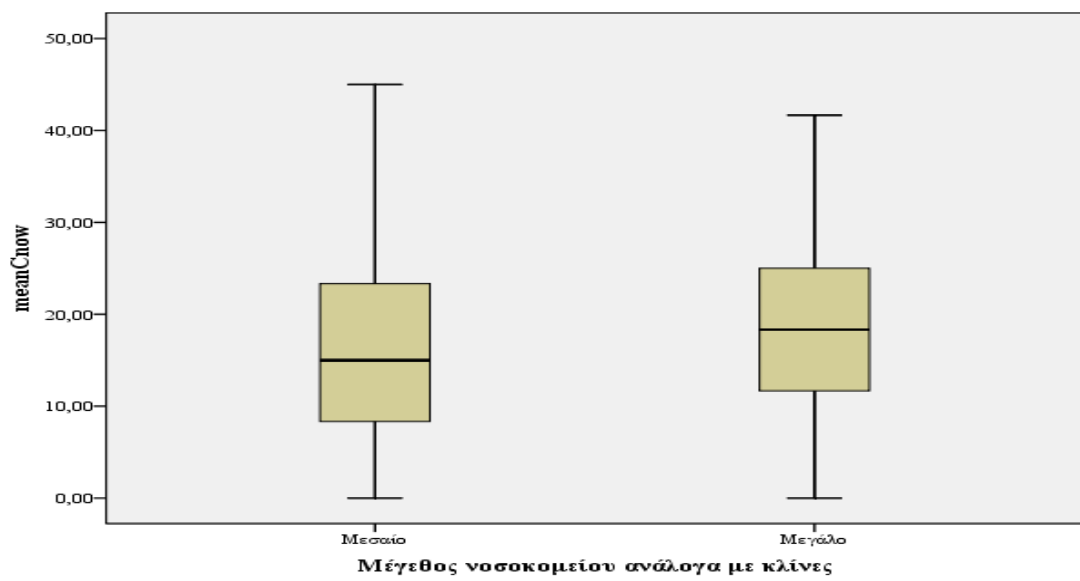
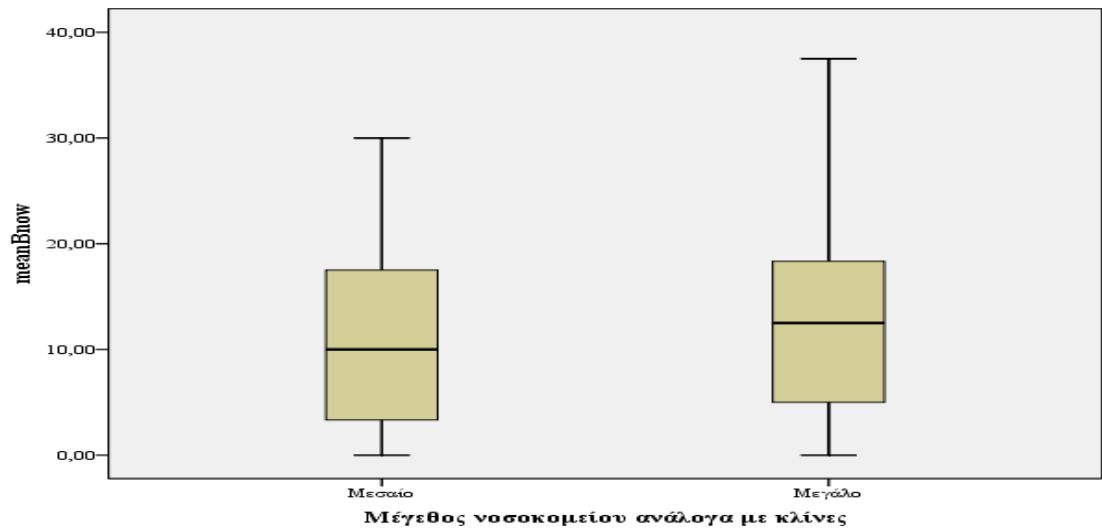
meanDfuture	6,416	1	499	0,012

Φύλο		meanAfuture	meanBfuture	meanCfuture	meanDfuture
Αντρας	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	65,00	50,00	53,33	55,00
	Skewness	0,327	0,367	0,375	0,546
	Kurtosis	1,059	1,755	1,839	0,731
	N	216	216	216	216
Γυναίκα	Minimum	0,00	5,00	0,00	0,00
	Maximum	70,00	51,67	51,67	55,00
	Skewness	0,934	0,460	0,102	0,505
	Kurtosis	0,961	1,668	1,047	1,609
	N	285	285	285	285

6. Έλεγχοι Διαφορών Ανάμεσα στο Μέγεθος του Νοσοκομείου στην Παρούσα & στην Επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

• Παρούσα Κατάσταση

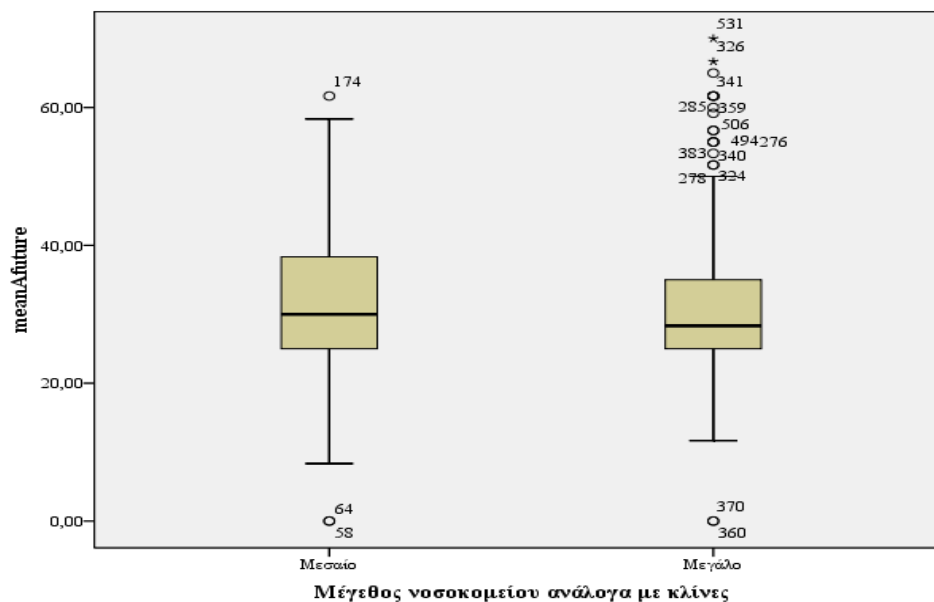


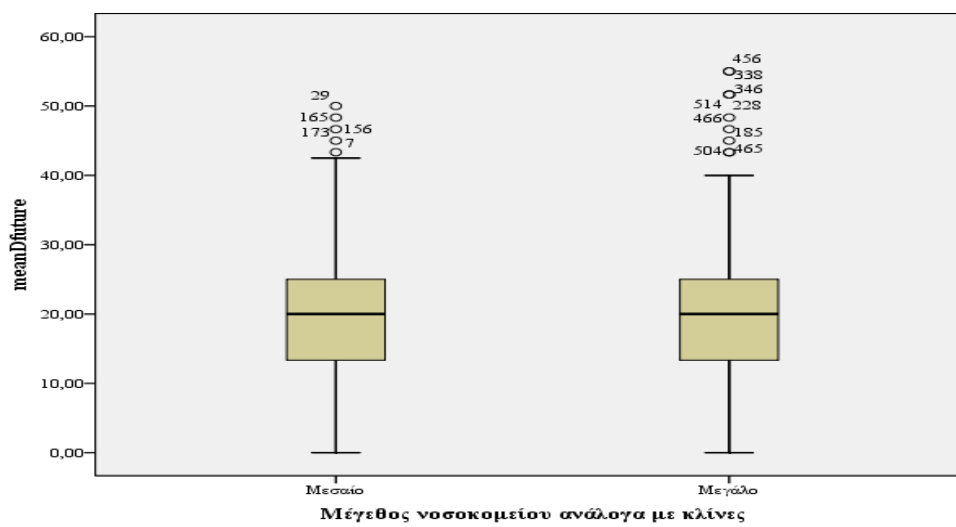
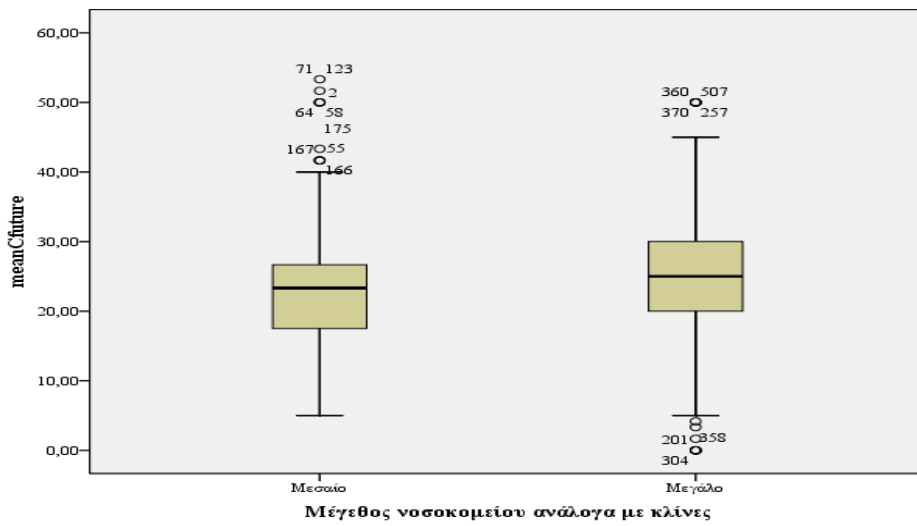
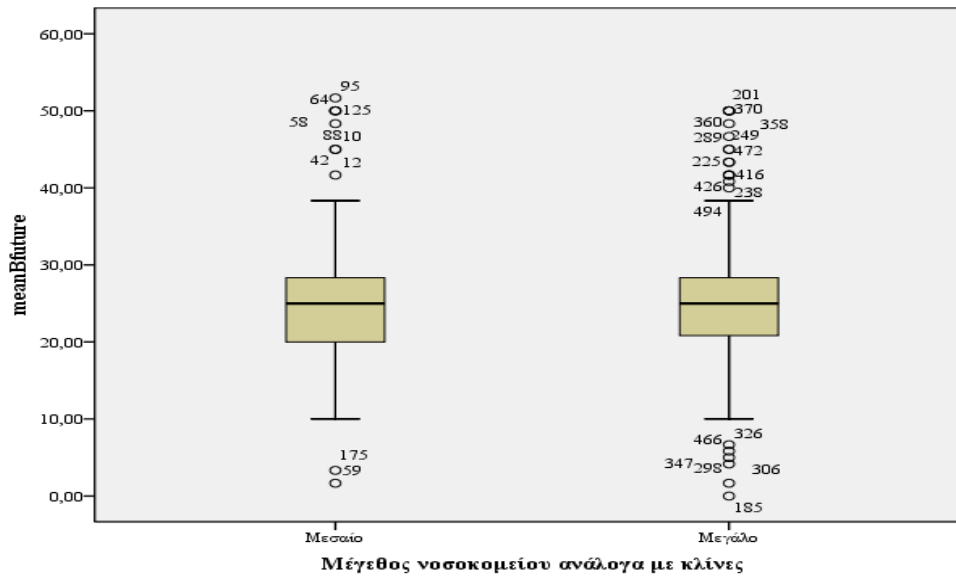


Report

Μέγεθος νοσοκομείου ανάλογα με κλίνες	meanAnow	meanBnow	meanCnow	meanDnow
Μεσαίο Minimum	0,00	0,00	0,00	13,33
Maximum	48,33	30,00	45,00	100,00
Kurtosis	-0,690	-0,952	-0,552	-0,691
Skewness	0,072	0,245	0,307	0,476
N	153	153	153	153
Μεγάλο Minimum	0,00	0,00	0,00	4,17
Maximum	48,33	37,50	41,67	100,00
Kurtosis	0,050	-0,652	-0,447	-0,222
Skewness	0,351	0,143	-0,114	0,434
N	346	346	346	346
Total Minimum	0,00	0,00	0,00	4,17
Maximum	48,33	37,50	45,00	100,00
Kurtosis	-0,244	-0,759	-0,532	-0,326
Skewness	0,284	0,169	0,019	0,472
N	499	499	499	499

• Επιθυμητή Κατάσταση





Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M	11,876
F	1,175
df1	10,000
df2	451256,971
Sig.	0,302

Levene's Test of Equality of Error Variances

	F	df1	df2	Sig.
meanAfuture	0,146	1	499	0,702
meanBfuture	1,261	1	499	0,262
meanCfuture	0,911	1	499	0,340
meanDfuture	0,793	1	499	0,374

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Μέγεθος νοσοκομείου	Pillai's Trace	0,004	0,496	4,000	496,00	0,738
	Wilks' Lambda	0,996	0,496	4,000	496,00	0,738
	Hotelling's Trace	0,004	0,496	4,000	496,00	0,738
	Roy's Largest Root	0,004	0,496	4,000	496,00	0,738

Report

Μέγεθος νοσοκομείου ανάλογα με κλίνες		meanAfuture	meanBfuture	meanCfuture	meanDfuture
Μεσαίο	Minimum	0,00	1,67	5,00	0,00
	Maximum	61,67	51,67	53,33	50,00
	Kurtosis	0,633	1,747	1,475	0,495
	Skewness	0,367	0,606	0,876	0,417
	N	157	157	157	157
Μεγάλο	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	70,00	50,00	50,00	55,00
	Kurtosis	1,310	1,845	1,534	1,525
	Skewness	0,873	0,333	-0,132	0,549
	N	344	344	344	344
Total	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	70,00	51,67	53,33	55,00
	Kurtosis	1,055	1,818	1,376	1,133
	Skewness	0,707	0,438	0,214	0,506
	N	501	501	501	501

7. Ανάλυση της Αξιοπιστίας & της Εγκυρότητας του Εργαλείου της Έρευνας

Αναλυτικά για κάθε μοντέλο η εσωτερική συνοχή της αξιοπιστίας διαμορφώθηκε ως εξής:

Μοντέλο Α: ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%		
ΕΓΚΥΡΕΣ	541	100,0	Cronbach's Alpha	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΠΟΚΛΕΙΟΜΕΝΕΣ	0	,0	,819	12
ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0		

Διαστάσεις της Οργανωσιακής Κουλτούρας	Κατάσταση	Μέσος όρος αν η ερώτηση παραληφθεί	Διακύμανση κλίμακας αν η ερώτηση παραληφθεί	Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης με το τεστ	Η συνάφεια του Cronbach's α αν η ερώτηση παραληφθεί
ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	296,88	13107,076	,456	,808
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	295,66	13812,344	,402	,811
Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	305,07	13327,703	,531	,800
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	294,94	13569,863	,450	,807
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	309,74	13645,462	,513	,802
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	297,72	13535,697	,503	,803
ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	311,45	13731,142	,534	,801
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	303,07	13971,726	,433	,809
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	308,42	13378,477	,555	,799
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	300,58	13936,477	,448	,807
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	301,24	13277,286	,429	,810
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	296,77	13686,091	,444	,808

Μοντέλο Β: ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%		
ΕΓΚΥΡΕΣ	541	100,0	Cronbach's Alpha	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΠΟΚΛΕΙΟΜΕΝΕΣ	0	,0	,687	12
ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0		

Ερώτηση	Κατάσταση	Μέσος όρος αν η ερώτηση παραληφθεί	Διακύμανση κλίμακας αν η ερώτηση παραληφθεί	Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης με το τεστ	Η συνάφεια του Cronbach's α αν η ερώτηση παραληφθεί
ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	209,96	4882,641	,280	,674
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	196,12	4556,070	,299	,673
Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	208,54	4712,441	,382	,660
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	199,07	4532,870	,411	,653
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	209,39	4797,806	,333	,666
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	195,68	4734,664	,286	,673
ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	209,87	4876,334	,321	,669
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	193,83	4543,967	,306	,672
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	209,79	4783,637	,343	,665
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	194,22	4632,626	,309	,670
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	209,02	4789,114	,327	,667
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	197,99	4689,618	,315	,669

Μοντέλο Γ: ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΤΟΧΟΙ-ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%		
ΕΓΚΥΡΕΣ	541	100,0	Cronbach's Alpha	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΠΟΚΛΕΙΟΜΕΝΕΣ	0	,0	,664	12
ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0		

Ερώτηση	Κατάσταση	Μέσος όρος αν η ερώτηση παραληφθεί	Διακύμανση κλίμακας αν η ερώτηση παραληφθεί	Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης με το τεστ	Η συνάφεια του Cronbach's α αν η ερώτηση παραληφθεί
ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	233,80	6359,948	,340	,639
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	224,19	6406,038	,243	,655
Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	231,77	6355,107	,296	,645
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	228,91	6544,249	,268	,650
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	232,46	6203,715	,294	,646
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	224,35	6209,491	,311	,643
ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	233,57	6251,281	,380	,632
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	222,65	6224,651	,314	,642
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	233,10	6246,354	,375	,633
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	224,37	6106,652	,376	,631
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	233,38	6469,597	,244	,654
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	230,99	6765,545	,196	,659

Μοντέλο Δ: ΙΕΡΑΡΧΙΚΟ-ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%		
ΕΓΚΥΡΕΣ	541	100,0	Cronbach's Alpha	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΠΟΚΛΕΙΟΜΕΝΕΣ	0	,0	,755	12
ΣΥΝΟΛΟ	541	100,0		

Ερώτηση	Κατάσταση	Μέσος όρος αν η ερώτηση παραληφθεί	Διακύμανση κλίμακας αν η ερώτηση παραληφθεί	Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης με το τεστ	Η συνάφεια του Cronbach's α αν η ερώτηση παραληφθεί
ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	359,04	13858,901	,480	,726
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	383,52	16460,461	,208	,754
Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	354,17	13489,017	,576	,712
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	376,45	16523,278	,162	,758
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	347,91	13383,229	,535	,718
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	381,64	16584,826	,163	,758
ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΑ	344,59	13089,582	,611	,706
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	380,05	16126,777	,258	,751
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	348,11	13144,957	,626	,704
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	380,25	16249,993	,265	,750
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	355,91	13595,362	,493	,724
	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	373,72	16711,823	,076	,768

Correlations
Correlation
Coefficient
Spearman's
rho

	ΙΑπαρ	ΙΙΑπαρ	ΙΙΙΑπαρ	ΙVΑπαρ	νΑπαρ	νΙΑπαρ	ΙΒπαρ	ΙΙΒπαρ	ΙΙΙΒπαρ	ΙVΒπαρ	νΒπαρ	νΙΒπαρ	ΙΓπαρ	ΙΙΓπαρ	ΙΙΙΓπαρ	ΙVΓπαρ	νΓπαρ	νΙΓπαρ	ΙΔπαρ	ΙΙΔπαρ	ΙΙΙΔπαρ	ΙVΔπαρ	νΔπαρ	νΙΔπαρ
ΙΑπαρ	1,000	0,457	0,412	0,327	0,470	0,409	-0,041	-0,030	-0,010	0,034	-0,072	-0,090	-0,242	-0,138	-0,192	-0,088	-0,094	-0,152	-0,649	-0,253	-0,112	-0,160	-0,241	-0,208
ΙΙΑπαρ	0,457	1,000	0,446	0,464	0,504	0,455	0,062	0,139	0,135	0,220	0,139	0,076	-0,048	-0,243	-0,071	0,017	-0,014	-0,023	-0,361	-0,529	-0,237	-0,347	-0,345	-0,305
ΙΙΙΑπαρ	0,412	0,446	1,000	0,523	0,574	0,408	0,124	0,136	0,253	0,225	0,148	0,130	0,004	-0,056	-0,075	0,116	0,050	-0,002	-0,331	-0,268	-0,547	-0,401	-0,397	-0,235
ΙVΑπαρ	0,327	0,464	0,523	1,000	0,587	0,438	0,095	0,195	0,175	0,292	0,268	0,172	0,003	-0,083	-0,058	-0,012	-0,020	0,022	-0,240	-0,262	-0,270	-0,610	-0,401	-0,293
νΑπαρ	0,470	0,504	0,574	0,587	1,000	0,535	0,075	0,151	0,181	0,250	0,161	0,095	-0,064	-0,067	-0,061	0,056	-0,056	-0,006	-0,366	-0,306	-0,318	-0,436	-0,597	-0,332
νΙΑπαρ	0,409	0,455	0,408	0,438	0,535	1,000	0,076	0,070	0,073	0,150	0,083	0,037	-0,028	-0,101	-0,122	0,000	-0,028	-0,176	-0,364	-0,236	-0,178	-0,336	-0,336	-0,593
ΙΒπαρ	-0,041	0,062	0,124	0,095	0,075	0,076	1,000	0,519	0,527	0,575	0,431	0,498	0,376	0,310	0,358	0,401	0,361	0,348	-0,467	-0,359	-0,355	-0,439	-0,334	-0,303
ΙΙΒπαρ	-0,030	0,139	0,136	0,195	0,151	0,070	0,519	1,000	0,601	0,582	0,584	0,553	0,362	0,361	0,393	0,382	0,356	0,344	-0,264	-0,614	-0,442	-0,446	-0,434	-0,337
ΙΙΙΒπαρ	-0,010	0,135	0,253	0,175	0,181	0,073	0,527	0,601	1,000	0,627	0,595	0,578	0,370	0,347	0,395	0,436	0,406	0,365	-0,287	-0,442	-0,624	-0,482	-0,475	-0,333
ΙVΒπαρ	0,034	0,220	0,225	0,292	0,250	0,150	0,575	0,582	0,627	1,000	0,636	0,588	0,367	0,355	0,445	0,502	0,472	0,422	-0,351	-0,509	-0,518	-0,724	-0,576	-0,411
νΒπαρ	-0,072	0,139	0,148	0,268	0,161	0,083	0,431	0,584	0,595	0,636	1,000	0,621	0,346	0,302	0,322	0,429	0,390	0,393	-0,191	-0,424	-0,414	-0,538	-0,615	-0,387
νΙΒπαρ	-0,090	0,076	0,130	0,172	0,095	0,037	0,498	0,553	0,578	0,588	0,621	1,000	0,314	0,318	0,301	0,385	0,353	0,478	-0,185	-0,429	-0,372	-0,444	-0,423	-0,524
ΙΓπαρ	-0,242	-0,048	0,004	0,003	-0,064	-0,028	0,376	0,362	0,370	0,367	0,346	0,314	1,000	0,453	0,480	0,470	0,495	0,345	-0,362	-0,317	-0,364	-0,341	-0,292	-0,165
ΙΙΓπαρ	-0,138	-0,243	-0,056	-0,083	-0,067	-0,101	0,310	0,361	0,347	0,355	0,302	0,318	0,453	1,000	0,526	0,485	0,503	0,436	-0,176	-0,507	-0,362	-0,279	-0,273	-0,215
ΙΙΙΓπαρ	-0,192	-0,071	-0,075	-0,058	-0,061	-0,122	0,358	0,393	0,395	0,445	0,322	0,301	0,480	0,526	1,000	0,588	0,576	0,414	-0,173	-0,386	-0,653	-0,402	-0,358	-0,173
ΙVΓπαρ	-0,088	0,017	0,116	-0,012	0,056	0,000	0,401	0,382	0,436	0,502	0,429	0,385	0,470	0,485	0,588	1,000	0,617	0,453	-0,249	-0,377	-0,506	-0,674	-0,487	-0,239
νΓπαρ	-0,094	-0,014	0,050	-0,020	-0,056	-0,028	0,361	0,356	0,406	0,472	0,390	0,353	0,495	0,503	0,576	0,617	1,000	0,501	-0,257	-0,397	-0,446	-0,441	-0,601	-0,257
νΙΓπαρ	-0,152	-0,023	-0,002	0,022	-0,006	-0,176	0,348	0,344	0,365	0,422	0,393	0,478	0,345	0,436	0,414	0,453	0,501	1,000	-0,112	-0,334	-0,296	-0,337	-0,355	-0,488
ΙΔπαρ	-0,649	-0,361	-0,331	-0,240	-0,366	-0,364	-0,467	-0,264	-0,287	-0,351	-0,191	-0,185	-0,362	-0,176	-0,173	-0,249	-0,257	-0,112	1,000	0,498	0,389	0,421	0,473	0,378
ΙΙΔπαρ	-0,253	-0,529	-0,268	-0,262	-0,306	-0,236	-0,359	-0,614	-0,442	-0,509	-0,424	-0,429	-0,317	-0,507	-0,386	-0,377	-0,397	-0,334	0,498	1,000	0,543	0,510	0,567	0,491
ΙΙΙΔπαρ	-0,112	-0,237	-0,547	-0,270	-0,318	-0,178	-0,355	-0,442	-0,624	-0,518	-0,414	-0,372	-0,364	-0,362	-0,653	-0,506	-0,446	-0,296	0,389	0,543	1,000	0,600	0,608	0,354
ΙVΔπαρ	-0,160	-0,347	-0,401	-0,610	-0,436	-0,336	-0,439	-0,446	-0,482	-0,724	-0,538	-0,444	-0,341	-0,279	-0,402	-0,674	-0,441	-0,337	0,421	0,510	0,600	1,000	0,695	0,463
νΔπαρ	-0,241	-0,345	-0,397	-0,401	-0,597	-0,336	-0,334	-0,434	-0,475	-0,576	-0,615	-0,423	-0,292	-0,273	-0,358	-0,487	-0,601	-0,355	0,473	0,567	0,608	0,695	1,000	0,518
νΙΔπαρ	-0,208	-0,305	-0,235	-0,293	-0,332	-0,593	-0,303	-0,337	-0,333	-0,411	-0,387	-0,524	-0,165	-0,215	-0,173	-0,239	-0,257	-0,488	0,378	0,491	0,354	0,463	0,518	1,000

Sig. (2-tailed)
Spearman's rho

iΑπαρ		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,337268	0,486779	0,816686	0,425551	0,093007	0,037260	0,000001	0,001322	0,000007	0,041111	0,029558	0,000391	0,000001	0,000001	0,008943	0,000184	0,000001	0,000001
iiΑπαρ	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,148253	0,001230	0,001650	0,000001	0,001156	0,078955	0,265968	0,000001	0,097138	0,688717	0,744478	0,596028	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iiiΑπαρ	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,003751	0,001473	0,000001	0,000001	0,000559	0,002446	0,927286	0,190427	0,082406	0,007077	0,242633	0,971253	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
ivΑπαρ	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,027892	0,000005	0,000042	0,000001	0,000001	0,000057	0,946232	0,052813	0,181439	0,788791	0,649128	0,610035	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
vΑπαρ	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,079498	0,000409	0,000022	0,000001	0,000164	0,027758	0,137114	0,118668	0,159392	0,196638	0,194739	0,887722	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
viΑπαρ	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,076241	0,102970	0,091351	0,000480	0,055034	0,392865	0,513222	0,018582	0,004445	0,992707	0,517470	0,000039	0,000001	0,000001	0,000030	0,000001	0,000001	0,000001
iΒπαρ	0,337268	0,148253	0,003751	0,027892	0,079498	0,076241		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iiΒπαρ	0,486779	0,001230	0,001473	0,000005	0,000409	0,102970	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iiiΒπαρ	0,816686	0,001650	0,000001	0,000042	0,000022	0,091351	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
ivΒπαρ	0,425551	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000480	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
vΒπαρ	0,093007	0,001156	0,000559	0,000001	0,000164	0,055034	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000008	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
viΒπαρ	0,037260	0,078955	0,002446	0,000057	0,027758	0,392865	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000014	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iΓπαρ	0,000001	0,265968	0,927286	0,946232	0,137114	0,513222	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000120
iiΓπαρ	0,001322	0,000001	0,190427	0,052813	0,118668	0,018582	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000038	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iiiΓπαρ	0,000007	0,097138	0,082406	0,181439	0,159392	0,004445	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000053	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000053
ivΓπαρ	0,041111	0,688717	0,007077	0,788791	0,196638	0,992707	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
vΓπαρ	0,029558	0,744478	0,242633	0,649128	0,194739	0,517470	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
viΓπαρ	0,000391	0,596028	0,971253	0,610035	0,887722	0,000039	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,009288	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iΔπαρ	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000008	0,000014	0,000001	0,000038	0,000053	0,000001	0,000001	0,009288		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iiΔπαρ	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001	0,000001
iiiΔπαρ	0,008943	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000030	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001	0,000001
ivΔπαρ	0,000184	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001	0,000001
vΔπαρ	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001		0,000001
viΔπαρ	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000120	0,000001	0,000053	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	0,000001	

Correlations Correlation Coefficient Spearman's rho

	IАЕТТ	IIАЕТТ	IIIАЕТТ	IVАЕТТ	VАЕТТ	VIАЕТТ	IBЕТТ	IIБЕТТ	IIIБЕТТ	IVБЕТТ	VБЕТТ	VIБЕТТ	IFЕТТ	IIFЕТТ	IIIFЕТТ	IVFЕТТ	VFЕТТ	VIFЕТТ	IDЕТТ	IIDЕТТ	IIIDЕТТ	IVДЕТТ	VДЕТТ	VIDЕТТ
IАЕТТ	1,00000	0,41741	0,42334	0,37912	0,37896	0,33739	-0,28769	-0,14337	-0,01101	-0,00063	-0,01108	-0,08722	-0,52162	-0,26587	-0,30168	-0,19534	-0,24230	-0,21973	-0,25587	-0,10386	-0,12222	-0,17523	-0,10699	-0,09082
IIАЕТТ	0,41741	1,00000	0,50893	0,40618	0,37616	0,39950	-0,12138	-0,27183	-0,07396	-0,03864	0,04704	-0,07047	-0,28666	-0,61714	-0,29176	-0,21609	-0,31224	-0,26149	-0,19999	-0,38639	-0,17534	-0,21265	-0,17534	-0,14381
IIIАЕТТ	0,42334	0,50893	1,00000	0,43577	0,41460	0,34254	-0,17333	-0,25085	-0,15310	-0,06160	-0,00698	-0,07353	-0,27692	-0,38542	-0,55868	-0,28007	-0,31030	-0,18923	-0,05378	-0,06822	-0,25830	-0,09915	-0,11578	-0,08613
IVАЕТТ	0,37912	0,40618	0,43577	1,00000	0,53559	0,31171	-0,09138	-0,05253	-0,02355	-0,07862	0,05422	-0,07973	-0,26758	-0,23361	-0,31120	-0,49668	-0,35505	-0,11152	-0,02922	-0,15039	-0,02337	-0,22380	-0,09292	-0,06980
VАЕТТ	0,37896	0,37616	0,41460	0,53559	1,00000	0,42395	-0,03495	-0,06329	-0,02384	0,04823	-0,09861	-0,10492	-0,24318	-0,22289	-0,31773	-0,27440	-0,52417	-0,21437	-0,09966	-0,15021	-0,04620	-0,16419	-0,23898	-0,09904
VIАЕТТ	0,33739	0,39950	0,34254	0,31171	0,42395	1,00000	-0,02549	-0,13265	-0,04876	-0,02072	0,01523	-0,28457	-0,21404	-0,31015	-0,22751	-0,21208	-0,26955	-0,44701	-0,15657	-0,13909	-0,18853	-0,14157	-0,16674	-0,36265
IBЕТТ	-0,28769	-0,12138	-0,17333	-0,09138	-0,03495	-0,02549	1,00000	0,45754	0,21939	0,31580	0,18854	0,21949	-0,12348	0,02920	0,09749	0,05238	0,05724	0,04303	-0,31387	-0,23715	-0,06829	-0,17499	-0,11173	-0,15524
IIБЕТТ	-0,14337	-0,27183	-0,25085	-0,05253	-0,06329	-0,13265	0,45754	1,00000	0,40587	0,38973	0,27094	0,30633	-0,01395	0,10325	0,10947	0,04960	0,09175	0,19300	-0,07854	-0,37364	-0,04083	-0,14641	-0,10851	-0,13282
IIIБЕТТ	-0,01101	-0,07396	-0,15310	-0,02355	-0,02384	-0,04876	0,21939	0,40587	1,00000	0,37813	0,36810	0,24358	0,05709	0,05011	-0,08183	0,08312	0,07381	0,10452	-0,12726	-0,22742	-0,32520	-0,27687	-0,20372	-0,09485
IVБЕТТ	-0,00063	-0,03864	-0,06160	-0,07862	0,04823	-0,02072	0,31580	0,38973	0,37813	1,00000	0,39174	0,35917	-0,00100	0,03987	0,03638	-0,12702	0,02704	0,03621	-0,21219	-0,26684	-0,27065	-0,49188	-0,34045	-0,22684
VБЕТТ	-0,01108	0,04704	-0,00698	0,05422	-0,09861	0,01523	0,18854	0,27094	0,36810	0,39174	1,00000	0,31123	0,02798	-0,05067	0,02040	-0,04925	-0,13938	-0,01773	-0,17184	-0,23598	-0,24638	-0,28816	-0,44942	-0,17670
VIБЕТТ	-0,08722	-0,07047	-0,07353	-0,07973	-0,10492	-0,28457	0,21949	0,30633	0,24358	0,35917	0,31123	1,00000	0,01056	0,10777	0,08331	0,04407	0,06050	0,23078	-0,03380	-0,18391	-0,08477	-0,11807	-0,12502	-0,41566
IFЕТТ	-0,52162	-0,28666	-0,27692	-0,26758	-0,24318	-0,21404	-0,12348	-0,01395	0,05709	-0,00100	0,02798	0,01056	1,00000	0,36789	0,37555	0,37220	0,38245	0,23915	-0,09353	0,10579	-0,06561	0,03817	-0,04016	0,14642
IIFЕТТ	-0,26587	-0,61714	-0,38542	-0,23361	-0,22289	-0,31015	0,02920	0,10325	0,05011	0,03987	-0,05067	0,10777	0,36789	1,00000	0,36596	0,29523	0,39805	0,38692	0,14590	-0,03786	0,14412	0,14534	0,09581	0,04641
IIIFЕТТ	-0,30168	-0,29176	-0,55868	-0,31120	-0,31773	-0,22751	0,09749	0,10947	-0,08183	0,03638	0,02040	0,08331	0,37555	0,36596	1,00000	0,42277	0,48395	0,24437	-0,04074	-0,03246	-0,22656	-0,04144	-0,07517	0,02144
IVFЕТТ	-0,19534	-0,21609	-0,28007	-0,49668	-0,27440	-0,21208	0,05238	0,04960	0,08312	-0,12702	-0,04925	0,04407	0,37220	0,29523	0,42277	1,00000	0,52650	0,28650	-0,11147	-0,00911	-0,13697	-0,14502	-0,09488	0,03765
VFЕТТ	-0,24230	-0,31224	-0,31030	-0,35505	-0,52417	-0,26955	0,05724	0,09175	0,07381	0,02704	-0,13938	0,06050	0,38245	0,39805	0,48395	0,52650	1,00000	0,33473	-0,06255	0,01624	-0,14699	-0,03496	-0,13883	0,02619
VIFЕТТ	-0,21973	-0,26149	-0,18923	-0,11152	-0,21437	-0,44701	0,04303	0,19300	0,10452	0,03621	-0,01773	0,23078	0,23915	0,38692	0,24437	0,28650	0,33473	1,00000	0,17975	-0,02880	0,11043	0,09176	0,12222	-0,21835
IDЕТТ	-0,25587	-0,19999	-0,05378	-0,02922	-0,09966	-0,15657	-0,31387	-0,07854	-0,12726	-0,21219	-0,17184	-0,03380	-0,09353	0,14590	-0,04074	-0,11147	-0,06255	0,17975	1,00000	0,33204	0,40721	0,47685	0,48297	0,18418
IIDЕТТ	-0,10386	-0,38639	-0,06822	-0,15039	-0,15021	-0,13909	-0,23715	-0,37364	-0,22742	-0,26684	-0,23598	-0,18391	0,10579	-0,03786	-0,03246	-0,00911	0,01624	-0,02880	0,33204	1,00000	0,31448	0,37833	0,37862	0,32984
IIIDЕТТ	-0,12222	-0,17534	-0,25830	-0,02337	-0,04620	-0,18853	-0,06829	-0,04083	-0,32520	-0,27065	-0,24638	-0,08477	-0,06561	0,14412	-0,22656	-0,13697	-0,14699	0,11043	0,40721	0,31448	1,00000	0,57742	0,57484	0,25857
IVДЕТТ	-0,17523	-0,21265	-0,09915	-0,22380	-0,16419	-0,14157	-0,17499	-0,14641	-0,27687	-0,49188	-0,28816	-0,11807	0,03817	0,14534	-0,04144	-0,14502	-0,03496	0,09176	0,47685	0,37833	0,57742	1,00000	0,63357	0,29831
VДЕТТ	-0,10699	-0,17534	-0,11578	-0,09292	-0,23898	-0,16674	-0,11173	-0,10851	-0,20372	-0,34045	-0,44942	-0,12502	-0,04016	0,09581	-0,07617	-0,09488	-0,13883	0,12222	0,48297	0,37862	0,57484	0,63357	1,00000	0,36696
VIDЕТТ	-0,09082	-0,14381	-0,08813	-0,06980	-0,09904	-0,36265	-0,15524	-0,13282	-0,09485	-0,22684	-0,17670	-0,41566	0,14642	0,04841	0,02144	0,03785	0,02619	-0,21835	0,18418	0,32984	0,25857	0,29831	0,36696	1,00000

Sig. (2-tailed) Spearman's rho

iAETT		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00083	0,79829	0,98840	0,79716	0,04257	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,01567	0,00441	0,00004	0,01278	0,03469
iiAETT	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00469	0,00000	0,08568	0,36969	0,27477	0,10157	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00004	0,00000	0,00004	0,00079
iiiAETT	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,00005	0,00000	0,00035	0,15246	0,87138	0,08754	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00001	0,21172	0,11300	0,00000	0,02108	0,00702	0,04045
ivAETT	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,03360	0,22249	0,58470	0,06766	0,20797	0,06388	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00943	0,49758	0,00045	0,58755	0,00000	0,03071	0,10486
vAETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,41716	0,14151	0,58010	0,26278	0,02180	0,01463	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,02042	0,00046	0,28342	0,00012	0,00000	0,02122
viAETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000		0,55418	0,00199	0,25753	0,63061	0,72371	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00026	0,00118	0,00001	0,00096	0,00010	0,00000
iBETT	0,00000	0,00469	0,00005	0,03360	0,41716	0,55418		0,00000	0,00000	0,00000	0,00001	0,00000	0,00402	0,49796	0,02334	0,22383	0,18373	0,31781	0,00000	0,00000	0,11259	0,00004	0,00930	0,00029
iiBETT	0,00083	0,00000	0,00000	0,22249	0,14151	0,00199	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,74612	0,01628	0,01083	0,24948	0,03288	0,00001	0,07528	0,00000	0,34322	0,00064	0,01155	0,00196
iiiBETT	0,79829	0,08568	0,00035	0,58470	0,58010	0,25753	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,18488	0,24459	0,05717	0,05335	0,08630	0,01501	0,00303	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,02738
ivBETT	0,98840	0,36969	0,15246	0,06766	0,26278	0,63061	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,98146	0,35469	0,39837	0,00308	0,53030	0,40060	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
vBETT	0,79716	0,27477	0,87138	0,20797	0,02180	0,72371	0,00001	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,51613	0,23751	0,63588	0,25280	0,00115	0,68081	0,00006	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00004
viBETT	0,04257	0,10157	0,08754	0,06388	0,01463	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000		0,80636	0,01214	0,05280	0,30626	0,15998	0,00000	0,43264	0,00002	0,04875	0,00597	0,00358	0,00000
iΓETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00402	0,74612	0,18488	0,98146	0,51613	0,80636		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,02961	0,01383	0,12746	0,37553	0,35119	0,00064
iiΓETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,49796	0,01628	0,24459	0,35469	0,23751	0,01214	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00066	0,37946	0,00077	0,00070	0,02585	0,28119
iiiΓETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,02334	0,01083	0,05717	0,39837	0,63588	0,05280	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,34423	0,45117	0,00000	0,33598	0,08066	0,61872
ivΓETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,22383	0,24948	0,05335	0,00308	0,25280	0,30626	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,00946	0,83266	0,00141	0,00072	0,02733	0,38206
vΓETT	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,18373	0,03288	0,08630	0,53030	0,00115	0,15998	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,14626	0,70624	0,00060	0,41709	0,00121	0,54334
viΓETT	0,00000	0,00000	0,00001	0,00943	0,00000	0,00000	0,31781	0,00001	0,01501	0,40060	0,68081	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000		0,00003	0,51570	0,01016	0,03286	0,00442	0,00000
iΔETT	0,00000	0,00000	0,21172	0,49758	0,02042	0,00026	0,00000	0,07528	0,00303	0,00000	0,00006	0,43264	0,02961	0,00066	0,34423	0,00946	0,14626	0,00003		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00002
iiΔETT	0,01567	0,00000	0,11300	0,00045	0,00046	0,00118	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00002	0,01383	0,37946	0,45117	0,83266	0,70624	0,51570	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
iiiΔETT	0,00441	0,00004	0,00000	0,58755	0,28342	0,00001	0,11259	0,34322	0,00000	0,00000	0,00000	0,04875	0,12746	0,00077	0,00000	0,00141	0,00060	0,01016	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000	0,00000
ivΔETT	0,00004	0,00000	0,02108	0,00000	0,00012	0,00096	0,00004	0,00064	0,00000	0,00000	0,00000	0,00597	0,37553	0,00070	0,33598	0,00072	0,41709	0,03286	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000	0,00000
vΔETT	0,01278	0,00004	0,00702	0,03071	0,00000	0,00010	0,00930	0,01155	0,00000	0,00000	0,00000	0,00358	0,35119	0,02585	0,08066	0,02733	0,00121	0,00442	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000		0,00000
viΔETT	0,03469	0,00079	0,04045	0,10486	0,02122	0,00000	0,00029	0,00196	0,02738	0,00000	0,00004	0,00000	0,00064	0,28119	0,61872	0,38206	0,54334	0,00000	0,00002	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	

