

Σύγχρονες δυνατότητες του ανθρώπινου δυναμικού και αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας

Καλογερόπουλος Δημήτριος¹, Χαραλάμπους Γεώργιος²

1. *Ειδικευμένος Οφθαλμολογίας, Οφθαλμολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ελλάδα, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Τμήμα Οφθαλμολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Frederick, Κύπρος*
2. *Χειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Frederick, Κύπρος*

DOI: 10.5281/zenodo.3468935

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αρκετά στοιχεία από την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού προέρχονται από το πεδίο των επιχειρήσεων και της διοίκησης. Παρά τις σύγχρονες δυνατότητες του ανθρώπινου δυναμικού η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ουσιαστική αξιοποίησή του με άμεσο αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας τόσο από διεθνή όσο από ελληνικά συγγράμματα, καθώς και την αναζήτηση από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus), χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: ανθρώπινο δυναμικό, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, οργανισμός υγείας, παραγωγικότητα, αποδοτικότητα, ανάπτυξη, διοίκηση υγειονομικών μονάδων, σχεδιασμός, οικονομική κρίση. Η αποτελεσματική οργάνωση και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού είναι πολυπαραγοντική. Ένας οργανισμός υγείας πρέπει να διοικείται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη παραγωγικότητα και να εκπληρώνονται οι βασικοί στόχοι. Η αποδοτικότητα στον χώρο της υγείας σχετίζεται με την ύπαρξη εξέλιξης, κινήτρων, καλών συνθηκών εργασίας, δια βίου επιμόρφωσης και της συνολικής ικανοποίησης του εργαζομένου.

Λέξεις Κλειδιά: Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, διοίκηση υγειονομικών μονάδων, παραγωγικότητα, αποδοτικότητα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Καλογερόπουλος Δημήτριος, Λεωφόρος Σταύρου Νιάρχου, 45500, Οφθαλμολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τηλ.: +30 6978602312, E-mail: dkalog1990@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 18, Issue 4 (October – December 2019)

SPECIAL ARTICLE

Modern opportunities for improving human resources and facing the impact of financial crisis on health services

Kalogeropoulos Dimitrios¹, Charalambous George²

1. *Specialty trainee, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Ioannina, Greece, PhD candidate, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, School of Health Sciences, Frederick University, Cyprus*
2. *Surgeon, Department of Accidents and Emergencies, General Hospital "Ippokratio" of Athens, Greece, School of Health Sciences, Frederick University, Cyprus*

DOI: 10.5281/zenodo.3468935

ABSTRACT

Most of the current knowledge about the management of human resources derive from the field of business and enterprises. It appears that despite the wide spectrum of capabilities of the employees, the financial crisis has caused many obstacles in its substantial development. This phenomenon has a direct impact on the effectiveness and efficiency of our health system. A meticulous research was conducted in various online databases (Medline, PubMed, Scopus) using the following keywords: human resources, management of working force, health organization, productivity, effectiveness, development, management of healthcare systems, design, financial crisis. The effective management of the available human resources is multifactorial. The management of employees in a health organization calls should aim in maximizing the productivity and accomplishing the main aims of the organization. The efficiency and productivity of



employees is inextricably correlated with the prospect of development, motivation, good working environment, continuous education and the overall satisfaction of each employee.

Keywords: Management of working force, productivity, effectiveness, management of healthcare systems.

Corresponding Author: *Kalogeropoulos Dimitrios, Stavros Niarchos Avenue, 45500, Greece, Department of Ophthalmology, University Hospital of Ioannina, Tel: +30 6978602312 and +447427528918, E-mail: dkalog1990@gmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε κάθε οργανισμό που επιθυμεί την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, οι υπεύθυνοι της διοίκησης και των οικονομικών δίνουν έμφαση τόσο στην αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας όσο και την ικανοποίηση από αυτήν, καθώς χωρίς τον συνδυασμό αυτών των δύο δεν μπορεί να επέλθει βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάπτυξη της παραγωγικότητας παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με την πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού.^{1,2} Γενικά, στόχος κάθε επιχείρησης (κερδοσκοπικής ή μη) είναι να επιτύχει τον βέλτιστο συνδυασμό παραγωγικών συντελεστών με στόχο τη μέγιστη δυνατή απόδοση χωρίς απώλειες. Ωστόσο, ειδικότερα στον τομέα της υγείας, οι άνθρωποι πόροι αποτελούν τον σπουδαιότερο παραγωγικό συντελεστή. Επομένως, στις νοσοκομειακές μονάδες, το διοικητικό έργο επικεντρώνεται στην ουσιαστική αξιοποίηση του διαθέσιμου ανθρωπίνου δυναμικού.^{3,4}

Η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (Human Resources Management) αποτελεί πια

διακριτό επιστημονικό, επαγγελματικό και διοικητικό πεδίο. Οι οργανισμοί, μέσα σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο και ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον, καλούνται να λειτουργήσουν και να εξελιχθούν σε επίπεδο οργάνωσης. Η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού περιγράφεται ως «η διοικητική λειτουργία που μελετά, εφαρμόζει και εποπτεύει σειρά δραστηριοτήτων σχετικών με τη διαχείριση και την ανάπτυξη του προσωπικού». Η λειτουργία αυτή συνδυάζεται με την πρώτιστη αρχή ή λειτουργία του στρατηγικού/επιχειρησιακού σχεδιασμού με στόχο τη στρατηγική εναρμόνισή της. Τα ευρύτερα αλλά και επιμέρους προβλήματα της πρέπει να εξετάζονται με ολιστικό και οργανωμένο τρόπο, με βάση τεκμηριωμένες απόψεις και εργαλεία, και θέτοντας στόχους παρακολούθησης και αυστηρά χρονοδιαγράμματα υλοποίησης μέσα στο πλαίσιο μιας συνεχώς μεταβαλλόμενης πραγματικότητας.⁵

Η ΔΑΔ εστιάζει στη σπουδαιότητα του ανθρώπινου παράγοντα εν συγκρίσει με άλλους πόρους, τόσο υλικούς όσο και

οικονομικούς, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες εντάσεως εργασίας, με τις υπηρεσίες υγείας να αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η σημασία της είναι στενά συνδεδεμένη με την βέλτιστη αξιοποίηση κάθε εργαζομένου ως του βασικότερου πλεονεκτήματος στην αποτελεσματικότητα (δημόσιος τομέας) και στον ανταγωνισμό (ιδιωτικός τομέας).^{5,6}

ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Η Διοίκηση των Ανθρώπινων Πόρων αποτελεί μια προσπάθεια για συστηματική και μακροπρόθεσμη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού και εν προκειμένω ενός οργανισμού Υγείας. Ο άνθρωπος παράγοντας είναι ένας εκ των κυριότερων συντελεστών για την επίτευξη των στόχων και την αύξηση της παραγωγικότητας.

Η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων θεωρείται βασική προτεραιότητα όχι μόνο του τμήματος προσωπικού. Πρακτικά, η διοίκηση ανθρώπινων πόρων αφορά στη στρατολόγηση, την επιλογή, την εξέλιξη, την αξιοποίηση των εργαζομένων και την προσαρμογή τους στο εργασιακό περιβάλλον. Όπως είναι εύκολα αντιληπτό περιλαμβάνει όλα τα άτομα που εργάζονται στον εκάστοτε οργανισμό, ανεξαρτήτως ειδικότητας και τομέα δραστηριότητας.

Βάσει ενός άλλου ορισμού, η διοίκηση ανθρώπινων πόρων αποτελεί μια διοικητική λειτουργία μελέτης, εποπτείας και εφαρμογής σειράς δραστηριοτήτων σχετικά με τη διαχείριση και ανάπτυξη του προσωπικού.⁷ Σε αυτή την περίπτωση αναγκαίος κρίνεται ο συντονισμός με την λειτουργία του στρατηγικού σχεδιασμού.

Η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων παίζει καθοριστικό ρόλο κι αυτό γιατί οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που επιτρέπουν σε έναν οργανισμό να επιτύχει τους στόχους του.⁶ Συνεπώς, η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων αποτελεί ένα σύνολο ρόλων και λειτουργιών που αναδεικνύουν την σπουδαιότητα του ανθρώπινου παράγοντα στην εργασία, διαμορφώνοντας ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω της ουσιαστικής ανάπτυξης ενός ικανού και αφοσιωμένου ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, οι στρατηγικές διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού που καθορίζουν την κουλτούρα και την δομή ενός οργανισμού υγείας συμβάλλουν στην εναρμόνισή του με τις γενικότερες στρατηγικές και το εξωτερικό περιβάλλον.⁸

Ορισμένα από τα βασικότερα ζητήματα σχετικά με τη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων και στα οποία πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση είναι:⁹

1. Η ύπαρξη οράματος του ανθρώπινου δυναμικού και ο εναρμονισμός του με τις

στρατηγικές προτεραιότητες και ανάγκες του οργανισμού

2. Η φιλοσοφία και οι αξίες του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να συμβαδίζουν με αυτές του οργανισμού
3. Η οργάνωση του τμήματος των ανθρώπινων πόρων, για την παροχή βέλτιστων υπηρεσιών υγείας μέσω της μέγιστης κινητοποίησης του προσωπικού.
4. Δράσεις του τμήματος ανθρώπινων πόρων για την πρόληψη και ελάττωση της εμφάνισης προβλημάτων.
5. Η ενεργή συμμετοχή των στελεχών του τμήματος ανθρώπινου δυναμικού στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τον οργανισμό στο σύνολό του.

Επιπλέον κρίνεται απαραίτητη η θέσπιση και ανάπτυξη της εξειδίκευσης του προσωπικού έτσι ώστε να επιτευχθεί μία μακροπρόθεσμη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού θα επιφέρει τα ακόλουθα ευεργετικά αποτελέσματα και οφέλη:

- Αύξηση του επιπέδου ενεργητικότητας
- Προσαρμοστικότητα
- Ευελιξία
- Καλύτερος σχεδιασμός και οργάνωση
- Λιγότερο στρες και πίεση στο εργασιακό περιβάλλον
- Καλύτερη ανάλυση και επίλυση των προβλημάτων
- Συγκεκριμένες δεξιότητες
- Δραστικές αποφάσεις

- Καλύτερη αντίληψη και ευαισθησία
- Ανάπτυξη υφισταμένων
- Σωστή ανάθεση αρμοδιοτήτων και ανάληψη πρωτοβουλιών

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η επάρκεια, η ποιότητα και η ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού είναι κάποιες από τις βασικότερες παραμέτρους που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Η «παραγωγή» ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας απαιτεί μακροπρόθεσμο πλάνο λαμβάνοντας υπόψη την ισότιμη κατανομή του ανάλογα με τις ανάγκες σε κάθε τομέα/κατηγορία και γεωγραφική θέση. Φυσικά, η εσωτερική διαδικασία παρακίνησης του προσωπικού και η ορθολογική διαχείρισή του παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.¹⁰ Χαρακτηριστικά, ο Baker αναφέρει πως «ένα νοσοκομείο μπορεί να χτιστεί μέσα σε μερικούς μήνες, ένας ιατρός όμως χρειάζεται μία δεκαετία για να εκπαιδευθεί».¹¹

Η ορθή ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας δεν αποτελεί μία απόλυτη και εκ των προτέρων προκαθορισμένη διαδικασία, αλλά εξαρτάται από τον καθορισμό του υγειονομικού στόχου που έχει τεθεί.¹² Τόσο το Υπουργείο Υγείας όσο και οι διάφορες σχολές «παράγουν»

ανάλογα με τις μελλοντικές ανάγκες του συστήματος υγείας και της χώρας,¹³ όπως αυτές καταγράφονται μέσα από τα υγειονομικά ζητήματα του πληθυσμού και βάσει συγκεκριμένων προτεραιοτήτων. Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι η εργασιακή απασχόληση στην υγεία σχετίζεται άμεσα με την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.¹⁴

Αναφορικά, στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 5% του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον χώρο της υγείας. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά περίπου το 60% των δαπανών υγείας, αποτελώντας τον κυριότερο παράγοντα για την διαμόρφωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Παραδόξως, στην Ελλάδα, παρά το πλεόνασμα του αριθμού των ιατρών, ο τομέας της υγείας παραμένει υποστελεχωμένος. Εν συγκρίσει με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), όπου το μέσο ποσοστό απασχόλησης του εργατικού δυναμικού στην υγεία είναι 4,6%, η Ελλάδα εξακολουθεί να παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό, το οποίο αν και έχει βελτιωθεί κατά την διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας, δεν ξεπερνά το 3,5%.¹⁰ Σύμφωνα με παλαιότερη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1990) στις περισσότερες χώρες δεν είχε σημειωθεί πρόοδος όσον αφορά την παραγωγή και την διαθεσιμότητα του υγειονομικού

προσωπικού, ενώ ένα από τα σοβαρότερα ζητήματα ήταν η ισότιμη κατανομή και η αύξηση της παρακίνησης και της παραγωγικότητας.¹³

Σχετικά με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία τα προβλήματα είναι τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά και μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- **Προβλήματα σχεδιασμού:** Συχνά γίνεται λήψη αποφάσεων βάσει πρόχειρων και βεβιασμένων εκτιμήσεων, ενώ ο συντονισμός μεταξύ «σχεδιαστών» (υγεία) και «παραγωγών» (παιδεία) καθίσταται αδύνατη.¹³ Ο σχεδιασμός στηρίζεται ως επί το πλείστον στην πεποίθηση ότι τα χρήματα θα δοθούν σε μεταγενέστερο στάδιο χωρίς να δίνεται βάση στην διαμόρφωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες με σαφή προσόντα.^{16,17} Όπως είναι αναμενόμενο οι ελλείψεις είναι πάντοτε πιο εμφανείς στις αγροτικές και γενικότερα στις πιο φτωχές περιοχές, ενώ παράλληλα απουσιάζουν οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και εξειδίκευσης.^{18,19}
- **Προβλήματα στην παραγωγή:** Εξίσου σημαντικές μπορεί να είναι και οι δυσχέρειες που μπορεί να υπάρχουν σε επίπεδο ακαδημαϊκών δραστηριοτήτων, καθώς και των απαιτήσεων των χρηστών του συστήματος υγείας στο πλαίσιο της

γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι το ελληνικό μοντέλο είναι κυρίως ιατροκεντρικό και στοχεύει περισσότερο στην επεμβατική και όχι στην προληπτική ιατρική. Το αποτέλεσμα είναι πως η πρόληψη και η πρωτοβάθμια φροντίδα υποβαθμίζονται. Παράλληλα, τα πανεπιστήμια αναγκάζονται να περιορίσουν τις θέσεις τους, το ακαδημαϊκό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με μεγάλη πληθώρα προβλημάτων και τα πανεπιστήμια αδυνατούν να προσαρμοστούν στα σύγχρονα δεδομένα.^{20,21}

- **Προβλήματα στη διαχείριση:** Η συχνή έλλειψη κινήτρων σε συνδυασμό με την επαγγελματική απογοήτευση, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας οδηγούν στην μη αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών. Επίσης η ανεπαρκής ανάθεση αρμοδιοτήτων, η σύγχυση των ρόλων και η απουσία συνεχιζόμενης επαγγελματικής/επιστημονικής κατάρτισης μειώνουν ακόμη περισσότερο τα ποσοστά ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού.^{18,22}

Διαφαίνεται ότι ο «ιατρικός πληθωρισμός» πέρα από την αύξηση των δαπανών μπορεί να σχετίζεται συχνά με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Παράλληλα, η συνολική (από όλες τις πηγές: εσωτερικό και εξωτερικό) παραγωγή ιατρών ανά έτος

υπολογίζεται ότι φθάνει τους 1800 περίπου νέους ιατρούς (αύξηση 4-5%), ενώ ο αριθμός των επαγγελματιών που συνταξιοδοτούνται είναι περίπου 600 (μείωση 4-5%).²³ Αν και ο συνολικός αριθμός των ιατρών είχε φτάσει τις 47.979 (αύξηση 27%), φαίνεται ότι η αύξηση στο διάστημα 1995 με 2000 (15%) είναι μικρότερη σε σχέση με την αύξηση του διαστήματος 1990-1995 (17%), υποδηλώνοντας προφανώς μία πιθανή τάση σταθεροποίησης.²⁴

Παρόλο που προηγούμενες μελέτες είχαν ήδη αναδείξει τα προβλήματα σχετικά με το ιατρικό δυναμικό, η Πολιτεία δεν έλαβε τα ανάλογα μέτρα οδηγώντας σε κακή διαχείριση του δυναμικού και εκρήξεις ανεργίας. Με βάση προηγούμενα δεδομένα περισσότεροι από 2000 Έλληνες ιατροί ήταν εγγεγραμμένοι στο ταμείο ανεργίας. Παρεμφερή προβλήματα ως προς την ανεργία των ιατρών είχαν παρατηρηθεί ήδη από το 1990 και σε άλλες χώρες όπως η Ιταλία (60% των ανέργων ιατρών στην Ευρώπη), στην Γερμανία (23%), στην Ισπανία (9%), στην Αυστρία (2,9%) και στην Ολλανδία (2,6%).¹⁰ Προς το παρόν δεν είναι ακόμα σαφές το πως η αυξημένη μετακίνηση ιατρών, κυρίως από τις νότιες προς τις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες, θα επηρεάσει την παράμετρο της προσφοράς. Ωστόσο, όπως είναι αναμενόμενο θα επηρεαστεί αναλόγως και η παράμετρος της ζήτησης. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να επισημανθεί ξανά πως η ταχύτατη εξέλιξη

της ιατρικής και της τεχνολογίας σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού δημιουργούν ολοένα και περισσότερες ανάγκες που απαιτούν μεγαλύτερο αριθμό ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψή τους.

Είναι γεγονός ότι σήμερα ένας μεγάλος αριθμός ειδικευμένων ιατρών στην Ελλάδα αναζητά εργασία εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και ασφαλιστικών ταμείων. Ταυτόχρονα, πολλοί νέοι ιατροί επιλέγουν άλλες χώρες του εξωτερικού για την ολοκλήρωση της ειδικότητας και της εκπαίδευσής τους. Οι επιλογές αυτές απορρέουν από ένα σύνολο προβλημάτων όπως οι μειωμένες απολαβές, η έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης, η απουσία εξέλιξης κ.α. Πέρα από την δυσαρμονία που δημιουργείται στα νοσοκομεία λόγω του ότι πολλές θέσεις μένουν ακάλυπτες για παρατεταμένα διαστήματα, διογκώνεται η ζήτηση μέσω της ιατρογενούς νοσηρότητας (π.χ. άσκοπες εξετάσεις, εισαγωγές στα νοσοκομεία, επεμβατικές πράξεις κλπ.) με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και του κόστους.¹⁰ Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν πως αν συνεχιστεί η τάση αυτή μεγάλο ποσοστό των νέων ιατρών στο μέλλον θα είναι άνεργοι ή θα απορροφούνται μόνο ως χαμηλόμισθοι υπάλληλοι ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών.¹⁰

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα είναι η δυσανάλογη κατανομή των ιατρών ανά ειδικότητα, η οποία δημιουργεί υπερβολική ζήτηση προς τις ειδικότητες με τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών.²⁵ Φαίνεται ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά ιατρών σε ειδικότητες όπως η γυναικολογία, η χειρουργική, η παθολογία κ.α., σημειώνεται σημαντική έλλειψη σε άλλες όπως η γηριατρική, η κοινωνική ιατρική, η γενική ιατρική κ.α. Ενδεχομένως, οι τάσεις αυτές υποδεικνύουν προς τα πού πρέπει να στραφεί η πολιτική υγείας στο μέλλον, ώστε να αντιμετωπίσει τα μελλοντικά προβλήματα όσον αφορά την ανεργία, αλλά και την ουσιαστική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας.¹⁰

Στην Ελλάδα, σημειώνεται σημαντική έλλειψη γενικών ιατρών στους οποίους και βασίζεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Οι γενικοί ιατροί αποτελούν κεντρικό σημείο στην ορθή οργάνωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Παρόλο που σε χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας το ποσοστό των γενικών ιατρών ανέρχεται στο 40-50% του συνόλου των ιατρών, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό δεν ξεπερνά το 1,5% (δηλ. περίπου 750 ιατροί). Από την άλλη πλευρά, οι περίπου 2.000 ιατροί του ΙΚΑ και οι 2.000 ιατροί των κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων θα έπρεπε να υιοθετούν ουσιαστικά τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού

τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Βασικό προαπαιτούμενο, ειδικά όσον αφορά την δεύτερη κατηγορία, είναι η εκπαίδευσή τους (internship) για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητο το προγραμματισμένο άνοιγμα μεγαλύτερου αριθμού θέσεων στην γενική ιατρική αλλά και στις υπόλοιπες «αναγκαίες» ειδικότητες και η αντίστοιχη μείωση στις «κορεσμένες» ειδικότητες. Προς το παρόν όμως η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την κακή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και τις επαγγελματικές ή ακαδημαϊκές αντιδράσεις δεν επιτρέπουν τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και εύρυθμου συστήματος ΠΦΥ.¹⁰

Το πρόβλημα της γεωγραφικής ανισοκατανομής είχε επισημανθεί από το 1992 όταν είχε καταγραφεί πως το 52,1% των ιατρών στην Ελλάδα συγκεντρωνόταν στην Αττική με μία αναλογία ιατρού/αριθμό κατοίκων ίση με 1:172, ενώ την ίδια χρονική περίοδο σε πολλές περιφερειακές περιοχές η αναλογία ήταν 1:500. Για την επίλυση του συγκεκριμένου ζητήματος η κατανομή των θέσεων ειδικοτήτων σε σταθερή βάση ανά περιφέρεια θα μπορούσε να είναι μία ουσιαστική και αξιόπιστη επιλογή.¹⁰

Η έλλειψη σύνδεσης μεταξύ του προγράμματος σπουδών και του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης αποτελεί ένα ακόμη άεναο εμπόδιο στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται

δραστικές αλλαγές όσον αφορά τον αριθμό των εισακτέων φοιτητών, την εισαγωγή φοιτητών από το εξωτερικό, το σύστημα εξετάσεων, τη συνεχή επιμόρφωση και τον τρόπο παροχής άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.¹⁶

Τέλος, η ευαισθητοποίηση των ιατρών στο κόστος, η εισαγωγή μέτρων ελέγχου στη θεραπευτική διαδικασία και οι αλλαγές στον τρόπο αμοιβής, στοχεύοντας στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητας, αποτελούν περαιτέρω ρυθμίσεις που θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη.²⁶

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

A) Ανεπαρκής εκπαίδευση και ελλείψεις στο προσωπικό

Το υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα έρχεται αντιμέτωπο τόσο με ποιοτικά και διαρθρωτικά προβλήματα.²⁷ Τα πιο κρίσιμα είναι:

1. το μικρό αριθμητικό και αναλογικό μέγεθος,
2. γεωγραφική κατανομή και η ανισορροπία που αυτή προκαλεί,
3. η πολυσχιδής ποιοτική σύνθεση και το επίπεδο εκπαίδευσης (μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών),

4. η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,
5. μείωση προσλήψεων και αποδοχών,
6. η μη εφαρμογή ξεκάθαρων καθηκόντων.

Ως προς το αριθμητικό μέγεθος, με βάση τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού προς το ιατρικό προσωπικό στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Πιο συγκεκριμένα καθώς αναλογούν μόνο 0,6 νοσηλευτές ανά ιατρό. Παράλληλα, η χώρα μας κατατάσσεται μεταξύ των τελευταίων χωρών του ΟΟΣΑ με τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτών ανά κάτοικο (αντιστοιχούν 2–4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους).²⁸ Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 9,1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στην Ελλάδα αντιστοιχούν μόλις 3,6, καθιστώντας προφανή την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας.²⁹ Δυστυχώς, το 50% περίπου των νοσηλευτών, εγκαταλείπει το επάγγελμα, εξαιτίας σοβαρών προβλημάτων όπως η ελλιπής εκπαίδευση, οι χαμηλές απολαβές και οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η αναβάθμιση του επαγγέλματος σε υλικό και ηθικό επίπεδο, καθώς και η δημιουργία νοσηλευτικών ειδικοτήτων, αποτελούν βασικά προαπαιτούμενα για την μακροπρόθεσμη εξέλιξη του επαγγέλματος.³⁰

B) Ελλείψεις στα υπόλοιπα επαγγέλματα στον χώρο της υγείας

Με εξαίρεση τον ιδιωτικό τομέα, οι ελλείψεις σε επίπεδο προσωπικού φαίνεται να είναι λιγότερες, τουλάχιστον εν συγκρίσει με το αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό. Παρ' όλα αυτά, εξακολουθεί να παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ορισμένα επαγγέλματα (π.χ. διευθυντικά στελέχη, κλινικοί μηχανισμοί, στατιστικοί κλπ.) τα οποία θεωρούνται ως αναγκαία για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν καταγραφεί περίπου 300 επαγγέλματα υγείας και η παρουσία πολλών από αυτών θεωρείται ουσιώδης για την σωστή και αποδοτική λειτουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας.¹⁰

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Η ορθή και ουσιαστική αξιοποίηση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού θα συμβάλλει στην βελτίωση της οργάνωσης και της κάλυψης των αναγκών σε επίπεδο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Κάποια από τα βασικότερα σημεία για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι τα ακόλουθα:³¹

1. Προσδιορισμός των αναγκών και κάλυψη των ανάλογων θέσεων στις υγειονομικές μονάδες

2. Θεσμοθέτηση γενικότερου πλαισίου για τον κεντρικό σχεδιασμό της κάλυψης των θέσεων
3. Προσέλκυση των επαγγελματιών υγείας
4. Επιλογή και πιστοποίηση για την ανάθεση των καθηκόντων
5. Σαφείς διαδικασίες αξιολόγησης για την πρόσληψη προσωπικού
6. Κατάλληλη επιλογή του μονίμου προσωπικού και διορισμοί

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η αύξηση και η ενίσχυση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού αποτελεί μία από τις βασικότερες παραμέτρους για την εξέλιξη και την βελτίωση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού. Η ικανοποίηση του προσωπικού σε ηθικό και υλικό επίπεδο είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την βελτίωση της παραγωγικότητας. Για την μακροπρόθεσμη επίτευξη αυτού του στόχου απαιτούνται τα ακόλουθα:³¹

1. Βαθμολογικές κλίμακες εξέλιξης, προόδου και σταδιοδρομίας
2. Πλάνο προαγωγών του προσωπικού με βάση προκαθορισμένα κριτήρια
3. Πειθαρχικό σύστημα για τον έλεγχο των εργαζομένων
4. Ανάλυση και κατανόηση των προσδοκιών και της ικανοποίησης από την εργασία

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Βελτίωση και υλοποίηση του σχεδιασμού στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

Στην Ελλάδα πέρα από τα δημόσια νοσοκομεία, υπάρχουν και ιδιωτικά νοσηλευτήρια αυξάνοντας τις δυνατότητες των πολιτών για την επιλογή των παρόχων υπηρεσιών υγείας.³² Ο κοινός τους στόχος είναι η προστασία της υγείας των πολιτών, καλύπτοντας τις ανάγκες τους και καταπολεμώντας την νοσηρότητα. Η αρμονική συνύπαρξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα είναι αναγκαία για την ορθή και ποιοτική προσφορά υπηρεσιών. Φυσικά απαιτείται διαμόρφωση σαφούς νομοθεσίας που θα προστατεύουν τόσο τους ασθενείς, όσο και τους εργαζόμενους (ιατροί, νοσηλευτές κλπ.). Απώτερος στόχος θα πρέπει να είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου, με τους ασθενείς να μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα την υπηρεσία υγείας που επιθυμούν, ενώ βασικός σκοπός η διασφάλιση της υγείας των πολιτών σε ένα πλαίσιο ισότητας και σεβασμού.

2. Επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων και αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης

Για την αξιολόγηση των αδυναμιών ενός νοσοκομείου είναι απαραίτητη η συγκέντρωση και ανάλυση στοιχείων σχετικά

με την ζήτηση υπηρεσιών υγείας, των αδυναμιών παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης κλπ.³³ Στην ανάπτυξη ενός ιδιωτικού νοσηλευτηρίου αποφασίζεται η απόδοση της επένδυσης, ο σχεδιασμός χωροταξικής υποδομής, καθώς και οι δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων και την κάλυψη των μελλοντικών συμβαμάτων.³⁴ Παράλληλα γίνεται αξιολόγηση άλλων παραμέτρων όπως οι χρόνοι συγκοινωνίας, η προσβασιμότητα κ.α.³⁵ Όλα αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να αναλύονται τόσο στα ιδιωτικά, όσο και στα δημόσια νοσοκομεία ώστε να επέλθει σταδιακά η μείωση των εξόδων. Τέλος, η πρακτική αυτή θα βοηθήσει στον καθορισμό στόχων και μεθόδων προσέγγισης, για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.

3. Εκπόνηση τεχνικο-οικονομικών μελετών

Η εκτίμηση της επάρκειας του ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών ως προς τους στόχους που έχουν αποφασισθεί μπορεί να γίνει μέσω μελετών για την ανάλυση των συγκεκριμένων δεδομένων. Ο σχεδιασμός των δημόσιων νοσοκομείων έχει γίνει βάσει των αναγκών του μόνιμου πληθυσμού χωρίς όμως να λαμβάνεται υπόψη η κινητικότητα του διάστημα (π.χ. καλοκαιρινή περίοδος σε

τουριστικές περιοχές) για μεγάλα χρονικά διαστήματα και οι σχετικές ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό (π.χ. ιατροί, νοσηλευτές κλπ).³⁶ Οι προσλήψεις εργαζομένων ή ακόμα και συμβασιούχων είναι χρονοβόρες, χωρίς μακροπρόθεσμη πρόβλεψη και συνήθως δεν βασίζονται σε διαδικασίες επιλογής του κατάλληλου προσωπικού μέσω «ανάλυσης εργασίας» (χρήση βιογραφικού, συνέντευξης κλπ.).³⁷ Επίσης σε επίπεδο κτιριακής υποδομής να απαιτείται η διαμόρφωση χώρων, ενώ το σύστημα προμηθειών είναι ακόμη αναποτελεσματικό και πολύπλοκο.³⁸

4. Εφαρμογή και αξιολόγηση του προγραμματισμού

Οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από ένα διοικητικό συμβούλιο σε σύντομο χρονικό διάστημα και οι απαραίτητες εργασίες να ξεκινούν άμεσα. Οι δομές που θα οργανωθούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι αναγκαίο να λειτουργούν εύρυθμα σε βάθος χρόνου και να είναι ευέλικτες σε αλλαγές και επανασχεδιασμό ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Παράλληλα με υπολογισμό του κόστους και του οφέλους μπορεί να επιτευχθεί συγκέντρωση στοιχείων, κινήσεων πληρωμών και αποζημιώσεων.¹⁰

5. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Θεωρείται πως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management – TQM) είναι μια φιλοσοφία που μπορεί να συνεισφέρει ουσιαστικά στο αίτημα ορθολογικότερης

διαχείρισης. Κύριος γνώμονας είναι η εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων με στόχο την βελτίωση των υπηρεσιών και των υπόλοιπων διαδικασιών.³⁹ Η Επιτροπή Πιστοποίησης Φορέων Υγειονομικής Περίθαλψης [Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)] προτρέπει την κατεύθυνση ενός συστήματος νοσοκομειακού μάνατζμεντ από το πρότυπο “Διοίκηση Ολικής Ποιότητας”, προσδιορίζοντας τις ανάγκες των ασθενών, με έμφαση στην ποιότητα.⁴⁰

6. Ενίσχυση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ.

Στην ετήσια έκθεση “Health at a Glance”, η Ελλάδα είναι χαμηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο σε δαπάνες Υγείας. Για την περίθαλψη των πολιτών διατίθεται το 8,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), όταν το μέσο ευρωπαϊκό ποσοστό είναι 9,6%. Πιο συγκεκριμένα για κάθε Έλληνα αντιστοιχούν ανά έτος 1.678 ευρώ, όταν η μέση κατά κεφαλή δαπάνη στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 2.773 ευρώ.³³

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία τίθεται το κρίσιμο ερώτημα σχετικά με το τι μπορεί να γίνει για την επίτευξη των στόχων για την ανάπτυξη και την οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία. Προφανώς, η απάντηση στο εν λόγω ερώτημα είναι

πολυπαραγοντική και τουλάχιστον εκ πρώτης όψεως θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:¹⁰

- Ανάλυση της παρούσας προσφοράς και προβλέψεις-εκτιμήσεις για το μέλλον
- Ανάλυση της παρούσας ζήτησης και προβλέψεις-εκτιμήσεις για το μέλλον
- Συνδυασμός της μελλοντικής προσφοράς και ζήτησης με ορθή λήψη αποφάσεων

Η ανανέωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο, θα μπορούσε να βασιστεί στο μοντέλο ανάπτυξης «τριών σταδίων»:¹²

- 1) Ολοκλήρωση των σχεδίων ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού, των υπηρεσιών υγείας, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και έρευνας (pre-pathogenic stage)
- 2) Μείωση της «παραγωγής» και «εισαγωγής» νέου ανθρώπινου δυναμικού, θέτοντας προτεραιότητες και υγειονομικούς στόχους (early pathogenic stage)
- 3) Περιορισμός της υπάρχουσας προσφοράς σε συγκεκριμένες ειδικότητες και επανεξέταση του επαγγελματικού προσανατολισμού της (late pathogenic stage)

Γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, πως ο όρος διοίκηση προσωπικού ανάγεται σε ανάπτυξη και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων.^{15,39} Η έλλειψη εμπιστοσύνης και ικανοποίησης αναμένεται να μειωθεί με την βελτίωση του σχεδιασμού και της εκπαίδευσης του

προσωπικού. Η θέσπιση συγκεκριμένων καθηκόντων σε συνδυασμό με την παροχή κινήτρων θα δώσει πιο ουσιαστική διάσταση στην έννοια της ευθύνης του κάθε εργαζόμενου (accountability). Ταυτόχρονα, η ενίσχυση του θεσμικού πλαισίου και η μερική αυτονομία των νοσοκομείων ώστε να μπορούν να λειτουργούν ως αυτοδύναμοι οργανισμοί θα δώσει αναπτυξιακό χαρακτήρα ευνοώντας τις προσπάθειες των εργαζομένων. Όπως προαναφέρθηκε εξίσου σημαντικά είναι και τα συστήματα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας (labour quality assurance) ώστε να υπάρχει έλεγχος στο παραγόμενο έργο και τις προτεραιότητες του προγραμματισμού.¹⁰

Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι οι μεταβολές όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό άγονται μέσα από ένα νέο οργανωτικό πλαίσιο. Το κόστος ενός λανθασμένου επαγγελματικού προσανατολισμού μπορεί να είναι μεγάλο και για το λόγο αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλες οι κοινωνικές, οικονομικές, επιδημιολογικές παραμέτρους με βασικούς άξονες την αποδοτικότητα και την ισότητα. Ένα από τα σημαντικότερα ενδεχομένως πλεονεκτήματα είναι η αναβάθμιση των αντιλήψεων των νεότερων στελεχών και η απομάκρυνση από το εμπειρικό πρότυπο.⁴⁰ Αναμένεται, επομένως, η γενιά στελεχών μετά το 2000 να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τα

ζητήματα των υπηρεσιών υγείας με πιο ανθρωποκεντρικό, σύγχρονο, επιστημονικό και εν τέλει πιο αποτελεσματικό τρόπο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kopanitsanou P, Brokalaki H. Models of Nursing Staffing. *Nosileftiki*. 2009 Jan 1;48(1).
2. Γούλα Α. Διοίκηση και Διαχείριση νοσοκομείου. Δεύτερη Έκδοση, Παπαζήσης, Αθήνα, 2007.
3. Gruman JA, Saks AM. Performance management and employee engagement. *Human Resource Management Review*. 2011 Jun 1;21(2):123-36.
4. Σισσούρας Α. Πρότυπο Επιχειρησιακού Σχεδίου, Ομάδα Σχεδιασμού και Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, 2002.
5. Πολύζος Ν. Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Δείγμα πριν τις διορθώσεις, εκδόσεις Κριτική. 2014.
6. Παπαλεξανδρή Ν, Μπουραντάς Δ. Αποτελεσματική Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Αθήνα: Εκδόσεις Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών σσ259-316. 2002.
7. Apospori E, Nikandrou I, Brewster C, Papalexandris N. HRM and organizational performance in northern and southern Europe. *The International Journal of Human Resource Management*. 2008 Jul 1;19(7):1187-207.



8. Cascio WF. Managing human resources. McGraw-Hill; 2015 Jan 23.
9. Fisher C.D., Schoenfeldt L.F., Shaw J.B. (1999), Human Resource Management, 4th edition, Boston, MA: Houghton Mifflin Company, USA
10. Polyzos N., Yfantopoulos J. Health manpower development and National Health System staffing. Archives of Hellenic Medicine 2000, 17(6):627-639.
11. Tulchinsky TH, Varavikova EA. The new public health. Academic Press; 2014 Mar 26.
12. Mejia A. World trends in health manpower development: A review. World Health Statistics Quarterly. 1980, 33:112-126.
13. Polyzos N, Mylonakis J, Yfantopoulos J. An Empirical Evaluation of Employees' Job Satisfaction in Public-Private Hospitals in Greece. Editorial Advisory Board. 2007;4(2):160.
14. Hoare G, Lee K. Towards a new model of health manpower planning. Health Services Manpower Review 1984, 10:4-8.
15. WHO. Coordinated health and human resources development. Technical Report Series No 801, 1990.
16. Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunningcat, Evans R, Holland W et al. Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens, 1994.
17. Phua KL, Hue JW. The impact of prolonged economic downturns and economic crises on the nursing profession. Nursing Economics. 2015 Jul 1;33(4):227.
18. Fulop T. Health personnel for "health for all": progress or stagnation? WHO Chronicle, 1986, 40, part 1:194-199, part 2:222-225
19. Mejia A. Health Manpower out of Balance: conflicts and prospects. Geneva, Council for International Organization of Medical Sciences, 1987
20. Κουκουφίλλπου Ι, Μπόμπος Γ, Μπόγγρη Δ, Βασιλακοπούλου Β, Κοΐνης Α. Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. Αρχ Ελλ Ιατρ. 2017 May 1;34(3).
21. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχ Ελλ Ιατρ. 2010;27:834-40.
22. Karalliede LD. Young doctor's preferences in the Third World. World Health Forum 1987, 8:504-507
23. Δερβένης Χ, Πολύζος Ν. Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, 1995
24. Υφαντόπουλος Γ, Σουλής Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν. Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της Υγείας στην

- Ελλάδα: 1980-2000. Έκθεση στην Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα, 1993
25. Sorokin AI. Health Manpower: An Economic Perspective. Lexington Books, 1977
26. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ. Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα, 1994
27. Σακελαρόπουλος Θ, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε, Θωμάς Δ, Κυριαζής Σ, Φιλιπούλου Μ. Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Κοινωνικό Πολύκεντρο, Αθήνα, 2012
28. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD health policy overview: Health policy in Greece. OECD, 2016. Available at: <http://www.oecd.org/greece/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>
29. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places. OECD, 2016. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-workforce-policies-in-oecd-countries-Policy-brief.pdf>
30. Ανδριώτη Δ. Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994
31. Κελέση-Σταυροπούλου ΝΜ, Σταυροπούλου ΚΜ. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2010
32. Γείτονα, Μ. Ο χάρτης της νοσοκομειακής περιθαλψης στην Ελλάδα. Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 2001, 79(3): 259-267
33. Health at a Glance: Europe 2018 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. European Commission. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en.
34. Aanestad M, Jensen TB. Building nationwide information infrastructures in healthcare through modular implementation strategies. The Journal of Strategic Information Systems. 2011 Jun 1;20(2):161-76.
35. Ζηλίδης, Χ. Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσ/νίκη, University Studio Press, 1995.
36. Μπουρσανίδης, Χ, Μπαλασοπούλου, Α, Κυριόπουλος, Γ. Το σύστημα



χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα Ροών, Λειτουργικών Διαδικασιών, Προϋπολογισμού. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1992, 1(4): 23-42.

37. Μπαϊρακτάρης, Κ, Κωσταγιόλας, Π, Πλατής, Χ. Πτυχές και ζητήματα για τον Προγραμματισμό στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας 2006, 17(9):16-20
38. Rogelberg SG, editor. Handbook of research methods in industrial and organizational psychology. John Wiley & Sons; 2008 Apr 15.
39. Mellum, M. TQM: steps to success. Hospitals 1990, 64(23):42-44
40. Raunak MS, Osterweil LJ. Resource management for complex, dynamic environments. IEEE Transactions on Software Engineering. 2012 May 8;39(3):384-402.