

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΙΡΑΙΑ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ  
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ  
ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ**

**ΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΑΣ ΖΑΓΓΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
ΧΑΛΙΚΙΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ**

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2017**

## **ΕΚΦΡΑΣΗ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ**

Θεωρώ βαθιά μου υποχρέωση να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μιλτιάδη Χαλικιά για τις ουσιώδεις κατευθύνσεις και προτάσεις του που υπήρξαν καθοριστικές, διότι μου ενέπνευσε τη σπουδαιότητα της έρευνας και την επιλογή του παραπάνω θέματος. Καθώς και για την αμέριστη, συνεχή και ουσιαστική στήριξη που μου παρείχε για την ολοκλήρωση της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τη Διεύθυνση του Γραφείου Προέδρου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, για την άδειά που μου χορήγησε, προκειμένου να λάβει χώρα η έρευνα στους εργαζόμενους του Ε.Ε.Σ..

Ευχαριστώ θερμά, όλους τους συναδέλφους μου που συμμετείχαν στην έρευνα δεχόμενοι να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια που τους απέστειλα μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, δείχνοντας εμπιστοσύνη και θέληση να εκθέσουν τους προβληματισμούς τους.

Επίσης ευχαριστώ τον σύζυγο μου και τους δύο υπέροχους γιούς μου για την διαρκή στήριξη και συμπαράσταση τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΚΦΡΑΣΗ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ .....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	1
SUMMARY .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>12</b>
1.1. Εισαγωγή .....	12
1.2. Εννοιολογική Προσέγγιση .....	13
1.2.1. Ορισμός - Θεμελιώδη Αρχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	13
1.2.2. Ορισμοί Υγείας – Ασθένειας – Νόσου .....	13
1.3. Ιστορική Αναδρομή .....	14
1.4. Θεσμικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008).....	15
1.4.1. Ελληνική Νομοθεσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	15
1.4.2. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) .....	19
1.5. Πρόσφατη Νομοθεσία (2014-2015) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	21
1.5.1. Ο Νόμος 4238/2014 για τους Επαγγελματίες Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΤΟΜΕΙΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>25</b>
2.1. Εισαγωγή .....	25
2.2. Οι Τομείς Δράσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	26
2.2.1. Πρόληψη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	27
2.2.2. Αγωγή Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	28
2.2.3. Προαγωγή Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	29
2.2.4. Προσυμπτωματικός Έλεγχος και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	30
2.3. Η Αποτελεσματικότητα της Ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>33</b>
3.1. Ο Επιμερισμός των Πόρων ανθρώπινων και οικονομικών .....	34
3.2. Ιατρική Δεοντολογία και Οικονομικά της Υγείας .....	35
3.3. Μεθοδολογία Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας.....	36
3.3.1. Μεθοδολογία Αξιολόγησης Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	38
3.4. Οι Πολιτικές Υγείας.....	39
3.5. Σχεδιασμός Θέσεων Εργασίας.....	41
3.5.1. Διαίρεση εργασίας - εξειδίκευση .....	41
3.5.2. Στελέχωση.....	43
3.5.3. Ανάλυση της Υπάρχουσας Κατάστασης και Αποτίμηση των Αναγκών .....	43
3.5.4. Δημιουργία Μελέτης Στελέχωσης .....	43
3.5.5. Σχεδιασμός στελέχωσης .....	44
3.5.6. Ενέργειες Στελέχωσης .....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>47</b>
4.1. Η Έννοια της Αποδοτικότητας των Οργανισμών Υγείας.....	49
4.2. Παράγοντες Αποδοτικότητας Οργανισμών Υγείας.....	50
4.2.1. Το Μέγεθος του Οργανισμού Υγείας .....	51
4.2.2. Το Εύρος των Υπηρεσιών Υγείας.....	52

4.2.3. Το Ιδιοκτησιακό Καθεστώς .....	53
4.2.4. Η Τεχνολογική Υποδομή .....	54
4.2.5. Η Κτιριακή Υποδομή.....	55
4.2.6. Μέθοδος Πληρωμής Υπηρεσιών Υγείας .....	56
4.2.7. Ο Αναπτυξιακός Σχεδιασμός.....	56
4.2.8. Σύστημα Οργάνωσης και Διοίκησης .....	57
4.2.9. Σύστημα Κινήτρων .....	57
4.3. Δυσκολίες Εκτίμησης της Αποδοτικότητας των Οργανισμών Υγείας.....	58
4.4. Πρακτικές και Μέτρα Κρατικής Παρέμβασης για τη Βελτίωση της Αποδοτικότητας των Οργανισμών Υγείας.....	59
4.4.1. Πρακτικές οργανισμών Υγείας για τη βελτίωση της αποδοτικότητας .....	59
4.4.2. Δημιουργία Παραρτημάτων.....	60
4.4.3. Συγχωνεύσεις και Εξαγορές.....	61
4.4.4. Συνεργασίες .....	61
4.4.5. Εξωτερίκευση δραστηριοτήτων (outsourcing) .....	62
4.4.6. Αύξηση Εξειδίκευσης .....	62
4.4.7. Διάδοση Πληροφορικής.....	62
4.4.8. Μέτρα Κρατικής Παρέμβασης για τη Βελτίωση της Αποδοτικότητας .....	63
4.4.9. Διεύρυνση του ρόλου των αγοραστών και των προμηθευτών των υπηρεσιών Υγείας .....	64
4.4.10. Εφαρμογή Προοπτικού Προϋπολογισμού .....	65
4.4.11. Δημιουργία μιας βάσης τιμολόγησης των υπηρεσιών Υγείας.....	65
4.5. Καθορισμός Στόχων Έρευνας.....	66
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>69</b>
5.1. Μεθοδολογία.....	69
5.2. Καθορισμός Διαδικασίας Μέτρησης της Κατανομής των Πόρων ενός Οργανισμού, η Αντίληψη των Εργαζομένων .....	69
5.3. Καθορισμός Δείγματος και Διαδικασίας .....	70
5.4. Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου .....	70
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>72</b>
6.1. Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων .....	72
6.2. Ενότητα Χαρακτηριστικά Προσωπικού .....	76
6.3. Βελτίωση Παρεχόμενων Υπηρεσιών .....	94
6.4. Πρακτικές Βελτίωσης της Αποδοτικότητας .....	102
6.5. Πρακτικές Βελτίωσης της Αποτελεσματικότητας.....	105
6.6. Ενότητα Κατανομή των Οικονομικών Πόρων .....	114
6.7. Συνολική Εκτίμηση της Αποτελεσματικότητας του Οργανισμού.....	121
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ : ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>126</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>140</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>147</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</b>	<b>174</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ .....</b>	<b>187</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ : ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ.....</b>	<b>270</b>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ : ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΣΚΕΨΗ 1978 ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	313
--	-----

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1. : Κύρια νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	15
Πίνακας 1.2. : Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) – δευτερεύουσες διατάξεις.....	16
Πίνακας 1.3. : Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – δευτερεύουσες διατάξεις για το νοσηλευτικό κλάδο.....	18
Πίνακας 2.1. : Στόχοι της μεταρρύθμισης στο σύστημα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	26
Πίνακας 2.2. : Η αξία της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για το άτομο.....	27
Πίνακας 4.1. : Παράγοντες που προσδιορίζουν την αποδοτικότητα ενός Οργανισμού Υγείας.....	50
Πίνακας 4.2. : Οφέλη που αποκομίζουν οι Οργανισμοί Υγείας από τα πληροφοριακά συστήματα.....	63
Πίνακας 6.1. : Συχνότητα Απαντήσεων Φύλλου.....	72
Πίνακας 6.2. : Συχνότητες Απαντήσεων Οικογενειακής Κατάστασης.....	73
Πίνακας 6.3. : Συχνότητα Απαντήσεων Εκπαίδευσης.....	74
Πίνακας 6.4. : Συχνότητα σε ποιά Υπηρεσία του Οργανισμού Εργάζεστε.....	76
Πίνακας 6.5. : Συνάφειας-Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό.....	77
Πίνακας 6.6. : «Chi-Square Tests» Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό.....	78
Πίνακας 6.7. : Συνάφειας-Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό.....	79
Πίνακας 6.8. : «Chi-Square Tests» - Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό.....	79
Πίνακας 6.9. : Πίνακας Συνάφειας- Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης.....	80
Πίνακας 6.10. : «Chi-Square Tests» - Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης.....	81
Πίνακας 6.11. : Πίνακας Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού.....	82
Πίνακας 6.12. : «Chi-Square Tests» - Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού.....	82
Πίνακας 6.13. : Πίνακας συνάφειας – σχέση «η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής» «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε».....	83
Πίνακας 6.14. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – σχέση «η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής» «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε».....	84
Πίνακας 6.15. : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης «σχέσης ηλικίας» και «ικανοποίησης του προσωπικού από τη θέση που εργάζεται».....	85
Πίνακας 6.16. : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης σχέσης «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται».....	85
Πίνακας 6.17. : «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται».....	86
Πίνακας 6.18. : Πίνακας συνάφειας -«στις υπηρεσίες του ΕΕΣ» και «τη στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού».....	87

Πίνακας 6.19. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «τη στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού».....	87
Πίνακας 6.20. : Πίνακας συνάφειας – σχέση «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία».....	88
Πίνακας 6.21. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία» .....	89
Πίνακας 6.22. : Πίνακας συνάφειας – «Φύλου» και «Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία».....	90
Πίνακας 6.23. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «Φύλου» και «Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία» .....	90
Πίνακας 6.24. : Πίνακας συνάφειας – σχέση Σχέση φύλου και θετικής στάσης του προσωπικού, με μετακίνηση σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση .....	91
Πίνακας 6.25. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας «σχέση φύλου» και «θετικής στάσης του προσωπικού, στη μετακίνηση σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση» .....	92
Πίνακας 6.26. : Πίνακας συνάφειας – «επίπεδο εκπαίδευσης» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση» .....	93
Πίνακας 6.27. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας –«επίπεδο εκπαίδευσης» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση» .....	93
Πίνακας 6.28. : Πίνακας «Chi-Square Tests» - Σχέσης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε.....	95
Πίνακας 6.29. : Πίνακας σχέσης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε .....	95
Πίνακας 6.30. : Πίνακας συνάφειας - σχέσης διενέργειας διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το αν υπάρχει πολιτική ποιότητας .....	96
Πίνακας 6.31. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας - σχέση διενέργειας διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το αν υπάρχει πολιτική ποιότητας.....	96
Πίνακας 6.32. : Πίνακας συνάφειας- σχέση της πολιτικής ποιότητας με την εκπαίδευση .....	98
Πίνακας 6.33. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας - στη σχέση της πολιτικής ποιότητας με την εκπαίδευση .....	98
Πίνακας 6.34. : Πίνακας ανάλυσης «διακύμανσης - πολιτικής ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε» .....	99
Πίνακας 6.35. : Πίνακας έλεγχου Levene για τη ισότητα διακυμάνσεων των «πληθυσμών - πολιτικής ποιότητας από την Υπηρεσία που εργάζεστε» .....	100
Πίνακας 6.36. : Πίνακας συνάφειας – «στην υπηρεσία που εργάζεστε» «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών» .....	101
Πίνακας 6.37. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στις υπηρεσίες του ΕΕΣ» και «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών» .....	101
Πίνακας 6.38. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε» .....	103

Πίνακας 6.39. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε».....	103
Πίνακας 6.40. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας».....	104
Πίνακας 6.41. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας» .....	104
Πίνακας 6.42. : Πίνακας συνάφειας – «στην Υπηρεσία που εργάζεστε» «υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».....	106
Πίνακας 6.43. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στην Υπηρεσία που εργάζεστε» «υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».....	106
Πίνακας 6.44. : Πίνακας συνάφειας –«στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».....	107
Πίνακας 6.45. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».....	108
Πίνακας 6.46. : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης - Σχέση ηλικίας και «στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».....	109
Πίνακας 6.47. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων» .....	110
Πίνακας 6.48. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων».....	110
Πίνακας 6.49. : Πίνακας συνάφειας – σχέση «επίπεδου εκπαίδευσης» και εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων» .....	112
Πίνακας 6.50. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – σχέση «επίπεδου εκπαίδευσης» και εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων» .....	112
Πίνακας 6.51. : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης σχέση «ηλικίας» και εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων» .....	113
Πίνακας 6.52. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».....	115
Πίνακας 6.53. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».....	115



Πίνακας 6.55. : Πίνακας συνάφειας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».....	117
Πίνακας 6.56. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».....	117
Πίνακας 6.57. : Πίνακας συνάφειας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας».....	118
Πίνακας 6.58. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας» ...	119
Πίνακας 6.59. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας».....	120
Πίνακας 6.60. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας».....	120
Πίνακας 6.61. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού».....	122
Πίνακας 6.62. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού».....	122
Πίνακας 6.63. : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού» .....	123
Πίνακας 6.64. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού» .....	124
Πίνακας 6.65. : Πίνακας συνάφειας –«Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του» με την υπόθεση «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε».....	125
Πίνακας 6.66. : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας –«Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του» με την υπόθεση «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» ...	125
Πίνακας 7.1. : Συγκεντρωτικός πίνακας ερευνητικών υποθέσεων, στόχων και ερωτήσεων της έρευνας .....	138
Πίνακας 7.2. : Συνοπτικός πίνακας σημαντικών σχέσεων της έρευνας .....	139

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Σχήμα 3.3. : Κατηγορίες θέσεων εργασίας οργανισμών Υγείας .....	42
Σχήμα 3.4. : Παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό της στελέχωσης .....	44
Σχήμα 4.1. : Παράγοντες που προσδιορίζουν την αποδοτικότητα ενός Οργανισμού Υγείας .....	60
Σχήμα 4.2. : Μέτρα κρατικής παρέμβασης για βελτίωση της αποδοτικότητας.....	64

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 4.1. : Φθίνουσα Οριακή Αποδοτικότητα (ΟΑ) στις Υπηρεσίες Υγείας ...	51
Διάγραμμα 4.2. : Φθίνουσα Οριακή Αποδοτικότητα (ΟΑ) στις Υπηρεσίες Υγείας ...	52
Διάγραμμα 4.3. : Μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Υγείας σε συνάρτηση με το εύρος των υπηρεσιών.....	53
Διάγραμμα 4.4. : Μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Υγείας σε συνάρτηση με το εύρος των υπηρεσιών και το μέγεθος του Οργανισμού.....	53
Διάγραμμα 4.5. : Μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Υγείας σε συνάρτηση με το εύρος των υπηρεσιών σε συνάρτηση με την τεχνολογία.....	55
Διάγραμμα 6.1. : Συχνότητα Απαντήσεων Φύλλου.....	72
Διάγραμμα 6.2. : Συχνότητες Απαντήσεων Οικογενειακής Κατάστασης.....	73
Διάγραμμα 6.3. : Συχνότητα Απαντήσεων Εκπαίδευσης .....	74
Διάγραμμα 6.4. : Συχνότητα Απαντήσεων Ηλικίας των Εργαζομένων.....	75
Διάγραμμα 6.5. : Συχνότητα Απαντήσεων των Εργαζομένων με Έτη Προϋπηρεσίας.....	75
Διάγραμμα 6.6. : Συχνότητα Απαντήσεων σε ποιά Υπηρεσία του Οργανισμού Εργάζεστε .....	76

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ήταν η δημιουργία ενός αξιόπιστου έγκυρου εργαλείου, για τη διερεύνηση της θετικής στάσης των εργαζομένων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, στη διάθεση ανασχεδιασμού εσωτερικών διαδικασιών για την εξοικονόμηση πόρων. Αξιολόγηση προτεραιοτήτων, ως προς την υλοποίηση νέων δράσεων, με νέες παρεχόμενες υπηρεσίες, στοχεύοντας στην κάλυψη των ανισοτήτων, τη προσπελασιμότητα και την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, βήματα που ενισχύουν την καθιέρωση μιας κουλτούρας ποιότητας που έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ωφελουμένων.

Εκτιμώντας την παρούσα κατάσταση, η αποτύπωση των όποιων αντιλήψεων των εργαζομένων, προσδοκούμε να αποτελέσουν θεμέλιο λίθο οι σύγχρονες τεχνικές και μέθοδοι οργάνωσης για τη διοίκηση, να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν στον Οργανισμό.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται προσέγγιση των εννοιών που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αναφορά στα βασικά νομοθετήματα που την ρυθμίζουν, καθώς και στις λοιπές διατάξεις, για τους επαγγελματίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται πλήρης αναφορά σε όλους τους τομείς δράσης όπου παρέχεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο πληθυσμός αναφοράς της, τόσο στο υγιές άτομο όσο και στον ασθενή οποιασδήποτε ηλικίας στον χώρο όπου ζει και εργάζεται όπως και στην ομάδα υγείας.

Το τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην υιοθέτηση διαδικασιών που προσβλέπουν στην ορθολογική κατανομή των δαπανών με ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό λαμβάνοντας υπόψη τη μεθοδολογία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Οι οποιοδήποτε περιορισμοί στην κατανάλωση ιατρικών αγαθών και στη χρήση υπηρεσιών από τον ασθενή ατομικά πρέπει να εξυπηρετεί την καλύτερη περίθαλψη του κοινωνικού συνόλου και όχι τη στείρα εξοικονόμηση πόρων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της αποδοτικότητας και οι παράγοντες της αποδοτικότητας στους Οργανισμούς Υγείας, αναλύονται οι δυσκολίες εκτίμησης και οι στρατηγικές βελτίωσής τους.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στον τρόπο με τον οποίο έγινε η συγκεκριμένη έρευνα, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, αναπτύσσοντας τα θέματα που αφορούν στο καθορισμό των στόχων, τον καθορισμό του δείγματος και τη διερεύνηση της θετικής στάσης των εργαζομένων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματά μας, τα οποία προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων με τη Στατιστική μέθοδο SPSS. Γίνεται ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων και στη συνέχεια διεξοδική ανάλυση των κριτηρίων και υποκριτηρίων της έρευνας.

Τέλος στο έβδομο και όγδοο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση, παρουσιάζονται τα συμπεράσματά καθώς και οι προτάσεις αντίστοιχα στα σημεία που θεωρήθηκαν ιδιαίτερα σημαντικά.

**Λέξεις κλειδιά:** Υγεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία, κατανομή των πόρων, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα.

## **SUMMARY**

The aim of this thesis was to create a reliable tool for investigating the positive attitude of the Hellenic Red Cross workers. Assessing priorities in implementing new operations with new services aiming at covering inequalities, accessibility and equal access to health services, are steps to strengthen the establishment of a quality culture that focuses on safety and satisfaction of the beneficiaries.

Considering the present situation the mapping of any perceptions of workers will be the cornerstone of modern techniques and organizational methods for management to be adopted and applied to the Agency.

The first chapter is an approximation of the concepts related to primary health care and refers to key pieces of legislation by the government and the other provisions of health care professionals.

The second chapter refers to all areas of the reference population in both the healthy person and the patient of any age in the area who lives and works. Reference in health care (prevention, treatment and rehabilitation) within the wide range of different sectors is provided and task for the health team.

The third chapter refers to the adoption of procedures that aspire to the rational allocation of anthropocentric orientation costs, taking into account the methodology for evaluating health services. Any restrictions on the consumption of medical goods and use of services by the individual patient must be to improve support of the community and not just money saving.

The fourth chapter presents the concept of efficiency and profitability factors in health organizations. This chapter also focuses on assessment difficulties and their improvement strategies.

The fifth chapter we refer to how this specific research was developed, research methodology, by unfolding the issues concerning the definition of objectives, for investigating the positive attitude of the Hellenic Red Cross workers and the determination of the sample.

Our results, derived from the analysis of the questionnaires using the SPSS method, are presented in the sixth chapter. There is also an analysis of the demographic data followed by a thorough analysis of the criteria and sub criteria of the research.

Finally in the seventh and eighth chapter our findings are presented as well as our proposals on the points considered particularly important.

Keys words: Health, Primary Health care, resources allocation, efficiency, effectiveness.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην ελληνική πραγματικότητα, λαμβάνοντας υπόψη την ισχύουσα νομοθεσία, την ιστορική εξέλιξη του συστήματος, τις οργανωτικές και λειτουργικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες και τις διαθέσιμες μεθόδους χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Γεωργούση και συν., 2000)· (Ζηλίδης, 1995)· (Θεοδώρου και συν., 1997)·(Λιονής, 2003)· (Λιονής και συν., 2000)· (ΥΥΠΚΑ, 1994); (Kousoulis, Angelopoulou & Lionis, 2013);( Lionis et al., 2009).

Η Διεπιστημονική Ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποτελεί εγγύηση στον καθορισμό των βασικών προτεραιοτήτων και στόχων, καθώς και για τον εντοπισμό των κατάλληλων δράσεων που μπορούν να συμβάλλουν στην επίτευξη όλων των παραπάνω. (Γεωργούση και συν., 2000)·(Ζηλίδης, 1995)· (Θεοδώρου και συν., 1997)· (Λιονής, 2003)· (Λιονής και συν., 2000)·(ΥΥΠΚΑ, 1994).

Η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στις ανισότητες, πρώτη στην Ευρώπη σε παχύσαρκα παιδιά και στο κάπνισμα, ενώ η απόδοσή της στην πρόληψη είναι πτωχή. Ωστόσο, σήμερα, έχουμε στη διάθεσή μας τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πρόληψης, που δεν περιορίζονται στην ενημέρωση, αλλά επενδύουν στην αγωγή συμπεριφοράς και κρίνονται πολύ αποτελεσματικές με αξιολογικά κριτήρια κόστους-οφέλους, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε. Ειδικότερα, η άσκηση και η διατροφή είναι καθοριστικές όσον αφορά τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου, καθώς επηρεάζουν σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά και την πρόληψη και την έκβαση του καρκίνου.

Οι εργασιακές αλλαγές που εφαρμόζουν οι οργανισμοί είναι η διαδικασία με την οποία κινούνται από την παρούσα κατάσταση προς την επιθυμητή, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους. Ο στόχος τους είναι η ανακάλυψη νέων ή πιο εξελιγμένων τρόπων χρησιμοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων που έχουν για την αύξηση της οργανωσιακής τους ικανότητας ώστε να δημιουργήσουν «αξία» και απόδοση.( Jones G.,2010) Νέες πρακτικές βελτίωσης για την ορθή κατανομή των ελαχίστων διαθέσιμων πόρων στο χώρο της υγείας.

Η οργανωτική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, τη δικτύωση των φορέων και τη χρηματοδότηση του συστήματος, συνεπώς η ομαδικότητα, η συνεργασία, των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια, αποτελεί βασικό εργαλείο για την ολοκληρωμένη φροντίδα στην κοινότητα. Έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές, η ανάγκη εξασφάλισης της συνέχειας, τόσο στην καταγραφή των αναγκών, όσο και στη φροντίδα στην κοινότητα.



Το πρόβλημα της υποστελέχωσης των μονάδων πρωτοβάθμιας, με επαγγελματίες υγείας και διοικητικούς υπαλλήλους καταρτισμένους, έχει ως συνέπεια την μειωμένη ανταπόκριση στις απαιτήσεις και τους στόχους του συστήματος. Επιπλέον, αποτελεί αναγκαιότητα, ιδιαίτερα σε αυτήν τη δύσκολη οικονομική συγκυρία, η διαμόρφωση μιας κοινής ενιαίας δέσμης υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο, προκειμένου να ανταποκριθεί το σύστημα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στις πραγματικές ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας μέσα από την διεπιστημονική ομάδα της πρωτοβάθμιας συμβάλει στην συνεχή κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών από την χρήση υπηρεσιών υγείας, βελτιώνει την ικανοποίησή τους, έτσι η άνευ λόγω ζήτηση δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας να μειώνεται. Βελτιώνεται η εμπειρία από τη χρήση υπηρεσιών υγείας και εξασφαλίζεται η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας καθώς και η συνέχειά της. Επίσης μειώνεται η δαπάνη μέσω του συντονισμού των δράσεων της ομάδας. Η αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης με την ορθολογική κατανομή των δαπανών σχετίζεται άρρηκτα με την σωστή αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων.

Η λειτουργική ανασυγκρότηση επίσης σχετίζεται με την ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, την ποιοτική και την αποτελεσματική διαχείριση της πληροφορίας για το άτομο στην κοινότητα μέσω πληροφοριακών υποδομών και την επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα στην κοινότητα. Μετά από αιτήματα χρόνια, η δημιουργία του Υγειονομικού Χάρτη (επιδημιολογική βάση δεδομένων) στην Ελλάδα, βοηθά ώστε να διασαφηνιστούν οι πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να βελτιωθεί η ανταποκρισιμότητα των Οργανισμών που παρέχουν Υπηρεσίες υγείας.

Μέσα στην κοινότητα που ανήκει το άτομο, η ομάδα της πρωτοβάθμιας, καλείται να εξασφαλίσει την ισότητα στην πρόσβαση και την ποιοτική φροντίδα υγείας. Η λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας, για να επιτευχθεί θα πρέπει η ομάδα της να υποστηρίζεται από ένα αποτελεσματικό διοικητικό δίκτυο, το οποίο για τις καθημερινές συναλλαγές των πολιτών θα διασφαλίζει συνθήκες κατάλληλες εργασίας. Η διοικητική διεκπεραίωση των διαδικασιών, θα πρέπει να επιφορτίζει όσο το δυνατόν λιγότερο τους επαγγελματίες υγείας.

Η τεκμηριωμένη κλινική πράξη, η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, η διασφάλιση της ποιότητας μέσω κλινικών πρωτοκόλλων με ομαδική εργασία, ιδιαίτερα για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, οικοδομεί για το μέλλον μία δυνατή αποτελεσματική επικοινωνία μέσα στην κοινότητα από όλους τους αρμόδιους φορείς. Ο ρόλος της ομάδας στην πρωτοβάθμια είναι καταλυτικός και πρωταρχικός τόσο για τη οργανωτική όσο και για την λειτουργική ανασυγκρότηση και αναδιάρθρωση των Οργανισμών που παρέχουν Υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας.

Σκοπός της παρούσας επιστημονικής έρευνας είναι η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, προς όφελος της υγείας του πληθυσμού ευθύνης και η μείωση των ανισοτήτων προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Οι Boan και Funderburk, (Boan D, Funderburk F.) καθώς και οι Davies et al, (Davies HT, et al 2007) θεωρούν το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης-κουλτούρας ως το κλειδί στην επιτυχή εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας, καθώς και στην εφαρμογή των αρχών της διασφάλισης ποιότητας σε οργανισμούς, περιλαμβανομένου και του τομέα της υγείας. Μια κουλτούρα που δίνει έμφαση στη μάθηση, στη συμμετοχική εργασία και εστίαση στον ωφελούμενο-χρήστη, όπου αποτελεί το κλειδί για πρόοδο στη βελτίωση της ποιότητας. Άλλοι θεωρητικοί τονίζουν ότι η υποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων οι οποίοι συνεργάζονται για την παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι το μέτρο παρακίνησης αυτών για παροχή άριστης ποιότητας φροντίδας. (Schmit MJ, et al 1995).

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση στο επιστημονικό πεδίο των μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης, γεννήθηκε η ανάγκη της διερεύνησης και της αποτύπωσης όλων εκείνων των διαδικασιών των οποίων θα συμβάλουν στην βέλτιστη κατανομή των πόρων στις υπάρχουσες δομές του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Θα αναλυθούν πρώτον οι θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικές με το υπό εξέταση θέμα και δεύτερον θα αναφερθούν οι ερευνητικοί στόχοι και να αιτιολογηθούν. Ορθή κατανομή των πόρων για όσο το δυνατό κάλυψη περισσότερων αναγκών κοινωνικής φροντίδας για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

#### Θεωρητικοί Στόχοι

Θεωρητικός στόχος 1<sup>ος</sup>: Η εννοιολογική διασαφήνιση του όρου της πρωτοβάθμιας και οι δράσεις της.

Θεωρητικός στόχος 2<sup>ος</sup>: Βιβλιογραφική επισκόπηση της έννοιας αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας και τα κριτήρια αυτής.

Θεωρητικός στόχος 3<sup>ος</sup>: Βιβλιογραφική επισκόπηση της έννοιας του κόστους και οι τύποι οικονομικής αξιολόγησης.

Θεωρητικός στόχος 4<sup>ος</sup>: Η εννοιολογική διασαφήνιση του όρου της κατανομής των πόρων

Θεωρητικός στόχος 5<sup>ος</sup>: Βιβλιογραφική επισκόπηση της έννοιας της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στην οργάνωση και διοίκηση Υπηρεσιών υγείας και στην οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού.

#### Ερευνητικοί Στόχοι

- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει την επάρκεια στο προσωπικό.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την επάρκεια στο προσωπικό.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το Επίπεδο Εκπαίδευσης επηρεάζει την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης στον Οργανισμό επηρεάζει το περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το Φύλλο επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το φύλο επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση.

- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι η διενέργεια διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών επηρεάζει την πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ανά Υπηρεσία.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το στο επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Οι επιμέρους στόχοι:

- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει τις διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την πλήρη περιγραφή των καθηκόντων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει στην ενθάρρυνση προτάσεων μέτρων βελτίωσης συνθηκών εργασίας.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων.

- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι η Ηλικία επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το σχέση το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι η Ηλικία επηρεάζει την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει το προσωπικό λαμβάνει γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας του κατ' έτος για την εξοικονόμηση πόρων στις βασικές διαδικασίες του Οργανισμού.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας κατ' έτος.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων στις Υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση επηρεάζει Υπηρεσία ΕΕΣ την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει εάν ο Οργανισμός ανταποκρίνεται ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού.

- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει ο Οργανισμός συμβάλει στην συνέχιση της εξασφάλισης της χρόνιας φροντίδας του ωφελούμενου πληθυσμού.
- Ερευνητική Υπόθεση: Να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την εκπλήρωση του στόχου και του σκοπού του Οράματος του Οργανισμού που εργάζεστε.

Από τους ανωτέρω στόχους επαληθεύτηκαν οι οχτώ, όπως διαφαίνεται αναλυτικά στο έβδομο κεφάλαιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. Εισαγωγή

Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF, αποτέλεσε ορόσημο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. (X. Μηλιώνης, 2011). Συμμετείχαν 134 έθνη, που έθεσαν ως παγκόσμια στρατηγική το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000», για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία, την ικανοποίηση των αναγκών πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, στην οριζόντια και ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών, καθώς και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία. (Lagoe R.et.al. 2005); (Υφαντόπουλος ΓΝ. 2006)·(Σούλης Σ. 1999);(Μπαρδής Β. 2007).

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και τη UNICEF (Φιλαλήθης, 2008). Ήδη από το 1978, με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, υπήρξε κοινή αποδοχή σε διεθνές επίπεδο ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την είσοδο για την επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους, η οποία θα επιτρέπει ένα κοινωνικό και οικονομικά παραγωγικό βίο.

Η Διακήρυξη, αποτέλεσε το έναυσμα για τον επαναπροσανατολισμό των πολιτικών υγείας των χωρών που την υιοθέτησαν, αλλά δεν ανταποκρίθηκαν όλες οι χώρες με εξίσου αποτελεσματικό τρόπο. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας λαμβάνουν χώρα, μεταξύ άλλων, ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση προβλημάτων υγείας χωρίς νοσηλεία στο νοσοκομείο (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Για παράδειγμα, η Σουηδία, αντίθετα από την Ελλάδα, κατάφερε να δημιουργήσει ένα ανεπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Για την συνεργασία της επιστημονικής ομάδας υγείας με ορισμένους σαφώς από τη νομοθεσία ρόλους, για την παροχή ολιστικής φροντίδα υγείας, απαιτείται εκτέλεση πράξεων εύρους με συντονισμένη και αποτελεσματική προσπάθεια. Στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ρυθμίζεται από αρκετά νομοθετήματα, έχει γίνει σύγκριση με την αντίστοιχη πραγματικότητα σε άλλες χώρες και δεν έχει εφαρμοστεί όπως κανείς θα περίμενε.

## **1.2. Εννοιολογική Προσέγγιση**

### **1.2.1. Ορισμός - Θεμελιώδη Αρχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που αφορούν στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, παρακολούθηση καθώς και την αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων ενός σαφώς οριζόμενου πληθυσμού. Στόχος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ολόκληρου του πληθυσμού ευθύνης της με τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα ατόμων και οικογενειών. Θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ενιαία κάλυψη όλων των πολιτών ασχέτως των κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών χαρακτηριστικών τους. WHO (1978).

Με τη Διακήρυξη της Alma-Ata αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας, στοιχεία που σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και της κοινότητας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας μέσα από μια συντονισμένη Διατομεακή δράση, αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών. (World Health Organization 1995–2008);(Kluge E.H. 2007). Θεμελιώδης αρχή της πρωτοβάθμιας είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ενιαία και συνεχή κάλυψη όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, τα οικονομικά, τα θρησκευτικά ή τα φυλετικά χαρακτηριστικά τους.

### **1.2.2. Ορισμοί Υγείας – Ασθένειας – Νόσου**

Συνισταμένη όλων των προσεγγίσεων αποτελεί ο ορισμός του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας (1947) σύμφωνα με τον οποίο «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Για τον ορισμό της υγείας έχουν κατά καιρούς διαμορφωθεί πολλοί ορισμοί, γεγονός που αποδεικνύει την πολυπλοκότητα της έννοιας ανάλογα με τη διάσταση που δίνει κάθε προσέγγιση. (Τούντας, 2001)

Οι προσεγγίσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συνέβαλλαν στην αποσαφήνιση των όρων νόσος, αρρώστια, ασθένεια. Συγκριμένα, η νόσος αποτελεί διαταραχή σε οργανικό επίπεδο και αναφέρεται σε παθολογικές βλάβες του ανθρώπινου οργανισμού, οι οποίες εκφράζονται με σημεία και συμπτώματα και εργαστηριακές εξετάσεις.



Η αρρώστια αφορά στην υποκειμενική εμπειρία της νόσου, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει και ειρηνεύει τα προβλήματα της υγείας του (π.χ λειτουργικές διαταραχές, πόνος, κακουχία, εξάντληση). Η ασθένεια σηματοδοτεί μια κατάσταση κοινωνικής δυσλειτουργίας όταν, εξαιτίας της αρρώστιας, ο κοινωνικός ρόλος του ατόμου στις επαγγελματικές ή κοινωνικές του δραστηριότητες διαταράσσεται και επιβάλλεται ο περιορισμός του κοινωνικά ή χωροταξικά, στο σπίτι ή στο νοσοκομείο (Τούντας, 2001). Οι εμμένουσες διαταραχές σε οργανικό επίπεδο συνιστούν κατάσταση μειονεκτικότητας (impairment), στο λειτουργικό επίπεδο, κατάσταση ανικανότητας και στο κοινωνικό επίπεδο κατάσταση αναπηρίας.

### 1.3. Ιστορική Αναδρομή

Στην Προϊστορική περίοδο υπάρχουν στοιχεία δραστηριότητας δημόσιας υγείας, οι Αιγύπτιοι διέθεταν αποχετευτικό σύστημα. Στην Εβραϊκή νομοθεσία που διατυπώθηκε από τον Μωσή, τον πρώτο υγιεινολόγο της αρχαιότητας, περιλαμβάνονται αρχές ατομικής υγιεινής, διατροφής, απολύμανσης.

Ο Λευιτικός Νόμος: Ο πρώτος παγκόσμιος υγειονομικός Κώδικας - συμπεριλήφθηκε στο Μωσαϊκό νόμο (1500 π.Χ.) και περιλαμβάνει κανόνες για τη διατήρηση της καθαριότητας του σώματος, την προφύλαξη από τη μετάδοση διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων, την υγιεινή διάθεση απορριμμάτων και την υγιεινή της μητρότητας. Στην Κλασική περίοδο μέτρα δημόσιας υγείας εφάρμοζαν ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός. Στη χριστιανική περίοδο η Φοίβη υπήρξε η 1η διακόνισσα και η 1η Επισκέπτρια Αδελφή (Υγείας).

Το Μεσαίωνα όπου μεταδοτικές ασθένειες και πανδημίες θέριζαν τον πληθυσμό, εφαρμόζονταν πρακτικές δημόσιας υγείας (απομόνωση, απολύμανση, καραντίνα). Το 18ο αιώνα έναρξη των εμβολιασμών και η οργανωμένη δράση της Florence Nightgale. Το 19ο αιώνα υπήρχαν νοσηλεύτριες που εργάζονταν στα εργοστάσια, στα σχολεία, στο σπίτι, Κοινοτικές νοσηλεύτριες, Επισκέπτριες υγείας.

Το 1893 η Lillian Warld ίδρυσε την υπηρεσία νοσηλευτικής δημόσιας υγείας στη NY. Το 1902 διορίστηκε η 1η Νοσηλεύτρια Σχολικής Υγιεινής (νοσηλεύτρια Δημόσιας Υγείας) και η Lillian Warld ήταν η 1η που χρησιμοποίησε τον όρο αυτό. Το 1948 ψηφίστηκε νομοθεσία για δημιουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Αγγλία (NHS) (Υπηρεσίες επισκεπτριών υγείας και κοινοτικών νοσηλευτριών). Το 1970 η δημόσια νοσηλευτική ή υγιεινή μετονομάζεται σε Κοινοτική Νοσηλευτική και το 1977 στην 30η Παγκόσμια Σύνοδος Υγείας, εισάγεται η ιδέα της αρχής Υγεία για Όλους για τον 21 αιώνα (Health for all) καθορίζοντας το ρόλο της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε ένα σύστημα υγείας (Καλοκαιρινού & Σουρτζή 2005);(Dieckmann J., 2006).

Σήμερα διεθνώς η κοινοτική νοσηλευτική είναι πολύ ανεπτυγμένη και ιδιαίτερα σε χώρες με ανεπτυγμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ενώ υπάρχει επιπρόσθετη εξειδίκευση με ειδικότητες όπως κατ' οίκον νοσηλευτική, σχολική νοσηλευτική, νοσηλευτική δημόσιας υγείας, νοσηλευτική της οικογένειας, διαπολιτισμική νοσηλευτική, κ.α. Στην Ελλάδα η νοσηλευτική ξεκίνησε επίσημα το 2ο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες ότι αποτελούσε ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα από τα πρωτοχριστιανικά χρόνια και το Βυζάντιο.

Το 1920, με το κύμα προσφύγων από τη Μ. Ασία, λόγω του δάγκειου πυρετού εκπαιδεύτηκαν οι πρώτες επισκέπτριες υγείας από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και το ΠΙΚΠΑ με σκοπό την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και την αντιμετώπιση των προβλημάτων δημόσιας υγείας.

Το 1937 ιδρύθηκε η ΑΣΕΑΝ (ΑΝ 613/37) που παρείχε το τριετούς μεταγυμνασιακή εκπαίδευση επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων.

Το 1960 ιδρύθηκαν οι σχολές του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και του ΠΙΚΠΑ. Τη δεκαετία του 1980 οι επισκέπτες υγείας ασχολούνταν κυρίως με τη παροχή φροντίδας στην κοινότητα αλλά ο νόμος 1397/83 για την ίδρυση των Κέντρων Υγείας δίνει τη δυνατότητα διορισμού και νοσηλευτών και μαιών με ρόλο στην ΠΦΥ (Καλοκαιρινού & Σουρτζή 2005).

#### **1.4. Θεσμικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008)**

Μέσα από μελέτη των μεταρρυθμίσεων της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, κατά τη χρονική περίοδο 1980–2008, όπως αυτές αποτυπώνονται στο νομοθετικό πλαίσιο οργάνωσής της στην εν λόγω χρονική περίοδο.

##### **1.4.1. Ελληνική Νομοθεσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Στον πίνακα 1.1. παρουσιάζεται η ανά νόμο υλοποίηση ή μη κύριας νομοθεσίας για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

**Πίνακας 1.1. : Κύρια νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)**

<b>NOMOS/ΦΕΚ</b>	<b>Τίτλος</b>
N.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α')	Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα κέντρα υγείας υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία κατάργηση οποιασδήποτε μονάδας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης
N.1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α')	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

N.2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α΄)	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας, κέντρα υγείας υπάγονται διοικητικά στις νομαρχίες
N.2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α΄)	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄)	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
N.2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄)	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Τα κέντρα υγείας διοικητική τους αυτοτέλεια με εποπτεία από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ)
N.3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α΄)	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τα κέντρα υγείας υπάγονται στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ)
N. 4238/2014 (ΦΕΚ 38 Α΄)	Εντάξει των κέντρων υγείας στις ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες)

Στον πίνακα 1.2. παρουσιάζεται η Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) – οι δευτερεύουσες διατάξεις.

**Πίνακας 1.2. : Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) – δευτερεύουσες διατάξεις**

<b>ΝΟΜΟΣ/ΦΕΚ</b>	<b>Τίτλος</b>
N.1471/1984 (ΦΕΚ 112 Α΄)	Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
N.1397/83 (ΦΕΚ 143 Α΄)	Οικογενειακός ιατρός-Ειδικότητα γενικός ιατρός, παθολόγος ή παιδίατρος και με αριθμό πληθυσμού ευθύνης- για 1.800–2.500 άτομα & από 14 ετών και άνω ή για 1.200–2.000 παιδιά
N.1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α΄)	Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
N.1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α΄)	Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
N. 2194/94 (ΦΕΚ. 43 Α΄)	Οικογενειακός ιατρός - Ειδικότητα γενικός ιατρός, παθολόγος ή παιδίατρος, υπεύθυνος με αριθμό πληθυσμού ευθύνης- για 1.800–2.500 άτομα
N.2345/1995 (ΦΕΚ 213 Α΄)	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
N. 2519/97 (ΦΕΚ. 165 Α΄)	Ιδιώτης ιατρός, ιατρός του ΕΣΥ ή ιατρός ασφαλιστικών ταμείων, αμειβόμενος κατά κεφαλή
N.2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α΄)	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις

N.2955/2001 (ΦΕΚ 256 Α')	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ και άλλες διατάξεις
N.3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α')	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N.3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α')	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
N.3209/2003 (ΦΕΚ 304 Α')	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N.3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α')	Οικογενειακός ιατρός - Ειδικότητα Γενικός ιατρός, παθολόγος και παιδίατρος
N.3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α')	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
N.3370/2005 (ΦΕΚ 176 Α')	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας στο πλαίσιο του κοινωνικού κράτους είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. (Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2008)·(Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001). Το σκοπό αυτόν προσπάθησε να ικανοποιήσει το ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω των νομοθετικών ρυθμίσεων και των προτάσεων που αναπτύχθηκαν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το πέτυχε (Cochrane A.L. 1989);( Hall RCW. 1997); (Mc Kneally et. al. 1997);(Charles S.C. et. al. 2000).

Άλλωστε, από το σύνολο των μεταρρυθμίσεων που μελετήσαμε, μόνο ο νόμος 1397/83 και ο νόμος 2194/94 βρίσκονται σε ισχύ και μάλιστα χωρίς να έχουν υλοποιηθεί όλες οι διατάξεις που αφορούν στις παραμέτρους οι οποίες μελετήθηκαν. Χρήσιμο και γνωστικά επωφελές να γίνει αναφορά και στις προβλέψεις της κύριας νομοθεσίας σχετικά με τους νοσηλευτές/(τριες), αφού η μεταρρύθμιση για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αναγκαία και απαιτεί τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση (Culyer A.J., 1983).

Στον πίνακα 1.3. παρουσιάζεται η Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – δευτερεύουσες διατάξεις για το νοσηλευτικό κλάδο.

**Πίνακας 1.3. : Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – δευτερεύουσες διατάξεις για το νοσηλευτικό κλάδο**

<b>ΝΟΜΟΣ/ΦΕΚ</b>	<b>Τίτλος</b>
N.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α')	Υπηρεσιακή κατάσταση γιατρών κλάδου ΕΣΥ - "Εθνικό Σύστημα Υγείας" - Η πρώτη νοσηλευτική υπηρεσία-αποκτούν διοικητική αυτοτέλεια
N. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α')	Περιγραφή: Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
N.1579/1985 Άρθρο 5 (ΦΕΚ 217 Α')	Καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή/της νοσηλεύτριας και οι ειδικότητες νοσηλευτικής, παθολογικής, χειρουργικής, παιδιατρικής και ψυχικής υγείας
N. 1672/1986 (ΦΕΚ 203 Α')	Κύρωση της 149/1977 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού
Π.Δ. 351/1989 Άρθρο 1 (ΦΕΚ 159 Α')	Επαγγελματικά δικαιώματα των αποφοίτων νοσηλευτικών σχολών
N. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α')	Τα κέντρα υγείας συστήνεται νοσηλευτική υπηρεσία και Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (ΕΣΑΝ)
N. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α')	Υπηρετήση νοσηλευτών ΑΕΙ ή ΤΕΙ σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας
N. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α')	Προβλέπει ότι σε κάθε ΠεΣΥ συστήνεται νοσηλευτικό συμβούλιο
Π.Δ. 216/2001 (ΦΕΚ 167 Α')	Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας
N. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α')	Οι κλάδοι υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)
N. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α')	Ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) - Ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ

Αναφορικά δε με την ΠΦΥ, τα κέντρα υγείας αναδεικνύονται ως χώροι προαγωγής και άσκησης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, αφού ορίζονται πλέον:

- ως μονάδα παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας,
- υγειονομικής διαφώτισης του πληθυσμού,
- οικογενειακού προγραμματισμού,
- σχολικής υγιεινής και
- παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ακολουθούν τη διάταξη της Ιατρικής, ενώ προβλέπεται η συμμετοχή ενός εκλεγμένου νοσηλευτή ΠΕ ή ΤΕ στο επιστημονικό συμβούλιο. Επί πλέον, με τη Διάσκεψη του ΠΟΥ στο Μόναχο αναγνωρίζεται ο ρόλος των νοσηλευτών στη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα όσον αφορά στη δημόσια υγεία. Εκπρόσωποι των υπουργών υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παροτρύνουν όλους τους σχετικούς φορείς να ενισχύσουν τη δράση των νοσηλευτών με συγκεκριμένους τρόπους, ενώ δεσμεύονται να συνεργαστούν με όλες τις αρμόδιες αρχές για την υλοποίηση του σχετικού στόχου. (Βελονάκη Β.Σ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α, 2006).

Είναι σημαντικό να ομολογηθεί στο σημείο αυτό ότι μετά από πολλά χρόνια γίνεται αναμφισβήτητα ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα προς την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία για πολλά χρόνια αποτελεί τον «πτωχό συγγενή» του εθνικού συστήματος υγείας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Ακόμη, στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρεται, από την έναρξη λειτουργίας του, η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ), η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Διοικητή του Οργανισμού.

#### **1.4.2. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)**

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του παρόντος νόμου.

Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ.

Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του νόμου 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται

επίσης και ο χάρτης της ΠΦΥ, με σκοπό την καλύτερη και πιο σωστή εξυπηρέτηση των δικαιούχων της περίπτωσης α' του παρόντος άρθρου.

Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται. Με το νέο νόμο καθιερώνεται ένα εξωνοσοκομειακό σύστημα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Ρυθμίζονται θέματα, όπως η νομική μορφή και το οργανωτικό και διοικητικό σχήμα του νέου φορέα, ο πληθυσμός που καλύπτει και που αποτελεί την πλειοψηφία του συνόλου των ασφαλισμένων για παροχές σε είδος, καθώς και το καθεστώς χρηματοδότησης του νέου φορέα. Προβλέπεται, ακόμη, η σύνταξη ενιαίου κανονισμού παροχών για όλους τους ασφαλισμένους, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι των τεσσάρων ταμείων θα έχουν, ανεξάρτητα του ασφαλιστικού τους φορέα, την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στο θεράποντά τους ιατρό, στις εργαστηριακές και στις απεικονιστικές εξετάσεις που απαιτούνται, στην προμήθεια των απαραίτητων φαρμάκων και των λοιπών αναγκαίων θεραπευτικών μέσων.

Με τον ΕΟΠΥΥ γίνεται μια προσπάθεια σχεδιασμού ενός νέου υγειονομικού χάρτη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέσω της καταγραφής και της αξιοποίησης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, κυρίως του μεγαλύτερου ασφαλιστικού φορέα του ΙΚΑ, καθώς και των κέντρων υγείας. Ακόμη, μεγάλο και ζωτικής σημασίας θέμα αποτελεί η σχέση των επαγγελματιών υγείας με το νέο φορέα. Γίνεται προσπάθεια ώστε ο νέος φορέας να έχει ξεκάθαρους και σαφείς κανόνες συνεργασίας με όλους τους παρόχους υγείας. Επί πλέον, βαρύτητα δίνεται στην παροχή ενός ικανοποιητικού επιπέδου παρεχομένων υπηρεσιών, με την καλύτερη αξιοποίηση των αναγκαίων πόρων, αφού καθένα από τα τέσσερα ταμεία εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ως προς αυτόν τον τομέα.

Οποσδήποτε, υπάρχουν και αδύνατα σημεία. Ένα από αυτά αφορά στο γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ είναι την ίδια στιγμή αφ' ενός φορέας παροχής υπηρεσιών (με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ) και αφ' ετέρου φορέας αγοράς αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων). Κατά δεύτερο λόγο, πρέπει να αναφερθεί ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τους ασφαλισμένους των τεσσάρων ταμείων, οι κλάδοι υγείας των οποίων εντάχθηκαν σε αυτόν και αφήνει εκτός ένα, όχι

αμελητέο, ποσοστό του πληθυσμού (άποροι, μετανάστες, μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ανασφάλιστοι).

Ακόμη, ο ΕΟΠΥΥ αρθρώνεται βάσει των ΔΥΠΕ, ενώ σύμφωνα με το νόμο 3852/2010, νέα αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να αρθρώνεται σε επίπεδο δήμων και η νοσοκομειακή φροντίδα σε επίπεδο περιφερειών. Καταλήγουμε έτσι στο παράδοξο φαινόμενο, τα κέντρα υγείας να εντάσσονται σε δημοτικό επίπεδο, ενώ ανήκουν στα νοσοκομεία, που εντάσσονται σε επίπεδο περιφέρειας, και να συντονίζονται από τον ΕΟΠΥΥ, που αρθρώνεται σύμφωνα με τις ΔΥΠΕ.

Συμπερασματικά, οι φιλόδοξες μεταρρυθμίσεις των διαφόρων κυβερνήσεων για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν κατέληξαν στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες που έχουν ανάλογη εμπειρία εθνικών συστημάτων υγείας (Μ. Βρετανία, Σουηδία), παραμένει κατακερματισμένη και αδύναμη να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Οι επανειλημμένες και ατελέσφορες πολιτικές προσπάθειες αναβάθμισης και οργάνωσης της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χαρακτηρίζονται από υπερβάλλοντα θεωρητικό ζήλο, χωρίς πρακτικό αντίκτυπο.

Γι' αυτόν άλλωστε το λόγο, αν και τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα έχουν κοινωνικές, οικονομικές, διαχειριστικές και υγειονομικές συνιστώσες, αποτελούν κυρίως προβλήματα ιδεολογίας και πολιτικής βούλησης. (Κυριόπουλος Γ., 1996)

### **1.5. Πρόσφατη Νομοθεσία (2014-2015) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 4238/2014, οι υπηρεσίες ΠΦΥ σε δημόσιο επίπεδο παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠε). Στον νόμο αυτό (άρθρο 1) ορίζεται ότι στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνονται:

- Όλες οι σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και η προαγωγή υγείας.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών.
- Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.



- Η παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- Η τακτική παρακολούθηση και η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Οι υπηρεσίες μετανοδομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες αποκατάστασης.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι υπηρεσίες μητέρα-παιδιού.
- Η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- Η διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Η υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Η υπουργική απόφαση Γ3α/οικ. 3597 (ΦΕΚ 93/τ. Β'/20-01-2015) προβλέπει την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που αποτελούν το ΠΕΔΥ με τα νοσοκομεία της ΔΥΠε στην οποία υπάγονται, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πολίτη, τον προσανατολισμό και τη βελτίωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας και την ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση ως προς την πορεία της υγείας του σε τρεις άξονες υπηρεσιών υγείας: τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και τη βελτίωση και προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Μάλιστα, στην απόφαση αυτή, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διασύνδεσης και της συνέχειας της φροντίδας, προσδιορίζεται αναλυτικά η διαδικασία παραπομπής των περιστατικών από τις δημόσιες δομές της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα νοσοκομεία αναφοράς.

#### **1.5.1. Ο Νόμος 4238/2014 για τους Επαγγελματίες Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Στο άρθρο 4 του νόμου 4238/2014 προβλέπεται ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του ΠΕΔΥ παρέχονται από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, από οδοντίατρους, μαιές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους/διατροφολόγους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγους/ ακτινολόγους, οδοντοτεχνίτες και λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Προβλέπει επίσης ότι οι ως άνω επαγγελματίες υγείας απαρτίζουν την ομάδα της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχοντας διακριτούς ρόλους και όντας επαρκώς εκπαιδευμένοι, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε επίπεδο κοινότητας, χωρίς να συγκεκριμενοποιεί τον ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας

στην ομάδα της. Επομένως, ως προς τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας τυγχάνουν εφαρμογής προγενέστερα ή/και γενικότερα νομοθετήματα, όπως αυτά που αναφέρονται στα επαγγελματικά δικαιώματα του κάθε κλάδου, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να διαιωνίζονται ασάφειες της υπάρχουσας μέχρι τότε νομοθεσίας.

Εξαιρέση ίσως σε αυτό αποτελεί ο οικογενειακός ιατρός, στον οποίο ο νόμος 4238/2014 (άρθρο 5) κάνει ειδική μνεία. Δεν είναι η πρώτη φορά που προβλέπεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στην ελληνική νομοθεσία. Ωστόσο, αν και προγενέστεροι νόμοι (Ν. 1397/1983, Ν. 3235/2004) κάνουν σχετική αναφορά στον ρόλο και στα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού, η εφαρμογή των σχετικών διατάξεων στην καθημερινή πρακτική είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Με τον νόμο 4238/2014 γίνεται μια επιπλέον προσπάθεια ενίσχυσης και συγκεκριμενοποίησης του ρόλου του οικογενειακού ιατρού.

Συγκεκριμένα, προβλέπεται ότι στον ρόλο του οικογενειακού ιατρού περιλαμβάνονται η διαχείριση χρόνιων καταστάσεων στην κοινότητα, η διαχείριση παραγόντων κινδύνου και υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης, ο συντονισμός και η διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς ή με νοσοκομεία, η υποστήριξη, ο προσανατολισμός και η καθοδήγηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας μέσα στο σύστημα υγείας, η παραπομπή τους σε ειδικούς ιατρούς και σε ειδικές υπηρεσίες, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού και η δημιουργία και τήρηση ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου υγείας.

Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να έχει τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας ή Παιδιατρικής και παρέχει τις υπηρεσίες του στις δομές Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας των τοπικών δικτύων Πρωτοβάθμιας, στο ιδιωτικό του ιατρείο ή κατ' οίκον. Σε συμφωνία με την προγενέστερη νομοθεσία (Ν. 1397/1983, Ν. 2519/1997, Ν. 3235/2004) και την εισήγηση της επιστημονικής επιτροπής για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Σουλιώτης και συν., 2013), η επιλογή του οικογενειακού ιατρού αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση των πολιτών. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού είναι ευρύτατα διαδεδομένος και σημαντικός σε άλλες χώρες (Masseria, C., et al., 2009) και δεν είναι λίγοι εκείνοι που ευελπιστούν ότι με την υπάρχουσα νομοθεσία ο θεσμός αυτός θα εδραιωθεί και στην Ελλάδα.

Οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες στη χώρα μας τροφοδοτούν την ανάγκη αναδιάρθρωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και, κυρίως, των δημόσιων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας, οι οποίες την αναδεικνύουν ως κεντρικό πυλώνα του συστήματος υγείας. Σε μια τέτοια προσπάθεια, στην πρόσφατη εισήγηση της ομάδας εργασίας για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας στην Ελλάδα, η ομάδα υγείας αποτελεί λειτουργικό πυρήνα της Πρωτοβάθμιας διασφαλίζοντας τη

διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία για την κάλυψη των αναγκών των χρηστών και την παροχή μεγάλου εύρους υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Αντωνιάδου και συν., 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΤΟΜΕΙΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1. Εισαγωγή**

Το 1978 στην Άλμα-Άτα προσδιορίστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως «η βασική φροντίδα βασισμένη, σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και πρακτικές, διεθνή πρωτόκολλα και τεχνολογία». Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα όσο το δυνατό πιο κοντά στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1983), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι:

- μία φιλοσοφία βασισμένη στις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αυτοδύναμης ανάπτυξης,
- μία στρατηγική, που έχει ως κεντρική ιδέα τον ολιστικό και διατομεακό σχεδιασμό για την υγεία και βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού και στην ενεργό συμμετοχή της κοινωνίας,
- ένα επίπεδο φροντίδων πλησιέστερο στο άτομο και στους τόπους δραστηριοποίησής του και
- ένα σύνολο δραστηριοτήτων στις οποίες η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού έχουν πρωτεύουσα θέση.

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει την αναγκαιότητα της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Δεν στοχεύει μόνο στην υγειονομική/ιατρική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας αλλά καθορίζεται σε ένα γενικότερο κοινωνικό και κοινοτικό πλαίσιο μέσα από το οποίο παρέχονται οι απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας σε συνεργασία και διασύνδεση με άλλους τομείς κοινωνικών υπηρεσιών.

Οι δομές αυτές πρέπει να βρίσκονται αποκεντρωμένες, μέσα στον χώρο της καθημερινότητας των ανθρώπων και να κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση φροντίδας του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους, πρέπει να αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί, εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και

την αμφίδρομη σχέση/επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται σε αυτές πριν προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών, εξειδικευμένων υπηρεσιών και, κατ' επέκταση, τον περιορισμό των δαπανών.(Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. Λάγιου, Β. Βιβιλάκη,2015)

## 2.2. Οι Τομείς Δράσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της αγωγής υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών. Ο προσανατολισμός στην πρωτοβάθμια σχετίζεται το καλύτερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αυξημένη ικανοποίηση του χρήστη, χαμηλότερη κατανάλωση φαρμάκων και με μείωση των δαπανών για τη φροντίδα υγείας. (Πίνακας 2.1) (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996);(Macinko, Starfield, & Erinosh, 2009).

### Πίνακας 4 : Στόχοι της μεταρρύθμισης στο σύστημα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
Ανθρωποκεντρική προσέγγιση στον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών.
Έμφαση στην πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων
Ισότητα στην υγεία.
Προαγωγή της λειτουργίας της ομάδας υγείας στην κλινική πράξη της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών
Έμφαση στη δέσμευση του χρήστη στην αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση.
Βελτίωση της ποιότητας και της καταλληλότητας της φροντίδας.
Παροχή δέσμης υπηρεσιών σε συγκεκριμένους πληθυσμούς.
Καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών και ολοκλήρωση της φροντίδας.
Ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης κλινικών πληροφοριών.
Συμμετοχή της κοινότητας και του πληθυσμού στη λήψη αποφάσεων σε κεντρικό επίπεδο.
Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
Αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα του συστήματος υγείας
Ικανοποίηση των αναγκών φροντίδας των χρηστών.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στις δομές εκείνες που ο πληθυσμός έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας, γενικός ιατρός, νοσηλευτής, επισκέπτης υγείας, μαία, κοινωνικός λειτουργός παρέχουν τις πρώτες υπηρεσίες. Το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, μπορεί να είναι. ο τόπος και ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών. Από 500 έως 5.000 άτομα, μπορεί να κυμαίνεται το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται.

Εξ ορισμού της η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, «φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται (Πίνακας 2.2.).

### **Πίνακας 5 : Η αξία της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για το άτομο**

Καθοδήγηση των χρηστών εντός του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές για τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα.
Ανάπτυξη σχέσης αλληλεπίδρασης του χρήστη με τον επαγγελματία υγείας και ενεργητική συμμετοχή του πρώτου στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία του.
Πρόληψη της νόσου, έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων και προαγωγή της υγείας.
Δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, τις βοηθητικές υπηρεσίες, τις κοινοτικές υποστηρικτικές δομές.

Η πρωτοβάθμια ασχολείται με την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση), η οποία είναι βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους, πρωτόκολλα και τεχνολογίες. Περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής, διεισδύει στα γενικότερα προβλήματα υγείας της κοινότητας. Η έννοιά της πρωτοβάθμιας, υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας. (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996);(Λάγιου, 2014)·(Σουλιώτης, 2014).

#### **2.2.1. Πρόληψη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Σε επίπεδο πρόληψης (πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς) (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996), τα βασικά μέτρα φροντίδας εστιάζουν

Στο άτομο, για προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού ή/και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, έλεγχο PSA, φυσιοθεραπεία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εκπαίδευση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στη

χορήγηση της ινσουλίνης, εκπαίδευση διατροφής της εγκύου, παρεμβάσεις ανοσοποίησης.

Στην οικογένεια, με συμβουλευτική σε περιόδους κρίσης (πένθους, διαζυγίου, ανακουφιστικής φροντίδας ασθενούς τελικού σταδίου και στήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος), μέτρα επαρκούς στέγασης, προγεννητική φροντίδα και αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου (όπως, φάρμακα, βαριά εργασία, ακτινοβολία, κάπνισμα, λοιμώξεις) κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης για την πρόληψη των συγγενών ανωμαλιών και επιπλοκών της κύησης, έλεγχο Mantoux σε οικογένειες υψηλού κινδύνου, εκπαίδευση σχετικά με το κάπνισμα με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου, συμβουλευτική σε θέματα παχυσαρκίας και υιοθέτηση σωστής διατροφής για πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Στην ομαδική συμβουλευτική παιδιών σχολικής ηλικίας με άσθμα, οφθαλμολογικό έλεγχο μαθητών, ενημέρωση των μαθητών για ομάδες αυτοβοήθειας, ανώνυμοι αλκοολικοί, άλλα θέματα σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, το AIDS, τη χρήση προφυλακτικού στις σεξουαλικές επαφές για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, διενέργεια μαστογραφίας με κινητές μονάδες σε γυναίκες απομακρυσμένων περιοχών, θεραπεία σε ηλικιωμένους με σωματική αναπηρία με τη μέθοδο της κολύμβησης.

Στην κοινότητα, με εμβολιασμούς για την πρόληψη λοιμωδών νόσων, υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας με εξασφάλιση καθαρού δικτύου πόσιμου νερού για την πρόληψη των υδατογενών λοιμώξεων, υπηρεσίες ψυχικής υγείας για άτομα με ψυχικά νοσήματα, φθορίωση του νερού για την πρόληψη της τερηδόνας, περιβαλλοντική υγιεινή, για την πρόληψη των ατυχημάτων και των χρόνιων νοσημάτων μετά από έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, έλεγχος της ατμοσφαιρικής ρύπανσης για την πρόληψη των πνευμονοπαθειών και νεοπλασιών, κέντρα μετεγκατάστασης για σεισμόπληκτους. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα χρόνια νοσήματα.

Η επιστημονική παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στην αιτία εμφάνισης του νοσήματος, με σκοπό την πρόληψη της νόσου και την αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι εφικτό. Τα νοσήματα αυτά είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε διάφορους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προκαλούν τη νόσο (Λάγιου, 2013).

### **2.2.2. Αγωγή Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η αγωγή υγείας (health education) σχετίζεται στενά με την πρωτοβάθμια και αφορά την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την αλλαγή στάσης ζωής και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, με την προσδοκία της πρόληψης αλλά και επίλυσης σημαντικών προβλημάτων

υγείας, την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού για τη βελτίωση της υγείας του. Είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο τη μετάδοση γνώσεων και δεξιοτήτων που προασπίζουν και βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού στόχου, κατά την οποία χρησιμοποιούνται κατάλληλα επικοινωνιακά μέσα.

Η αγωγή υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την επίτευξη των στόχων της πρόληψης. Η θεματολογία των προγραμμάτων αγωγής υγείας, είναι σε άμεση συνάρτηση με την ομάδα-στόχο του προγράμματος και έχει ιδιαίτερα ευρύ φάσμα (π.χ. κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, πρόληψη ατυχημάτων, οικογενειακός προγραμματισμός, σεξουαλική συμπεριφορά, προστασία του περιβάλλοντος κ.ά.). Οι σύγχρονες τάσεις απαιτούν τον σχεδιασμό της αγωγής υγείας, από καταρτισμένη στην εν λόγω θεματολογία, διεπιστημονική ομάδα (παιδαγωγούς, ψυχολόγους, ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαιευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά.) για την ευαισθητοποίηση στο σχολείο, στη δουλειά, αλλά και στην πόλη, για τη δημιουργία «υγιούς περιβάλλοντος». Μετά από μία άσχημη περίοδο ιατροκεντρικών αντιλήψεων εκφοβισμού και πατερναλισμού (π.χ. «θα πεθάνεις αν καπνίζεις» κ.λπ.), στην αλλαγή στάσης ζωής και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών (Ackermann-Lieblich et al., 2009);(Λάγιου, 2013).

### **2.2.3. Προαγωγή Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η μέγιστη αξιοποίηση επαγγελματιών υγείας και μη, των πολιτών ειδικών και μη, αλλά και στο σύνολο του ανθρώπινου παράγοντα, σε συνδυασμό με το φυσικό περιβάλλον. Με τη συλλογική αυτή προσπάθεια και με τη συνεργασία αρμόδιων φορέων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας κοινότητας, με στόχο την ενδυνάμωση της προαγωγής της υγείας (health promotion), έννοια στενά συνδεδεμένη με την πρωτοβάθμια, διαδικασία η οποία παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα να ελέγξουν και να βελτιώσουν την υγεία τους (WHO, 1986). Οι χώροι στους οποίους μπορούν να διεξαχθούν δράσεις προαγωγής της υγείας είναι παρόμοιοι με αυτούς της άσκησης της και εστιάζουν, στην οικογένεια, στην εργασία, στο σπίτι, στο σχολείο, στο κοινωνικό περιβάλλον, στο φυσικό περιβάλλον, στους χώρους αναψυχής.

Τα τελευταία χρόνια έχει υιοθετηθεί διεθνώς η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προάσπιση της υγείας, η οποία στοχεύει σε όλο τον πληθυσμό και όχι μόνο σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Τα βασικά σημεία αυτής της στρατηγικής είναι:

- Ανάπτυξη πολιτικών δημόσιας υγείας, οι οποίες προασπίζουν την υγεία. Η υγεία δεν αφορά μόνο τις υπηρεσίες υγείας, αλλά συνολικά την κοινωνία και τις επιλογές της.
- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η υγεία ενός πληθυσμού εξαρτάται από τον τρόπο ζωής του, τον τρόπο με τον οποίο ο πληθυσμός



αυτός διαχειρίζεται το φυσικό περιβάλλον. Η προαγωγή υγείας στοχεύει στη δημιουργία συνθηκών ζωής και δουλειάς οι οποίες είναι ευχάριστες, ασφαλείς και δημιουργικές.

- Ενεργοποίηση/κινητοποίηση της κοινότητας. Η συμμετοχή της κοινότητας αποτελεί σημαντικό καταλύτη για την προάσπιση της υγείας των μελών της. Σε αυτό το πλαίσιο απαιτείται ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα εποικοδομητικής επικοινωνίας και αποδοτικής συνεργασίας. Παράδειγμα ενεργοποίησης/κινητοποίησης της κοινότητας αποτελεί για την ελληνική πραγματικότητα η δράση των κοινοτικών μαιών του Κέντρου Υγείας Σπηλίου που αφορά την ενεργοποίηση γυναικών τρίτης ηλικίας για τη συμμετοχή 51 τους σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Vivilaki et al., 2005).
- Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Προς όφελος της πρωτοβάθμιας και της διεπιστημονικής οργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν ολιστικά την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους, η νοσοκομειοκεντρική και ιατροκεντρική οργάνωση υπηρεσιών υγείας που ασχολούνται μόνο με τη θεραπεία της ασθένειας υποχωρεί διεθνώς, αργά αλλά σταθερά. Η πρωτοβάθμια και οι εργαζόμενοι σε αυτήν είναι ο βασικός και κύριος μοχλός ανάπτυξης της προαγωγής υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους.

#### **2.2.4. Προσυμπτωματικός Έλεγχος και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόζεται την περίοδο μεταξύ της βιολογικής έναρξης της νόσου και της εμφάνισης των κλινικών συμπτωμάτων. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου (δευτερογενής πρόληψη) συμβάλλει στην πρόωμη διάγνωση της νόσου, πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος υλοποιείται με τη μέθοδο της διαλογής (screening), δηλαδή μέσω κλινικής ή/και εργαστηριακής εξέτασης προκαθορισμένων ομάδων πληθυσμού με σκοπό την πρόωμη, προκλινική ανίχνευση της νόσου. Η ακριβής θέση στην παραπάνω περίοδο εξαρτάται από τη φυσική ιστορία της νόσου.

Τα κριτήρια για την εφαρμογή ενός προγράμματος προσυμπτωματικής διαλογής (Ackermann - Liebrich et al., 2008) είναι:

- Η υπό ανίχνευση νόσος να είναι σημαντική και συχνή στον μελετώμενο πληθυσμό, να αποτελεί δηλαδή σημαντικό πρόβλημα για την κοινότητα.
- Να υπάρχει συνέχεια στην παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα. Η δοκιμασία διαλογής σε ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να είναι αποδεκτή και κατά τεκμήριο ασφαλής για τον πληθυσμό που θα συμμετάσχει.
- Να υπάρχει προσυμπτωματικό στάδιο της συγκεκριμένης νόσου

- Να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία της νόσου η οποία, εάν εφαρμοστεί στο προσυμπτωματικό στάδιο, να συμβάλλει αποδεδειγμένα σε καλύτερη πρόγνωση
- Να είναι γνωστή η φυσική πορεία της νόσου.
- Η εξέταση αυτή να είναι αποδεκτή από την κοινότητα και τους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Να διατίθεται μια έγκυρη και ακριβής δοκιμασία διάγνωσης της νόσου.
- Να διατίθεται η απαραίτητη υποδομή για τη διάγνωση και θεραπεία.
- Το κόστος του προγράμματος να είναι αποδεκτό.

Η προκλινική διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι το τεστ Παπανικολάου, χαρακτηριστικό παράδειγμα δοκιμασίας προσυμπτωματικού ελέγχου, η μαστογραφία για τον καρκίνο του μαστού, ο προγεννητικός έλεγχος, η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης για τον σακχαρώδη διαβήτη, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης για τη διάγνωση της υπέρτασης, κ.λπ.

### **2.3. Η Αποτελεσματικότητα της Ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Με θέμα την αποτελεσματικότητα των ομάδων υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου ασχολήθηκε η έκθεση με τίτλο «The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service» (2001). Στην έκθεση αναφέρονται ανάμεσα σε άλλα ότι η αποτελεσματικότητα της ομάδας υγείας επηρεάζεται από τη σύνθεση της ομάδας, τις διαδικασίες που αυτή ακολουθεί αλλά και από διάφορους οργανωτικούς παράγοντες. Σε σχέση με τις διαδικασίες, η έκθεση χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «αποτελεσματικές διαδικασίες στην ομάδα σημαίνουν ξεκάθαρους στόχους που έχουν ανταλλαχθεί με συχνή αλληλεπίδραση, ανταλλασσόμενη πληροφορία, ανταλλασσόμενη επίδραση στη λήψη της απόφασης».

Η ποιότητα επίσης της ομαδικής εργασίας φάνηκε να συνδέεται άμεσα και θετικά με την ποιότητα στη φροντίδα των προσώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και την καινοτομία στη φροντίδα υγείας. Αποτελεσματικές και καινοτόμες ομάδες εργασίας χαρακτηρίζονταν από πρότυπα ευελιξίας και προσαρμοστικότητας, ενώ η ηγετική καθοδήγηση, αν και συχνά απύσχα, αποτέλεσε ένα κρίσιμο προσδιοριστή για την απόδοση της ομάδας υγείας στο βρετανικό σύστημα υγείας.

Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα σχετικά με την καθοδήγηση και την εξέλιξη της ομάδας: Όπως οι ομάδες αναπτύσσονται και γίνονται περισσότερο ώριμες στην ικανότητα να εργάζονται αποτελεσματικά, η καθοδήγηση σε διάφορες λειτουργίες της ομάδας είτε μετά από ανάθεση είτε μετά από ανταλλαγή συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας και

καινοτομίας και καλύτερη ποιότητα ομαδικής εργασίας και Σαφής καθοδήγηση μετά από ανταλλαγή συσχετίζεται επίσης με καλύτερες διαδικασίες στην ομάδα: ξεκάθαρους στόχους, συμμετοχή, έμφαση στην ποιότητα, υποστήριξη της καινοτομίας και ευελιξία.

Η έκθεση καταλήγει με την αναφορά της στην ενότητα των συμπερασμάτων ότι κάθε αντιπαράθεση σχετικά με το ποιος θα καθοδηγεί την ομάδα υγείας είναι καταστροφική. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας σχετίζεται επίσης με τις εκροές στο παραγωγικό σύστημα λειτουργίας της (εισροές – παραγωγική διαδικασία – εκροές), και η αποτελεσματικότητα ορίζεται διαφορετικά από τους ασθενείς, από τα μέλη της ομάδας υγείας και από τους οργανισμούς (Mickan, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### Εννοιολογική προσέγγιση της κατανομής των πόρων

Η χρησιμότητα της οικονομικής ανάλυσης στη λήψη απόφασης για την κατανομή πόρων. Η Οικονομική της Υγείας είναι η επιστήμη που ασχολείται με την επιλογή, αξιολόγηση και την κατανομή των περιορισμένων πόρων στο σύστημα υγείας ώστε να εξασφαλίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2003).

Η ιατρική αποτελεσματικότητα δεν αναμένεται να επιβεβαιωθεί από τους οικονομικούς επιστήμονες. Αυτό που αναμένεται από τους οικονομικούς επιστήμονες είναι μια καθοδήγηση για το πώς μπορούν να επιτύχουν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα με το ελάχιστο δυνατό κόστος, δεδομένου του προϋπολογισμού για την υγεία. Παράλληλα, μπορούν να κάνουν τη διάκριση ανάμεσα σε κλινικές πρακτικές που παρουσιάζουν καλή σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας και σε αυτές που δεν παρουσιάζουν καλή σχέση.

Μία απλοϊκή σκέψη θα ήταν να διατεθούν πόροι σε όλα τα προγράμματα, εφόσον πρόκειται για την υγεία των μελών ενός κοινωνικού συνόλου. Η εισαγωγή της οικονομικής αξιολόγησης στην υγεία οφείλεται κυρίως στην συνειδητοποίηση ότι οι πόροι δεν είναι ανεξάντλητοι.

Οι πόροι που χρησιμοποιούνται στον υγειονομικό τομέα, μπορούν να διακριθούν σε οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους. Η διαθέσιμη ποσότητα αυτών μεταβάλλεται διαρκώς, και ανάλογα με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να προλαμβάνουν και να σχεδιάζουν τον κατάλληλο συνδυασμό και κατανομή πόρων. Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση (Μπουρσανίδης, 2003), οι πόροι εισέρχονται (inputs) στο σύστημα και μέσω των διαδικασιών δίνουν εκροές (outputs). Οι εκροές σχετίζονται με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των πόρων. Αυτό που έχει σημασία, είναι να χρησιμοποιούνται οι διαθέσιμοι πόροι με ευελιξία, εφόσον είναι περιορισμένοι.

Η οικονομική σκέψη στην παροχή υπηρεσιών υγείας χρειάζεται για να καλύψει το κενό στη λήψη απόφασης κατανομής πόρων: Η λήψη απόφασης στο σύστημα υγείας ξοδεύονται τεράστια ποσά για να σωθεί μία ζωή με ένα συγκεκριμένο τρόπο, ενώ, με κάποιον άλλο τρόπο, θα μπορούσαν να σωθούν περισσότερες ζωές. διαφαίνεται, λοιπόν, η ανάγκη μερισμού των υπηρεσιών υγείας, όπου οι πόροι είναι πεπερασμένοι και η επιλογή είναι ανάγκη. Επομένως, πρέπει να γίνεται κατανοητή από όλους τους εμπλεκόμενους η έννοια του κόστους των πόρων, γιατί αλλιώς δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό αν η χρήση των πόρων γίνεται προς το καλύτερο αποτέλεσμα. Βέβαια, εδώ υπεισέρχονται και οι αντιρρήσεις ιατρών, οι οποίοι παρότι κατανοούν την στενότητα των πόρων, θεωρούν σχεδόν

ανήθικη την λήψη ιατρικής απόφασης με βάση το κόστος (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994).

### **3.1. Ο Επιμερισμός των Πόρων ανθρώπινων και οικονομικών**

Στον τομέα της παροχής ιατρικής φροντίδας, ο επιμερισμός των πόρων είναι η κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας στο κοινό. Σε ένα σύστημα υγείας παρόμοιο με το ελληνικό, η συγκεκριμένη κατανομή μπορεί να διακριθεί σε τρία κυρίως επίπεδα.

Στο ανώτατο επίπεδο, ο επιμερισμός των πόρων πραγματοποιείται από την κυβέρνηση και αφορά στο ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που αφιερώνεται στον τομέα της υγείας και σε άλλους παρεμφερείς κλάδους.

Σε μέσο επίπεδο, η διαδικασία της κατανομής επιτελείται σε διάφορες βαθμίδες από κεντρικές κρατικές δομές, δηλαδή στην ελληνική πραγματικότητα κυρίως από τα αρμόδια υπουργεία, τις διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων και άλλες υπηρεσίες παροχής υγείας, τις περιφερειακές διοικητικές δομές, όπως είναι οι υγειονομικές περιφέρειες στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς και τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των Οργανισμών.

Τέλος, ο επιμερισμός των πόρων στο κατώτερο επίπεδο εφαρμόζεται σε άμεση σχέση με τον κάθε ασθενή ατομικά, κυρίως από τον ίδιο τον ιατρό ή από μικρή ομάδα ιατρών. Ο ορθός επιμερισμός των διαθέσιμων πόρων είναι εξαιρετικά σημαντικός για τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος της πολιτείας. Οι διαρκώς αυξανόμενες προσδοκίες του κοινού, καθώς και η συνεχής επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη της Ιατρικής πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία με τις δαπανηρές σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και τους στενά καθορισμένους προϋπολογισμούς.

Εφ' όσον μια κοινωνία επιτρέπει την άνευ όρων πρόσβαση στην παροχή φροντίδας υγείας και αν οι ιατροί προσφέρουν στους ασθενείς τους όλες τις διαθέσιμες παρεμβάσεις, τότε το κόστος των υπηρεσιών υγείας θα ήταν δυσβάστακτα υψηλό για τους πολίτες, είτε συμμετέχουν στη χρηματοδότηση ως φορολογούμενοι, είτε ως ασφαλισμένοι, είτε ως ιδιώτες καταναλωτές.

Ωστόσο, η υιοθέτηση διαδικασιών που προσβλέπουν στην ορθολογική κατανομή των δαπανών πρέπει να έχει ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό. Δηλαδή, οποιοδήποτε περιορισμοί στην κατανάλωση ιατρικών αγαθών και τη χρήση υπηρεσιών από τον ασθενή ατομικά πρέπει να εξυπηρετεί την καλύτερη περίθαλψη του κοινωνικού συνόλου και όχι τη στείρα εξοικονόμηση πόρων. (Μπαρδής Β., 2007)

Η συμπεριφορά των εργαζομένων σε μια επιχείρηση αποτελείται από τέσσερις μεταβλητές που είναι τα κίνητρα, η αντίληψη, η ικανότητα και οι συνθήκες εργασίας στην επιχείρηση που απασχολούνται. Άρα στην ουσία το ανθρώπινο δυναμικό διαφέρει από τους υπόλοιπους πόρους μιας επιχείρησης, διότι κάθε εργαζόμενος διαθέτει την δική του προσωπικότητα και ικανότητα στο να αξιολογεί τις ενέργειες της επιχείρησης όπου εργάζεται (Τερζίδης και Τζωρζάκης, 2004)

### **3.2. Ιατρική Δεοντολογία και Οικονομικά της Υγείας**

Για τη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων έχει προταθεί η εισαγωγή των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. (Cochrane AL,1989);(Culyer AJ.,1983) Οι δύο έννοιες συχνά συγχέονται μεταξύ τους. Ο όρος της αποδοτικότητας ενδιαφέρει τις υπηρεσίες υγείας και αναφέρεται στη βέλτιστη εφαρμογή των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε κατάλληλο τόπο και χρόνο και κυρίως με το σωστό τρόπο.

Από την άλλη πλευρά, η ιατρική επιστήμη ενδιαφέρεται για την αποτελεσματικότητα, δηλαδή για την εφαρμογή των παρεμβάσεων οι οποίες έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών. (Lázaro P.,et.al.1996)·(Κυριόπουλος Γ., 2006) Η αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων τεκμηριώνεται με τις διαδικασίες της αποδεικτικής Ιατρικής, ενώ για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που παρέχονται από το σύστημα υγείας χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι. (Sancho L.G.,2008);(Kernick D.P.,2003);(Mc Gregor M.,2003);(Levin H.M.,2001).

Τα πορίσματα των αναλύσεων εκφράζονται συνήθως με ένα κλάσμα, ο αριθμητής του οποίου είναι το οικονομικό κόστος, ενώ ο παρονομαστής εξαρτάται από το σκοπό και το αποτέλεσμα της ιατρικής παρέμβασης. Ανάλυση κόστους-ελαχιστοποίησης, η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει παρεμβάσεις οι οποίες έχει αποδειχθεί ότι έχουν ακριβώς το ίδιο αποτέλεσμα και κατά συνέπεια η εν λόγω μέθοδος εστιάζει μόνο πάνω στο θέμα του κόστους. Η φθηνότερη επιλογή είναι τελικά αυτή που προτιμάται.

Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, η ανάλυση αυτή χρησιμοποιείται για τη σύγκριση παρεμβάσεων οι οποίες έχουν τον ίδιο αντικειμενικό σκοπό. Εκφράζει το κόστος της παρέμβασης που απαιτείται για συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας, η εν λόγω μέθοδος εφαρμόζεται για να αξιολογήσει παρεμβάσεις που προκαλούν διαφορετικά αποτελέσματα. Για το σκοπό αυτόν, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων μετατρέπονται σε όρους μιας κοινής μονάδας μέτρησης και η ανάλυση αυτού του είδους εκφράζει το κόστος

κάθε παρέμβασης που απαιτείται για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης μονάδας μέτρησης.

Ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος δείκτης της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας είναι τα ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής, (quality-adjusted life years, QALYs). Το μέγεθος αυτό εκφράζει τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου, σταθμισμένη με την ποιότητα ζωής του.

Ανάλυση κόστους-οφέλους, στην παρούσα περίπτωση, τόσο το κόστος όσο και το αποτέλεσμα της παρέμβασης αποδίδονται με οικονομικούς όρους. Εκφράζει το ποσό, το οποίο δαπανάται σε κάθε παρέμβαση ανά νομισματική μονάδα που εξοικονομείται από τη συγκεκριμένη παρέμβαση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αναφερόμενες αναλύσεις αφορούν κυρίως στους ανθρώπους που διαμορφώνουν τις πολιτικές υγείας σχετικά με την κατανομή των διαθέσιμων πόρων, καθώς και τους διοικητικούς οργανισμούς που εφαρμόζουν τις συγκεκριμένες πολιτικές.

Με την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων, ιδιαίτερα των αναλύσεων κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας, δημιουργείται το δεοντολογικό και βιοηθικό έρεισμα, με το οποίο μπορεί να δικαιολογηθεί η κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες του συστήματος υγείας. Τα πορίσματα που προκύπτουν από αυτές τις οικονομικές αναλύσεις οδηγούν στη λήψη αποφάσεων σε κυβερνητικό-πολιτικό, διοικητικό και κλινικό επίπεδο. (WHO, 1995-2008)

### **3.3. Μεθοδολογία Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας**

Τα στάδια ενός προγράμματος αξιολόγησης, όπως περιγράφονται από τους Leger et al, είναι, το πρώτο βήμα της αξιολόγησης μιας υπηρεσίας υγείας είναι η συλλογή μιας σειράς στοιχείων, που θα οδηγήσουν στην πραγματική κατανόησή της και θα βοηθήσουν στην επιλογή των αντικειμένων της αξιολόγησης. Έτσι, θα αποκτηθούν οι απαραίτητες γνώσεις σχετικά με την έκταση και τις επιμέρους δραστηριότητές της, τον πληθυσμό που έχει την ανάγκη της, τον πληθυσμό που ωφελείται στην πράξη, τους περιορισμούς και τις δυνατότητές της κ.ά. Μπορεί να αναζητηθούν ακόμη στοιχεία για την υγεία του πληθυσμού αναφοράς και βιβλιογραφικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα παραπλήσιων υπηρεσιών υγείας. Το βασικότερο κομμάτι της όλης διαδικασίας είναι η αποσαφήνιση των στόχων που υπηρετεί η υπηρεσία.

Οι ιατρικές υπηρεσίες εκτελούν καθημερινά μια σειρά από προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές και νοσηλευτικές διαδικασίες και προγράμματα υγείας. Οι στόχοι των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας διακρίνονται σε τελικούς ή μακροπρόθεσμους (π.χ. βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, μείωση των αναπήρων, αποδοτική διαχείριση των πόρων, ικανοποίηση των ασθενών), ενδιάμεσους ή μεσοπρόθεσμους (π.χ. πραγματοποίηση συγκεκριμένου αριθμού

χειρουργικών πράξεων, χρήση δραστικών επιμέρους παρεμβάσεων, αποδοχή της υπηρεσίας από την κοινότητα) και άμεσους ή επιχειρησιακούς (π.χ. πρόσληψη συγκεκριμένου προσωπικού, εισαγωγή νέας τεχνολογίας).

Οι τελικοί στόχοι συνηθέστερα αφορούν σε ανάγκες υγείας του πληθυσμού, συχνά όμως συνεκτιμούν και άλλες διαστάσεις της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, όπως την τάξη, την ευπρέπεια, την άνεση και το σεβασμό της αξιοπρέπειας των ασθενών. Η αξιολόγηση προσπαθεί να αποτιμήσει το βαθμό επίτευξης συγκεκριμένων στόχων μιας υπηρεσίας με βάση ορισμένα κριτήρια (π.χ. αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα, ποιότητα). Η απευθείας μέτρηση της επίτευξης των τελικών στόχων μιας υπηρεσίας υγείας είναι μεν επιθυμητή, συχνά όμως δεν είναι εφικτή. Γι' αυτόν το λόγο, συχνά μετριέται η επίτευξη ενδιάμεσων στόχων της υπηρεσίας, όταν θεωρείται ότι εκφράζει πραγματικά και την επίτευξη των τελικών στόχων της.

Μια άλλη προσέγγιση είναι η αξιολόγηση της υπηρεσίας στο επίπεδο των επιμέρους δραστηριοτήτων της. Είναι προφανές ότι δεν μπορούν να αξιολογηθούν όλες οι δραστηριότητες μιας υπηρεσίας υγείας ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων τους. Επομένως, συχνά γίνεται επιλογή συγκεκριμένων τομέων μιας υπηρεσίας υγείας που μελετώνται αυτόνομα με βάση τους επιμέρους τελικούς, ενδιάμεσους και άμεσους στόχους τους.

Η επιλογή των τομέων που θα αξιολογηθούν γίνεται ανάλογα με το επιδιωκόμενο εύρος και τον προσανατολισμό της αξιολόγησης. Για να είναι πάντως μια αξιολόγηση ολοκληρωμένη, πρέπει οι στόχοι της να αφορούν σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας – εισροές, διαδικασίες, εκροές και τελικά αποτελέσματα. Οι στόχοι αντιστοιχούνται στη συνέχεια με κατάλληλους δείκτες (αποτελέσματος, συνδετικούς και επιχειρησιακούς).

### **Επιλογή δεικτών**

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι από ένα μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας. Οι κυριότεροι τύποι δεικτών είναι:

- Δείκτες εισροών (απλοί ποσοτικοί δείκτες, όπως ο αριθμός των ιατρών, των νοσηλευτών, δείκτες ποιότητας των εισροών, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, δείκτες επάρκειας, όπως ο αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους, γεωγραφικής προσπελασιμότητας, όπως το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κοντά σε μια υπηρεσία υγείας κ.ά.)
- Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. αξιοπιστίας διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίησης ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών, χρόνου αναμονής).



- Δείκτες ενδιάμεσων εκροών (π.χ. απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών, όπως ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων, όπως ο αριθμός χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα το χρόνο.)
- Δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας και σύγχρονοι δείκτες ευεξίας, δείκτες αποτελεσματικότητας, όπως η σχετική αποτελεσματικότητα, και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών κ.ά.)
- Δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες μακρό αξιολόγησης, όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, όπως ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας κ.ά.)
- Σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες (π.χ. εισόδημα, κατοικία, συνθήκες εργασίας.)
- Δείκτες πολιτικής υγείας (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων, οργανωτικού πλαισίου κ.ά.).

Πολλοί από τους παραπάνω δείκτες εισροών, διαδικασιών, ενδιάμεσων εκροών και αποτελεσμάτων έχουν ποιοτική διάσταση και θα μπορούσαν να θεωρηθούν δείκτες ποιότητας σύμφωνα με τον ευρύτερο ορισμό της ποιότητας. Οι κυριότεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας ανά τομέα και επίπεδο αξιολόγησης έχουν ως εξής:

### **3.3.1. Μεθοδολογία Αξιολόγησης Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Δείκτες εισροών. Αξιολογούνται με κατάλληλους δείκτες επάρκειας το επιστημονικό προσωπικό, ο διαθέσιμος χώρος αναμονής επισκεπτών, η ύπαρξη των απαραίτητων διαγνωστικών μέσων, ο διαθέσιμος χώρος εξέτασης κ.ά.

Δείκτες εκροών. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογείται:

- Η πρόσβαση, η οποία προσδιορίζεται με δείκτες επαφών, όπως είναι ο αριθμός επισκέψεων στην υπηρεσία ή σε επαγγελματίες υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης, το ποσοστό του πληθυσμού που δεν ήρθε σε επαφή με γιατρό στη διάρκεια του χρόνου κ.ά.
- Το φάσμα και το είδος των υπηρεσιών, με δείκτες συνταγογραφίας, όπως είναι ο αριθμός των ιατρικών συνταγών ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία ή ανά γιατρό, και με δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων, όπως είναι ο αριθμός των εκτελούμενων ιατρικών εξετάσεων ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία. Άλλοι δείκτες αξιολογούν τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

- Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. ικανοποίησης των ασθενών, μη αναγκαίων παραπομπών σε νοσοκομεία, λίστες αναμονής)
- Δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες παραγωγικότητας, τεχνική αποδοτικότητα κ.λπ.)
- Δείκτες αποτελεσματικότητας, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού (π.χ. σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής) ή με ειδικές έρευνες.

### 3.4. Οι Πολιτικές Υγείας

Είναι γεγονός ότι η πρόοδος της δαπανηρής βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι αναπόφευκτη και σχεδόν καθολικά αποδεκτή. Καθώς λοιπόν το κόστος παροχής ιατρικής φροντίδας αυξάνεται, πρέπει να διαμορφωθούν πιο συνειδητές πολιτικές υγείας για τον εξορθολογισμό των δαπανών, πάντα με γνώμονα τα ταυτόχρονα συμφέροντα του πολίτη και της κοινωνίας. Η μεταβίβαση ορισμένων δαπανών του δημοσίου στους ιδιώτες είναι μια πολιτική απόπειρα, η οποία από τη μια πλευρά μπορεί να επιλύσει κάποια οικονομικά προβλήματα σε περιπτώσεις μη επειγόντων περιστατικών, από την άλλη όμως δεν μειώνει πραγματικά το κόστος και, παράλληλα, επιδρά ανασταλτικά στο δικαίωμα της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες στρατηγικές σχεδιασμού. (Council on Medical Service, 2004);(Snyder J.W.,1998)

Κάποιες από αυτές προσπαθούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ίδιων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή του κοινού. Τέτοια προγράμματα ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν υγειονομική φροντίδα σε πρωιμότερο στάδιο, όταν είναι ακόμη δυνατή η αποτροπή της εξέλιξης της νόσου. Για το σκοπό αυτόν μπορεί να εφαρμοστεί μια σειρά προληπτικών μέτρων για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (π.χ. αντικαπνιστικές πολιτικές, εκστρατείες διάδοσης της υγιεινής διατροφής, ενημέρωση για τις βλαπτικές συνέπειες του ήλιου, δοκιμασίες διαλογής για διάφορες νόσους στο γενικό πληθυσμό κ.λπ.). Επί πλέον, είναι αναγκαία η περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η επίτευξη αυτού του στόχου έχει διττό όφελος, αφού αφ' ενός μπορεί να περιορίσει τις περιττές δαπάνες του συστήματος υγείας και αφ' ετέρου να συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού. Επιπρόσθετα, ο προγραμματισμός υγείας έχει τη δυνατότητα να παρέμβει με αρκετούς τρόπους στους κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, προκειμένου να μειωθεί το οικονομικό κόστος.

Συγκεκριμένα, η ερευνητική επιστημονική κοινότητα μπορεί να καθορίσει ειδικούς διαγνωστικούς και θεραπευτικούς αλγόριθμους, καθώς και

κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή των νέων τεχνολογιών, πάντα ακολουθώντας τα ευρήματα της αποδεικτικής Ιατρικής και των οικονομικών αναλύσεων. Δηλαδή, θα μπορούσε να ασκηθεί η ιατρική πράξη “by the book”, όπως αναφέρεται στη διεθνή, κυρίως την αμερικανική, πρακτική.

Εν τούτοις, είναι φυσικό ότι τέτοιου είδους πολιτικές συχνά περιορίζουν την ευχέρεια του ιατρικού προσωπικού να παραγγείλει συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις ή να εκτελέσει ορισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και όχι σπάνια έρχονται αντιμέτωπες με τον ιατρικό επαγγελματισμό και τη θεραπευτική διαδικασία. Επί πλέον, μπορούν να παρεμποδίσουν την εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενούς. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο κατά το οποίο ο ιατρός προσπαθεί να χειραγωγήσει το σύστημα, προκειμένου να επιτύχει την υγειονομική κάλυψη των παρεμβάσεων στον ασθενή, ή προτείνει στον ασθενή διαδικασίες με ιδιωτική οικονομική κάλυψη. (Wynia M.K., 2003)

Γι’ αυτόν το λόγο, οι εφαρμοζόμενοι κατευθυντήριοι κανόνες πρέπει να προβλέπουν λύσεις που να ανταποκρίνονται στις διαφορετικές κάθε φορά επικρατούσες συνθήκες και τις ξεχωριστές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Άλλοι τρόποι ορθολογικής χρήσης των πόρων περιλαμβάνουν το συντονισμό μεταξύ των φορέων παροχής ιατρικής φροντίδας, την εισαγωγή ελεγκτικών μηχανισμών για την ανίχνευση των υπέρμετρων εξόδων, αλλά και τη διαφύλαξη της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Γενικά, οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν στην αιτιολογική αντιμετώπιση του προβλήματος της διαχείρισης του κόστους. Σε ένα συμπόσιο που διεξήχθη το 1997 στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ για τον εορτασμό της 150ής επετείου από την ίδρυση του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου αναφέρθηκε ότι η σημερινή κατάσταση των ιατρών στον τομέα υγείας ομοιάζει με την προσπάθεια κάποιων Διασωστών, οι οποίοι βρίσκονται στην όχθη ενός ποταμού και σώζουν άτομα που κινδυνεύουν να πνιγούν, ενώ την ίδια στιγμή μερικά μέτρα πιο πάνω άνθρωποι πέφτουν συνεχώς μέσα στο νερό. (Blume E., 1997)

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τρόπος παροχής της περίθαλψης δεν αφορά μόνο στις υπηρεσίες του κράτους αλλά επηρεάζει ολόκληρη την κοινότητα. Γι’ αυτόν το λόγο, όλοι οι σχεδιασμοί των πολιτικών υγείας πρέπει να τίθενται υπό δημόσια διαβούλευση, στην οποία όλοι οι αρμόδιοι κοινωνικοί φορείς θα εκφράζουν τις απόψεις τους. Επί πλέον, το κοινό έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τη διαθεσιμότητα των πόρων για την υγεία και την κατανομή τους μέσα στο σύστημα. Η παραπάνω διαδικασία πρέπει να είναι μια συνεχιζόμενη προσπάθεια, η οποία προϋποθέτει πολιτική και κοινωνική βούληση, καθώς και αμοιβαίες αποφάσεις μέσα από ανοικτό διάλογο με ισοδύναμους όρους συμμετοχής. (Povar G.J., 2004)

## **Οι ανθρώπινοι Πόροι**

Ανθρώπινοι πόροι ή ανθρώπινο δυναμικό είναι το σύνολο των ταλέντων και της διάθεσης για απόδοση όλων των ανθρώπων που μπορούν να συντελέσουν στη δημιουργία και ολοκλήρωση της αποστολής, του οράματος, της στρατηγικής και των στόχων ενός οργανισμού (Jackson & Schuler, 2000)

Διοίκηση (Management) Είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων που αποβλέπουν στην επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού μέσα από την αξιοποίηση των προσφερόμενων πόρων.

Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων είναι μια από τις λειτουργίες του management που ασχολείται με το προσωπικό ενός Οργανισμού καθώς και με τον κύκλο ζωής τους μέσα σε αυτόν. Επίσης, ασχολείται με την ικανοποίηση των αναγκών των εργαζομένων καθώς και με την εφαρμογή κανόνων που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των υπαλλήλων. Γενικά, κάθε εργαζόμενος προσλαμβάνεται σε έναν οργανισμό, εκπαιδεύεται, προσφέρει τις υπηρεσίες του και στη συνέχεια αξιολογείται και αμείβεται αναλόγως. Στο χώρο της εργασίας για την Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων δεν έχει σημασία αν κάποιος είναι διευθυντής ή απλός υπάλληλος, διότι όλοι έχουν τα καθήκοντα τους και τις αρμοδιότητές τους ώστε ο οργανισμός να είναι αποτελεσματικότερος και να επιτευχθούν οι στόχοι του.

Ο όρος ανθρώπινοι πόροι αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των εργαζομένων στο χώρο εργασίας τους όπως είναι οι ικανότητες, η πείρα, οι δεξιότητες, η θέληση για μάθηση και η αφοσίωση τους στην εργασία. Η συμπεριφορά των εργαζομένων σε μια επιχείρηση αποτελείται από τέσσερις μεταβλητές που είναι τα κίνητρα, η αντίληψη, η ικανότητα και οι συνθήκες εργασίας στην επιχείρηση που απασχολούνται. Άρα στην ουσία το ανθρώπινο δυναμικό διαφέρει από τους υπόλοιπους πόρους μιας επιχείρησης, διότι κάθε εργαζόμενος διαθέτει την δική του προσωπικότητα και ικανότητα στο να αξιολογεί τις ενέργειες της επιχείρησης όπου εργάζεται (Τερζίδης και Τζωρζάκης, 2004)

### **3.5. Σχεδιασμός Θέσεων Εργασίας**

Ο σχεδιασμός των θέσεων εργασίας είναι η διαδικασία καθορισμού των εργασιακών καθηκόντων που κάθε άτομο ή ομάδα ατόμων αναλαμβάνει σύμφωνα με την αποστολή και τους στόχους του οργανισμού. Η διαίρεση του συνολικού έργου ενός οργανισμού Υγείας σε επιμέρους εργασίες ή καθήκοντα ορίζει την εξειδίκευσή του.

#### **3.5.1. Διαίρεση εργασίας - εξειδίκευση**

Σε έναν οργανισμό Υγείας η εξειδίκευση της εργασίας ποικίλλει, τόσο σε οριζόντιο όσο και σε κάθετο βαθμό, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται στο

οργανόγραμμα θέσεις εργασίας με υψηλή κάθετη και υψηλή οριζόντια εξειδίκευση, θέσεις εργασίας με χαμηλή κάθετη και χαμηλή οριζόντια εξειδίκευση, θέσεις εργασίας με υψηλή κάθετη και χαμηλή οριζόντια εξειδίκευση, αλλά και θέσεις εργασίας με χαμηλή κάθετη και υψηλή οριζόντια εξειδίκευση (Σχήμα 3.3.).

**Σχήμα 1 : Κατηγορίες θέσεων εργασίας οργανισμών Υγείας**

Κάθετη εξειδίκευση	υψηλή	Θέσεις χαμηλών ιεραρχικών επιπέδων (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι)	Ανειδίκευτες θέσεις εργασίας
	χαμηλή	Θέσεις ειδικών τεχνικών, επιστημόνων (ιατροί)	Θέσεις ανώτερων ιεραρχικών επιπέδων (Διευθυντές τμημάτων)
		χαμηλή	υψηλή
		Οριζόντια εξειδίκευση	

Οι εργαζόμενοι σε θέσεις εργασίας που εμφανίζουν υψηλή κάθετη και υψηλή οριζόντια εξειδίκευση επαναλαμβάνουν την ίδια εργασία χωρίς να έχουν αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών (παραδείγματος χάριν η εργασία της τραπεζοκόμου και της τηλεφωνήτριας). Οι εργαζόμενοι σε θέσεις εργασίας που εμφανίζουν χαμηλή κάθετη και χαμηλή οριζόντια εξειδίκευση έχουν μεγάλη ποικιλία καθηκόντων, καθώς και αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων (π.χ. ιατροί) δεν επαναλαμβάνουν μία συγκεκριμένη εργασία και δεν εξαρτώνται από άλλους που θα τους υποδείξουν τα καθήκοντά τους και τη βέλτιστη λύση κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Παράλληλα, οι εργαζόμενοι σε θέσεις εργασίας (συνήθως κατώτερων ιεραρχικών επιπέδων) που εμφανίζουν υψηλή κάθετη και χαμηλή οριζόντια εξειδίκευση έχουν μεγάλη ποικιλία καθηκόντων αλλά περιορισμένη αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων (π.χ. οι διοικητικοί υπάλληλοι του λογιστηρίου ή του τμήματος προμηθειών), ενώ οι εργαζόμενοι σε θέσεις εργασίας (συνήθως των ανώτερων ιεραρχικών επιπέδων) που εμφανίζουν χαμηλή κάθετη και υψηλή οριζόντια εξειδίκευση επαναλαμβάνουν μια σειρά από καθήκοντα και έχουν μεγάλη αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων (π.χ. ο διευθυντής ενός νοσηλευτικού τμήματος).

### **3.5.2. Στελέχωση**

Η στελέχωση καθορίζει τις απαιτήσεις κάθε θέσης εργασίας σε καθήκοντα και προσόντα (εκπαίδευση, πείρα, ατομικά χαρακτηριστικά), καθώς τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που περιλαμβάνει κάθε θέση εργασίας αποτελούν κριτήρια για την προσέλκυση, την επιλογή, την πρόσληψη, τη διατήρηση, την αμοιβή και την κατάρτιση κατάλληλων και ικανών στελεχών (M.K. Aydelotte, 1973). Η μέθοδος στελέχωσης ενός οργανισμού με επαγγελματίες Υγείας αποτελεί μια συστηματική διαδικασία, η οποία προσδιορίζει την ποσότητα και την ποιότητα του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Η διαδικασία της στελέχωσης περιλαμβάνει πέντε φάσεις (M.K. Aydelotte, 1973): την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης και την αποτίμηση των αναγκών, τη δημιουργία μελέτης στελέχωσης, το σχεδιασμό της στελέχωσης, τις ενέργειες στελέχωσης και την επιλογή και εφαρμογή του κατάλληλου μοντέλου στελέχωσης.

### **3.5.3. Ανάλυση της Υπάρχουσας Κατάστασης και Αποτίμηση των Αναγκών**

Στη φάση αυτή προσδιορίζονται οι απαιτήσεις σε προσωπικό και αναλύεται η παρούσα και η μελλοντική οργανική διάρθρωση του οργανισμού Υγείας. Εξάγονται συμπεράσματα για το είδος και τον αριθμό των ατόμων που χρειάζονται (π.χ. λόγω συνταξιοδότησης ή παραιτήσεων κάποιων εργαζόμενων).

### **3.5.4. Δημιουργία Μελέτης Στελέχωσης**

Στη φάση αυτή προσδιορίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία στελέχωσης, όπως (R.J. Swansburg, 1999):

- ο χρόνος και η συχνότητα των καθηκόντων
- ορισμός καθηκόντων και διαδικασιών
- προσδιορισμός σημείου και ώρας έναρξης, καθώς επίσης σημείου και ώρας περάτωσης κάθε δραστηριότητας
- μέτρηση μέσου χρόνου κάθε δραστηριότητας
- καθορισμός ατομικών μεταβολών απόδοσης, κόπωσης και αναπόφευκτης αναμονής
- μέτρηση πρότυπου χρόνου που ορίζεται ως το άθροισμα του μέσου χρόνου και του χρόνου αναμονής
- μέτρηση νοσηλευτικής δραστηριότητας που ορίζεται ως το γινόμενο
- της συχνότητας καθηκόντων και του πρότυπου χρόνου
- μέτρηση όγκου ιατρό-νοσηλευτικού έργου που ορίζεται ως το γινόμενο του συνόλου όλων των καθηκόντων και του πρότυπου χρόνου
- δειγματοληψία εργασίας
- εντοπισμός των κυριότερων ιατρό-νοσηλευτικών ενεργειών

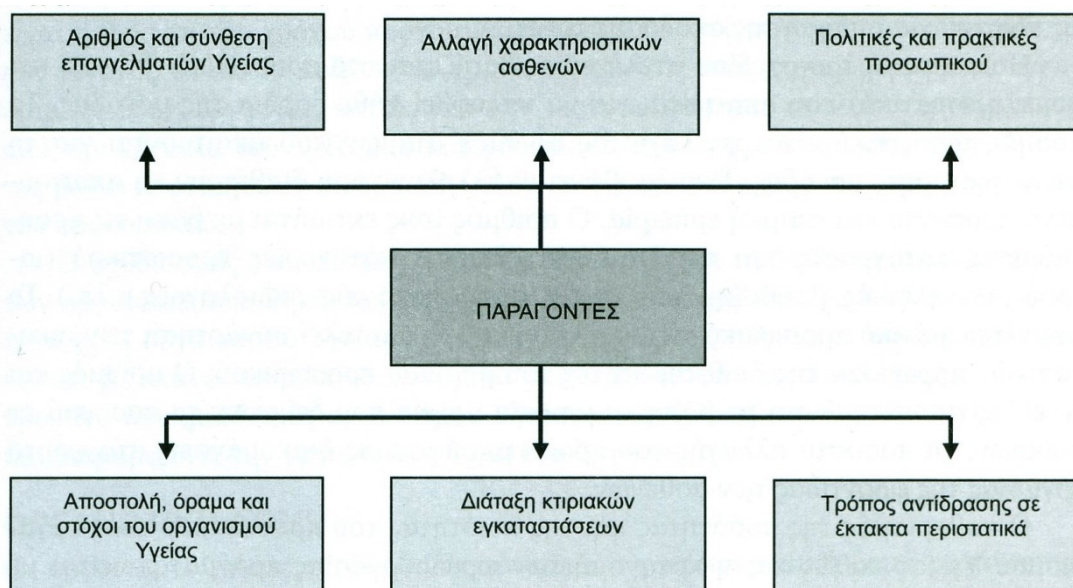
- παρατήρηση τυχαίου δείγματος
- ανάλυση των παρατηρήσεων
- συνεχής δειγματοληψία
- παρατήρηση ενός ατόμου (νοσηλεύτη, ιατρού, βοηθού κ.λπ.) κατά την εκτέλεση κάποιας εργασίας.

### 3.5.5. Σχεδιασμός στελέχωσης

Στη φάση αυτή προσδιορίζεται το σχέδιο στελέχωσης με προβλέψεις για τον αριθμό και το είδος του προσωπικού που έχει ανάγκη ο οργανισμός Υγείας για την απρόσκοπτη και ομαλή λειτουργία του. Ο σχεδιασμός επηρεάζεται από παράγοντες του εξωτερικού και του εσωτερικού περιβάλλοντος, οι οποίοι κατατάσσονται σε πέντε ομάδες (P.J. Schroder, 1990) : πρώτον, ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού και το μείγμα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας δεύτερον, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών τρίτον, πολιτικές και πρακτικές που σχετίζονται με το χρόνο υποδοχής και εξόδου των ασθενών, την κατανομή των ασθενών σε μονάδες και τις πρακτικές της φροντίδας Υγείας τέταρτον, την αποστολή και τους στόχους του οργανισμού, καθώς και τη διάταξη των κτιριακών εγκαταστάσεων πέμπτον, ο αριθμός των εισερχόμενων και των εξερχόμενων ασθενών, ο τρόπος αντίδρασης σε έκτακτα περιστατικά και ο τρόπος παροχής της φροντίδας (Σχήμα 3.4.).

Ο σχεδιασμός της στελέχωσης προβλέπει τον αριθμό του προσωπικού που χρειάζεται μια μονάδα παροχής υπηρεσιών Υγείας με την εκτίμηση προϋπαρχόντων στοιχείων στελέχωσης, την επανεξέταση των σύγχρονων επιπέδων στελέχωσης, και την πρόληψη των μελλοντικών σχεδίων του οργανισμού (Γ.Ι. Στάθης, 1991).

**Σχήμα 2 : Παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό της στελέχωσης**



### 3.5.6. Ενέργειες Στελέχωσης

Στη φάση αυτή προσδιορίζονται οι ενέργειες προσέλκυσης, πρόσληψης και διατήρησης των εργαζόμενων, η πολιτική μισθών και ημερομισθίων, οι προοπτικές εξέλιξης και επιμόρφωσης του προσωπικού του οργανισμού Υγείας, και οι ενέργειες εφαρμογής του κατάλληλου μοντέλου στελέχωσης.

Η επιλογή των εργαζόμενων στηρίζεται συνήθως σε προσωπικές συνεντεύξεις και σε δοκιμασίες γνώσεων ή δεξιότητας, προκειμένου να τοποθετηθούν τα κατάλληλα άτομα στις κατάλληλες θέσεις. Τελικά, πραγματοποιείται η πρόσληψη των νέων υπαλλήλων και ακολουθεί γενική ενημέρωσή τους σε θέματα που αφορούν τη νέα τους εργασία προκειμένου να νιώσουν ευπρόσδεκτοι και να προσαρμοστούν εύκολα στις απαιτήσεις της νέας θέσης τους.

Η πολιτική των μισθών και των ημερομισθίων καθορίζεται από τις απαιτήσεις και τη σχετική «αξία» της θέσης, όπως αυτή εκτιμάται από το σύνολο των καθηκόντων και των ευθυνών που συνεπάγεται. Πέρα από τους μισθούς και τα ημερομίσθια έχει καθιερωθεί και η καταβολή ορισμένων επιπρόσθετων έμμεσων παροχών και επιδομάτων, όπως οι αυξημένες ετήσιες άδειες με αποδοχές, οι καταβολές για επιπλέον ασφάλιση, η ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη κ.ά.

Οι προοπτικές εξέλιξης των εργαζόμενων αποτελούν σημαντική παράμετρο την οποία λαμβάνει υπόψη ο εργαζόμενος. Η εξέλιξη (προαγωγή) των εργαζόμενων πραγματοποιείται εφόσον εμφανίζονται κενές θέσεις ή δημιουργούνται νέες θέσεις στο οργανόγραμμα. Η δυνατότητα προαγωγής των εργαζόμενων σε υψηλότερες θέσεις εργασίας, εφόσον βέβαια κατέχουν τα απαραίτητα προσόντα, δρα ως κίνητρο για αύξηση της απόδοσής τους.

Η εφαρμογή του σχεδίου στελέχωσης βασίζεται στο προσωπικό (βασικό και συμπληρωματικό) που απαιτείται για να καλυφθεί κάθε βάρδια της μονάδας. Το βασικό προσωπικό είναι ο ελάχιστος αριθμός ατόμων που απαιτούνται για τη στελέχωση μιας μονάδας. Περιλαμβάνει υπάλληλους που διαθέτουν τα απαιτούμενα προσόντα και επαρκή εμπειρία. Ο αριθμός τους εκτιμάται με βάση τις προηγούμενες καταγραφές και περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες προσωπικού (ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών, φαρμακοποιούς, ραδιολόγους κ.λπ.).

Το συμπληρωματικό προσωπικό είναι επικουρικό και αποτελεί συνάρτηση των οικονομικών πόρων και της διαθεσιμότητας του βασικού προσωπικού. Ο αριθμός και το είδος του εκτιμώνται με βάση τα μηνιαία αρχεία που δείχνουν τα ποσοστά απουσιών, τα ποσοστά αλλαγής του προσωπικού και τις διακυμάνσεις στο φόρτο εργασίας της φροντίδας των ασθενών. Ο καθορισμός της ποσότητας και της ποιότητας του προσωπικού ενός οργανισμού Υγείας καθώς και η κατανομή των



ωρών εργασίας πραγματοποιείται με συγκεκριμένα μοντέλα στελέχωσης, όπως η κυκλική στελέχωση και η στελέχωση βάσει προτιμήσεων.

Η κυκλική στελέχωση στηρίζεται στην καθιέρωση ενός προγράμματος για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, το οποίο επαναλαμβάνεται με κυκλικό τρόπο. Συγκεκριμένα, δημιουργείται ένας αριθμός βασικών κυκλικών προγραμμάτων για κάθε μέρα της εβδομάδας, διάρκειας έξι εβδομάδων, για την κάλυψη των αναγκών κάθε μονάδας, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, οι προτιμήσεις του προσωπικού και η πολιτική του οργανισμού όσον αφορά τη στελέχωση (M.E. West, 1980) : Για παράδειγμα, λαμβάνεται υπόψη η προτίμηση του προσωπικού όσον αφορά τις βάρδιες εργασίας, τις άδειες ή τον προγραμματισμό των ρεπό του Σαββατοκύριακου και των αργιών κ.ά., έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ των επιλογών του προσωπικού και των αναγκών της μονάδας.

Το βασικότερο πλεονέκτημα του μοντέλου της κυκλικής στελέχωσης είναι η ισότιμη κατανομή των ωρών εργασίας μεταξύ του προσωπικού. Το βασικότερο μειονέκτημά του είναι η έλλειψη ευελιξίας και αποδοχής από το προσωπικό, το οποίο επιθυμεί ευέλικτη στελέχωση για να καλύπτει τις προσωπικές του ανάγκες.

Η στελέχωση βάσει προτιμήσεων στηρίζεται στη συμμετοχική διοίκηση και στην αποκέντρωση της λήψης των αποφάσεων. Ο σχεδιασμός του προγράμματος γίνεται κατά μονάδα με κανονισμούς, οι οποίοι ικανοποιούν τα νομικά και τα επαγγελματικά πρότυπα. Πρόκειται για μοντέλο στελέχωσης που συνδυάζει τις προτιμήσεις των εργαζόμενων με τις ανάγκες της εργασίας τους. Οι υπάλληλοι, δηλαδή, μέσω της προσωπικής τους συμβολής διαμορφώνουν ένα πρόγραμμα στελέχωσης ανάλογα με τις δικές τους προτιμήσεις.

Το βασικότερο πλεονέκτημα του μοντέλου στελέχωσης βάσει προτιμήσεων είναι η μείωση του χρόνου προγραμματισμού και ο περιορισμός των συγκρούσεων, γεγονός το οποίο αυξάνει το χρόνο παραμονής ενός εργαζόμενου σε συγκεκριμένη θέση εργασίας, καθώς και την ικανοποίηση που αντλεί ο εργαζόμενος από την εργασία του (K.V. Rondeau, 1990). Το βασικότερο μειονέκτημα της κατάρτισης προγράμματος βάσει προτιμήσεων είναι η αδυναμία ισότιμης κατανομής των ωρών εργασίας του προσωπικού.

Ο σχεδιασμός των θέσεων εργασίας περιλαμβάνει τη διαδικασία καθορισμού των εργασιακών καθηκόντων που κάθε άτομο αναλαμβάνει, καθώς το συνολικό έργο ενός οργανισμού Υγείας διαιρείται σε επιμέρους θέσεις, οι οποίες στελεχώνονται με ικανό ανθρώπινο δυναμικό μέσω πέντε φάσεων στελέχωσης. Το ανθρώπινο δυναμικό ενός οργανισμού Υγείας κατανέμεται στα επιμέρους τμήματα και διαμορφώνει την οργανωτική δομή του οργανισμού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Ως αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός τους. Επειδή όμως οι στόχοι άπτονται πολλών πεδίων (π.χ. ποιότητας, ισότητας, προσβασιμότητας), συνήθως ο όρος αναφέρεται στην κλινική αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο βαθμό επίτευξης των στόχων των σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού.

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας βασίζεται στις ίδιες αρχές στις οποίες βασίζεται η αξιολόγηση των θεραπευτικών μέτρων. Σε αντίθεση όμως προς την τελευταία, η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας γίνεται σε μεγαλύτερη κλίμακα, έχει συνθετικό χαρακτήρα και αφορά σε ένα σύστημα προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών και οργανωτικών μέτρων.

Η καλύτερη μέθοδος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας είναι μέσω της χρήσης μετρήσεων τελικών αποτελεσμάτων υγείας (π.χ. θνητότητας, θνησιμότητας, ποιότητας ζωής κ.ά.), μέθοδος που συχνά δεν είναι εφαρμόσιμη. Γι' αυτό, η αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας υγείας συχνά αποτιμάται έμμεσα, μετρώντας την αποτελεσματικότητα επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, ή με βάση την ποιότητα και την ποσότητα των ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. χειρουργικές πράξεις), στο βαθμό που αυτές αποτελούν μέτρο των τελικών αποτελεσμάτων στην υγεία.

Η έννοια της αποδοτικότητας αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους, οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους που χρησιμοποιούνται. Η αποδοτικότητα αποτελεί βασικό ζητούμενο των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας, σε αντίθεση με το βασικό στόχο των ασκούντων την Ιατρική, την αποτελεσματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της Ιατρικής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος. Στενά συνυφασμένη με την αποδοτικότητα είναι η παραγωγικότητα (productivity), που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε ανθρωπόωρες, δίνοντας δηλαδή έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής (Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ. 2000).

Όπως και τα υπόλοιπα αγαθά, το αγαθό της υγείας υπόκειται στον περιορισμό των πόρων. Ιατρεία, νοσοκομεία και νοσηλευτικά κέντρα καλούνται, με τους περιορισμένους πόρους που διαθέτουν, να προσφέρουν υπηρεσίες Υγείας σε ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών, που επιζητά ποιοτικές υπηρεσίες με μικρό κόστος. Για να αντεπεξέλθουν, οι οργανισμοί Υγείας επιβάλλεται να αφομοιώσουν και να εφαρμόσουν τις αρχές αποδοτικότητας και ποιότητας που αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια.

Δεν είναι, όμως, όλοι οι οργανισμοί Υγείας αποδοτικοί. Τα προβλήματα αποδοτικότητας καθώς και οι ολιγωρίες και οι ελλείψεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατατάσσουν την Ελλάδα στην 22η θέση μεταξύ 29 χωρών (Κ. Καλλέργης, 2007). Συγκεκριμένα, η σουηδική εταιρεία «Health Consumer Powerhouse» αξιολόγησε το 2007 την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων Υγείας των 27 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρησιμοποιώντας μια σειρά από δείκτες και κριτήρια που χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες: τα δικαιώματα των ασθενών, τους χρόνους αναμονής για παροχή φροντίδας Υγείας, τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας, τη «γενναιοδωρία» του συστήματος Υγείας και την πολιτική σχετικά με τα φάρμακα. Οι δείκτες αυτοί βαθμολογούνται αριθμητικά, αλλά και με την ένδειξη «καλός», «μέτριος» ή «κακός».

Το σύστημα Υγείας της Ελλάδας παρουσίασε «καλή» επίδοση μόλις σε τέσσερις δείκτες, τη νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών, την εύκολη πρόσβαση σε ειδικευμένο γιατρό, τον αριθμό θανάτων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί και την οδοντιατρική περίθαλψη. Αντιθέτως, «κακή» είναι η επίδοση σε δώδεκα δείκτες, όπως στην ύπαρξη ή μη ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, στην ύπαρξη ή μη ποιοτικής αξιολόγησης των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες Υγείας, στη δυνατότητα αυθημερόν πρόσβασης σε οικογενειακό ιατρό, στη δυνατότητα να υποβληθεί ο ασθενής σε μαγνητική τομογραφία σε λιγότερο από επτά ημέρες, στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και από καρκίνο, στη συχνότητα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, στον εμβολιασμό των μικρών παιδιών, στη συχνότητα μεταμοσχεύσεων ήπατος κ.ά.

Μέτριες είναι οι επιδόσεις της Ελλάδας σε τομείς όπως η βρεφική θνησιμότητα, η ταχύτητα με την οποία η χειρουργική επέμβαση ή γενικότερα η έναρξη της θεραπείας ακολουθεί τη διάγνωση, και η κάλυψη του κόστους αγοράς φαρμάκων. Οι επιδόσεις αυτές δεν οφείλονται σε προβλήματα τόσο χρηματοδότησης όσο οργάνωσης, καθώς οι δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

Η αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για κάθε χώρα και αντικατοπτρίζεται σε δείκτες αποδοτικότητας, όπως ο αριθμός των ιατρών ή ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους. Για

παράδειγμα, η Ιαπωνία έχει το μικρότερο δείκτη «ιατροί ανά 1.000 κατοίκους», ενώ αντίθετα έχει τον υψηλότερο δείκτη «κλίνες ανά 1.000 κατοίκους» σε σύγκριση με τις δυτικές χώρες, και συγκεκριμένα έως 3 ή 4 φορές μεγαλύτερο δείκτη από τον αντίστοιχο κάποιων χωρών όπως η Μ. Βρετανία και οι ΗΠΑ.

Όπως συμβαίνει με κάθε οργανισμό, οι οργανισμοί Υγείας έχουν περιορισμένους πόρους για την επίτευξη των στόχων πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενών με τρόπο αποδοτικό, αποτελεσματικό, ισότιμο και ποιοτικό. Υπόκεινται, δηλαδή, στους συνηθισμένους οικονομικούς νόμους της στενότητας των οικονομικών πόρων. Για παράδειγμα, ένα νοσοκομείο υπόκειται βραχυχρόνια στο νόμο της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας της εργασίας και μακροχρόνια στις οικονομίες κλίμακας, που επηρεάζουν το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται (Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π., 2009).

Η αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας επηρεάζεται από παράγοντες όπως το μέγεθος του οργανισμού, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, ο κρατικός παρεμβατισμός, η κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης και το σύστημα κινήτρων. Η εκτίμηση της αποδοτικότητας είναι μια δύσκολη διαδικασία λόγω των ιδιαιτεροτήτων και των ιδιομορφιών των οργανισμών Υγείας, και προϋποθέτει σαφή ορισμό και μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Το κεφάλαιο αυτό αναλύει την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας και χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος ορίζει την έννοια της αποδοτικότητας στους οργανισμούς Υγείας, ενώ το δεύτερο μέρος αναλύει τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το τρίτο μέρος παρουσιάζει τις δυσκολίες εκτίμησης της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας και το τέταρτο μέρος περιγράφει τις πρακτικές και τα μέτρα κρατικής παρέμβασης για τη βελτίωσή της.

#### **4.1. Η Έννοια της Αποδοτικότητας των Οργανισμών Υγείας**

Η έννοια της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας αναφέρεται στην ορθολογική κατανομή και διαχείριση των περιορισμένων πόρων, για την παραγωγή υπηρεσιών Υγείας πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου (P. Jacobs, 1997).

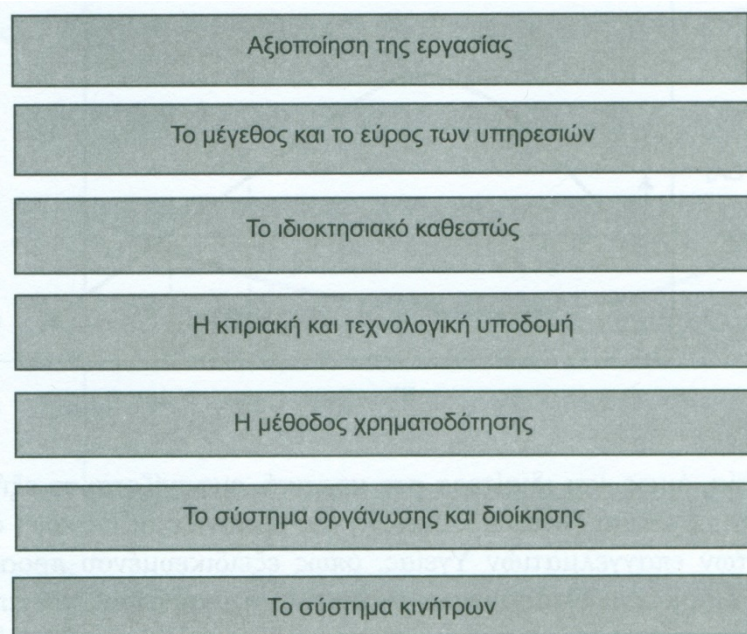
Πρακτικά, η αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας ορίζεται με τρεις τρόπους (P. Jacobs, 1997). Πρώτον, ως η παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών Υγείας με δεδομένους πόρους, κτιριακό και μηχανολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό και υλικά. Δεύτερον, ως η παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών με τους ελάχιστους πόρους. Τρίτον, ως το ελάχιστο κόστος για την παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών Υγείας. Και οι τρεις ορισμοί δίνουν έμφαση στην ποσότητα των εισροών (κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, μέγεθος

οργανισμού, σύστημα διοίκησης κ.λπ.) και εκροών (εύρος υπηρεσιών κ.λπ.) ενός οργανισμού Υγείας, που αποτελούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητά του.

#### 4.2. Παράγοντες Αποδοτικότητας Οργανισμών Υγείας

Η αποδοτικότητα ενός οργανισμού Υγείας προσδιορίζεται βραχυχρόνια από το βαθμό αξιοποίησης της εργασίας και μακροχρόνια από το μέγεθος του οργανισμού, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, τον κρατικό παρεμβατισμό (Υ. Ozcan,1992) την κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, τη μέθοδο χρηματοδότησης (U.G. Gertdtham,1999) το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης και το σύστημα κινήτρων (Πίνακας 4.1.).

**Πίνακας 6 : Παράγοντες που προσδιορίζουν την αποδοτικότητα ενός Οργανισμού Υγείας**

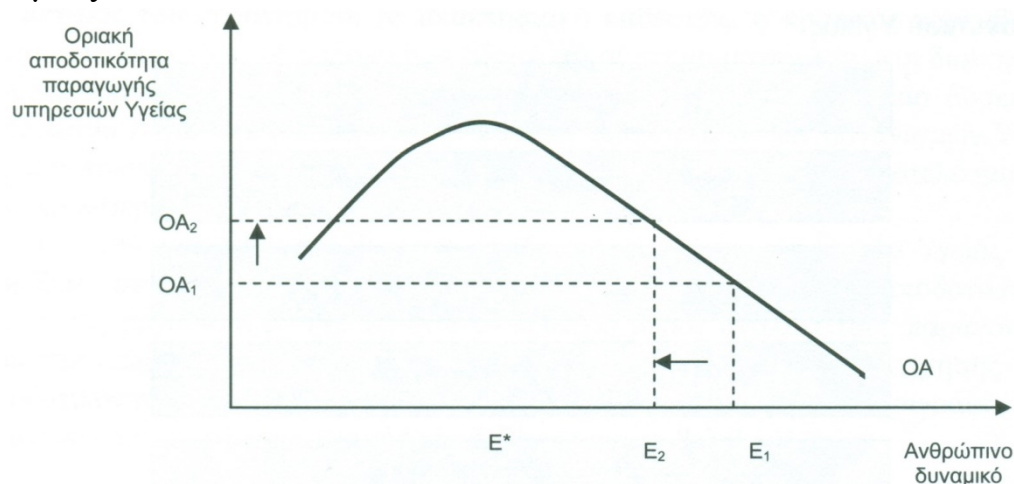


Πιο αναλυτικά, η αποδοτικότητα ενός οργανισμού Υγείας επηρεάζεται βραχυχρόνια από το βαθμό αξιοποίησης της εργασίας. Η αύξηση της αποδοτικότητας επιτυγχάνεται με συγκεκριμένες διοικητικές πρακτικές αξιοποίησης της εργασίας, δηλαδή εξασφάλισης του ανώτατου ορίου παραγωγής από κάθε μονάδα εργασίας με τρεις τρόπους: Πρώτον, με την προσαρμογή της εισροής «εργασία» στις κυκλικές οικονομικές διακυμάνσεις, στις αλλαγές της παραγωγής και στις συνθήκες της ζήτησης. Δεύτερον, με την αντικατάσταση υπαλλήλων με υψηλές αποδοχές από άλλους με χαμηλές αποδοχές και, τρίτον, με την απομάκρυνση των μη παραγωγικών υπαλλήλων.

Η αξιοποίηση της εργασίας υπόκειται στο νόμο της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας, όπως συζητήθηκε στον πρώτο τόμο. Πέρα από ένα επίπεδο

απασχόλησης E, η οριακή αποδοτικότητα (δηλαδή η αποδοτικότητα των επιπλέον εργαζόμενων) φθίνει. Ο νόμος της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας οφείλεται στην υπερσυγκέντρωση των εργαζόμενων, οι οποίοι προστίθενται στα υπάρχοντα μηχανήματα και τις εγκαταστάσεις. Μια μείωση του αριθμού των εργαζόμενων από E1 σε E2, για παράδειγμα, αυξάνει την Οριακή Αποδοτικότητα της εργασίας από OA1 σε OA2, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.1.

**Διάγραμμα 1 : Φθίνουσα Οριακή Αποδοτικότητα (OA) στις Υπηρεσίες Υγείας**



Στους Οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα, από τη μια εμφανίζεται έλλειψη συγκεκριμένων ειδικοτήτων επαγγελματιών Υγείας, όπως εξειδικευμένου προσωπικού και από την άλλη πλεόνασμα ειδικοτήτων που δεν χρειάζονται σε τόσο μεγάλο αριθμό όσο παρατηρείται, όπως οι διοικητικοί υπάλληλοι. Έτσι, η αποδοτικότητα των νοσοκομείων αυτών είναι δυνατό να αυξηθεί με την ταυτόχρονη μείωση των πλεοναζόντων εργαζόμενων και αύξηση των εξειδικευμένων εργαζόμενων, μια πολιτική που συνήθως προσκρούει στις ακαμψίες του δημόσιου τομέα.

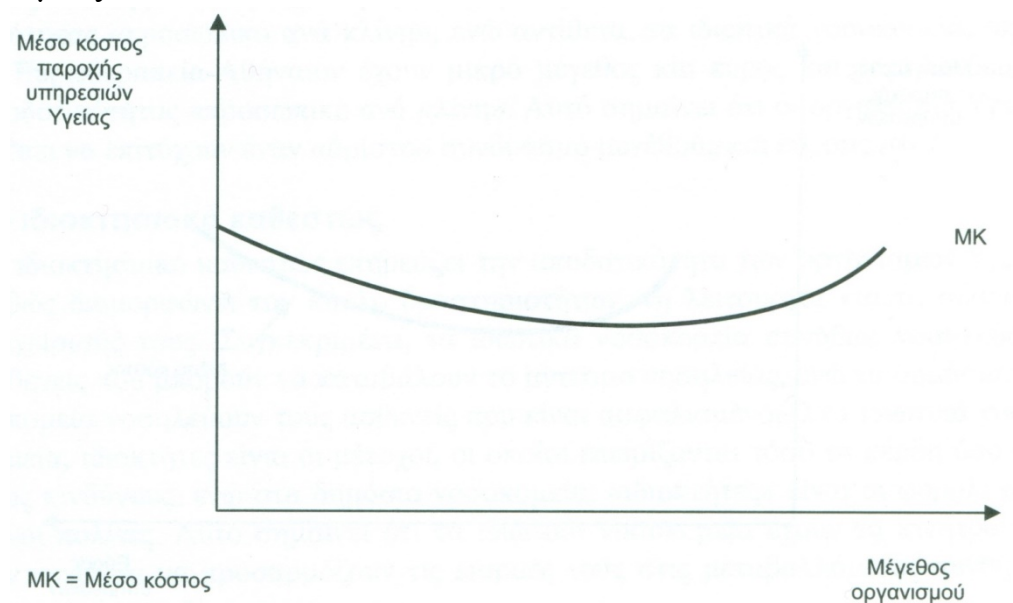
Ο νόμος της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας είναι δυνατό να ξεπεραστεί με την επέκταση όλων των άλλων πόρων του οργανισμού Υγείας, μια στρατηγική που είναι εφικτή μόνο μακροχρόνια, με την αύξηση του μεγέθους του οργανισμού, τη μείωση του εύρους των υπηρεσιών που παρέχει και τη βελτίωση της τεχνολογικής και κτιριακής υποδομής.

#### 4.2.1. Το Μέγεθος του Οργανισμού Υγείας

Αρχικά, το μέγεθος του οργανισμού Υγείας επηρεάζει θετικά την αποδοτικότητα, όπως συμβαίνει και σε μια συνηθισμένη επιχείρηση, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται αύξουσες οικονομίες κλίμακας. Στη συνέχεια, η θετική επιρροή του μεγέθους στην αποδοτικότητα του οργανισμού μετριάζεται με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται σταθερές οικονομίες κλίμακας. Εν τέλει, η θετική συσχέτιση

μεταξύ μεγέθους και αποδοτικότητας του οργανισμού αναστρέφεται με αποτέλεσμα να προκύπτουν φθίνουσες οικονομίες κλίμακας. Αυτό σημαίνει ότι το μέσο κόστος των υπηρεσιών Υγείας έχει τη συνηθισμένη μορφή «u» (u-shape), δηλαδή αρχικά μειώνεται, στη συνέχεια σταθεροποιείται, και τελικά αυξάνεται (Διάγραμμα 4.2).

### Διάγραμμα 2 : Φθίνουσα Οριακή Αποδοτικότητα (ΟΑ) στις Υπηρεσίες Υγείας

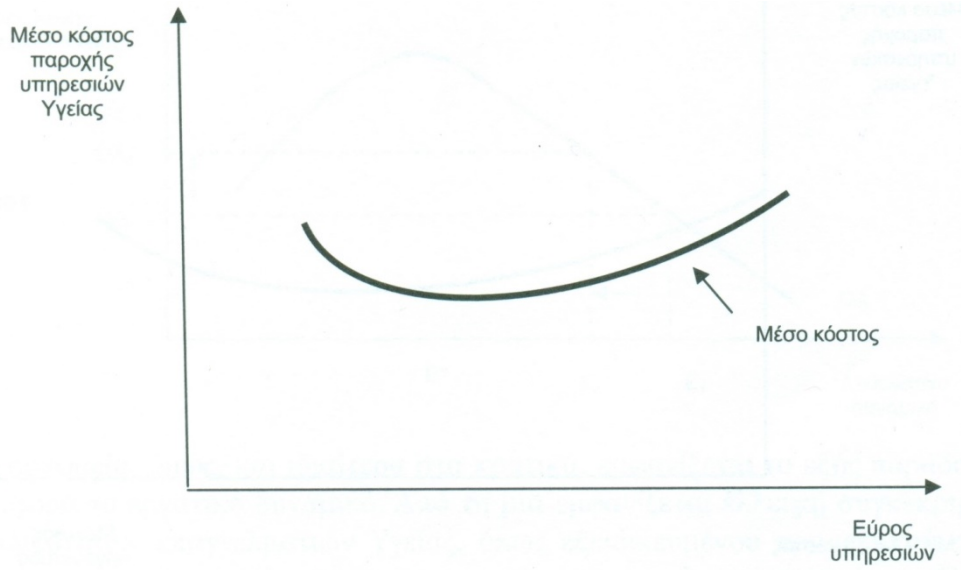


#### 4.2.2. Το Εύρος των Υπηρεσιών Υγείας

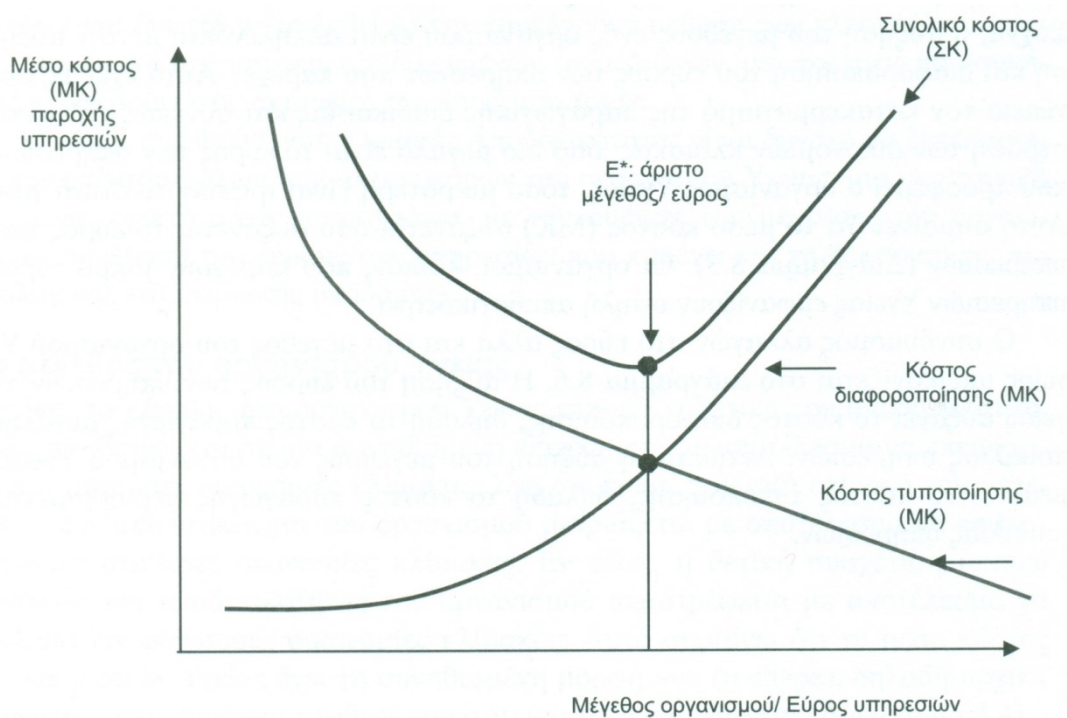
Συχνά, η αύξηση του μεγέθους ενός οργανισμού είναι αλληλένδετη με την αύξηση και διαφοροποίηση του εύρους των υπηρεσιών που παρέχει. Αυτό έχει ως συνέπεια τον κατακερματισμό της παραγωγικής διαδικασίας και συνεπώς την αντιστροφή των οικονομιών κλίμακας όσο πιο μεγάλο είναι το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός Υγείας, τόσο μικρότερη είναι η αποδοτικότητά του. Αυτό σημαίνει ότι το μέσο κόστος (MK) αυξάνεται όσο αυξάνεται το εύρος των υπηρεσιών (Διάγραμμα 4.3). Οι οργανισμοί, λοιπόν, που παρέχουν μικρό εύρος υπηρεσιών Υγείας εμφανίζουν υψηλή αποδοτικότητα.

Ο συνδυασμός αλλαγών στο εύρος αλλά και στο μέγεθος του οργανισμού Υγείας απεικονίζεται στο Διάγραμμα 4.4. Η αύξηση του εύρους των υπηρεσιών Υγείας αυξάνει το κόστος διαφοροποίησης, δηλαδή το κόστος παραγωγής μεγάλης ποικιλίας υπηρεσιών. Αντίθετα, η αύξηση του μεγέθους του οργανισμού Υγείας μειώνει το κόστος τυποποίησης, δηλαδή το κόστος παραγωγής περιορισμένης ποικιλίας υπηρεσιών.

**Διάγραμμα 3 : Μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Υγείας σε συνάρτηση με το εύρος των υπηρεσιών**



**Διάγραμμα 4 : Μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Υγείας σε συνάρτηση με το εύρος των υπηρεσιών και το μέγεθος του Οργανισμού**



#### 4.2.3. Το Ιδιοκτησιακό Καθεστώς

Το ιδιοκτησιακό καθεστώς επηρεάζει την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας καθώς διαμορφώνει τον κύκλο δραστηριοτήτων, τη λειτουργία και το σύστημα διαχείρισής τους. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι συνήθως οργανισμοί μικρού μεγέθους και εύρους, καθώς δεν παρέχουν υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας,



εκπαιδευτικό έργο και έρευνα, και κατ' επέκταση είναι πιο αποδοτικοί, σε αντίθεση με τους δημόσιους, οι οποίοι εμφανίζουν οργανωτική δυσκαμψία, υψηλό κόστος λειτουργίας και έλλειψη κινήτρων για βελτίωση της αποδοτικότητας (Γ. Κυριόπουλος, 1991)

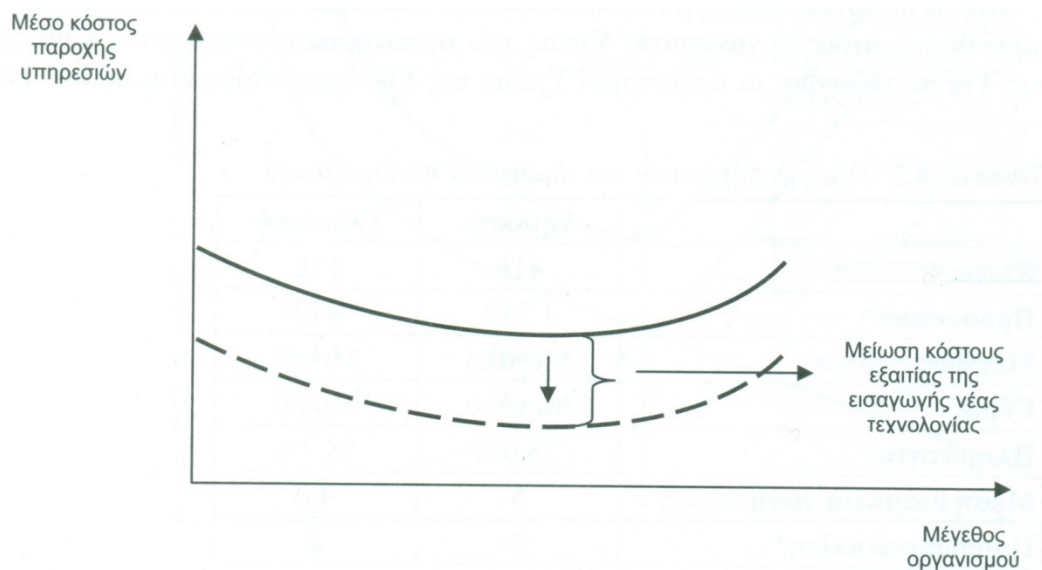
Άρρηκτα συνδεδεμένος με το ιδιοκτησιακό καθεστώς είναι ο βαθμός κρατικής παρέμβασης στους οργανισμούς Υγείας του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας. Για παράδειγμα, οι οργανισμοί Υγείας της Ευρώπης υπόκεινται σε δύο είδη κρατικής παρέμβασης, πρώτον, στη θεσμική παρέμβαση, όπου το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των οργανισμών Υγείας, και δεύτερον, στην οικονομική παρέμβαση, όπου το κράτος είναι ο διαχειριστής-«manager» των οργανισμών Υγείας. Αντίθετα, στην Αμερική ο ρόλος του κράτους περιορίζεται κυρίως στη θεσμική παρέμβαση με ορισμένες εξαιρέσεις οικονομικής παρέμβασης από τις δημοτικές αρχές, όσον αφορά συγκεκριμένα δημοτικά και στρατιωτικά νοσοκομεία (Health Care, 2008).

#### **4.2.4. Η Τεχνολογική Υποδομή**

Όπως συμβαίνει και στους συνηθισμένους οργανισμούς, η σύγχρονη τεχνολογική υποδομή επηρεάζει θετικά την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας, καθώς μακροχρόνια μειώνει το μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Διάγραμμα 4.5. δημιουργώντας νέες ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης και νέα ταχύτερα διαγνωστικά μηχανήματα.

Για παράδειγμα, η τηλε-ιατρική καλύπτει ανάγκες με εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, μειώνοντας την απόσταση ιατρού-ασθενή καθώς η διάγνωση δεν προϋποθέτει την φυσική τους παρουσία στον ίδιο χώρο: η ρομποτική χειρουργική μειώνει το χρόνο και το κόστος που απαιτείται για κάθε εξέταση και το χρόνο νοσηλείας και ανάρρωσης των ασθενών: η πληροφορική της Υγείας βελτιώνει την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διακίνηση των ιατρικών πληροφοριών, προωθώντας την επικοινωνία μεταξύ των μελών του οργανισμού και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων μορφών θεραπείας, και διευκολύνει την απογραφή των περιουσιακών στοιχείων του οργανισμού.

### Διάγραμμα 5 : Μέσο κόστος παροχής υπηρεσιών Υγείας σε συνάρτηση με το εύρος των υπηρεσιών σε συνάρτηση με την τεχνολογία



#### 4.2.5. Η Κτιριακή Υποδομή

Η κτιριακή υποδομή των οργανισμών Υγείας επηρεάζει την αποδοτικότητά τους, καθώς διαμορφώνει τις συνθήκες εργασίας. Συγκεκριμένα, οι σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις δημιουργούν ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον και συνεπώς επηρεάζουν θετικά την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας. Διευκολύνουν την αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών μονάδων, ενώ παράλληλα επιτρέπουν στους εργαζόμενους να είναι φιλικόι, αποδοτικοί, αποτελεσματικοί και συνεργάσιμοι.

Αντίθετα, οι πεπαλαιωμένες κτιριακές εγκαταστάσεις επηρεάζουν αρνητικά την αποδοτικότητα, ενώ οι μεγάλης κλίμακας μετατροπές και επεκτάσεις των κτιριακών εγκαταστάσεων δεν είναι πάντοτε οι κατάλληλες, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η λειτουργία των οργανισμών και ταυτόχρονα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ι. Σιγάλας, 1993). Αυτό σημαίνει ότι ο αρχικός σχεδιασμός των περισσότερων οργανισμών Υγείας αλλά και οι μεταγενέστερες μετατροπές θα πρέπει να γίνονται για την κάλυψη τρεχουσών αναγκών αλλά και με πρόβλεψη των μελλοντικών απαιτήσεων, τις οποίες προδιαγράφουν οι εξωτερικές συνθήκες.

Όπως συζητήθηκε στο τρίτο κεφάλαιο, σύμφωνα με τη θεωρία αναγκών του Maslow οι άνθρωποι εργάζονται ή επιδίδονται σε διάφορες δραστηριότητες για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, και αυτό ακριβώς είναι και το κίνητρό τους για δράση ή για την υλοποίηση κάποιου έργου. Οι ανθρώπινες ανάγκες ταξινομούνται σε φυσιολογικές ή βιολογικές, σε ανάγκες για ασφάλεια, σε κοινωνικές, σε εγωιστικές ή ανάγκες αναγνώρισης, και σε ανάγκες ολοκλήρωσης. Η αποδοτικότητα, λοιπόν, των εργαζόμενων σχετίζεται με την ικανοποίηση

βιολογικών αναγκών και αναγκών ασφάλειας, όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον, και συγκεκριμένα αυξάνεται όταν οι κτιριακές εγκαταστάσεις είναι σύγχρονες και δημιουργούν άνετες και ευχάριστες εργασιακές συνθήκες, επιτρέποντας στον εργαζόμενο να αναπτύξει και να αξιοποιήσει τις ικανότητές του. Τα διοικητικά στελέχη, προκειμένου να παρακινήσουν τους εργαζόμενους, πρέπει αφενός να γνωρίζουν τις ανάγκες τους και αφετέρου να συνδέσουν την υλοποίηση του έργου ή την απόδοση με την ικανοποίηση των αναγκών αυτών.

#### **4.2.6. Μέθοδος Πληρωμής Υπηρεσιών Υγείας**

Η μέθοδος πληρωμής επηρεάζει την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, η πληρωμή με ίδια συμμετοχή επηρεάζει θετικά την αποδοτικότητα των οργανισμών, καθώς οδηγεί στην αποσυμφόρηση του συστήματος. Όταν ο ασθενής καταβάλλει κάποιο αντίτιμο για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που θα του παρασχεθούν, καταφεύγει στον ιατρό όταν πραγματικά αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα Υγείας, με αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών μονάδων (S.J. Duckett, 1995). Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες Υγείας περιθάλπουν μικρότερο αριθμό ατόμων (εκείνους που πραγματικά έχουν ανάγκη τη νοσηλευτική φροντίδα) και, σε συνδυασμό με τα οικονομικά κίνητρα που είναι δυνατόν να τους παρασχεθούν και θα συζητηθούν στη συνέχεια, γίνονται πιο παραγωγικοί και αποτελεσματικοί. Αντίθετα, η μηδενική συμμετοχή του ασθενούς στην τιμή της υπηρεσίας οδηγεί σε αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών (φαινόμενο ηθικού κινδύνου -moral hazard), σε σπατάλη των κοινωνικών πόρων, σε μείωση της ιατρικής αποδοτικότητας και σε επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού, γεγονός το οποίο οφείλεται στον ελλιπή αναπτυξιακό σχεδιασμό (Γ. Κυριόπουλος, και συν. 2000).

#### **4.2.7. Ο Αναπτυξιακός Σχεδιασμός**

Ο σωστός και έγκυρος αναπτυξιακός σχεδιασμός επηρεάζει θετικά την αποδοτικότητα κάθε οργανισμού Υγείας, ιδιαίτερα εκείνων που ανήκουν σε Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αντίθετα, η ασυνέχεια στις πολιτικές που επιχειρούνται για την αναμόρφωση του συστήματος Υγείας δυσχεραίνουν το έργο των οργανισμών, οι οποίοι καλούνται να υλοποιήσουν αποσπασματικές και συχνά αντικρουόμενες αποφάσεις, με αποτέλεσμα τη μείωση της αποδοτικότητάς τους.

Ο σχεδιασμός παροχής υγειονομικής φροντίδας γίνεται αφενός σε εθνικό επίπεδο, που απαιτεί τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη του εθνικού συστήματος Υγείας κάθε χώρας και τη θεσμοθέτηση κανόνων λειτουργίας, και αφετέρου σε επίπεδο νοσοκομείων, που απαιτεί την εφαρμογή αποτελεσματικού συστήματος κινήτρων. Τα προβλήματα σχεδιασμού, όμως, που παρατηρούνται και σε εθνικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο νοσοκομείων έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας. Για παράδειγμα, παρατηρούνται

ανισότητες χρηματοδότησης μεταξύ των οργανισμών Υγείας των κεντρικών πόλεων και των οργανισμών Υγείας της περιφέρειας, καθώς ο τομέας της Υγείας είναι ελλιπής και ανεπαρκής στην περιφέρεια και εξαιρετικά διογκωμένος στο κέντρο. Η υποδομή, αλλά και η κάλυψη των κλινών μεταξύ κέντρου και περιφέρειας διαφέρουν σημαντικά με αποτέλεσμα την άνιση κατανομή των πόρων και τη μείωση της αποδοτικότητας των περιφερειακών οργανισμών Υγείας.

#### **4.2.8. Σύστημα Οργάνωσης και Διοίκησης**

Όπως συζητήθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι οργανισμοί Υγείας εμφανίζουν ένα γραφειοκρατικό σύστημα οργάνωσης και διοίκησης, που τους καθιστά «δυσκίνητους», με προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών Υγείας, ενώ δεν έχουν θεσμοθετηθεί κίνητρα αποδοτικότητας, καθηκοντολόγια και σαφής περιγραφή των θέσεων εργασίας.

Το γραφειοκρατικό σύστημα οργάνωσης και διοίκησης επηρεάζει αρνητικά την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας. Για παράδειγμα, η χειρόγραφη τήρηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς αποτελεί ένα χρονοβόρο καθήκον των επαγγελματιών Υγείας, ενώ πολλές φορές παρατηρείται ατελής ενημέρωσή του, καθώς και φαινόμενα απώλειας.

Οι οργανισμοί Υγείας δεν εφαρμόζουν πάντα μια θεσμοθετημένη διαδικασία συστηματικής τήρησης των στατιστικών στοιχείων, με αποτέλεσμα την ελλιπή παρακολούθηση των ασθενών, την αύξηση του χρόνου αναμονής (με μεγάλο κόστος ευκαιρίας, δηλαδή απώλεια ημερομισθίων λόγω απουσίας από την εργασία, ιδιαίτερα για τις παραγωγικές ηλικίες), και σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα και στην αποδοτικότητα της φροντίδας που παρέχεται.

#### **4.2.9. Σύστημα Κινήτρων**

Η υποκίνηση των εργαζόμενων είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους αύξησης της αποδοτικότητας ενός οργανισμού. Επιτυγχάνεται με μια σειρά από οικονομικά και μη οικονομικά κίνητρα που εναρμονίζουν τις επιδιώξεις και τη συμπεριφορά των εργαζόμενων με εκείνη του οργανισμού.

Τα οικονομικά κίνητρα περιλαμβάνουν μισθούς και επιδόματα που επιτρέπουν στους εργαζόμενους να επιτύχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης, παρέχοντας ευκαιρίες για οικονομική ανάπτυξη και εξασφαλίζοντας δίκαιη ανταμοιβή. Ο τελευταίος νόμος 3754/2009 (ΦΕΚ Α'43-11/03/2009), για παράδειγμα, δίνει σημαντικές μισθολογικές αυξήσεις, κατάργηση φορολόγησης του επιδόματος βιβλιοθήκης (αν και οι υπερωρίες φορολογούνται αυτοτελώς με ειδικό συντελεστή 20%) και δυνατότητα βαθμολογικής εξέλιξης και πρόσληψης

νέων ιατρών στο ΕΣΥ, καθιερώνοντας, μεταξύ άλλων, ένα νέο σύστημα παραγωγής των ιατρών από Επιμελητή Α' ή Β' σε Διευθυντή.

Τα μη οικονομικά κίνητρα περιλαμβάνουν διευκολύνσεις και ανέσεις στο χώρο εργασίας, που επιτρέπουν στους εργαζόμενους να ασκούν απρόσκοπτα τα καθήκοντά τους. Η αναγνώριση της εργασίας και της συνολικής προσφοράς των εργαζόμενων, η δημιουργία πιο ευχάριστων χώρων εργασίας και ξεκούρασης, καθώς και η ενίσχυση κοινωνικών εκδηλώσεων επιδρούν θετικά στους εργαζόμενους και επομένως και στην αποδοτικότητά τους, αποτρέποντας την επαγγελματική εξουθένωση που προκαλείται από τη μονοτονία και το περιορισμένο εύρος των καθηκόντων εργασίας.

Η έννοια της αποδοτικότητας στους οργανισμούς Υγείας αναφέρεται στην αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενούς και στην αύξηση της ιατρικής παραγωγικότητας, και καθορίζει το άριστο επίπεδο χρήσης των πόρων. Επηρεάζεται από το μέγεθος και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών του οργανισμού, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και τον κρατικό παρεμβατισμό, την κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, τη μέθοδο χρηματοδότησης, το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης και το σύστημα κινήτρων, παράγοντες που καθιστούν δύσκολη τη διαδικασία εκτίμησής της.

#### **4.3. Δυσκολίες Εκτίμησης της Αποδοτικότητας των Οργανισμών Υγείας**

Όπως έχει ήδη συζητηθεί, η αποδοτικότητα ενός οργανισμού Υγείας, στην απλούστερη μορφή της, είναι ο λόγος των εκροών που παράγονται προς τις εισροές που χρησιμοποιούνται. Στην πράξη, όμως, η εκτίμηση της αποδοτικότητας είναι μια δύσκολη διαδικασία για τρεις λόγους. Πρώτον, λόγω των ιδιαιτεροτήτων και ιδιομορφιών που εμφανίζουν οι οργανισμοί Υγείας, όπως το μεγάλο εύρος των υπηρεσιών και του νοσολογικού φάσματος, που καθιστούν δύσκολο τον ορισμό και τη μέτρηση του τελικού προϊόντος των οργανισμών Υγείας.

Δεύτερον, λόγω της πολυπλοκότητας των οργανισμών Υγείας, οι οποίοι είναι συνήθως μεγάλοι οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες μέσα από μια σύνθετη και ανομοιογενή διαδικασία. Το προϊόν της παραγωγικής διαδικασίας του τομέα της Υγείας είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων διαδικασιών και υπηρεσιών, καταδεικνύοντας τη σύνθετη φύση της παραγωγικής διαδικασίας στους οργανισμούς αυτούς και τις δυσκολίες στην ακριβή μέτρηση του τελικού τους προϊόντος.

Τρίτον, εξαιτίας της ποιοτικής φύσης των εισροών και των τελικών εκροών. Οι τελικές εκροές των οργανισμών Υγείας, όπως η ισότητα στην παροχή υπηρεσιών μεταξύ κοινωνικών τάξεων και γεωγραφικών περιοχών, η απαλλαγή των ατόμων

από την ανησυχία για το κόστος της θεραπείας, η βελτιωμένη φροντίδα για εκείνους που δεν μπορούν να φροντίσουν οι ίδιοι τον εαυτό τους (Λ. Λιαρόπουλος,1993) και, εν γένει, η βελτίωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών, είναι ποιοτικές μεταβλητές που είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν.

Αυτό σημαίνει ότι οι συνηθισμένοι δείκτες αποδοτικότητας είναι στην καλύτερη περίπτωση ανακριβείς. Για παράδειγμα, ο δείκτης των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης (Quality Adjusted Life Years, QALYs) έχει μικρή πρακτική αξία καθώς δεν αξιολογεί την επίδραση των διοικητικών και των οικονομικών αλλαγών στην αποδοτικότητα, και δεν ανταποκρίνεται στους οργανισμούς με πολλαπλές εισροές και εκροές. Η μέθοδος Ανάλυσης Δεικτών, και η μέθοδος της Οικονομικής Ανάλυσης υπόκειται σε σφάλματα κατά την αλγεβρική εξειδίκευση και κατά την εκτίμηση των μεταβλητών. Η μέθοδος των Βέλτιστων Προτύπων υπόκειται σε τυχαία και συστηματικά σφάλματα, με αποτέλεσμα να περιλαμβάνονται πολλές φορές στο δείγμα μόνο μη αποδοτικοί οργανισμοί.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας είναι μια δύσκολη διαδικασία λόγω των ιδιοτήτων και της πολυπλοκότητας των οργανισμών Υγείας, των δυσκολιών καθορισμού και εκτίμησης των εισροών και εκροών και των περιορισμών που έχουν οι μέθοδοι εκτίμησης της αποδοτικότητας. Παρόλα αυτά, η αποδοτικότητα είναι δυνατό να βελτιωθεί με μια σειρά από πρακτικές και μέτρα κρατικής παρέμβασης.

#### **4.4. Πρακτικές και Μέτρα Κρατικής Παρέμβασης για τη Βελτίωση της Αποδοτικότητας των Οργανισμών Υγείας**

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της αποδοτικότητας για την επιβίωση και την ανάπτυξη των οργανισμών Υγείας, ιδιαίτερα σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, τόσο οι ιδιωτικοί όσο και οι δημόσιοι οργανισμοί και οι κρατικοί φορείς που τους επιβλέπουν έχουν εφαρμόσει μια σειρά από πρακτικές και μέτρα παρέμβασης για τη βελτίωση της αποδοτικότητας.

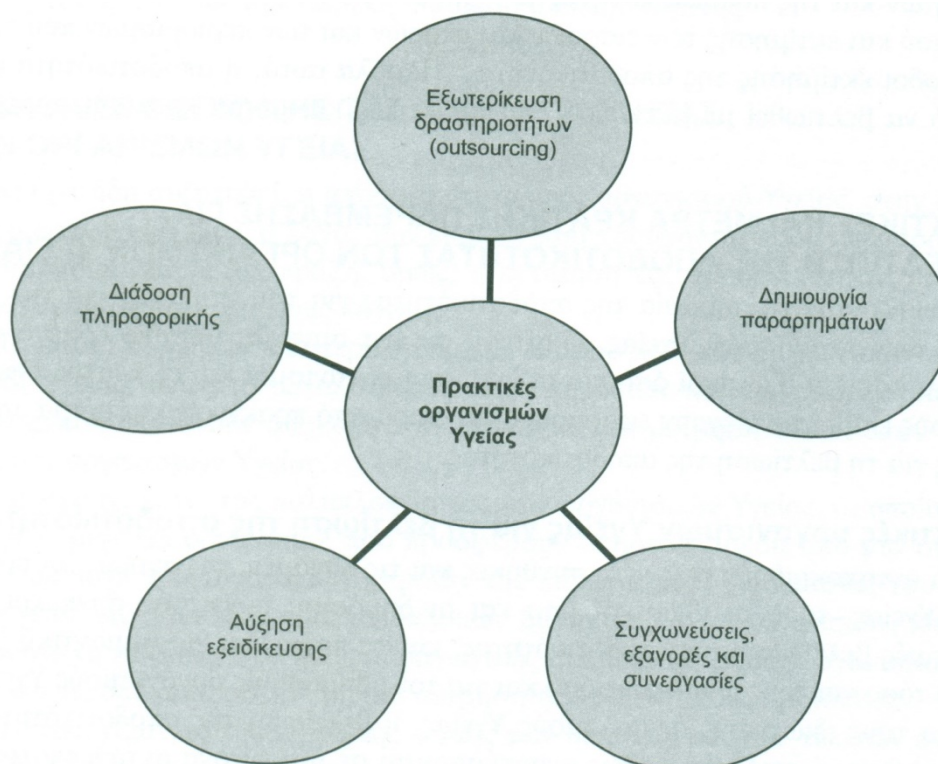
##### **4.4.1. Πρακτικές οργανισμών Υγείας για τη βελτίωση της αποδοτικότητας**

Για να ανταποκριθούν στις νέες συνθήκες και τις δυνάμεις της αγοράς, οι οργανισμοί Υγείας, τόσο οι ιδιωτικοί όσο και οι δημόσιοι, υιοθετούν συγκεκριμένες πρακτικές βελτίωσης της αποδοτικότητας, καθώς πρόκειται για σημαντική διαδικασία τόσο για τους ιδιωτικούς όσο και για τους δημόσιους οργανισμούς Υγείας. Για τους ιδιωτικούς οργανισμούς Υγείας, η βελτίωση της αποδοτικότητας αποτελεί βασική επιδίωξη καθώς αναπτύσσονται σε μια έντονα ανταγωνιστική οικονομία, όπου η υψηλή παραγωγικότητα και το χαμηλό κόστος είναι αναγκαιότητα και όχι επιλογή. Ομοίως, για τους δημόσιους οργανισμούς Υγείας η βελτίωση της αποδοτικότητας αποτελεί βασική επιδίωξη καθώς η

γήρανση του πληθυσμού και η εκρηκτική αύξηση των δαπανών του δημόσιου τομέα υπαγορεύουν την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των πόρων της κοινωνίας.

Η επιδίωξη αυτή προωθείται με μια σειρά από πρακτικές που δίνουν έμφαση στην κατάτμηση της αλυσίδας παραγωγής του οργανισμού και στον καταμερισμό της εργασίας και επισημαίνουν την ανάγκη ύπαρξης ενός συστήματος επίβλεψης και ελέγχου των εργαζόμενων. Επιβάλλουν την πρόσληψη ικανού και ταλαντούχου ανθρώπινου δυναμικού και το συντονισμό του με την τεχνολογία σε ένα οργανωσιακό σύστημα. Η επιδίωξη αυτή προωθείται με μια σειρά από πρακτικές, όπως δημιουργία παραρτημάτων, συγχωνεύσεις, εξαγορές και συνεργασίες, εξωτερίκευση δραστηριοτήτων (outsourcing), αύξηση εξειδίκευσης, και διάδοση της πληροφορικής.

**Σχήμα 3 : Παράγοντες που προσδιορίζουν την αποδοτικότητα ενός Οργανισμού Υγείας**



#### 4.4.2. Δημιουργία Παραρτημάτων

Όπως έχει ήδη συζητηθεί, οι οργανισμοί Υγείας, ιδιαίτερα οι κρατικοί, είναι συνήθως μεγάλοι οργανισμοί που προσφέρουν μια σειρά από εξειδικευμένες υπηρεσίες μεγάλου εύρους, γεγονός που αυξάνει το κόστος λειτουργίας τους. Ένας τρόπος να μειωθεί το κόστος είναι η δημιουργία παραρτημάτων, όπως εξωτερικά ιατρεία βραχείας νοσηλείας ή χειρουργεία ημέρας, στα οποία εισέρχεται ο ασθενής, προετοιμάζεται, χειρουργείται και εξέρχεται την ίδια μέρα

(American Hospital Association, 1992), τα οποία λύνουν μια σειρά από προβλήματα. Πρώτον, επιτρέπουν την αποσυμφόρηση των οργανισμών Υγείας, εξοικονομώντας νοσοκομειακές κλίνες χωρίς τον κίνδυνο υποβιβασμού της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μειώνοντας παράλληλα τις ξενοδοχειακές δαπάνες και το κόστος μισθοδοσίας. Δεύτερον, επιτρέπουν την ευκολότερη πρόσβαση στους χρήστες των υπηρεσιών Υγείας και βελτιώνουν τις σχέσεις ασθενούς-ιατρού. Τρίτον, συμβάλλουν στην αύξηση της βιωσιμότητας των οργανισμών Υγείας και στη δυνατότητά τους να παράγουν ποιοτικές υπηρεσίες, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας Υγείας και την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών.

#### **4.4.3. Συγχωνεύσεις και Εξαγορές**

Όπως συμβαίνει και σε άλλους τομείς της οικονομίας, ένας από τους πιο γρήγορους τρόπους ανάπτυξης και επέκτασης ενός οργανισμού Υγείας είναι οι συγχωνεύσεις και οι συνεργασίες και η επικράτηση ισχυρών πολυδύναμων ομίλων, οι οποίοι προσφέρουν πλήρες εύρος υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας. Οι συγχωνεύσεις και οι εξαγορές έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους λειτουργίας των οργανισμών Υγείας και αυξάνουν την αποδοτικότητά τους, καθώς συνδέονται με μείωση του αριθμού των περιττών εργαζόμενων και κλείσιμο των μη παραγωγικών μονάδων και δραστηριοτήτων. Αυτό σημαίνει ότι δύο οργανισμοί που συγχωνεύονται λειτουργούν αποτελεσματικά με λιγότερους εργαζόμενους.

Σε κάποιες περιπτώσεις, οι υπερβολικές συγχωνεύσεις ακολουθούνται από αντί-οικονομίες κλίμακας. Η αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού επιτυγχάνεται με μια άλλη επιχειρηματική πρακτική, τις συνεργασίες.

#### **4.4.4. Συνεργασίες**

Οι συνεργασίες στον τομέα της Υγείας λαμβάνουν διάφορες μορφές (όπως δίκτυα συνεργασίας για την προμήθεια υλικών) που βοηθούν τους οργανισμούς Υγείας να αντιμετωπίσουν τη ραγδαία αύξηση των δαπανών του τομέα και τη συνεχή αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών φροντίδας, αυξάνοντας την ευελιξία τους και μειώνοντας τη γραφειοκρατία. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία συνάπτουν στρατηγικές συμφωνίες με ένα μεγάλο διανομέα υγειονομικών υλικών, ο οποίος προσφέρει ένα τοπικό δίκτυο διανομής, διαμοιράζοντας το κόστος εγκατάστασης λογισμικού. Οι συνεργασίες αυτές επιτυγχάνουν την τυποποίηση των προϊόντων, την επέκταση των προγραμμάτων «μηδενικής αποθήκευσης» (just in time) και τη μείωση των δαπανών, ενώ παράλληλα δίνουν τη δυνατότητα στους οργανισμούς Υγείας να αποκτήσουν μεγαλύτερη διαπραγματευτική ικανότητα απέναντι σε πελάτες και προμηθευτές, ώστε να μπορούν να ελέγχουν την αλυσίδα αξίας.



#### **4.4.5. Εξωτερίκευση δραστηριοτήτων (outsourcing)**

Η εξωτερίκευση δραστηριοτήτων επιτρέπει την ανάθεση σε τρίτους ορισμένων δραστηριοτήτων της αλυσίδας παροχής υπηρεσιών που κατά παράδοση εκτελούσε ένας οργανισμός Υγείας στις δικές του εγκαταστάσεις. Το γραφειοκρατικό κόστος διαχείρισης των διαδικασιών και των λειτουργιών του οργανισμού ξεπερνά το όφελος της υλοποίησής τους από τον ίδιο τον οργανισμό. Σε αυτήν την περίπτωση ο οργανισμός Υγείας επιλέγει να εξωτερικεύσει τις δραστηριότητες σε άλλους, απελευθερώνοντας πόρους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις κύριες δραστηριότητές του.

Παράλληλα, ένας οργανισμός Υγείας είναι δυνατό να εξωτερικεύσει το «εμπορεύσιμο» τμήμα των υπηρεσιών του με υπεργολαβίες. Ορισμένες υπηρεσίες Υγείας αποτελούνται από δύο τμήματα, το «εμπορεύσιμο», το οποίο είναι δυνατό να παραχθεί σε διαφορετικό τόπο από τον τόπο παροχής των υπηρεσιών Υγείας, και το «μη εμπορεύσιμο», το οποίο παρέχεται μέσα στον οργανισμό Υγείας, γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει την «εξαγωγή» του. Για παράδειγμα, μια μαγνητική τομογραφία πραγματοποιείται εντός ενός νοσοκομείου στην Ελλάδα, η διάγνωση, όμως, είναι δυνατό να γίνει στη Γαλλία. Με αυτόν τον τρόπο, οι οργανισμοί Υγείας εξωτερικεύουν υπηρεσίες που δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν οι ίδιοι.

#### **4.4.6. Αύξηση Εξειδίκευσης**

Η αύξηση της εξειδίκευσης επιτρέπει τη συγκέντρωση και την αποτελεσματική και αποδοτική κατανομή των πόρων, ενώ αυξάνει τη φήμη και την πελατεία του οργανισμού Υγείας (S.R. Eastaugh, 1992). Η εξειδίκευση συνδέεται, επίσης, και με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, διότι επιτρέπει στους επαγγελματίες Υγείας να αυξήσουν την εμπειρία τους και να αναπτύξουν δεξιότητες που συνδέονται με τη φροντίδα συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών. Τα οφέλη από την εξειδίκευση καρπώνεται και η κοινωνία με τη μεταφορά πόρων από μη αποδοτικές σε αποδοτικές δραστηριότητες.

#### **4.4.7. Διάδοση Πληροφορικής**

Η διάδοση της πληροφορικής επιτρέπει την υιοθέτηση και την εφαρμογή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων στους οργανισμούς Υγείας. Τα πληροφοριακά συστήματα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη μείωση του κόστους διαχείρισης των πόρων που χρησιμοποιούνται, στην εξοικονόμηση χρόνου, στην ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων, στην εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην αύξηση της παραγωγικότητας του ανθρώπινου δυναμικού (Πίνακας 4.2.). (L. Landro, 2009).

**Πίνακας 7 : Οφέλη που αποκομίζουν οι Οργανισμοί Υγείας από τα πληροφοριακά συστήματα**

<b>Καλύτερη φροντίδα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βελτίωση της επικοινωνίας</li> <li>• Μείωση του χρόνου αναμονής</li> <li>• Αποτελεσματικότητα στη λήψη αποφάσεων</li> </ul>
<b>Διαχείριση του κόστους</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση του χρόνου νοσηλείας</li> <li>• Μείωση των διοικητικών εργασιών</li> <li>• Βελτίωση της χρήσης των πόρων</li> <li>• Μείωση του κόστους προσωπικού</li> </ul>
<b>Εξοικονόμηση χρόνου</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση εγγραφών</li> <li>• Μείωση του «κύκλου του χρόνου» μέσω της κοινής χρήσης συμπληρωματικών εξετάσεων</li> <li>• Μείωση των καθηκόντων «γραφείου» του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού</li> <li>• Ευκολότερη πρόσβαση στα δεδομένα</li> <li>• Μείωση στη διάρκεια</li> </ul>
<b>Ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξάλειψη λαθών από αντιγραφή</li> <li>• Μείωση υπολογιστικών λαθών</li> </ul>
<b>Εύκολη πρόσβαση στη γνώση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εύκολη αναζήτηση πληροφορίας</li> <li>• Καλύτερη ιατρική πρακτική</li> </ul>
<b>Αύξηση παραγωγικότητας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση των επιλεγμένων δραστηριοτήτων και βελτιστοποίηση των πόρων</li> <li>• Ανακατανομή, αναπροσανατολισμός ή μείωση προσωπικού</li> </ul>

Η βελτίωση της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας απαιτεί την εφαρμογή μιας σειράς πρακτικών από την πλευρά των ίδιων των οργανισμών Υγείας. Παράλληλα όμως απαιτεί και την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων παρέμβασης από τους κρατικούς φορείς που επιβλέπουν τους οργανισμούς Υγείας.

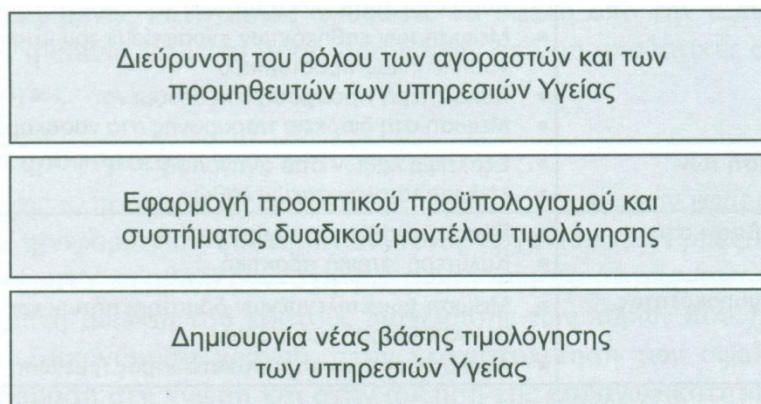
**4.4.8. Μέτρα Κρατικής Παρέμβασης για τη Βελτίωση της Αποδοτικότητας**

Τα μέτρα βελτίωσης της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας επαναφέρουν το ενδιαφέρον σε ένα σημαντικό θέμα που έχει ήδη συζητηθεί στον πρώτο τόμο, το ρόλο του κράτους στις Υπηρεσίες Υγείας. Ο ρόλος του κράτους στον τομέα της Υγείας είναι διττός, από τη μια είναι θεσμικός, καθώς το κράτος δημιουργεί ένα θεσμικό πλαίσιο δραστηριοτήτων και λειτουργίας των οργανισμών Υγείας, και από την άλλη είναι οικονομικός, καθώς το κράτος επεμβαίνει στους οργανισμούς Υγείας είτε ως ιδιοκτήτης και διαχειριστής στην παραγωγή των υπηρεσιών Υγείας είτε ως διανομέας των υπηρεσιών Υγείας. Τόσο στη μια περίπτωση όσο και στην άλλη, το κράτος μπορεί να λάβει μια σειρά από μέτρα για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας.

Όσον αφορά τη θεσμική παρέμβαση, το κράτος πρέπει να δημιουργήσει ένα σταθερό και αξιόπιστο πλαίσιο λειτουργίας των οργανισμών Υγείας έτσι ώστε να μειωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθεί η αποδοτικότητα. Όσον αφορά την οικονομική παρέμβαση, το κράτος πρέπει να διευρύνει το ρόλο των προμηθευτών και των αγοραστών των υπηρεσιών Υγείας, να εφαρμόσει προοπτικό

προϋπολογισμό και να δημιουργήσει νέα βάση τιμολόγησης των υπηρεσιών Υγείας (Σχήμα 4.2.).

#### **Σχήμα 4 : Μέτρα κρατικής παρέμβασης για βελτίωση της αποδοτικότητας**



#### **4.4.9. Διεύρυνση του ρόλου των αγοραστών και των προμηθευτών των υπηρεσιών Υγείας**

Η διεύρυνση του ρόλου των αγοραστών και των προμηθευτών στοχεύει στην είσοδο νέων προμηθευτών στην αγορά, στον ανταγωνισμό μεταξύ τους και στις θεσμικές αλλαγές του ρόλου των αγοραστών. Συγκεκριμένα, η ίδρυση νέων οργανισμών Υγείας μετά από χορήγηση «πιστοποιητικού αναγκαιότητας», δηλαδή της άδειας λειτουργίας που απαιτείται στις περισσότερες χώρες-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αποτελεί ρύθμιση που περιορίζει τις προσπάθειες επέκτασης ή τις προσθήκες νέων κλινών στους υπάρχοντες οργανισμούς.

Η διεύρυνση του ρόλου των αγοραστών και των προμηθευτών ενθαρρύνει την εισαγωγή νέων ανταγωνιστών στην αγορά των υπηρεσιών Υγείας, υπό την προϋπόθεση της κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, της διασφάλισης της συνέχειας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας. Εξασφαλίζει την παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών Υγείας με την αποδοτική διαχείριση των πόρων για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα.

Επίσης, ενδυναμώνεται ο ρόλος των αγοραστών από έναν αυξανόμενο αριθμό οργανισμών και ασφαλιστικών ταμείων, με προγράμματα επιλεκτικών συμβολαίων που κατευθύνουν τους ασθενείς προς τους αποδοτικούς οργανισμούς Υγείας, οι οποίοι αμείβονται με ένα σταθερό ποσό ανά περίπτωση, σταθμισμένο ως προς τη διάγνωση, το επίπεδο των μισθών στην περιοχή και ορισμένους άλλους επιλεγμένους παράγοντες.

#### 4.4.10. Εφαρμογή Προοπτικού Προϋπολογισμού

Η εφαρμογή προοπτικού προϋπολογισμού (δηλαδή η αποζημίωση του οργανισμού Υγείας με προκαθορισμένο ετήσιο ποσό για την κάλυψη του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών) στοχεύει στον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο της ιατρικής δραστηριότητας, στη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων (Κ. Σουλιώτη, 2002) στην ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση του παραγόμενου προϊόντος και στη βελτίωση της αποδοτικότητας των μονάδων Υγείας. Δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης και μέτρησης του παραγόμενου προϊόντος και σύγκρισης των παρεχόμενων Υπηρεσιών και των οικονομικών δεδομένων σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Παράλληλα, η εφαρμογή του Δυαδικού Μοντέλου Τιμολόγησης των υπηρεσιών Υγείας (Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π., 2009), το οποίο περιλαμβάνει τόσο την ίδια συμμετοχή όσο και την κοινωνική συνεισφορά, βελτιώνει την αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας, καθώς επιτρέπει την αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών μονάδων. Η ίδια συμμετοχή περιλαμβάνει απευθείας πληρωμές που καταβάλλει ο χρήστης των υπηρεσιών Υγείας στους προμηθευτές για την κατανάλωση συγκεκριμένων υπηρεσιών και είναι το βασικότερο μέτρο για τον περιορισμό της ζήτησης. Η κοινωνική συνεισφορά περιλαμβάνει την εισφορά του κράτους στην τιμή των υπηρεσιών, ώστε να επιτύχει την κοινωνική ισορροπία.

Οι τρεις βασικοί μηχανισμοί εφαρμογής του Δυαδικού Μοντέλου Τιμολόγησης είναι οι εξής:

- Αφαιρούμενο ποσό (deductible): το ποσό που πρέπει να πληρωθεί πριν ενεργοποιηθούν τα οφέλη από το αντίστοιχο ασφαλιστικό πρόγραμμα.
- Συμμετοχή (co-payment): το ποσό που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής για κάθε υπηρεσία που χρησιμοποιεί.
- Συν-ασφάλιση (co-insurance): το ποσοστό που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής για τη Φροντίδα Υγείας που του παρέχεται.

Το Δυαδικό Μοντέλο Τιμολόγησης μοιράζει το αντίτιμο στον καταναλωτή-χρήστη των υπηρεσιών Υγείας (ιδιωτικό αντίτιμο) και στο κράτος (κοινωνικό αντίτιμο). Παράλληλα, μειώνει τον ηθικό κίνδυνο καθώς περιορίζει την αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών Υγείας και απελευθερώνει νοσοκομειακές κλίνες καθώς νοσηλεύονται όσοι έχουν πραγματικά ανάγκη.

#### 4.4.11. Δημιουργία μιας βάσης τιμολόγησης των υπηρεσιών Υγείας

Η δημιουργία μιας νέας ορθολογικής βάσης τιμολόγησης των υπηρεσιών Υγείας αποτελεί μοντέλο βάσει του οποίου τα χρήματα νοσηλείας δίνονται στους ασφαλισμένους και όχι στα νοσοκομεία. Ο ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα

επιλογής νοσοκομείου, ακόμη και θεραπεία ιατρού, ενισχύοντας τους μηχανισμούς ανταγωνισμού ανάμεσα στους οργανισμούς Υγείας. Σταδιακά, το σύστημα αυτό οδηγεί σε αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών, σε μείωση της διάρκειας νοσηλείας και σε βελτίωση της αποδοτικότητας των οργανισμών (Μ. Βασιλείου, 2001). Επίσης, προβλέπονται μέτρα που αποθαρρύνουν τα νοσοκομεία από τη μετακύλιση μέρους του κόστους στους ασθενείς -διεκδικώντας πρόσθετες απευθείας πληρωμές- και μέτρα αντιμετώπισης του ελλείμματος στα δημόσια νοσοκομεία (Α. Athanassopoulos, 2001).

Περίληπτικά, η αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας σχετίζεται με την ορθολογική κατανομή, διαχείριση και χρήση των περιορισμένων πόρων τους. Επιτυγχάνεται με την αποτελεσματική αξιοποίηση της εργασίας, τον άριστο συνδυασμό μεγέθους και εύρους υπηρεσιών Υγείας, τη βελτίωση της κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής και τον ορθό αναπτυξιακό σχεδιασμό σε εθνικό επίπεδο με θεσμοθετημένο πλαίσιο λειτουργίας, και σε επίπεδο νοσοκομείων με θεσμοθετημένο σύστημα κινήτρων. Η εκτίμηση της αποδοτικότητας των οργανισμών Υγείας είναι μια δύσκολη διαδικασία λόγω των ιδιαιτεροτήτων και ιδιομορφιών των οργανισμών αυτών, των δυσκολιών μέτρησης των τελικών εκροών και των περιορισμών των μεθόδων εκτίμησης. Η αποδοτικότητα των οργανισμών Υγείας μπορεί να βελτιωθεί με μια σειρά από πρακτικές και μέτρα κρατικής παρέμβασης.

#### **4.5. Καθορισμός Στόχων Έρευνας**

Στα πλαίσια υλοποίησης της Διπλωματικής μου εργασίας και με την καθοδήγηση του επιβλέποντα καθηγητή, αποφασίστηκε η διεξαγωγή της έρευνας να πραγματοποιηθεί στους εργαζόμενους του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Οργανισμός όπου και εργάζομαι. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός αποτελεί το μεγαλύτερο μη κερδοσκοπικό φορέα στην Ελλάδα, ανήκει στο Διεθνές κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου στο μεγαλύτερο ανθρωπιστικό δίκτυο στον κόσμο. Το κίνημα περιλαμβάνει τη Διεθνή Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού, τη Διεθνή Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου και τους Εθνικούς Συλλόγους σε 186 χώρες.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1877. Από το 1877 έως και σήμερα, με ιστορία 140 ετών, έχει συμβάλει καθοριστικά στο δίκτυο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας μας, πρωτοπόρος μέσω των δομών πρωτοβάθμιας που διαθέτει, αλλά και μέσω των δράσεων που υλοποιεί σε εθνικό επίπεδο, έχει αποδείξει μέσω του πολύπλευρου και πολυσήμαντου έργου του, την συνεχή συνεισφορά του αλλά και την καθοριστική του συμβολή στη διαχείριση της σημερινής μεταναστευτικής προσφυγικής κρίσης. Στο Παράρτημα Γ, αναλύεται πλήρως η δράση του και η συμβολή του τόσο σε καιρό πολέμου όσο και σε καιρό ειρήνης. Φρόνιμο θα ήταν να αναφερθεί η καθοριστική συμβολή του

στην διαχείριση κρίσεων που κατά καιρούς έχει κληθεί η χώρα μας να αντιμετωπίσει.

Κύριοι στόχοι της έρευνας είναι:

- Να διερευνηθεί το πρόβλημα της υποστελέχωσης των υπηρεσιών του Οργανισμού και η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού για την κάλυψη των στόχων της Υπηρεσίας.
- Να διερευνηθεί η θετική στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Να μελετηθεί η θετική στάση των εργαζομένων απέναντι στον εντοπισμό των κατάλληλων δράσεων και η πρόθεση τους συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών.
- Να διερευνηθεί εάν υπάρχει ο απαιτούμενος συντονισμός δραστηριοτήτων από την υπηρεσία και η σαφήνεια των ρόλων, με υψηλό βαθμό καταμερισμού εργασίας του ανθρώπινου δυναμικού.
- Να διερευνηθεί η αντίληψη των επαγγελματιών υγείας, για τη πολιτική ενθάρρυνσης και τη συμμετοχή τους στη βελτίωση των διαδικασιών.
- Να διερευνηθεί η θετική στάση των εργαζομένων συμβάλουν στον καθορισμό των βασικών προτεραιοτήτων και των στόχων της πολιτικής του φορέα στην πρωτοβάθμια.
- Να διερευνηθεί η στάση των εργαζομένων στην εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδα των ωφελουμένων και στην καταγραφή των αναγκών.
- Να μελετηθεί η διάθεση ανασχεδιασμού διαδικασιών για την εξοικονόμηση πόρων στις βασικές διαδικασίες του οργανισμού.
- Να μελετηθεί η διάθεση των επαγγελματιών υγείας, στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.

Φιλοδοξία της ανωτέρω έρευνας είναι να προκύψει θετική στάση και ανταπόκριση των εργαζομένων απέναντι στις αλλαγές που επιβάλλει η αναγκαιότητα διαχείρισης της αλλαγής σε ένα Οργανισμό Υγείας. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οι επιδημιολογικοί δείκτες και οι διασυνωριακές απειλές υγείας, φέρνουν τους επαγγελματίες υγείας, σε διλήμματα σχετικά με την καταλληλότητα ανάπτυξης υγειονομικών προγραμμάτων, στις καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και

δράσεις, όπου καλούνται να προσδιορίσουν το βαθμό κατά τον οποίο πρέπει να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας, με πρωταρχικό στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1. Μεθοδολογία

Για την εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με επαγωγική και περιγραφική στατιστική ανάλυση. Αναλυτικά για τη διερεύνηση των σχέσεων των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  ενώ για την εύρεση των σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις μέσες τιμές της ηλικίας των εργαζομένων στις κατηγορίες των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA).

Στις μεταβλητές των πενταβάθμιων κλιμάκων Likert, ομαδοποιήθηκαν ορισμένες συναφείς κατηγορίες προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάγνωση και κατανόηση των αποτελεσμάτων και να ικανοποιηθούν οι προϋποθέσεις εγκυρότητας εκτέλεσης του ελέγχου  $\chi^2$ .

Το σχήμα των ομαδοποιήσεων είναι το εξής:

1. Καθόλου,
2. Λίγο-Αρκετά,
3. Πολύ-Πάρα πολύ.

Στην περίπτωση παραβιάσεων των προϋποθέσεων εγκυρότητας του ελέγχου  $\chi^2$ , κυρίως του σχετικά μικρού δείγματος σε σχέση με τον αριθμό των συνδυαστικών κατηγοριών, δίνεται η τιμή p που προκύπτει από τις Monte Carlo προσομοιώσεις σε 10.000 δείγματα.

### 5.2. Καθορισμός Διαδικασίας Μέτρησης της Κατανομής των Πόρων ενός Οργανισμού, η Αντίληψη των Εργαζομένων

Κατά τον καθορισμό μέτρησης της αντίληψης των εργαζομένων στη κατανομή των πόρων ενός Οργανισμού, επιλέχθηκε η πενταβάθμια κλίμακα Likert, που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα με κύριο γνώμονα την ευκολία χρήσης και την κατανόηση του από τους ερωτώμενους.

Τα επίπεδα της κλίμακας επιλέχθηκαν ως κάτωθι:

- Καθόλου,
- Λίγο,
- Αρκετά,
- Πολύ
- Πάρα πολύ

Κατ' εξαίρεση στην  
Ενότητα 1



- Ερώτηση 10, με απάντηση Ναι ή Όχι
- Ερώτηση 11, ανοιχτού τύπου

#### Ενότητα 7

- Ερώτηση 3, με απάντηση Ναι ή Όχι
- Ερώτηση 4, ανοιχτού τύπου

Αρχικά ζητήθηκε να απαντήσουν οι εργαζόμενοι σε ερωτήσεις των κάτωθι ενοτήτων:

- Χαρακτηριστικά προσωπικού
- Βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών
- Πρακτικές βελτίωσης της αποδοτικότητας
- Πρακτικές βελτίωσης της αποτελεσματικότητας
- Κατανομή των οικονομικών πόρων
- Εκπαίδευση
- Συνολική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του Οργανισμού
- Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην ενότητα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στοιχεία, συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις για το φύλλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων του Οργανισμού.

### 5.3. Καθορισμός Δείγματος και Διαδικασίας

Τα ερωτηματολόγια εδόθησαν μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στην ελληνική γλώσσα, σε όλες τις Υπηρεσίες και Διευθύνσεις του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, τόσο στην Αττική όσο και στην Περιφέρεια. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός απασχολεί σήμερα 415 υπαλλήλους. Το ερωτηματολόγιο διατέθηκε κατά το χρονικό διάστημα, από 29/12/2016 έως 14/01/2017, μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, εκ των οποίων διαθέτουν όλες οι υπηρεσίες για την καθημερινή τους αλληλογραφία στον Οργανισμό. Απαντήθηκαν 166 ερωτηματολόγια έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία του ερευνητή στις Υπηρεσίες του Οργανισμού, για περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με την εν λόγω έρευνα.

### 5.4. Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις μεταβλητές που επηρεάζουν άμεσα την αποτελεσματικότητα ενός Οργανισμού και θα πρέπει λαμβάνονται υπόψη από τους μάντζερ, κατά την ορθή κατανομή των πόρων του. Οι (Seashore S. and Yuchtman E.,1967) απέδειξαν ότι η καλύτερη πηγή χρησιμοποίησης αρχείων για τον προσδιορισμό κριτηρίων που μετρούν ορθά την αποτελεσματικότητα, προκύπτουν μέσα από τον ίδιο τον Οργανισμό, εστιάζοντας:

- Στα χαρακτηριστικά του Οργανισμού

- Στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος (εσωτερικού – εξωτερικού)
- Στα χαρακτηριστικά των υπαλλήλων
- Στη πολιτική της διοίκησης

Έτσι σχεδιάστηκε με βάση των καθορισμό των παραπάνω διαστάσεων και με γενικότερη επιδίωξη την κατανόηση, την εύκολη συμπλήρωσή του από τους εργαζόμενους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 166 άτομα εκ των οποίων τα 165 ήταν έγκυρα προς επεξεργασία με τη στατιστική ανάλυση του SPSS επαγωγική στατιστική. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου συγκεντρώθηκαν στην ηλεκτρονική φόρμα [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdWK2Mtnx86rFTtf\\_5vByFIKH58rs\\_u\\_bE8E0LsGafDsSN-CKA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdWK2Mtnx86rFTtf_5vByFIKH58rs_u_bE8E0LsGafDsSN-CKA/viewform), σε μορφή EXCEL σύμφωνα με τις ενότητες του ερωτηματολογίου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων

Στην ενότητα του ερωτηματολογίου με τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά στοιχεία, συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις για το Φύλλο, την Ηλικία, την Οικογενειακή Κατάσταση και το Επίπεδο Εκπαίδευσης των εργαζομένων του Οργανισμού.

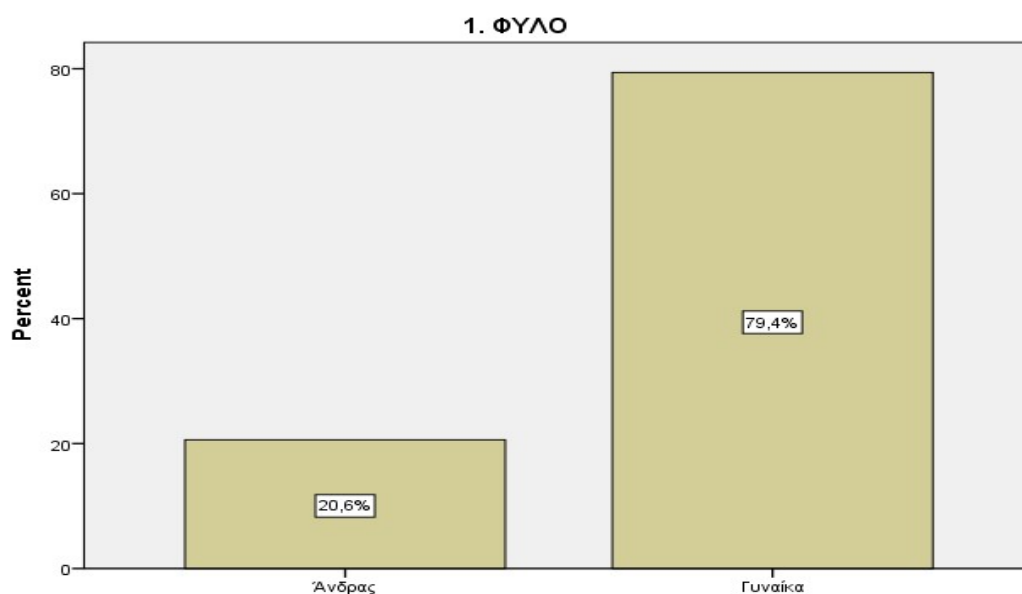
Η πλειοψηφία του δείγματος όπως διαφαίνεται η συχνότητα των απαντήσεων σε απόλυτους αριθμούς από τον παρακάτω πίνακα 6.1. είναι (131) Γυναίκες ενώ οι Άνδρες είναι στον αριθμό (34) σε απόλυτους αριθμούς, σε ποσοστά επί τοις εκατό, τα έγκυρα επί τοις εκατό και τέλος τα αθροιστικά ποσοστά επί τοις εκατό.

#### 1. ΦΥΛΟ

	Frequency (ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ)	Percent %	Valid Percent ΕΓΚΥΡΑ %	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	34	20,6	20,6	20,6
Γυναίκα	131	79,4	79,4	100,0
Total	165	100,0	100,0	

Πίνακας 8 : Συχνότητα Απαντήσεων Φύλλου

Αρχικά, εξετάζοντας την κατηγορία του Φύλλου των εργαζομένων που κλήθηκαν να απαντήσουν στην έρευνα του Οργανισμού, παρατηρούμε όπως αποτυπώνεται στο διάγραμμα 6.1, ότι υπερτερεί η συμμετοχή των Γυναικών σε ποσοστό 79% έναντι αυτή των Ανδρών που αποτελούν μόλις το 21% των περιπτώσεων.



Διάγραμμα 6 : Συχνότητα Απαντήσεων Φύλλου

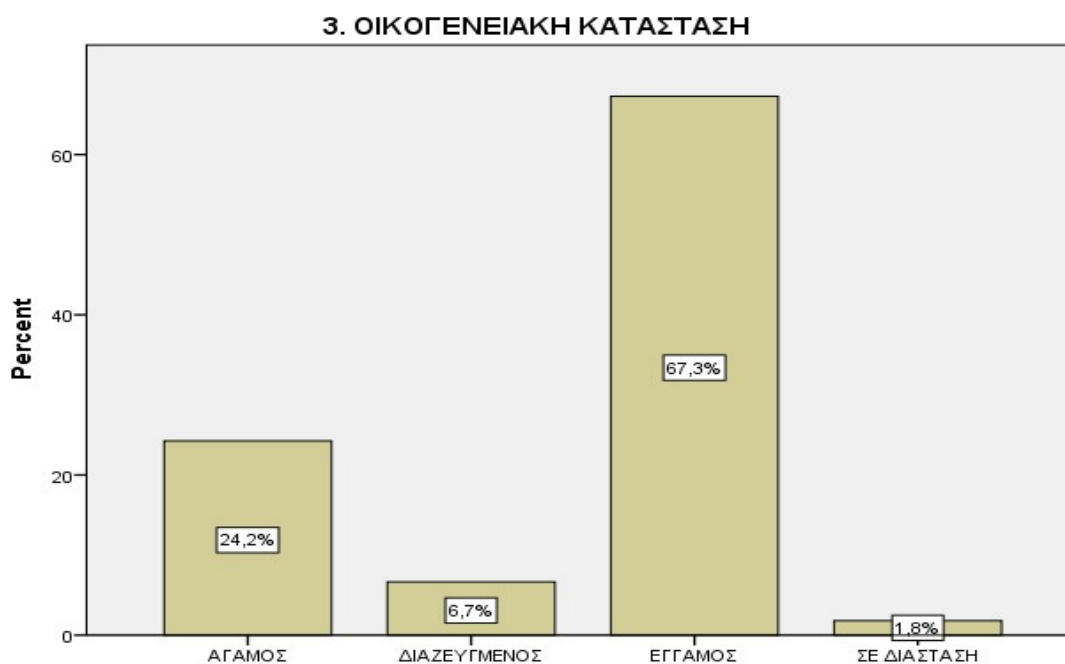
Στον Πίνακα 6.2., διαφαίνεται η συχνότητα των απαντήσεων στην κατηγορία Οικογενειακή Κατάσταση σε απόλυτους αριθμούς, σε ποσοστά επί τοις εκατό, τα έγκυρα επί τοις εκατό και τέλος τα αθροιστικά ποσοστά επί τοις εκατό.

### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent %	Valid Percent ΕΓΚΥΡΑ %	Cumulative Percent
Valid ΑΓΑΜΟΣ	40	24,2	24,2	24,2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	11	6,7	6,7	6,7
ΕΓΓΑΜΟΣ	111	67,3	67,3	67,3
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	3	1,8	1,8	1,8
Total	165	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 9 : Συχνότητες Απαντήσεων Οικογενειακής Κατάστασης

Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 6.2. οι Έγγαμοι είναι η κατηγορία των εργαζομένων που καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό με 67%, ενώ έπονται οι Άγαμοι με ποσοστό 24% του δείγματος και μόλις με ποσοστό 9% οι δύο λοιπές κατηγορίες Διαζευγμένος/σε Διάσταση.



Διάγραμμα 7 : Συχνότητες Απαντήσεων Οικογενειακής Κατάστασης

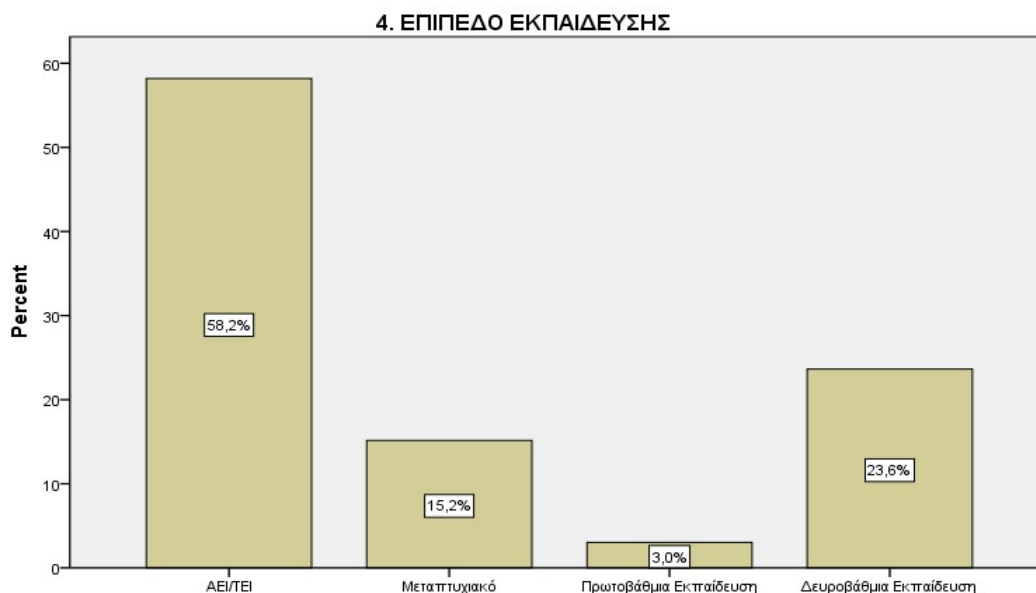
Στον παρακάτω Πίνακα 6.3., διαφαίνεται η συχνότητα των απαντήσεων του δείγματος στην κατηγορία Επίπεδο Εκπαίδευσης σε απόλυτους αριθμούς, σε ποσοστά επί τοις εκατό, τα έγκυρα επί τοις εκατό και τέλος τα αθροιστικά ποσοστά επί τοις εκατό.

#### 4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΕΙ/ΤΕΙ	96	58,2	58,2	58,2
Μεταπτυχιακό	25	15,2	15,2	73,3
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	5	3,0	3,0	76,4
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	39	23,6	23,6	100,0
Total	165	100,0	100,0	

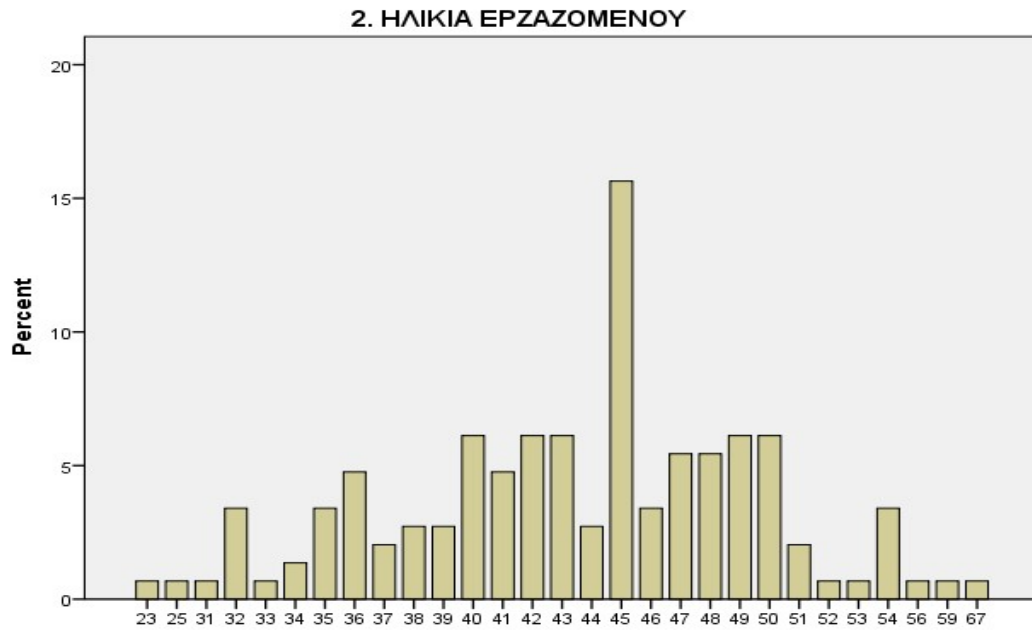
**Πίνακας 10 : Συχνότητα Απαντήσεων Εκπαίδευσης**

Όπως διαφαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα 6.3. το ποσοστό 58% του δείγματος είναι στην κατηγορία κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ την κατηγορία κατόχων μεταπτυχιακού διπλώματος αποτελούν το 15% των περιπτώσεων.



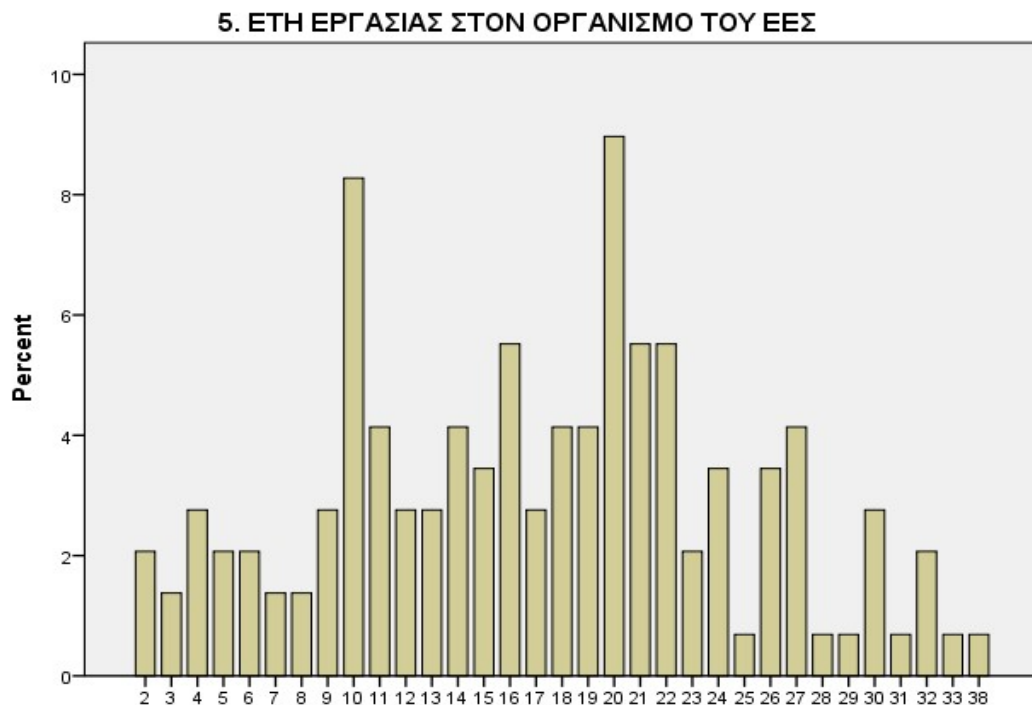
**Διάγραμμα 8 : Συχνότητα Απαντήσεων Εκπαίδευσης**

Οι Υπάλληλοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης καταλαμβάνουν αρκετά μεγάλο ποσοστό 23,6%, ενώ από Υπαλλήλους που απάντησαν μόνο το ποσοστό 3% των εργαζομένων έχουν τελειώσει Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.



**Διάγραμμα 9 : Συχνότητα Απαντήσεων Ηλικίας των Εργαζομένων**

Επίσης, η μέση ηλικία των εργαζομένων που απάντησαν κυμαίνεται στα 43,5 έτη και ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας των εργαζομένων στον Οργανισμό είναι 17,1 έτη.



**Διάγραμμα 10 : Συχνότητα Απαντήσεων των Εργαζομένων με Έτη Προϋπηρεσίας**

## 6.2. Ενότητα Χαρακτηριστικά Προσωπικού

Στην ενότητα αυτή θα αναλυθούν τα αποτελέσματα του SPSS, μετά από την επεξεργασία των απαντήσεων των εργαζομένων του Οργανισμού. Το σύνολο των ερωτήσεων ανά κριτήριο και υποκρίτρια παρουσιάζονται στο παράρτημα Β. Θα ξεκινήσουμε με την ερώτηση των εργαζομένων σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε, Πίνακας 6.4.

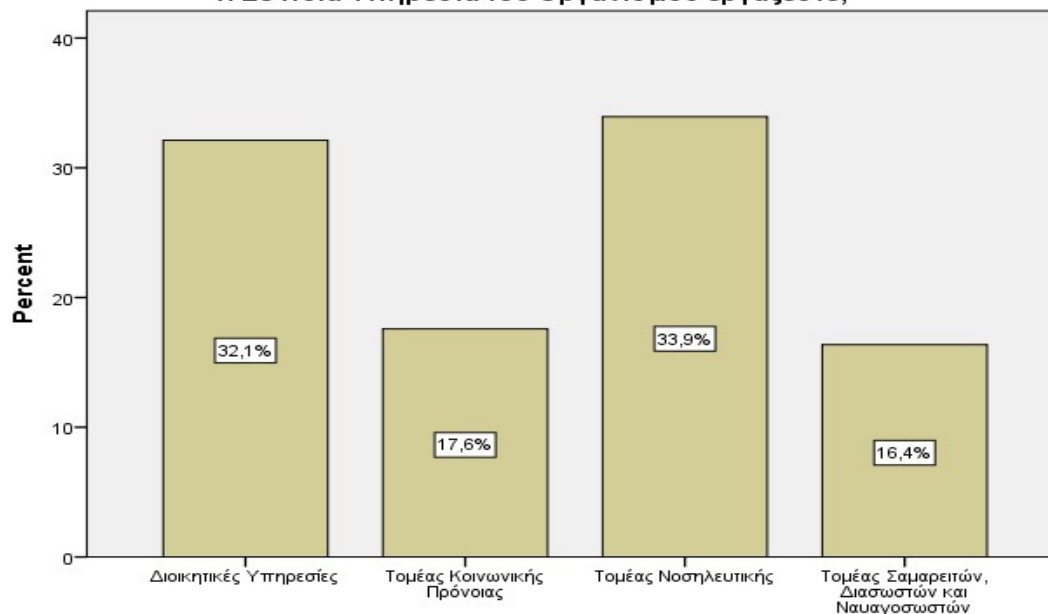
1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διοικητικές Υπηρεσίες	53	32,1	32,1	32,1
Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	29	17,6	17,6	49,7
Τομέας Νοσηλευτικής	56	33,9	33,9	83,6
Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	27	16,4	16,4	100,0
Total	165	100,0	100,0	

Πίνακας 11 : Συχνότητα σε ποιά Υπηρεσία του Οργανισμού Εργάζεστε

Από το σύνολο των 165 ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν, το ποσοστό 33,9% ανήκει στον Τομέα της Νοσηλευτικής, το ποσοστό 32,1% στους Διοικητικούς Υπαλλήλους, το ποσοστό 17,6% στον Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας και στον Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών, το ποσοστό 16,4%. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της αυτό-αναφοράς.

1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;



Διάγραμμα 11 : Συχνότητα Απαντήσεων σε ποιά Υπηρεσία του Οργανισμού Εργάζεστε

1<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει την επάρκεια στο προσωπικό. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

Ho: Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην Υπηρεσία του Οργανισμού που εργάζεστε» και «εάν στην Υπηρεσία που εργάζεστε επαρκεί το προσωπικό».

H1: Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην Υπηρεσία του Οργανισμού που εργάζεστε» και «εάν στην Υπηρεσία που εργάζεστε επαρκεί το προσωπικό».

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών

**4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
4. Θεωρείτε Καθόλου ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Λίγο-	16 <sub>a</sub> 30,2%	11 <sub>a</sub> 37,9%	19 <sub>a</sub> 33,9%	7 <sub>a</sub> 25,9%
	Αρκετά	22 <sub>a</sub> 41,5%	18 <sub>a</sub> 62,1%	22 <sub>a</sub> 39,3%	18 <sub>a</sub> 66,7%
	Πολύ- Πάρα πολύ	15 <sub>a</sub> 28,3%	0 <sub>b</sub> 0,0%	15 <sub>a</sub> 26,8%	2 <sub>a, b</sub> 7,4%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 12 : Συνάφειας-Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.5.**



### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,571 <sup>a</sup>	6	,011
Likelihood Ratio	22,193	6	,001
Linear-by-Linear Association	,333	1	,564
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,24.

### Πίνακας 13 : «Chi-Square Tests» Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό.

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 62,1%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 66,7%) θεωρούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους άλλους Τομείς ότι υπάρχει πρόβλημα υποστελέχωσης. Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 41,5%) και ο Τομέας της Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 39,3%). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.6, καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό» [ $\chi^2(6) = 16,57$   $p = 0,01$ ], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

2<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στην «έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην υπηρεσία απασχόλησης σας στον ΕΕΣ» και «στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού».

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών

**5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;**

**\* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;	Καθόλου	10 <sub>a</sub> 18,9%	9 <sub>a</sub> 31,0%	11 <sub>a</sub> 19,6%	9 <sub>a</sub> 33,3%
	Λίγο-Αρκετά	32 <sub>a</sub> 60,4%	19 <sub>a</sub> 65,5%	34 <sub>a</sub> 60,7%	10 <sub>a</sub> 37,0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	11 <sub>a, b</sub> 20,8%	1 <sub>b</sub> 3,4%	11 <sub>a, b</sub> 19,6%	8 <sub>a</sub> 29,6%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 14 : Συνάφειας-Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.7.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,549 <sup>a</sup>	6	,103
Likelihood Ratio	12,316	6	,055
Linear-by-Linear Association	,001	1	,979
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,07.

**Πίνακας 15 : «Chi-Square Tests» - Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 65,5%), και ο Τομέας της Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 60,7%) είναι οι Τομείς που θεωρούν περισσότερο σε σχέση με τους άλλους Τομείς ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Ο Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε

ποσοστό 37,0%) και οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 60,4%) θεωρούν λιγότερο σε σχέση με τους άλλους Τομείς ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.8., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στις υπηρεσίες απασχόλησης σας στον ΕΕΣ» και στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού [ $\chi^2 (6) = 10,55$   $p = 0,10$ ], (άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ ).

3<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την επάρκεια στο προσωπικό. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**  
Crosstabulation

		Επίπεδο Εκπαίδευσης			
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	32 <sub>a</sub> 33,3%	7 <sub>a</sub> 28,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	13 <sub>a</sub> 33,3%
	Λίγο-Αρκετά	45 <sub>a</sub> 46,9%	15 <sub>a</sub> 60,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	18 <sub>a</sub> 46,2%
	Πολύ-Πάρα πολύ	19 <sub>a</sub> 19,8%	3 <sub>a</sub> 12,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	8 <sub>a</sub> 20,5%
Total		96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 16 : Πίνακας Συνάφειας- Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.9.**

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,108 <sup>a</sup>	6	,795	,812	,802	,822
Likelihood Ratio	2,959	6	,814	,857	,848	,866
Fisher's Exact Test	3,102			,813	,803	,823
Linear-by-Linear Association	,029 <sup>c</sup>	1	,866	,863	,854	,871
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,97.

c. The standardized statistic is ,169.

### Πίνακας 17 : «Chi-Square Tests» - Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 46,9%) θεωρούν περισσότερο από όλους ότι υπάρχει πρόβλημα υποστελέχωσης των Υπηρεσιών του Οργανισμού και οι εργαζόμενοι με Μεταπτυχιακό (σε ποσοστό 60,0%). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.10, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο Επίπεδο Εκπαίδευσης και στη μεταβλητή θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό [ $\chi^2(6) = 3,11$   $p = 0,81$ ], (άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ ).

4<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το Επίπεδο Εκπαίδευσης επηρεάζει την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; \***  
**Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;	Καθόλου	22 <sub>a</sub> 22,9%	6 <sub>a</sub> 24,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	10 <sub>a</sub> 25,6%	39 23,6%
	Λίγο-Αρκετά	61 <sub>a</sub> 63,5%	10 <sub>a</sub> 40,0%	3 <sub>a</sub> 60,0%	21 <sub>a</sub> 53,8%	95 57,6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	13 <sub>a</sub> 13,5%	9 <sub>a</sub> 36,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	8 <sub>a</sub> 20,5%	31 18,8%
Total		96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 18 : Πίνακας Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.11.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,565 <sup>a</sup>	6	,272	,265	,254	,277
Likelihood Ratio	7,018	6	,319	,385	,372	,398
Fisher's Exact Test	7,553			,230	,219	,241
Linear-by-Linear Association	,004 <sup>c</sup>	1	,947	,945	,939	,951
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

c. The standardized statistic is ,066.

**Πίνακας 19 : «Chi-Square Tests» - Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Γενικά, το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 57,6%), ανεξαρτήτως του μορφωτικού τους επιπέδου, θεωρούν από Λίγο-Αρκετά ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 63,5%) και οι Υπάλληλοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (σε ποσοστό 53,8%), θεωρούν περισσότερο από τους κατόχους Μεταπτυχιακού διπλώματος (σε ποσοστό 40,0%) ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.12 καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στο επίπεδο

εκπαίδευσης» και «την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού» [ $\chi^2(6) = 7,57$   $p = 0,27$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

5<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ «Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ» και η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής.

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, υπάρχει σχέση μεταξύ «Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ» και η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής.

**2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής;	Καθόλου	10 <sub>a</sub> 18,9%	2 <sub>a</sub> 6,9%	6 <sub>a</sub> 10,7%	1 <sub>a</sub> 3,7%	19 11,5%
	Λίγο-Αρκετά	24 <sub>a</sub> 45,3%	10 <sub>a</sub> 34,5%	3 <sub>b</sub> 5,4%	0 <sub>b</sub> 0,0%	37 22,4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	19 <sub>a</sub> 35,8%	17 <sub>a, b</sub> 58,6%	47 <sub>b, c</sub> 83,9%	26 <sub>c</sub> 96,3%	109 66,1%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών Πίνακας 20 : Πίνακας συνάφειας – σχέση «η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής» «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.13.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,055 <sup>a</sup>	6	,000
Likelihood Ratio	53,251	6	,000
Linear-by-Linear Association	27,300	1	,000
N of Valid Cases	165		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,11.

**Πίνακας 21 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – σχέση «η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής» «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Η πλειοψηφία του προσωπικού στην κατηγορία από Πολύ-Πάρα πολύ του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 96,3%) θεωρεί σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 83,9%), τον Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 58,6%) και τους Διοικητικούς Υπαλλήλους (σε ποσοστό 35,8%), ότι η τοποθέτησή τους στη συγκεκριμένη Υπηρεσία απασχόλησης, ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.14., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στην άποψη ότι η τοποθέτηση των εργαζομένων στην Υπηρεσία τους στον Οργανισμό ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής» [ $\chi^2(6) = 46,06$   $p < 0,001$ ], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

6<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας ανάλυσης διακύμανσης των δύο μεταβλητών**

## ANOVA

Ηλικία Εργαζόμενου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	75,060	2	37,530	,919	,401
Within Groups	5883,484	144	40,858		
Total	5958,544	146			

**Πίνακας 22 : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης «σχέσης ηλικίας» και «ικανοποίησης του προσωπικού από τη θέση που εργάζεται»**

**Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης είναι στον πίνακα 6.15.**

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.15, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία και την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται [ $F(2,144) = 0.92, p = 0.40$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

7<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ «επίπεδο εκπαίδευσης» και «ικανοποίησης του προσωπικού από την θέση που εργάζεται».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σχέση μεταξύ «επίπεδο εκπαίδευσης» «ικανοποίησης του προσωπικού από την θέση που εργάζεται».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής;	Καθόλου	9 <sub>a</sub> 9,4%	1 <sub>a</sub> 4,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	8 <sub>a</sub> 20,5%	19 11,5%
	Λίγο-Αρκετά	19 <sub>a</sub> 19,8%	4 <sub>a</sub> 16,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	12 <sub>a</sub> 30,8%	37 22,4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	68 <sub>a</sub> 70,8%	20 <sub>a</sub> 80,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	19 <sub>a</sub> 48,7%	109 66,1%
Total		96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 23 : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης σχέσης «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται»**



Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.16.

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,675 <sup>a</sup>	6	,099	,096	,088	,103
Likelihood Ratio	10,555	6	,103	,123	,115	,132
Fisher's Exact Test	10,862			,067	,061	,073
Linear-by-Linear Association	8,253 <sup>c</sup>	1	,004	,003	,001	,004
N of Valid Cases	165					

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,58.

c. The standardized statistic is -2,873.

**Πίνακας 24 : «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Γενικά, το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 66,1%), ανεξαρτήτως του μορφωτικού τους επιπέδου, θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι είναι ικανοποιημένοι από την θέση που εργάζονται. Οι εργαζόμενοι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος (σε ποσοστό 80%) και οι πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 70,8%), θεωρούν περισσότερο από όλους ότι είναι ικανοποιημένοι από την θέση που εργάζονται στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.17., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται [ $\chi^2$  (6) = 10,68 p = 0,10], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

8<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης στον Οργανισμό επηρεάζει το περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στη στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σχέση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «την στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας;	Καθόλου	17 <sub>a</sub> 32,1%	11 <sub>a</sub> 37,9%	12 <sub>a</sub> 21,4%	8 <sub>a</sub> 29,6%	48 29,1%
	Λίγο-Αρκετά	6 <sub>a</sub> 11,3%	2 <sub>a</sub> 6,9%	4 <sub>a</sub> 7,1%	1 <sub>a</sub> 3,7%	13 7,9%
	Πολύ-Πάρα πολύ	30 <sub>a</sub> 56,6%	16 <sub>a</sub> 55,2%	40 <sub>a</sub> 71,4%	18 <sub>a</sub> 66,7%	104 63,0%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 25 : Πίνακας συνάφειας -«στις υπηρεσίες του ΕΕΣ» και «τη στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού»**

Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.18.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,857 <sup>a</sup>	6	,562	,569	,557	,582
Likelihood Ratio	4,950	6	,550	,586	,573	,598
Fisher's Exact Test	4,711			,582	,569	,595
Linear-by-Linear Association	1,532 <sup>c</sup>	1	,216	,217	,207	,228
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,13.

c. The standardized statistic is 1,238.

**Πίνακας 26 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «τη στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ συνολικά οι εργαζόμενοι θεωρούν (σε ποσοστό 63%) ότι σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας τους. Συγκεκριμένα, οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 71,4%), οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 66,7%), οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 55,2%) και τέλος οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό

56,6%). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.19., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «τη στάση των εργαζομένων για την ύπαρξη περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού [ $\chi^2(6) = 4,86$   $p = 0,57$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

9<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στην «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία;					
Ναι	8 <sub>a</sub> 15,1%	4 <sub>a</sub> 13,8%	1 <sub>a</sub> 1,8%	2 <sub>a</sub> 7,4%	15 9,1%
Όχι	45 <sub>a</sub> 84,9%	25 <sub>a</sub> 86,2%	55 <sub>a</sub> 98,2%	25 <sub>a</sub> 92,6%	150 90,9%
Total	53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 27 : Πίνακας συνάφειας – σχέση «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.20.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,796 <sup>a</sup>	3	,079	,072	,066	,079
Likelihood Ratio	7,989	3	,046	,065	,058	,071
Fisher's Exact Test	7,353			,044	,038	,049
Linear-by-Linear Association	4,080 <sup>c</sup>	1	,043	,048	,043	,054
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,45.

c. The standardized statistic is 2,020.

**Πίνακας 28 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στην υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Γενικά, το συνολικό ποσοστό των εργαζομένων που ενδιαφέρεται να μετακινηθεί σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού είναι ελάχιστο (σε ποσοστό 9,1%). Ενώ, υψηλό ποσοστό λαμβάνει η πλειοψηφία των Υπαλλήλων που δεν τους ενδιαφέρει η μετακίνηση τους σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού (σε ποσοστό 90,9%) συνολικά Συγκεκριμένα, οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 98,2%), οι Υπάλληλοι Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 92,6%), οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 86,2%) και οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 84,9%), θεωρούν ότι δεν τους ενδιαφέρει η μετακίνηση τους σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.21, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την μετακίνησή τους σε άλλη Υπηρεσία» [ $\chi^2 (3) = 6,80$   $p = 0,07$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

10<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το Φύλλο επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σχέση φύλου» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σχέση φύλου» και στην «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; \* Φύλο Crosstabulation**

	Φύλο		Total
	Άνδρας	Γυναίκα	
10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία;			
Nαι	7 <sub>a</sub> 20,6%	8 <sub>b</sub> 6,1%	15 9,1%
Όχι	27 <sub>a</sub> 79,4%	123 <sub>b</sub> 93,9%	150 90,9%
Total	34 100,0%	131 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Φύλο categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 29 : Πίνακας συνάφειας – «Φύλου» και «Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.22.**

Chi-Square Tests <sup>c</sup>				
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,850 <sup>a</sup>	1	,009	,016
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,210	1	,022	
Likelihood Ratio	5,722	1	,017	,042
Fisher's Exact Test				,016
Linear-by-Linear Association	6,808 <sup>d</sup>	1	,009	,016
N of Valid Cases	165			

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,09.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 2,609.

**Πίνακας 30 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «Φύλου» και «Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Συνολικά το ποσοστό των εργαζομένων που ενδιαφέρεται να μετακινηθεί σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού είναι ελάχιστο (σε ποσοστό 9,1%), ενώ υψηλό ποσοστό λαμβάνουν οι εργαζόμενοι (σε ποσοστό 90,9%) που δεν ενδιαφέρονται να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού. Στον έλεγχο εξάρτησης μεταξύ Φύλου και μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού, οι Άνδρες ενδιαφέρονται περισσότερο (σε ποσοστό 20,6%) από τις Γυναίκες (σε ποσοστό 6,1%). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.23., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στο φύλο» και «στο ενδιαφέρον μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού» [ $\chi^2 (1) = 6,85$   $p = 0,009$ ], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

11<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το φύλο επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

H<sub>0</sub>: Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στη «σχέση φύλου» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση».

H<sub>1</sub>: Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στη «σχέση φύλου» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; \* Φύλο Crosstabulation**

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση;	Καθόλου	5 <sub>a</sub> 14,7%	30 <sub>a</sub> 22,9%	35 21,2%
	Λίγο-Αρκετά	21 <sub>a</sub> 61,8%	82 <sub>a</sub> 62,6%	103 62,4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 23,5%	19 <sub>a</sub> 14,5%	27 16,4%
Total		34 100,0%	131 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Φύλο categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 31 : Πίνακας συνάφειας – σχέση Σχέση φύλου και θετικής στάσης του προσωπικού, με μετακίνηση σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.24.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,201 <sup>a</sup>	2	,333
Likelihood Ratio	2,162	2	,339
Linear-by-Linear Association	2,131	1	,144
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,56.

**Πίνακας 32 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας «σχέση φύλου» και «θετικής στάσης του προσωπικού, στη μετακίνηση σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι και των δύο Φύλων στο σύνολο τους στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 16,4%) και στην κατηγορία Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 62,4%) δέχονται να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση. Τέλος, το υπόλοιπο ποσοστό λαμβάνει η κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 21,2%). Στον έλεγχο εξάρτησης μεταξύ Φύλλου και μετακίνησης του προσωπικού σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση, οι Άνδρες ενδιαφέρονται λιγότερο (σε ποσοστό 61,8%) από τις γυναίκες (σε ποσοστό 62,6%) να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.25., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο φύλο και το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση [ $\chi^2 (2) = 2,20$   $p = 0,33$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

12<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο «επίπεδο Εκπαίδευσης» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο «επίπεδο Εκπαίδευσης» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση;	Καθόλου	22 <sub>a</sub> 22,9%	4 <sub>a</sub> 16,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	8 <sub>a</sub> 20,5%	35 21,2%
	Λίγο-Αρκετά	59 <sub>a</sub> 61,5%	15 <sub>a</sub> 60,0%	4 <sub>a</sub> 80,0%	25 <sub>a</sub> 64,1%	103 62,4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	15 <sub>a</sub> 15,6%	6 <sub>a</sub> 24,0%	0 <sub>a</sub> 0,0%	6 <sub>a</sub> 15,4%	27 16,4%
Total		96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 33 : Πίνακας συνάφειας – «επίπεδο εκπαίδευσης» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση»**

Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.26.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,531 <sup>a</sup>	6	,865	,885	,876	,893
Likelihood Ratio	3,244	6	,778	,853	,843	,862
Fisher's Exact Test	2,107			,935	,928	,941
Linear-by-Linear Association	,007 <sup>c</sup>	1	,936	,937	,931	,944
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

c. The standardized statistic is -,081.

**Πίνακας 34 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας –«επίπεδο εκπαίδευσης» και στο «ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στο σύνολο τους ανεξαρτήτως του Επιπέδου Εκπαίδευσης (σε ποσοστό 62,4%) στην κατηγορία Λίγο-Αρκετά δέχονται να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση. Οι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 61,5%) και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος (σε ποσοστό 60,0%) δέχονται να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση, σε σχέση με τις άλλες δύο βαθμίδες. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.27., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο Επίπεδο Εκπαίδευσης και το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την



απαιτούμενη Εκπαίδευση [ $\chi^2 (6) = 2,53$   $p = 0,89$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

### 6.3. Βελτίωση Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Στην 2<sup>η</sup> ενότητα, βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις είναι εστιασμένες στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, οι εργαζόμενοι είναι εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες και συμβάλουν σε αυτές καθοριστικά.

13<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ» και στη «στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στις Υπηρεσίες απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών».

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	20 <sub>a</sub> 37,7%	10 <sub>a</sub> 34,5%	20 <sub>a</sub> 35,7%	8 <sub>a</sub> 29,6%	58 35,2%
	Λίγο-Αρκετά	19 <sub>a</sub> 35,8%	9 <sub>a</sub> 31,0%	16 <sub>a</sub> 28,6%	8 <sub>a</sub> 29,6%	52 31,5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	14 <sub>a</sub> 26,4%	10 <sub>a</sub> 34,5%	20 <sub>a</sub> 35,7%	11 <sub>a</sub> 40,7%	55 33,3%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 35 : Πίνακας «Chi-Square Tests» - Σχέσης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε**

Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.28.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,158 <sup>a</sup>	6	,905
Likelihood Ratio	2,188	6	,902
Linear-by-Linear Association	1,251	1	,263
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,51.

**Πίνακας 36 : Πίνακας σχέσης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Συνολικά, στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 33,3%) και στην κατηγορία Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 31,5%) οι Υπάλληλοι θεωρούν ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τους. Τέλος, το υπόλοιπο ποσοστό λαμβάνει η κατηγορία Καθόλου (ποσοστό 35,2%) οι Υπάλληλοι όπου θεωρούν ότι δεν υπάρχει πολιτική ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τους. Οι Υπάλληλοι Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 40,7%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 35,7%) θεωρούν περισσότερο σε σχέση με τους άλλους Τομείς ότι υπάρχει πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τους. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.29., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ «υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στάσης των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών» [ $\chi^2(6) = 2,16$   $p = 0,91$ ], (άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ ).

14<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η διενέργεια διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάζει την πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ανά Υπηρεσία. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις ερωτήσεις «θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην υπηρεσία που εργάζεστε» και «στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις ερωτήσεις «θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην υπηρεσία που

εργάζεστε» και «στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;**

**Crosstabulation**

	1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			Total
	Καθόλου	Λίγο-Αρκετά	Πολύ-Πάρα πολύ	
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	Λίγο-Αρκετά	Πολύ-Πάρα πολύ	
	14 <sub>a</sub> 24,1%	3 <sub>b</sub> 5,8%	20 <sub>a</sub> 36,4%	37 22,4%
	32 <sub>a</sub> 55,2%	47 <sub>b</sub> 90,4%	16 <sub>c</sub> 29,1%	95 57,6%
	12 <sub>a</sub> 20,7%	2 <sub>b</sub> 3,8%	19 <sub>a</sub> 34,5%	33 20,0%
Total	58 100,0%	52 100,0%	55 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 37 : Πίνακας συνάφειας - σχέσης διενέργειας διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το αν υπάρχει πολιτική ποιότητας**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.30.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,422 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	46,058	4	,000
Linear-by-Linear Association	,018	1	,894
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,40.

**Πίνακας 38 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας - σχέση διενέργειας διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το αν υπάρχει πολιτική ποιότητας**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 90,4%) πιστεύουν ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην

Υπηρεσία που εργάζονται και ταυτόχρονα πιστεύουν από Λίγο-Αρκετά ότι στην Υπηρεσία τους διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (σε ποσοστό 57,6%) τους. Οι Υπάλληλοι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 34,5%) είναι σημαντικά περισσότεροι σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι δεν υπάρχει Καθόλου (σε ποσοστό 20,7%) πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζονται. Τέλος οι Υπάλληλοι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 20,0%) είναι εξίσου αριθμητικά υψηλό ποσοστό σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι δεν διενεργούνται Καθόλου (σε ποσοστό 22,7%) διαδικασίες μέτρησης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.31, καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις υποθέσεις «θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην υπηρεσία που εργάζεστε» και «στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών» [ $\chi^2(6) = 41,42$   $p < 0,001$ ], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

15<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το στο επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο Επίπεδο εκπαίδευσης» και στη «στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο Επίπεδο εκπαίδευσης» και στη «στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	37 <sub>a</sub> 38,5%	6 <sub>a</sub> 24,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	13 <sub>a</sub> 33,3%	58 35,2%
	Λίγο-Αρκετά	26 <sub>a</sub> 27,1%	14 <sub>b</sub> 56,0%	3 <sub>a, b</sub> 60,0%	9 <sub>a</sub> 23,1%	52 31,5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	33 <sub>a</sub> <b>34,4%</b>	5 <sub>a</sub> 20,0%	0 <sub>a</sub> 0,0%	17 <sub>a</sub> <b>43,6%</b>	55 33,3%
Total		96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 39 : Πίνακας συνάφειας- σχέση της πολιτικής ποιότητας με την εκπαίδευση**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.32.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,053 <sup>a</sup>	6	,042	,039	,034	,044
Likelihood Ratio	13,884	6	,031	,043	,038	,048
Fisher's Exact Test	12,079			,046	,040	,051
Linear-by-Linear Association	,733 <sup>c</sup>	1	,392	,386	,374	,399
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

c. The standardized statistic is ,856.

**Πίνακας 40 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας - στη σχέση της πολιτικής ποιότητας με την εκπαίδευση**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 34,4%) θεωρούν από Πολύ-Πάρα πολύ ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού και στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 27,1%) και ότι δεν υπάρχει ότι δεν υπάρχει Καθόλου (σε ποσοστό 38,5%) πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος θεωρούν από Λίγο-

Αρκετά (σε ποσοστό 56,0%) και από Πολύ-Πάρα πολύ (20,0%) ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού και στην κατηγορία δεν υπάρχει Καθόλου σε ποσοστό 24,0%. Στο σύνολο των βαθμίδων Εκπαίδευσης στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (το ποσοστό 33,3%) και στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 31,5%) οι Υπάλληλοι θεωρούν ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού και είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το ποσοστό της κατηγορίας Καθόλου (σε ποσοστό 35,2%), που οι Υπάλληλοι θεωρούν ότι δεν υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.33., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών» [ $\chi^2 (6) = 13,05$   $p = 0,03$ ], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

16<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «στη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «στη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας ανάλυσης διακύμανσης των δύο μεταβλητών**

ANOVA					
Ηλικία Εργαζόμενου					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24,726	2	12,363	,300	,741
Within Groups	5933,818	144	41,207		
Total	5958,544	146			

**Πίνακας 41 : Πίνακας ανάλυσης «διακύμανσης - πολιτικής ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε»**

**Τα αποτελέσματα του ανάλυσης διακύμανσης ANOVA είναι στον πίνακα 6.34.**

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι: Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων που βρέθηκαν, «ηλικίας» και η «στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών», δεν αφορούν στο βαθμό υιοθέτησης της ύπαρξης πολιτικής ποιότητας στην υπηρεσία, αλλά αφορούν διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς την ομοιογένεια (μεταβλητότητα) των απαντήσεων τους. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.34. καταλήγουμε ότι εκτελέστηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης ANOVA, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα «στην ηλικία» και «τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών» [ $F(2,144) = 0.30, p = 0.74$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

### Test of Homogeneity of Variances

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,869	3	161	,010

**Πίνακας 42 : Πίνακας έλεγχου Levene για τη ισότητα διακυμάνσεων των «πληθυσμών - πολιτικής ποιότητας από την Υπηρεσία που εργάζεστε»**

17<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει τις διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «υπηρεσίες απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «υπηρεσίες απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	9 <sub>a</sub> 17,0%	9 <sub>a</sub> 31,0%	11 <sub>a</sub> 19,6%	8 <sub>a</sub> 29,6%	37 22,4%
	Λίγο-Αρκετά	36 <sub>a</sub> 67,9%	16 <sub>a</sub> 55,2%	31 <sub>a</sub> 55,4%	12 <sub>a</sub> 44,4%	95 57,6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 15,1%	4 <sub>a</sub> 13,8%	14 <sub>a</sub> 25,0%	7 <sub>a</sub> 25,9%	33 20,0%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 43 : Πίνακας συνάφειας – «στην υπηρεσία που εργάζεστε» «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.36.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,719 <sup>a</sup>	6	,348
Likelihood Ratio	6,683	6	,351
Linear-by-Linear Association	,136	1	,712
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

**Πίνακας 44 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στις υπηρεσίες του ΕΕΣ» και «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.37.**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 67,9%), οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 55,4%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 55,2%), θεωρούν από Λίγο-Αρκετά ότι διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον Οργανισμό. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από όλες τις υπηρεσίες του Οργανισμού θεωρούν στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά



ότι στην υπηρεσία τους διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ποσοστό (σε ποσοστό 57,6%) . Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.37., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «Υπηρεσίες απασχόλησης στον ΕΕΣ» και εάν «διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών» [ $\chi^2 (6) = 6,72$   $p = 0,35$ ], (άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ ).

#### 6.4. Πρακτικές Βελτίωσης της Αποδοτικότητας

Στην 3<sup>η</sup> Ενότητα του ερωτηματολογίου οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν σχετικά με την θετική τους στάση απέναντι σε πρακτικές βελτίωσης με στόχο την αποδοτικότητα της Υπηρεσίας τους και την πρόθεση τους να συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών.

18<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την πλήρη περιγραφή των καθηκόντων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε».

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών

#### 1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
1. Έχετε λάβει Καθόλου πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	10 <sub>a</sub> 18,9%	10 <sub>a</sub> 34,5%	16 <sub>a</sub> 28,6%	11 <sub>a</sub> 40,7%	47 28,5%
	Λίγο-Αρκετά	16 <sub>a</sub> 30,2%	9 <sub>a</sub> 31,0%	21 <sub>a</sub> 37,5%	3 <sub>a</sub> 11,1%	49 29,7%
	Πολύ-Πάρα πολύ	27 <sub>a</sub> 50,9%	10 <sub>a</sub> 34,5%	19 <sub>a</sub> 33,9%	13 <sub>a</sub> 48,1%	69 41,8%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 45 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.38.**

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,342 <sup>a</sup>	6	,111
Likelihood Ratio	11,293	6	,080
Linear-by-Linear Association	2,277	1	,131
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,69.

**Πίνακας 46 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στο σύνολο τους (σε ποσοστό 41,8%) σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού θεωρούν στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ ότι έχουν λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων τους. Συγκεκριμένα, οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 50,9%), οι Υπάλληλοι Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 48,1%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 33,9%) καθώς και οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 34,5%), θεωρούν ότι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ, ότι έχουν λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων τους από την αντίστοιχη Υπηρεσία που εργάζονται. Τέλος η κατηγορία Καθόλου λαμβάνει το ποσοστό 28,5%. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.39, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στην «Υπηρεσία απασχόλησης από τον ΕΕΣ» και εάν «έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε» [ $\chi^2(6) = 10,34$   $p = 0,11$ ], (άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ ).

19<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει στην ενθάρρυνση προτάσεων μέτρων βελτίωσης συνθηκών εργασίας. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «ενθαρρύνετε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «ενθαρρύνετε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
4. Καθόλου Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας;	17 <sub>a</sub> 32,1%	8 <sub>a</sub> 27,6%	14 <sub>a</sub> 25,0%	11 <sub>a</sub> 40,7%	50 30,3%
Λίγο-Αρκετά	18 <sub>a, b</sub> 34,0%	8 <sub>a, b</sub> 27,6%	21 <sub>b</sub> 37,5%	2 <sub>a</sub> 7,4%	49 29,7%
Πολύ-Πάρα πολύ	18 <sub>a</sub> 34,0%	13 <sub>a</sub> 44,8%	21 <sub>a</sub> 37,5%	14 <sub>a</sub> 51,9%	66 40,0%
Total	53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 47 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.40.**

**Πίνακας 48 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «σε ποια**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,337 <sup>a</sup>	6	,155
Likelihood Ratio	11,078	6	,086
Linear-by-Linear Association	,304	1	,581
N of Valid Cases	165		

. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,02.

**Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 40%) σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού, θεωρούν στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ, ότι ενθαρρύνονται από την Υπηρεσία τους να προτείνουν μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. Συγκεκριμένα, οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό

51,9%), οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 37,5%) καθώς και οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 44,8%), θεωρούν ότι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ, ότι ενθαρρύνονται από την Υπηρεσία τους να προτείνουν μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. Τέλος το συνολικό ποσοστό στην κατηγορία Καθόλου λαμβάνει το ποσοστό 30,0%. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.41., καταλήγουμε ότι» δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στην Υπηρεσίες απασχόλησης από στον ΕΕΣ και της αντίληψης των εργαζομένων, «ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας». [ $\chi^2 (6) = 9,34$   $p = 0,16$ ], άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ .

### **6.5. Πρακτικές Βελτίωσης της Αποτελεσματικότητας**

Στην 4<sup>η</sup> Ενότητα διερευνήθηκε η στάση των εργαζομένων απέναντι στη θετική στάση υιοθέτησης πρακτικών βελτίωσης με στόχο την αποτελεσματικότητα.

20<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ «Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στην ύπαρξη αρμόδιου ατόμου, για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σχέση μεταξύ «Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στην ύπαρξη αρμόδιου ατόμου, για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

3. Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \*

1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
3. Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων;	Καθόλου	12 <sub>a</sub> 22,6%	8 <sub>a</sub> 27,6%	9 <sub>a</sub> 16,1%	10 <sub>a</sub> 37,0%	39 23,6%
	Λίγο-Αρκετά	25 <sub>a, b</sub> 47,2%	13 <sub>a, b</sub> 44,8%	38 <sub>b</sub> 67,9%	10 <sub>a</sub> 37,0%	86 52,1%
	Πολύ-Πάρα πολύ	16 <sub>a</sub> 30,2%	8 <sub>a</sub> 27,6%	9 <sub>a</sub> 16,1%	7 <sub>a</sub> 25,9%	40 24,2%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 49 : Πίνακας συνάφειας – «στην Υπηρεσία που εργάζεστε» «υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων»**

Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.42.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,486 <sup>a</sup>	6	,106
Likelihood Ratio	10,415	6	,108
Linear-by-Linear Association	1,126	1	,289
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,38.

**Πίνακας 50 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «στην Υπηρεσία που εργάζεστε» «υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού (σε ποσοστό 52,1%) οι Υπάλληλοι θεωρούν, ότι υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. Συγκεκριμένα, οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 67,9%), οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 47,2%) καθώς και οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 44,8%). Τέλος στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 24,2%) είναι ελάχιστα μεγαλύτερο με αυτό στην

κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 23,1%) όπου οι Υπάλληλοι θεωρούν ότι δεν υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.43. καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση μεταξύ «Υπηρεσίας απασχόλησης στον ΕΕΣ» και «στην ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».[ $\chi^2 (6) = 10,49$   $p = 0,11$ ], (άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ ).

21<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

	Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση		
3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων;	Καθόλου	21 <sub>a</sub> 21,9%	5 <sub>a</sub> 20,0%	3 <sub>a</sub> 60,0%	10 <sub>a</sub> 25,6%	39 23,6%
	Λίγο-Αρκετά	53 <sub>a</sub> 55,2%	15 <sub>a</sub> 60,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	17 <sub>a</sub> 43,6%	86 52,1%
	Πολύ-Πάρα πολύ	22 <sub>a</sub> 22,9%	5 <sub>a</sub> 20,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	12 <sub>a</sub> 30,8%	40 24,2%
Total		96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 51 : Πίνακας συνάφειας –«στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.44.**

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,115 <sup>a</sup>	6	,410	,415	,402	,428
Likelihood Ratio	5,563	6	,474	,547	,534	,560
Fisher's Exact Test	5,651			,435	,422	,448
Linear-by-Linear Association	,052 <sup>c</sup>	1	,820	,821	,811	,831
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,18.

c. The standardized statistic is ,228.

### **Πίνακας 52 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων, ανεξαρτήτως του Μορφωτικού τους Επιπέδου, στο σύνολο τους (σε ποσοστό 52,1%), θεωρούν ότι υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά οι κάτοχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 55,2%) και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος, (σε ποσοστό 60,0%) λαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό, έναντι των άλλων δύο βαθμίδων Εκπαίδευσης. Τέλος το συνολικό ποσοστό στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 24,2%) είναι ελάχιστα μεγαλύτερο με αυτό στην κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 23,6%), όπου οι Υπάλληλοι θεωρούν ότι δεν υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων στην Υπηρεσία τους. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.45, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ «επιπέδου εκπαίδευσης» και «στην μεταβλητή εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων». [ $\chi^2(6) = 6,12$   $p = 0,42$ ], άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ .

22<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η Ηλικία επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων».

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης ANOVA των δύο μεταβλητών

ANOVA  
Ηλικία Εργαζόμενου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24,726	2	12,363	,300	,741
Within Groups	5933,818	144	41,207		
Total	5958,544	146			

**Πίνακας 53 :** Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης - Σχέση ηλικίας και «στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων»

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου ανάλυσης διακύμανσης ANOVA είναι στον πίνακα 6.46.**

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι: Η ηλικία και η υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.46., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στην ηλικία και στην υπόθεση εάν υπάρχει στην Υπηρεσία σας αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων. [ $F(2,144) = 0.30$ ,  $p = 0.74$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

23<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;

\* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total



		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;	Καθόλου	21 <sub>a</sub> 39,6%	7 <sub>a</sub> 24,1%	17 <sub>a</sub> 30,4%	10 <sub>a</sub> 37,0%	55 33,3%
	Λίγο-Αρκετά	4 <sub>a</sub> 7,5%	1 <sub>a</sub> 3,4%	2 <sub>a</sub> 3,6%	0 <sub>a</sub> 0,0%	7 4,2%
	Πολύ-Πάρα πολύ	28 <sub>a</sub> 52,8%	21 <sub>a</sub> 72,4%	37 <sub>a</sub> 66,1%	17 <sub>a</sub> 63,0%	103 62,4%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 54 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.47.**

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,603 <sup>a</sup>	6	,469	,483	,470	,496
Likelihood Ratio	6,557	6	,364	,454	,441	,467
Fisher's Exact Test	5,016			,526	,514	,539
Linear-by-Linear Association	,626 <sup>c</sup>	1	,429	,446	,433	,458
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,15.

c. The standardized statistic is ,791.

**Πίνακας 55 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στο σύνολο τους (σε ποσοστό 62,4%) σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού θεωρούν στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ, ότι παρακολουθούν τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία τους να υλοποιούνται νέες δράσεις για την

εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων. Αναφέρεται επίσης στην κατηγορία Καθόλου, οι εργαζόμενοι στο σύνολό τους (σε ποσοστό 33,3%) δεν ενημερώνονται καθόλου. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.48, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις υπηρεσίες του ΕΕΣ και στη στάση των εργαζομένων στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με σκοπό την κάλυψη των ανισοτήτων [ $\chi^2(6) = 5,60$   $p = 0,48$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

24<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το σχέση το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και στο εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και στο εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

	Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση		
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες	Καθόλου	31 <sub>a</sub> 32,3%	6 <sub>a</sub> 24,0%	4 <sub>a</sub> 80,0%	14 <sub>a</sub> 35,9%	55 33,3%
	Λίγο-Αρκετά	3 <sub>a</sub> 3,1%	0 <sub>a</sub> 0,0%	0 <sub>a</sub> 0,0%	4 <sub>a</sub> 10,3%	7 4,2%
	Πολύ-Πάρα	62 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	21 <sub>a</sub>	103

καινοτόμες πολύ παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;	64,6%	76,0%	20,0%	53,8%	62,4%
Total	96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 56 : Πίνακας συνάφειας – σχέση «επίπεδου εκπαίδευσης» και εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων»**

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,619 <sup>a</sup>	6	,071	,068	,062	,075
Likelihood Ratio	11,605	6	,071	,077	,070	,084
Fisher's Exact Test	9,824			,092	,085	,100
Linear-by-Linear Association	1,414 <sup>c</sup>	1	,234	,233	,222	,244
N of Valid Cases	165					

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

c. The standardized statistic is -1,189.

**Πίνακας 57 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – σχέση «επίπεδου εκπαίδευσης» και εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.50.**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι (σε ποσοστό 62,4%) σε όλες τις Βαθμίδες Εκπαίδευσης στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ, θεωρούν ότι παρακολουθούν τις εξελίξεις ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με σκοπό την κάλυψη των ανισοτήτων. Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 64,5%), οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος (σε ποσοστό 76%) και οι Υπάλληλοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (σε ποσοστό 53,8%). Τέλος αναφορά το επίσης γίνεται στην κατηγορία Καθόλου των εργαζομένων, οι εργαζόμενοι στο σύνολό τους (σε ποσοστό 33,0%) σε όλες τις Εκπαιδευτικές Βαθμίδες, δεν παρακολουθούν τις εξελίξεις ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία τους

να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.50., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο επίπεδο Εκπαίδευσης και την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων [ $\chi^2 (6) = 11,62$   $p = 0,07$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

25<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η Ηλικία επηρεάζει την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης ANOVA με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «τη στάση των εργαζομένων, όσον αφορά την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στην ηλικία» και «τη στάση των εργαζομένων, όσον αφορά την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων»

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης ANOVA των δύο μεταβλητών**

**ANOVA**  
Ηλικία Εργαζόμενου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	22,073	2	11,037	,268	,766
Within Groups	5936,471	144	41,225		
Total	5958,544	146			

**Πίνακας 58 : Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης σχέση «ηλικίας» και εάν «παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να**

**αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων»**

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι: Η ηλικία και παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων, εκτελέστηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης ANOVA. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.51, καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «στην ηλικία» και «τη στάση των εργαζομένων, όσον αφορά την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων» [ $F(2,144) = 0.27, p = 0.77$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

## **6.6. Ενότητα Κατανομή των Οικονομικών Πόρων**

Στην 5<sup>η</sup> Ενότητα του ερωτηματολογίου οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν σχετικά με την θετική τους στάση απέναντι στην υιοθέτηση πρακτικών που μπορούν να ικανοποιηθούν όσο το δυνατό περισσότερες ανάγκες ωφελουμένων, με δεδομένους τους ελάχιστους οικονομικούς πόρους και την πρόθεση τους να συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών για την αποδοτικότητα των Υπηρεσιών.

26<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει το προσωπικό λαμβάνει γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας του κατ' έτος για την εξοικονόμηση πόρων στις βασικές διαδικασίες του Οργανισμού. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total
--	---	-------

		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	14 <sub>a</sub> 26,4%	7 <sub>a</sub> 24,1%	10 <sub>a</sub> 17,9%	10 <sub>a</sub> 37,0%	41 24,8%
	Λίγο- Αρκετά	21 <sub>a</sub> 39,6%	13 <sub>a, b</sub> 44,8%	38 <sub>b</sub> 67,9%	12 <sub>a, b</sub> 44,4%	84 50,9%
	Πολύ- Πάρα πολύ	18 <sub>a</sub> 34,0%	9 <sub>a</sub> 31,0%	8 <sub>a</sub> 14,3%	5 <sub>a</sub> 18,5%	40 24,2%
Total		53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;  
categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 59 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος».**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.52.**

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,964 <sup>a</sup>	6	,044
Likelihood Ratio	12,854	6	,045
Linear-by-Linear Association	2,515	1	,113
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,55.

**Πίνακας 60 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 50,9%) στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά, θεωρούν ότι λαμβάνουν γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας τους κατ' έτος. Συγκεκριμένα στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά, οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 67,9%) σε πολύ υψηλό, οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 44,8%) σχεδόν το ίδιο με τους Υπάλληλους του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 44,4%) και οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 39,6%) ελάχιστα λιγότερο. Επίσης, οι εργαζόμενοι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ στο σύνολο τους (σε ποσοστό 24,2%) θεωρούν ότι λαμβάνουν γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας τους κατ' έτος, ενώ στην κατηγορία Καθόλου είναι πολύ μικρότερο (σε ποσοστό 24,8%). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.53., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού που εργάζεστε (απαντήθηκε)» και «εάν λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της

Υπηρεσίας κατ' έτος» [ $\chi^2$  (6) = 12,96 p = 0,04], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

27<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας κατ' έτος. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας κατ' έτος»

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας κατ' έτος»

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \* Επίπεδο**

**Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας	Καθόλου	19 <sub>a</sub> 19,8%	8 <sub>a</sub> 32,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	13 <sub>a</sub> 33,3%	41 24,8%
	Λίγο-Αρκετά	52 <sub>a</sub> 54,2%	13 <sub>a</sub> 52,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	17 <sub>a</sub> 43,6%	84 50,9%
	Πολύ-Πάρα	25 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	40

κατ' έτος;	πολύ	26,0%	16,0%	40,0%	23,1%	24,2%
Total		96	25	5	39	165
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 61 : Πίνακας συνάφειας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.55.**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,776 <sup>a</sup>	6	,573	,595	,582	,607
Likelihood Ratio	4,736	6	,578	,663	,651	,675
Fisher's Exact Test	5,040			,535	,522	,548
Linear-by-Linear Association	,863 <sup>c</sup>	1	,353	,359	,347	,371
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.

c. The standardized statistic is -,929.

**Πίνακας 62 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Το σύνολο των εργαζομένων στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 50,9%) σε όλα τα επίπεδα Εκπαίδευσης θεωρούν ότι γνωρίζουν το κόστος λειτουργίας της Υπηρεσίας τους κατ' έτος. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 54,2%) και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος, σε υψηλό ποσοστό (σε ποσοστό 52,0%). Επίσης, στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ στο σύνολο τους (σε ποσοστό 24,2%) οι εργαζόμενοι θεωρούν σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού, ότι γνωρίζουν το κόστος λειτουργίας της Υπηρεσίας κατ' έτος, ενώ στην κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 24,8%) είναι ελάχιστα περισσότεροι. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.56., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και τη γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας κατ' έτος [ $\chi^2$  (6) = 4,78 p = 0,60], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

28<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε



παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων στις Υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

Ho: Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στη γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων»

H1: Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «στο επίπεδο εκπαίδευσης» και «στη γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων»

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών

4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation

	Επίπεδο Εκπαίδευσης				Total
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
4. Γνωρίζετε το Καθόλου κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας;	20 <sub>a</sub> 20,8%	7 <sub>a</sub> 28,0%	1 <sub>a</sub> 20,0%	15 <sub>a</sub> 38,5%	43 26,1%
Λίγο-Αρκετά	46 <sub>a</sub> 47,9%	15 <sub>a</sub> 60,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	12 <sub>a</sub> 30,8%	75 45,5%
	30 <sub>a</sub> 31,3%	3 <sub>a</sub> 12,0%	2 <sub>a</sub> 40,0%	12 <sub>a</sub> 30,8%	47 28,5%
Πολύ-Πάρα πολύ					
Total	96 100,0%	25 100,0%	5 100,0%	39 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 63 : Πίνακας συνάφειας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας»**

Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.57.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,536 <sup>a</sup>	6	,146	,143	,134	,152
Likelihood Ratio	10,085	6	,121	,158	,149	,167
Fisher's Exact Test	9,934			,104	,096	,112
Linear-by-Linear Association	,912 <sup>c</sup>	1	,340	,346	,333	,358

N of Valid Cases	165				
------------------	-----	--	--	--	--

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

c. The standardized statistic is -,955.

**Πίνακας 64 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «επίπεδο εκπαίδευσης» «κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Το σύνολο των εργαζομένων στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 45,5%) σε όλα τα επίπεδα Εκπαίδευσης θεωρούν ότι γνωρίζουν το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία τους. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 47,9%) και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος, σε υψηλό βαθμό (σε ποσοστό 60,0%). Επίσης, στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ στο σύνολο τους (σε ποσοστό 28,5%) οι εργαζόμενοι θεωρούν σε όλες τις Υπηρεσίες του Οργανισμού, ότι γνωρίζουν το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία τους ενώ στην κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 26,1%) είναι σαφώς μικρότερο. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.58., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στη γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων [ $\chi^2(6) = 9,54$   $p = 0,14$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

29<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση επηρεάζει Υπηρεσία ΕΕΣ την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «Υπηρεσία ΕΕΣ» και «στη γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «Υπηρεσία ΕΕΣ» και «στη γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων»

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας	Καθόλου	18 <sub>a</sub> 34,0%	7 <sub>a</sub> 24,1%	12 <sub>a</sub> 21,4%	6 <sub>a</sub> 22,2%	43 26,1%
	Λίγο-	17 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	32 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	75

για την κάθε	Αρκετά	32,1%	48,3%	57,1%	44,4%	45,5%
παρεχόμενη	Πολύ-	18 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	47
υπηρεσίας σας;	Πάρα πολύ	34,0%	27,6%	21,4%	33,3%	28,5%
Total		53	29	56	27	165
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;

categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

**Πίνακας 65 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.59.**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,520 <sup>a</sup>	6	,275
Likelihood Ratio	7,608	6	,268
Linear-by-Linear Association	,197	1	,657
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,04.

**Πίνακας 66 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 45,5%) στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά, θεωρούν ότι λαμβάνουν γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 57,9%), οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 48,3%), οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 44,4%) σε υψηλό βαθμό σε σχέση με τους Διοικητικούς Υπαλλήλους (σε ποσοστό 32,1%). Επίσης, οι εργαζόμενοι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ στο σύνολο τους (σε ποσοστό 28,2%) θεωρούν ότι λαμβάνουν γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων, ενώ στην κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 26,1%) ελάχιστα λιγότερο. Το 45,5 % των εργαζομένων σε όλες τις υπηρεσίες του Οργανισμού θεωρούν σε μέτριο βαθμό ότι έχουν γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία τους. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.60., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις υπηρεσίες του ΕΕΣ και την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων [ $\chi^2(6) = 7,52$   $p = 0,28$ ], (άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ ).

## 6.7. Συνολική Εκτίμηση της Αποτελεσματικότητας του Οργανισμού

Στην 6<sup>η</sup> Ενότητα του ερωτηματολογίου οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν σχετικά με την θετική τους στάση κατά πόσο ο οργανισμός ανταποκρίνεται στην αποστολή του και κατά πόσο πετυχαίνει τους στόχους του και κατά πόσο οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι οι αναμενόμενες.

30<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει εάν ο Οργανισμός ανταποκρίνεται ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

H<sub>0</sub>: Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού».

H<sub>1</sub>: Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

### 7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;

Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της	Καθόλου	24 <sub>a</sub> 45,3%	20 <sub>a</sub> 69,0%	23 <sub>a</sub> 41,1%	13 <sub>a</sub> 48,1%	80 48,5%
	Λίγο-Αρκετά	5 <sub>a</sub> 9,4%	5 <sub>a</sub> 17,2%	1 <sub>a</sub> 1,8%	2 <sub>a</sub> 7,4%	13 7,9%
	Πολύ-	24 <sub>a</sub>	4 <sub>b</sub>	32 <sub>a</sub>	12 <sub>a, b</sub>	72

Υγείας του Πάρα πολύ ωφελούμενου πληθυσμού;	45,3%	13,8%	57,1%	44,4%	43,6%
Total	53	29	56	27	165
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;  
categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 67 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.61.**

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17,589 <sup>a</sup>	6	,007	,007	,005	,009
Likelihood Ratio	19,681	6	,003	,005	,003	,006
Fisher's Exact Test	18,763			,003	,002	,005
Linear-by-Linear Association	,523 <sup>c</sup>	1	,470	,485	,472	,497
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,13.

c. The standardized statistic is ,723.

**Πίνακας 68 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας — «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 45,3%), ο Τομέας Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 57,1%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 44,4%) θεωρούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 13,8%) ότι ο Οργανισμός ανταποκρίνεται ως προς την αγωγή και προαγωγή της υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού και ότι συμβάλει στον καθορισμό βασικών προτεραιοτήτων και στόχων της πολιτικής του φορέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τέλος στις κατηγορίες Καθόλου (σε ποσοστό 48,5%) και από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 7,9%) κατέχουν ένα μεγάλο ποσοστό. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.62., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού» [ $\chi^2$  (6) = 17,59 p = 0,007], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

31<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει ο Οργανισμός συμβάλει στην συνέχιση της εξασφάλισης της χρόνιας φροντίδας του ωφελούμενου πληθυσμού. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

Ho: Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού».

H1: Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
8. Θεωρείτε ότι ο Καθόλου Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού;	16 <sub>a, b</sub> 30,2%	17 <sub>b</sub> 58,6%	13 <sub>a</sub> 23,2%	12 <sub>a, b</sub> 44,4%	58 35,2%
Λίγο-Αρκετά	4 <sub>a, b</sub> 7,5%	4 <sub>b</sub> 13,8%	0 <sub>a</sub> 0,0%	0 <sub>a, b</sub> 0,0%	8 4,8%
Πολύ-Πάρα πολύ	33 <sub>a</sub> 62,3%	8 <sub>b</sub> 27,6%	43 <sub>a</sub> 76,8%	15 <sub>a, b</sub> 55,6%	99 60,0%
Total	53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 69 : Πίνακας συνάφειας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.63.**

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,297 <sup>a</sup>	6	,000	,001	,000	,001
Likelihood Ratio	28,182	6	,000	,000	,000	,001
Fisher's Exact Test	24,463			,000	,000	,001

Linear-by-Linear Association	,132 <sup>c</sup>	1	,716	,731	,720	,743
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,31.

c. The standardized statistic is ,364.

**Πίνακας 70 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας – «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 62,3%), οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 76,8%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 55,6%) θεωρούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 27,6%) ότι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού αλλά και στη συνεχή καταγραφή των αναγκών του. Τέλος οι κατηγορίες Καθόλου (σε ποσοστό 35,2%) και από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 4,8%) κατέχουν ένα μεγάλο ποσοστό. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.64., καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού» [ $\chi^2 (6) = 25,30$   $p = 0,001$ ], (άρα απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ ).

32<sup>η</sup> Ερευνητική Υπόθεση: Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την εκπλήρωση του στόχου και του σκοπού του Οράματος του Οργανισμού που εργάζεστε. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  με τις υποθέσεις:

$H_0$ : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στην υπόθεση ο «Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του» με την υπόθεση «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε».

$H_1$ : Οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στην υπόθεση ο «Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του» με την υπόθεση «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε».

**Στον παρακάτω πίνακα ακολουθεί ο πίνακας συνάφειας των δύο μεταβλητών**

**2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total
--	---	-------

	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
2. Θεωρείτε Καθόλου ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του;	26 <sub>a</sub> 49,1%	19 <sub>a</sub> 65,5%	25 <sub>a</sub> 44,6%	13 <sub>a</sub> 48,1%	83 50,3%
Λίγο- Αρκετά	8 <sub>a</sub> 15,1%	4 <sub>a</sub> 13,8%	8 <sub>a</sub> 14,3%	3 <sub>a</sub> 11,1%	23 13,9%
Πολύ-Πάρα πολύ	19 <sub>a</sub> 35,8%	6 <sub>a</sub> 20,7%	23 <sub>a</sub> 41,1%	11 <sub>a</sub> 40,7%	59 35,8%
Total	53 100,0%	29 100,0%	56 100,0%	27 100,0%	165 100,0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας 71 : Πίνακας συνάφειας –«Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του» με την υπόθεση «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε»**

**Τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  είναι στον πίνακα 6.65.**

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,415 <sup>a</sup>	6	,621
Likelihood Ratio	4,626	6	,593
Linear-by-Linear Association	,518	1	,472
N of Valid Cases	165		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,76.

**Πίνακας 72 : Πίνακας «Chi-Square Tests» ελέγχου ανεξαρτησίας –«Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του» με την υπόθεση «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε»**

Από τους παραπάνω δύο πίνακες προκύπτουν ότι: Οι εργαζόμενοι στο σύνολο τους στην κατηγορία Καθόλου, (σε ποσοστό 50,3%) ανεξαρτήτως της Υπηρεσίας που εργάζονται, θεωρούν ότι το όραμα του Οργανισμού δεν εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του. Ενώ στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι το όραμα του Οργανισμού εκπληρώνει σε μεγάλο έως πολύ μεγάλο βαθμό τους σκοπούς και τους στόχους του (σε ποσοστό 35,8%). Με τους υπαλλήλους του Τομέα Νοσηλευτικής να διαφοροποιούν τη θέση τους με ποσοστό 41,1% και να θεωρούν ότι το όραμα του Οργανισμού εκπληρώνει σε μεγάλο έως πολύ μεγάλο βαθμό τους σκοπούς και τους στόχους σε σχέση με τους



άλλους Τομείς. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.66., καταλήγουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις υπηρεσίες του ΕΕΣ και του βαθμού που θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι το όραμα του Οργανισμού που εργάζονται, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του [ $\chi^2 (6) = 4,42$   $p = 0,62$ ], άρα δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ .

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ : ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Όπως διαφαίνεται στους παρακάτω δύο πίνακες, στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, στο συγκεντρωτικό 6.1., αποτυπώνονται οι ερευνητικές υποθέσεις, στόχοι και οι ερωτήσεις της έρευνας καθώς και στον συνοπτικό 6.68. οι σημαντικές σχέσεις της έρευνας, η σημαντική εξάρτηση των μεταβλητών και οι υποθέσεις που επαληθεύονται εν μέρει και καθ' ολοκληρία. Τέλος σχολιάζονται αναλυτικά οι κυριότερες ερευνητικές υποθέσεις όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 6.2.

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις μεταβλητές σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε και εάν επαρκεί το προσωπικό των Υπηρεσιών του Οργανισμού και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 62,1%) και οι

Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 66,7%) θεωρούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους άλλους Τομείς ότι υπάρχει πρόβλημα υποστελέχωσης. Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 41,5%) και ο Τομέας της Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 39,3%).

Παράλληλα, οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 65,5%) και ο Τομέας της Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 60,7%) είναι ο Τομείς που θεωρούν περισσότερο σε σχέση με τους άλλους ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Ο Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 37,0%) και οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 60,4%) θεωρούν λιγότερο σε σχέση με τους άλλους Τομείς ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 46,9%) θεωρούν περισσότερο από όλους ότι υπάρχει πρόβλημα υποστελέχωσης των Υπηρεσιών του Οργανισμού και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος (σε ποσοστό 60,0%).

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στην Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ και στην άποψη ότι η τοποθέτηση των εργαζομένων στην Υπηρεσία τους στον Οργανισμό ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Η πλειοψηφία του προσωπικού στην κατηγορία από Πολύ-Πάρα πολύ του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 96,3%) θεωρεί σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 83,9%), τον Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 58,6%) και τους Διοικητικούς Υπαλλήλους (σε ποσοστό 35,8%), ότι η τοποθέτησή τους στη συγκεκριμένη Υπηρεσία απασχόλησης ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής.

Επίσης, υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στην μεταβλητή σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε και στην ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεστε και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Γενικά, το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 57,6%), ανεξαρτήτως του μορφωτικού τους επιπέδου, θεωρούν από Λίγο-Αρκετά ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 63,5%) και οι Υπάλληλοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (σε ποσοστό 53,8%), θεωρούν περισσότερο από τους κατόχους Μεταπτυχιακού διπλώματος (σε ποσοστό 40,0%).

Επίσης υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο φύλο και στο ενδιαφέρον μετακίνησής σας σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Συνολικά το ποσοστό των εργαζομένων που ενδιαφέρεται να μετακινηθεί σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού είναι ελάχιστο (σε ποσοστό 9,1%), ενώ υψηλό ποσοστό λαμβάνουν οι εργαζόμενοι (σε ποσοστό 90,9%) που δεν ενδιαφέρονται να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού. Στον έλεγχο εξάρτησης μεταξύ Φύλλου και μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία του

Οργανισμού, οι Άνδρες ενδιαφέρονται περισσότερο (σε ποσοστό 20,6%) από τις Γυναίκες (σε ποσοστό 6,1%).

Κατά τον έλεγχο της εν λόγω υπόθεσης καταλήγουμε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις μεταβλητές Υπηρεσία απασχόλησης στον ΕΕΣ και στην άποψη ότι η τοποθέτηση των εργαζομένων στην Υπηρεσία τους στον Οργανισμό ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Η πλειοψηφία του προσωπικού στην κατηγορία από Πολύ-Πάρα πολύ του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 96,3%) θεωρεί σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 83,9%), τον Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 58,6%) και τους Διοικητικούς Υπαλλήλους (σε ποσοστό 35,8%), ότι η τοποθέτησή τους στη συγκεκριμένη Υπηρεσία απασχόλησης, ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής.

Η εξάρτηση επιπέδου εκπαίδευσης και στάσης των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Γενικά, το σύνολο των εργαζομένων (σε ποσοστό 66,1%), ανεξαρτήτως του μορφωτικού τους επιπέδου, θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι είναι ικανοποιημένοι από την θέση που εργάζονται. Οι εργαζόμενοι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος (σε ποσοστό 80%) και οι πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 70,8%), θεωρούν περισσότερο από όλους ότι είναι ικανοποιημένοι από την θέση που εργάζονται στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ.

Κατά τον έλεγχο της υπόθεσης θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην υπηρεσία που εργάζεστε και στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, υπάρχει σημαντική σχέση και επαληθεύεται εν μέρει. Γενικά, το συνολικό ποσοστό των εργαζομένων που ενδιαφέρεται να μετακινηθεί σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού είναι ελάχιστο (σε ποσοστό 9,1%). Ενώ, υψηλό ποσοστό λαμβάνει η πλειοψηφία των Υπαλλήλων που δεν τους ενδιαφέρει η μετακίνηση τους σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού (σε ποσοστό 90,9%) συνολικά. Συγκεκριμένα, οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 98,2%), οι Υπάλληλοι Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 92,6%), οι Υπάλληλοι του Τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 86,2%) και οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 84,9%), θεωρούν ότι δεν τους ενδιαφέρει η μετακίνηση τους σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού.

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο φύλο και στο ενδιαφέρον μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Συνολικά το ποσοστό των εργαζομένων που ενδιαφέρεται να μετακινηθεί σε άλλη

Υπηρεσία του Οργανισμού είναι ελάχιστο (σε ποσοστό 9,1%), ενώ υψηλό ποσοστό λαμβάνουν οι εργαζόμενοι (σε ποσοστό 90,9%) που δεν ενδιαφέρονται να μετακινηθούν σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού. Στον έλεγχο εξάρτησης μεταξύ Φύλλου και μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού, οι Άνδρες ενδιαφέρονται περισσότερο (σε ποσοστό 20,6%) από τις Γυναίκες (σε ποσοστό 6,1%).

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στις μεταβλητές θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην υπηρεσία που εργάζεστε και στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 90,4%) πιστεύουν ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζονται και ταυτόχρονα πιστεύουν από Λίγο-Αρκετά ότι στην Υπηρεσία τους διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (σε ποσοστό 57,6%) τους. Οι Υπάλληλοι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 34,5%) είναι σημαντικά περισσότεροι σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι δεν υπάρχει Καθόλου (σε ποσοστό 20,7%) πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζονται. Τέλος οι Υπάλληλοι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (σε ποσοστό 20,0%) είναι εξίσου αριθμητικά υψηλό ποσοστό σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι δεν διενεργούνται Καθόλου (σε ποσοστό 22,7%) διαδικασίες μέτρησης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Οι εργαζόμενοι στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ (σε ποσοστό 34,4%) θεωρούν από Πολύ-Πάρα πολύ ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού και στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 27,1%) και ότι δεν υπάρχει ότι δεν υπάρχει Καθόλου (σε ποσοστό 38,5%) πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος θεωρούν από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 56,0%) και από Πολύ-Πάρα πολύ (20,0%) ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού και ότι δεν υπάρχει ότι δεν υπάρχει Καθόλου (σε ποσοστό 24,0%). Στο σύνολο των βαθμίδων Εκπαίδευσης στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ (το ποσοστό 33,3%) και στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 31,5%) οι υπάλληλοι θεωρούν ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού και είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το ποσοστό της κατηγορίας Καθόλου (σε ποσοστό 35,2%), που οι υπάλληλοι θεωρούν ότι δεν υπάρχει πολιτική ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Οργανισμού.

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε και εάν θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού και επαληθεύεται καθ'

ολοκληρία. Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 45,3%) και ο Τομέας Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 57,1%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 44,4%) θεωρούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 13,8%) ότι ο Οργανισμός ανταποκρίνεται ως προς την αγωγή και προαγωγή της υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού και ότι συμβάλει στον καθορισμό βασικών προτεραιοτήτων και στόχων της πολιτικής του φορέα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τέλος στην κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 48,5%) και η κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 7,9%) κατέχουν ένα μεγάλο ποσοστό. υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα «σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε» και εάν «θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού».

Υπάρχει σημαντική εξάρτηση ανάμεσα σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε και εάν θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού και επαληθεύεται καθ' ολοκληρία. Οι Διοικητικοί Υπάλληλοι (σε ποσοστό 62,3%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Νοσηλευτικής (σε ποσοστό 76,8%) και οι Υπάλληλοι του Τομέα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών (σε ποσοστό 55,6%) θεωρούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τον Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας (σε ποσοστό 27,6%) ότι στην κατηγορία Πολύ-Πάρα πολύ ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού και στην συνεχή καταγραφή των αναγκών του. Τέλος στην κατηγορία Καθόλου (σε ποσοστό 35,2%) και στην κατηγορία από Λίγο-Αρκετά (σε ποσοστό 4,8%) κατέχουν ένα μεγάλο ποσοστό.

Στόχος της Έρευνας	Αριθμός ερώτησης	Ενότητες Ερωτηματολογίου	Είδος (Ποσοτική, Κατηγορική, Διχοτομική, κλίμακα Likert)	Μηδενική Υπόθεση	Επαλήθευση-Απόρριψη
Διερεύνηση του προβλήματος της υποστελέχωσης των υπηρεσιών του Οργανισμού και η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού για την κάλυψη των στόχων της Υπηρεσίας	A.1	Α. Χαρακτηριστικά προσωπικού/έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού	Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει την επάρκεια στο προσωπικό.	Επαληθεύεται καθ' ολοκληρία
	A.4		Κλίμακα Likert		
	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού.	Δεν επαληθεύεται
	A.5		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την επάρκεια στο προσωπικό.	Δεν επαληθεύεται
	A.4		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το Επίπεδο Εκπαίδευσης επηρεάζει την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού.	Δεν επαληθεύεται
	A.5		Κλίμακα Likert		
Μελέτη της ικανοποίησης του προσωπικού από την θέση που εργάζεται	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την τοποθέτησή τους στη συγκεκριμένη υπηρεσία (ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους επιλογής).	Επαληθεύεται καθ' ολοκληρία
	A.2		Κλίμακα Likert		

	H.2		Ποσοτική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται.	Δεν επαληθεύεται
	A.2		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται.	Δεν επαληθεύεται
	A.2		Ποσοτική		
Διερεύνηση του περιθωρίου βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης στον Οργανισμό επηρεάζει το περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού.	Δεν επαληθεύεται
	A.8		Κλίμακα Likert		
	A.1		Κλίμακα Likert	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης στον Οργανισμό επηρεάζει και το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την μετακίνησή τους σε άλλη υπηρεσία.	Δεν επαληθεύεται
	A.10		Κατηγορική		
Μελέτη της αντίστασης του προσωπικού στην αλλαγή	A.10		Διχοτομική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το Φύλλο επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία.	Επαληθεύεται καθ' ολοκληρία
	H.1		Κατηγορική		

	H.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το φύλο επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησής σε άλλη Υπηρεσία του Οργανισμού λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση	Δεν επαληθεύεται
	A.13		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει το ενδιαφέρον μετακίνησης σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη Εκπαίδευση	Δεν επαληθεύεται
	A.13		Κλίμακα Likert		
Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών	A.1	B. Βελτίωση παρεχομένων υπηρεσιών	Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών	Δεν επαληθεύεται
	B.1		Κλίμακα Likert		
	B.6		Κλίμακα Likert	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η διενέργεια διαδικασιών μέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών επηρεάζει την πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ανά Υπηρεσία.	Επαληθεύεται εν μέρει
	B.1		Κλίμακα Likert		



	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.	Επαληθεύεται καθ' ολοκληρία
	B.1		Κλίμακα Likert		
	H.2		Ποσοτική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην πολιτική της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.	Δεν επαληθεύεται
	B.1		Κλίμακα Likert		
	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας απασχόλησης επηρεάζει τις διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	Δεν επαληθεύεται
	B.6		Κλίμακα Likert		
Διερεύνηση της ύπαρξης του απαιτούμενου συντονισμού δραστηριοτήτων από την υπηρεσία και η σαφήνεια των ρόλων, με υψηλό βαθμό καταμερισμού εργασίας του ανθρώπινου δυναμικού	A.1	Γ. Πρακτικές βελτίωσης της αποδοτικότητας	Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την πλήρη περιγραφή των καθηκόντων.	Δεν επαληθεύεται
	Γ.1		Κλίμακα Likert		

Διερεύνηση της αντίληψης των επαγγελματιών υγείας, για τη πολιτική ενθάρρυνσης και τη συμμετοχή τους στη βελτίωση των διαδικασιών	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει στην ενθάρρυνση προτάσεων μέτρων βελτίωσης συνθηκών εργασίας.	Δεν επαληθεύεται
	Γ.4		Κλίμακα Likert		
Μελέτη της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον εντοπισμό των κατάλληλων δράσεων και η πρόθεση τους συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών	A.1	Δ. Πρακτικές βελτίωσης της αποτελεσματικότητας	Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων.	Δεν επαληθεύεται
	Δ.3		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το στο επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων.	Δεν επαληθεύεται
	Δ.3		Κλίμακα Likert		
	H.2		Ποσοτική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η Ηλικία επηρεάζει την ύπαρξη αρμόδιου ατόμου για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων.	Δεν επαληθεύεται
	Δ.3		Κλίμακα Likert		

	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.	Δεν επαληθεύεται
	Δ.5		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το σχέση το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση νέων δράσεων για την εξοικονόμηση πόρων σε νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.	Δεν επαληθεύεται
	Δ.5		Κλίμακα Likert		
	H.2		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι η Ηλικία επηρεάζει την παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων.	Δεν επαληθεύεται
	Δ.5		Κλίμακα Likert		

Μελέτη της διάθεσης ανασχεδιασμού διαδικασιών για την εξοικονόμηση πόρων στις βασικές διαδικασίες του οργανισμού	A.1	Ε. Κατανομή των οικονομικών πόρων	Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει το προσωπικό λαμβάνει γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας του κατ' έτος για την εξοικονόμηση πόρων στις βασικές διαδικασίες του Οργανισμού.	Επαληθεύεται εν μέρει
	E.3		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας του κατ' έτος για την εξοικονόμηση πόρων στις βασικές διαδικασίες του Οργανισμού.	Δεν επαληθεύεται
	E.3		Κλίμακα Likert		
	H.4		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων στις Υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ.	Δεν επαληθεύεται
	E.4		Κλίμακα Likert		
	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει την γνώση του κόστους ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία των εργαζομένων στις Υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ.	Δεν επαληθεύεται
	E.4		Κλίμακα Likert		

Να διερευνηθεί η στάση των επαγγελματιών υγείας στην εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας των ωφελουμένων και στην καταγραφή των αναγκών	A.1	Ζ. Συνολική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του Οργανισμού	Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει εάν Οργανισμός ανταποκρίνεται ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού.	Επαληθεύεται καθ' ολοκληρία
	Z.7		Κλίμακα Likert		
	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει και «σε τι βαθμό θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι ο Οργανισμός συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού»	Επαληθεύεται καθ' ολοκληρία
	Z.8		Κλίμακα Likert		
Διερεύνηση της στάσης σχετικά με το πώς θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι το όραμα του Οργανισμού, που εργάζονται, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του.	A.1		Κατηγορική	Ελέγχθηκε η ερευνητική ότι το είδος της Υπηρεσίας επηρεάζει και «σε τι βαθμό θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι το όραμα του Οργανισμού, που εργάζονται, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του»	Δεν επαληθεύεται
	Z.2		Κλίμακα Likert		

Πίνακας 73 : Συγκεντρωτικός πίνακας ερευνητικών υποθέσεων, στόχων και ερωτήσεων της έρευνας

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής;	Καθόλου	18,9% <sub>a</sub>	6,9% <sub>a</sub>	10,7% <sub>a</sub>	3,7% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	45,3% <sub>a</sub>	34,5% <sub>a</sub>	5,4% <sub>b</sub>	0,0% <sub>b</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	35,8% <sub>a</sub>	58,6% <sub>a,b</sub>	83,9% <sub>b,c</sub>	96,3% <sub>c</sub>
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	30,2% <sub>a</sub>	37,9% <sub>a</sub>	33,9% <sub>a</sub>	25,9% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	41,5% <sub>a</sub>	62,1% <sub>a</sub>	39,3% <sub>a</sub>	66,7% <sub>a</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	28,3% <sub>a</sub>	0,0% <sub>b</sub>	26,8% <sub>a</sub>	7,4% <sub>a</sub>
3. Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	26,4% <sub>a</sub>	24,1% <sub>a</sub>	17,9% <sub>a</sub>	37,0% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	39,6% <sub>a</sub>	44,8% <sub>a,b</sub>	67,9% <sub>b</sub>	44,4% <sub>a,b</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	34,0% <sub>a</sub>	31,0% <sub>a</sub>	14,3% <sub>a</sub>	18,5% <sub>a</sub>
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	45,3% <sub>a</sub>	69,0% <sub>a</sub>	41,1% <sub>a</sub>	48,1% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	9,4% <sub>a</sub>	17,2% <sub>a</sub>	1,8% <sub>a</sub>	7,4% <sub>a</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	45,3% <sub>a</sub>	13,8% <sub>b</sub>	57,1% <sub>a</sub>	44,4% <sub>a,b</sub>
8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	30,2% <sub>a,b</sub>	58,6% <sub>a</sub>	23,2% <sub>b</sub>	44,4% <sub>a,b</sub>
	Λίγο-Αρκετά	7,5% <sub>a</sub>	13,8% <sub>a</sub>	0,0% <sub>b</sub>	0,0% <sub>b</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	62,3% <sub>a</sub>	27,6% <sub>b</sub>	76,8% <sub>a</sub>	55,6% <sub>a,b</sub>

**Πίνακας 74 : Συνοπτικός πίνακας σημαντικών σχέσεων της έρευνας**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### Συμπεράσματα

Η Ελλάδα εισήλθε σε φάση βαθιάς ύφεσης από την οποία προσπαθεί να ανακάμψει. Οι δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις περιορίστηκαν σημαντικά. Το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ διογκώθηκε σημαντικά και το κράτος στηρίζεται σε έκτακτες δανειακές εισφορές από επίσημους φορείς για να χρηματοδοτήσει κοινωνικές δαπάνες, μισθούς και δημοσιονομικό έλλειμμα. Η οικονομική κρίση και η ύφεση, η μείωση των μισθών, η αύξηση της ανεργίας, η γήρανση του πληθυσμού, η εισφοροδιαφυγή περισιφίγγουν δραματικά την οικονομική κατάσταση του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού νότου.

Σε τέτοιες περιόδους κρίσης, κρίνεται αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός του κράτους πρόνοιας. Η αναζήτηση πιο αποτελεσματικών και δίκαιων φορολογικών συστημάτων που θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν το κόστος της κοινωνικής πρόνοιας, η εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στους τομείς πρόνοιας, η διασύνδεση της κοινωνικής πρόνοιας με την αγορά εργασίας και τη δια βίου εργασιακή εκπαίδευση, θα πρέπει να αποτελούν στόχους των εκάστοτε κυβερνήσεων.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ήταν η δημιουργία ενός αξιόπιστου έγκυρου εργαλείου, για τη διερεύνηση της θετικής στάσης των εργαζομένων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και της διάθεσης ανασχεδιασμού των εσωτερικών διαδικασιών για την εξοικονόμηση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Ακόμα η αξιολόγηση προτεραιοτήτων, με υλοποίηση νέων δράσεων, με νέες παρεχόμενες υπηρεσίες στοχεύοντας στην κάλυψη των ανισοτήτων, με προσπελασιμότητα και με ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όλα τα παραπάνω βήματα ενισχύουν την καθιέρωση μιας κουλτούρας ποιότητας στο χώρο της υγείας, που έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ωφελούμενων.

Εκτιμώντας την παρούσα κατάσταση του συγκεκριμένου Οργανισμού Υγείας, η αποτύπωση των όποιων αντιλήψεων των εργαζομένων, προσδοκούμε να αποτελέσουν θεμέλιο λίθο οι σύγχρονες τεχνικές και οι μέθοδοι οργάνωσης για τη διοίκηση του Οργανισμού, να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν όπως αποδόθηκαν στο θεωρητικό μέρος. Καθώς η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στις ανισότητες, πρώτη στην Ευρώπη σε παχύσαρκα παιδιά και στο κάπνισμα, ενώ η απόδοσή της στην πρόληψη είναι φτωχή, η αξιολόγηση προτεραιοτήτων μέσω επαναπληροφόρησης με κύριο στόχο την

επένδυση στην προστασία της υγείας των ευάλωτων πληθυσμιακά ομάδων ενός τόπου, η ωφελιμότητα είναι μεγάλη.

Οι επαγγελματίες υγείας που εκπροσωπούν την πλευρά της προσφοράς παρέχουν τις υπηρεσίες τους με βάση τους κανόνες κώδικα δεοντολογίας, έτσι υποστηρίζεται ότι διαμορφώνεται μια ισορροπία μέσα στο σύστημα υγείας υπηρεσιών υγείας. Στην παρούσα ερευνητική εργασία διερευνήθηκαν τα ποσοστά θετικής στάσης και αντίληψης των εργαζομένων απέναντι στις απαιτούμενες αλλαγές-προτεραιότητες που επιβάλλει η Στρατηγική Διαχείρισης σε έναν Οργανισμό Υγείας με ελάχιστους Οικονομικούς και Ανθρώπινους Πόρους σε περίοδο κοινωνικής και οικονομικής κρίσης.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λάβουν υπόψη τους κατά την ανάπτυξη υγειονομικών προγραμμάτων, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, τους επιδημιολογικούς δείκτες, τις διασυννοριακές απειλές υγείας καθώς και τη σημερινή ανθρωπιστική και οικονομική κρίση που διανύει η χώρα μας. Όλα τα παραπάνω δεδομένα και γεγονότα ο Οργανισμός καλείται ούτως ή άλλως να αντιμετωπίσει με ελάχιστους πόρους προστατεύοντας έτσι την υγεία του ωφελούμενου πληθυσμού και διασφαλίζοντας χωρίς διακρίσεις το υπέρτατο θεμελιώδες αυτό δικαίωμα.

Η οργανωσιακή κουλτούρα όταν υλοποιείται, εκφράζει μια σειρά από αξίες και πεποιθήσεις μέσα σε ένα οργανισμό και παράλληλα επιφέρει και ορισμένες επιπτώσεις στη λειτουργία του και στην τελική απόδοσή του. Στο συγκεκριμένο οργανισμό η διαίωσιση μιας κουλτούρας ακατάλληλης, μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη για μακροπρόθεσμη απόδοση και αποτελεσματικότητα. Άρα θα πρέπει να σχεδιαστεί ένα ολοκληρωμένο μοντέλο Διοίκησης Αλλαγών μέσα από την διάγνωση της υπάρχουσας κατάστασης, να σχεδιαστούν οι απαιτούμενες αλλαγές για την επίτευξη των νέων στόχων, να σχεδιαστούν όλες οι απαραίτητες δράσεις για να αντιμετωπιστούν όλες οι πιθανές αντιστάσεις και να εξασφαλιστεί η δέσμευση και η υποστήριξη των ενδιαφερόμενων μερών.

Μια αλλαγή για να είναι επιτυχημένη απαιτεί πολλά περισσότερα από μια νέα πολιτική, διαδικασία ή τεχνολογία. Απαιτεί την συμμετοχή και την εμπλοκή των ατόμων που επηρεάζονται από την ίδια την αλλαγή. Το περιβάλλον του Οργανισμού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία μιας αλλαγής.

Ένας Οργανισμός για να κινητοποιεί τους εργαζομένους του, θα πρέπει να θέτει στόχους, να πληροφορεί για τα αποτελέσματα μέσω επανατροφοδότησης, οι οποίοι θα επηρεάζουν έμμεσα την απόδοση και θα



αναπτύσσουν στους εργαζόμενους το αίσθημα της προσωπικής δέσμευσης ως προς το στόχο.

Η αξιολόγηση της υγείας σύμφωνα με το Γραφείο Έρευνας και Ποιότητας είναι μία διαδικασία που συνεπάγεται τη συστηματική συλλογή και ανάλυση της πληροφορίας υγείας των ωφελουμένων, που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας για χρήση από τα ίδια τα πρόσωπα αλλά και κλινικούς διαφόρων ειδικοτήτων και τις ομάδες υγείας ώστε να εντοπίσουν και να υποστηρίξουν ευνοϊκές συμπεριφορές υγείας και σχετικές αλλαγές σε δυνητικά βλαπτικές πρακτικές υγείας.

### **Επίμετρο**

Παρά τη σχετική συζήτηση και αντιπαράθεση για την επιλογή του «άριστου» συστήματος υγείας ανάμεσα στην εγκαθίδρυση μιας «μονοπωλιακής» Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (σύστημα Beveridge) ή ενός μεικτού και πλουραλιστικού συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (σύστημα Bismark), οι πραγματικές επιλογές προσδιορίζονται από τη «γενετική» των συστημάτων σε κάθε χώρα αλλά και από τις ειδικές συνθήκες οι οποίες προσδιορίζονται από πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά.

Στη πραγματικότητα όμως, τα συστήματα υγείας και ασφάλισης είναι τύπου Beveridge ή Bismarck και παρά το γεγονός ότι η τυπολογία τους είναι ενδιαφέρουσα ιστορικά, το βασικό ζήτημα είναι ο τρόπος με τον οποίο ανευρίσκονται και συγκεντρώνονται οι οικονομικοί πόροι. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει ποικίλες προσεγγίσεις στο πρόβλημα αυτό. Η επίδραση της υγείας στην οικονομία και της οικονομίας στην υγεία, οδηγούν στην ύπαρξη «πολλαπλών ισορροπιών» (Hammudi A., 1999) και σε μία κακή ισορροπία, η κακή υγεία οδηγεί σε φτώχεια, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε κακή υγεία. Με την έννοια αυτή, ο πληθυσμός οδηγείται σε μια μακροχρόνια κατάσταση κακής υγείας και φτώχειας.

Αντιθέτως, σε μια καλή ισορροπία, η καλή υγεία προκαλεί αύξηση του ανθρώπινου κεφαλαίου και της παραγωγικότητας, ενώ ταυτόχρονα οδηγεί σε οικονομική μεγέθυνση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε καλύτερο επίπεδο υγείας και αντιστρόφως.

Υπό το πρίσμα αυτό, η επιλογή βρίσκεται ανάμεσα στις ατελείς αγορές και το ατελές κράτος για τη ρύθμιση της ισορροπίας, και αυτή αναζητείται στο πεδίο των διαρθρωτικών αλλαγών που βασίζονται στην αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής» και στους μετασχηματισμούς μείζονος κλίμακας με έμφαση στην (κοινωνική) ισότητα, την (ιατρική) αποτελεσματικότητα και

την (οικονομική) αποδοτικότητα, με νέο «παράδειγμα» την ολική επαναφορά της Στρατηγικής της Alma Ata και της Διακήρυξης της Χιλιετίας.

### **Προτάσεις**

Διεθνώς, έχει διαπιστωθεί ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία περιορίζονται σημαντικά όταν ασκείται αποτελεσματική κοινωνική και προνοιακή πολιτική και δημιουργούνται ισχυροί δεσμοί κοινωνικής αλληλεγγύης και υποστήριξης. Στην Ελλάδα, κατά το παρελθόν, σε αντίθεση με την ανεπάρκεια των κρατικών υπηρεσιών, αναπτύχθηκαν ισχυροί θεσμοί κοινωνικής προστασίας, όπως η οικογένεια, η εκκλησία, οι κοινωνικές και πολιτικές οργανώσεις, με κύριο Φορέα παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.

Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες, η ανεργία, που αποτελεί σήμερα το μεγαλύτερο πρόβλημα και η γενικότερη ανασφάλεια και ανησυχία έχουν καταστήσει πολύ πιο σημαντικό το ρόλο των κοινωνικών και προνοιακών πολιτικών για την προστασία της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού.

Η οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας στην πρωτοβάθμια αναφέρεται στις εξής κύριες λειτουργίες:

- α. Εξασφάλιση πηγών χρηματοδότησης
- β. Έλεγχο διαχείρισης των πόρων και
- γ. Κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας

Είναι γνωστό στους μελετητές των οικονομικών της υγείας, ότι εάν οι δαπάνες υγείας αφεθούν ανεξέλεγκτες θα αυξάνονται συνεχώς, χωρίς η περαιτέρω αύξηση να οδηγεί σε αντίστοιχη πραγματική βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Πρόκειται για το γνωστό φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, που χαρακτηρίζει ιδιαιτέρως τον τομέα της υγείας.

Με δεδομένες τις δυσκολίες και τα εμπόδια που υπάρχουν στις Υπηρεσίες Υγείας χρειάζεται να διαμορφωθεί σταδιακά από την Υπάρχουσα Διοίκηση του Οργανισμού, η κατάλληλη κουλτούρα ώστε, το προσωπικό να αποδεχθεί τη μετακίνησή του στις Υπηρεσίες όπου δεν επαρκεί το προσωπικό και υφίσταται πρόβλημα υποστελέχωσης. Δεδομένου των οικονομικών συγκυριών, επιβάλλεται να γίνει εσωτερική ορθή κατανομή των ανθρωπίνων πόρων σε συνδυασμό με την αναγκαία αναδιάρθρωση του οργανογράμματος των υπηρεσιών.

Παράλληλα, δεδομένου ότι από την έρευνα προέκυψε η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, απαιτείται η επένδυση του Φορέα στην

εκπαίδευση του υφιστάμενου, με τη δυνατότητα πρόσβασης σε τεκμηριωμένη πληροφόρηση καθώς και στη συγκρότηση γραφείου εκπαίδευσης.

Επίσης η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική για την παροχή φροντίδας υγείας στους ωφελούμενους. Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται τόσο καθολικά στο κοινωνικό σύνολο, όσο και με την προσήκουσα ποιότητα, έτσι ώστε τα αποτελέσματά της να είναι τα επιθυμητά και αναγκαία για τους ωφελούμενους.

Με γνώμονα τα παραπάνω και τα ευρήματα της έρευνας, αναγκαιεί η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, με συστήματα διασφάλισης ποιότητας, με ποσοτικές μετρήσεις που αφορούν τη ποιότητα αλλά και τη σχέση κόστους-ωφέλειας, μέσω της σύστασης γραφείου ποιότητας στον Οργανισμό.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των επαγγελματιών διαπιστώθηκε η ικανοποίηση του προσωπικού από την θέση που εργάζεται σε μεγάλο βαθμό, άρα προτείνονται κίνητρα και επιβράβευση για την παρακίνηση και των υπολοίπων. παρόλο που υφίσταται καθορισμός ειδικοτήτων, επιβάλλεται η καταγεγραμμένη περιγραφή θέσεων εργασίας, με απώτερο σκοπό να προσδιορίζονται οι βασικές λειτουργίες κάθε θέσης με τους στόχους της, να αποσαφηνίζονται οι υποχρεώσεις και οι απαιτήσεις καθώς και να οριοθετείται η σχέση της κάθε θέσης εργασίας ως προς την ιεραρχική δομή.

Η εφαρμογή οικονομετρικών μεθόδων διευκολύνει στο σχεδιασμό μελλοντικών δράσεων, ενώ, δύναται να διαπιστωθούν οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού στόχου-αναφοράς για υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας. Όντας προετοιμασμένος ο Οργανισμός για την ενδεχόμενη αύξηση ή αλλαγή δράσης ή παροχής υπηρεσιών υγείας τεκμηριωμένα με επαναπληροφόρηση (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και με επιδημιολογικές μελέτες, επιτόπια η διοίκηση θα κατορθώνει να παράσχει ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ακόμη, η εφαρμογή οικονομετρικών μεθόδων, διευκολύνει στην κατανόηση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, στο οποίο λειτουργεί ο οργανισμός, ώστε να μπορούν να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις για να βελτιωθεί η απόδοσή του. Η αποτίμηση της αποδοτικότητας του συνεισφέρει στη λειτουργία του γενικότερου υγειονομικού συστήματος. Επίσης παράγει πληροφόρηση, η οποία βρίσκεται στη διάθεση των στελεχών για να την αξιοποιήσουν, ούτως ώστε να προνοήσουν και να επιλέξουν τη βέλτιστη

εφικτή στρατηγική σε οικονομικό και διοικητικό επίπεδο και να προβούν στις απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις.

Ορισμένες φορές οι μέθοδοι Προαγωγής της Υγείας, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες, πεποιθήσεις, προτιμήσεις ή ανάγκες του πληθυσμού στόχου. Το γεγονός αυτό μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές ανισότητες. Η παροχή πληροφοριών από μόνη της είναι ανεπαρκής σαν μέτρο. Η ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από ένα πρόβλημα υγείας χωρίς να παρέχονται οι δυνατότητες για την αντιμετώπισή του, θα μπορούσε να έχει σαν μοναδικό αποτέλεσμα τη δημιουργία ανησυχίας και αισθήματος ανασφάλειας.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στην ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων και στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, με ιδιαίτερη ευθύνη στο να καταστήσουν προσιτές τις ενδεικνυόμενες επιλογές και να εξασφαλίσουν τις βασικές προϋποθέσεις υγιούς ζωής των ωφελουμένων. Θα πρέπει να υπάρχει συνεχής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων, ομάδων και ειδικών επαγγελματιών, στη διαχείριση των πόρων και στη χάραξη της πολιτικής υγείας και ειδικότερα της Προαγωγής Υγείας.

Οι υπηρεσίες που στοχεύει ο Οργανισμός να παρέχει πρέπει να περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των ωφελουμένων, την προληπτική πολιτική και την κοινωνική φροντίδα. Για την επίτευξη των στόχων του θα πρέπει να τίθενται σε κεντρικό επίπεδο οι σημαντικότερες δράσεις και να προγραμματίζονται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες.

Από τα ευρήματα της έρευνας, ο Οργανισμός θεωρείτε ότι συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού. Για το λόγο αυτό προτείνεται ο Οργανισμός να αποτελέσει εγγυητής, ώστε να δομηθεί η συνεχή συμβολή στη χρόνια φροντίδα. Κυρίως με ισότητα, με συνέχεια της φροντίδας, με παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και με μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των αναγκών του πληθυσμού.

Μέσα στην κοινότητα που ανήκει το άτομο, η ομάδα της πρωτοβάθμιας, καλείται να εξασφαλίσει την ισότητα στην πρόσβαση και την ποιοτική φροντίδα υγείας. Η λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας, για να επιτευχθεί θα πρέπει η ομάδα της να υποστηρίζεται από ένα αποτελεσματικό διοικητικό δίκτυο, το οποίο για τις καθημερινές συναλλαγές των ωφελουμένων θα διασφαλίζει συνθήκες κατάλληλες εργασίας. Η διοικητική διεκπεραίωση των διαδικασιών, θα πρέπει να επιφορτίζει όσο το δυνατόν λιγότερο τους επαγγελματίες υγείας. Έτσι διασφαλίζεται η επιτυχής εφαρμογή στρατηγικής διοίκησης και εποπτείας στην υλοποίηση του διοικητικού έργου, που θα πρέπει η οργάνωση ενός ενιαίου συστήματος συντονισμού να προβλέπει.

Η τεκμηριωμένη κλινική πράξη, η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, η διασφάλιση της ποιότητας μέσω κλινικών πρωτοκόλλων για την ομαδική εργασία, ιδιαίτερα για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, πρέπει να χτιστεί για το μέλλον μία δυνατή αποτελεσματική επικοινωνία μέσα στην κοινότητα από όλους τους αρμόδιους φορείς.

Τέλος, ο ρόλος της ομάδας στην πρωτοβάθμια είναι καταλυτικός και πρωταρχικός τόσο για τη οργανωτική, όσο και για την λειτουργική ανασυγκρότηση και αναδιάρθρωση των Οργανισμών που παρέχουν Υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμακίδου Θ. (2012) Εργασία με δίκτυα στην κοινότητα-Νέες υπηρεσίες. Εκπαιδευτικές σημειώσεις προγράμματος «Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης και 6ης υγειονομικής περιφέρειας στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», Αθήνα, έκδοτης ΚΕΚ Δήμητρα

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3), σσ. 320-333.

Αδαμακίδου, Θ. (2012). Εργασία με δίκτυα στην κοινότητα – Νέες υπηρεσίες στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 6ης υγειονομικής περιφέρειας στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.

Αλτάνης, Π. (2011). Οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών και δικτύων κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης. Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας. Εκπαιδευτικό Βοήθημα ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Αντωνιάδου, Α., Ξούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Γ. & Μπένος, Α. (2015). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: εκδότες οι συγγραφείς.

Αποστολάρα, Π. (2012). Διερεύνηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 6ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):7–21, Τούντας Γ. , Οικονόμου Ν.Α., Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, 28(6):737-745

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), σσ. 106-115. Ποτήρης, Α. & Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης.

Βασιλείου Μ., «Το μεγάλο φαγοπότι στα νοσοκομεία», Οικονομικός Ταχυδρόμος (2001)

Βελονάκης, Ε. & Σουρτζή, Π. (2009). Υγεία και εργασία. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, σ. 14.

Βερναδάκης, Χ., 2009. Το Κοινωνικό Κράτος στη Δυτική Ευρώπη. [Ηλεκτρονικό] Available at: [http://www.vernardakis.gr/uplmed/100\\_notes%20koinonikokratatos.pdf](http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratatos.pdf) [Πρόσβαση 27 12 2012]. Βήμα, Τ., 2011.

Βολονάκη Β.Σ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2006, 45:491–499

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τρ., (2000). Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα.

Γιανασμίδης, Α & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου.

Δημοπούλου Κ.Θ., «Το προφίλ του μάνατζερ», Οικονομικός ταχυδρόμος, 31 (1999)

Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(3), σσ. 116-121. Σουλιώτης, Κ., Θηραΐος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου Θ. (2013).

Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική Υγείας. Κοινωνική Πολιτική. ΕΑΠ, Πάτρα. Β τόμος Δικαίος, Κ. & Χλέτσος, Μ., 1999. Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Πάτρα

Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ. (Επιμ.) Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. 2η έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2006:15–31

Δοξιάδης Α.Π., Ο ρόλος του ιατρού στην κοινωνία, Δωδώνη, Αθήνα, 1990

Δρακοπούλου, Μ., Ρόκα, Β. & Σαρίδη, Μ. (2012). Σχεδιασμός προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης και 6ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012). «Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», 2013, διαθέσιμο στο: [http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy\\_meletes\\_toy](http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2015), Διερεύνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στην υγεία, ΕΣΔΥ-GPO-MSD, Αθήνα.

Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα.

Ζάγγα Αθανασία, «Έρευνα μέτρησης ικανοποίησης των πολιτών από τη χρήση της υπηρεσίας Νοσηλεία στο σπίτι του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού», Α.Τ.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ ΣΔΟ, 2012

Ζαϊμάκης, Γ. (2005). Κοινωνικός αποκλεισμός και δίκτυα προστασίας στη σύγχρονη πόλη. Στο Ζαϊμάκης, Γ. & Κανδυλάκη, Α. (επιμ), Δίκτυα κοινωνικής προστασίας: μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς και πολυπολιτισμικές κοινότητες. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Η κρίση απειλεί το κράτος πρόνοιας. [Ηλεκτρονικό] [http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=436702#.Tv3mEs1\\_wi4.blogger](http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=436702#.Tv3mEs1_wi4.blogger) [Πρόσβαση 3 12 2012].

Η υγεία των ελλήνων στην κρίση, Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής, Μάρτιος 2016

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001): Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα.

Ιστορική Εξέλιξη Φορείς Και Πρότυπα. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο. Χάραρης, Μ., 2012.

Καλλέργης Κ., «Το ΕΣΥ σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας», Καθημερινή, 2 Οκτωβρίου 2007

Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές. Αθήνα: Βήτα.

Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). Κοινοτική Νοσηλευτική. Αθήνα: Βήτα.

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. 2015. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. & Σουρτζή Π. (2005) Κοινοτική Νοσηλευτική. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα

Κανδυλάκη, Α. & Καραγκούνης, Β. (2005). Φροντίδα στην κοινότητα και βοήθεια στο σπίτι. Μια πρόκληση για την τοπική αυτοδιοίκηση. Στο Ζαϊμάκης Γ. & Κανδυλάκη Α. (επιμ), Δίκτυα κοινωνικής προστασίας, μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες. Αθήνα: Κριτική.



Κατρούγκαλος, Γ., 2004. Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο. Αθήνα-Κομοτηνή: Σακκούλας Αντώνης.

Κοντούλη Μ. -Γείτονα, Πολιτική και οικονομία της υγείας, Εξάντας, Αθήνα, 1998

Κοντούλη Μ. -Γείτονα, Σφαιρικός Προϋπολογισμός: μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1992

Κότιου Αικατερίνη, Σχεδιασμός και Λειτουργία Γραφείου Ποιότητας σε Νοσοκομειακή Μονάδα, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων με εξειδίκευση στη Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Παροχής Υπηρεσιών Μονάδων Υγείας, 2010

Κουλούρη, Α. & Σαράφης, Π. (2015). Προαγωγή της υγείας και πρόληψη της ασθένειας. Στο Σαράφης, Π. και συν. Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη και τη φροντίδα υγείας (σσ. 171-192). Αθήνα: Πασχαλίδης

Κρεμαστινού, Τ. (2007). Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη και πολιτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα.

Κυριαζόπουλος Π., Ειρ. Σαμαντά (2009) «Εισαγωγή στην έρευνα αγοράς» Εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική, σελ. 97-114

Κυριαζόπουλος Π., Ειρ. Σαμαντά, (2011) «Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών» Εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική

Κυριαζόπουλος Π. & Σαμαντά Ε.: Εισαγωγή στην οργανωσιακή συμπεριφορά, Σύγχρονη Εκδοτική, 2011

Κυριόπουλος Γ. Η αποκατάσταση της επενδυτικής ισορροπίας ανάμεσα στη φροντίδα υγείας και την ιατρική περίθαλψη: Η απάντηση του Archibald Cochrane με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.

Κυριόπουλος Γ., «Big Data στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη: μια “πύλη εισόδου” στην υγειονομική περίθαλψη και ανάπτυξη», Χρόνος, τ. 35, Μάρτιος 2016. [chronomag.eu/index.php/big-data-ygeia.html](http://chronomag.eu/index.php/big-data-ygeia.html)

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., και συν., (2000). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης». Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 12(4): 169-188.

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ-Π., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000;12(4):169-188

Κυριόπουλος Γ., «Ανταγωνισμός και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες Υγείας», *Materia medica Greca*, 19, 1 (1991)

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ., (1996). *Φαρμακοοικονομία, Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης*, Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999). *Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω*, Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Μ. Γείτονα, Χ. Οικονόμου, «Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας», *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα, 2000

Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στη Δημόσια Υγεία. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-54.

Λάγιου, Α. (2013). Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας. Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας στον 21ο αιώνα. *Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Φόρουμ Επισκεπτών Υγείας*. Θεσσαλονίκη 2013.

Λάγιου, Α. (2014). Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ΠΦΥ. *Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Επισκεπτών Υγείας*. Αθήνα, Οκτώβριος 2014.

Λαμπράκης Δ. (1989). Ανάλυση διακύμανσης. Λήμμα στο *Παιδαγωγική-Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό*. Τ. 1. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 351-355.

Λιαρόπουλος, Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Βήτα. Μακαρώνης, Ν. & Παλουκτσή, Β., 2009.

Λιαρόπουλος Λ., «Η αναγκαιότητα της οργάνωσης του τομέα Υγείας», *Επιθεώρηση Υγείας* (1990)

Λιαρόπουλος Λ., «Το προϊόν του νοσοκομείου: θεωρητικά και πρακτικά προβλήματα μέτρησης», *Ιατρικό Βήμα* (1993)

Λιοδάκης Α. Εθελοντισμός: ένα ερώτημα σήμερα <http://www.eftrapelia.gr/archive/efelontismos.pdf>. (πρόσβαση 1/11/2012)

Μαλούτας, Θ. & Οικονόμου, Δ., 1988. *Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εξάντας.

Ματσαγκάνης, Μ., 2011, *Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς*. Αθήνα: Κριτική.

Μεράκου, Κ. (2011). *Αγωγή και Προαγωγή Υγείας*. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Μηλιώνης Χ., *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2011, 28(6):737-745

Μπαμπανάσης, Σ., 2012. Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας. [Ηλεκτρονικό] Available at:  
[http://www.ekke.gr/images/PDF/Social\\_portrait\\_2012.pdf](http://www.ekke.gr/images/PDF/Social_portrait_2012.pdf)

Μπαρδής Β. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας. Στο: Σουλιώτης ΚΝ (Επιμ.) Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2007:172-175

Μπάρδης Β. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας. Στο: Σουλιώτης ΚΝ (Επιμ.) Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2007:172-175

Νικολόπουλος, Κ. & Υφαντόπουλος, Γ., 2010. Η Ανισότητα Στο Ελληνικό Συνταξιοδοτικό Σύστημα. Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, pp. 171-196.

Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον Β. Σ. Βελονάκη, Θ. Αδαμακίδου

Παπανικολάου Βίκυ, Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2007

Παπανικολάου Βίκυ, Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ικανοποίησης των χρηστών, Γ. Κυριόπουλος- Χ.Λιόνης, Κ. Σουλιώτης-Γ. Τσάκος, Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003

Παραγωγή και Διαμόρφωση Εκπαιδευτικού Υλικού «Εγχειρίδιο εκπαίδευσης Νοσηλευτών στην Κοινωνική Νοσηλευτική - Κατ'οίκον φροντίδα υγείας»

Παραγωγή και Διαμόρφωση Εκπαιδευτικού Υλικού «Εγχειρίδιο εκπαίδευσης Νοσηλευτών στην Κοινωνική Νοσηλευτική - Κατ'οίκον φροντίδα υγείας»

Παραγωγή και Διαμόρφωση Εκπαιδευτικού Υλικού «Εγχειρίδιο εκπαίδευσης Νοσηλευτών στην Κοινωνική Νοσηλευτική – Κατ'οίκον φροντίδα υγείας».

Πέτρος Κωσταγιόλας, Δάφνη Καϊτελίδου, Μαρία Χατζοπούλου, Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου, 2008

Πέτρου Γαλάνη, MPH, PhD, (2015) «Συγγραφή και Δημοσίευση Άρθρων στις Επιστήμες Υγείας»

Πολύζος Ν., «Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (DRGs)», Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα (1999)

Ρόμπολης, Σ., 2012. Τα Νέα. [Ηλεκτρονικό] Available at:  
<http://www.tanea.gr/gnomes/?aid=4673854>

Σακελλαρόπουλος, Θ., 2008. Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική. Βήμα Ιδεών.

Σαχινίδης, Φ., 2010. Υπουργείο Οικονομικών. [Ηλεκτρονικό] <http://www.minfin.gr/portal/el/resource/contentObject/id/39ebf1b1127845e7b7b42df953964cb5>.

Σιγάλας Ι., «Το νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, σήμερα, αύριο», Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα (1993)

Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999:280–282

Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999:280–282

Σουλιώτης Κ, Λιονής Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας 2003, 20:466–476

Σουλιώτη Κ., «Επιχειρηματική λογική στη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων», Οικονομικός Ταχυδρόμος (2002)

Σουρτζή, Π. & Σταθόπουλος Θ. (2008). Προαγωγή Υγείας: Θεωρητικές Προσεγγίσεις. Νοσηλεία και Έρευνα, 20, σσ. 41-48.

Στάθης Γ. Ι., «Γνώσεις, Ικανότητες και συμπεριφορές ενός σύγχρονου manager υπηρεσιών υγείας», Επιθεώρηση Υγείας (1991)

Σταθόπουλος, Π. (1999). Κοινωνική πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Στάκλερ Ν, Σάντζει Μ. Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία [Μ. Μυρώνη, Μεταφρ.]. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός;2014

Στασινοπούλου, Ό., 1997. Κράτος πρόνοιας. Αθήνα: Gutenberg-Γιώργος και Κώστας Δαρδανός.

Στασινοπούλου, Ό., 2006. Κοινωνική Πολιτική Βασικές Έννοιες  
Τα οκτώ (8) σημεία των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα, (1) εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και της πείνας, (2) επίτευξη σε διεθνές επίπεδο της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, (3) προώθηση της ισότητας των φύλων και της χειραφέτησης των γυναικών, (4) μείωση της παιδικής θνησιμότητας, (5) βελτίωση της υγείας των μητέρων, (6) καταπολέμηση του HIV/AIDS, της ελονοσίας και άλλων ασθενειών, (7) διασφάλιση της περιβαλλοντικής βιωσιμότητας, (8) δημιουργία μιας παγκόσμιας σύμπραξης για την ανάπτυξη. [WHO (2016) Millennium Development Goals (MDGs) Ανάκτηση από: <http://www.who.int/mdg/en/>]

Τσάντας Ν., Μωυσιάδης Χ., Μπαγιάτης Ν., Χατζηπαντελής Θ. (1999). Ανάλυση δεδομένων με τη βοήθεια στατιστικών πακέτων. Θεσσαλονίκη: Εκδ. Ζήτη.

Τζωρτζάκης Κ., Α. Τζωρτζάκη, Οργάνωση & Διοίκηση, management: Νέες ιδέες στον 21ο αιώνα, Rosili, Αθήνα, 2000

Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας Χαράλαμπος Οικονόμου, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων, Μάρτιος 2012.

Το κοινωνικό κράτος σε περίοδο κρίσης. [Ηλεκτρονικό] Available at: [www.tovima.gr/opinions/article/?aid=483220](http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=483220)

Τούντας Γ, Φρισήρας Σ. Κοινωνία και Υγεία. Αρχ. Ελλ Ιατρ. 1998;15.

Τούντας Γ, Φρισήρας Σ. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική. 1996;69.

Τούντας Γ. (2001) Κοινωνία και υγεία. Αθήνα, εκδ. Οδυσσέας

Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας;2000.

Τούντας, Γ. (2001). Κοινωνία και Υγεία. 2η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Τούντας, Γ. (2001). Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: εκδ. Οδυσσέας/ Νέα Υγεία. Υγεία και Ελληνική Κοινωνία (Εμπειρική έρευνα). (1998). Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Τριχόπουλος, Δ. και συν. (2000). Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις ΖΗΤΑ

Υφαντόπουλος Γ.Ν. Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006:321–322

Υφαντόπουλος Γ.Ν. Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006:88–99

Υφαντόπουλος Γ.Ν. Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006:88–99

Υφαντόπουλος Γ., «Η πρόκληση της διοικητικής μεταρρύθμισης», Advanced Health Management, European Health Managers Forum, 2 (2002)

Φιλαλήθης, Α. (2008). 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 20(3), σσ. 108-110.

Φίλιας Β., (2001), «Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών», (επιμ) Εκδ. Gutenberg, Αθήνα

Φουντανίδου Ε. Ωρα μηδέν για ΕΟΠΥΥ και νοσοκομεία. Το Βήμα, 13 Δεκ 2015.

Χυτήρης Λ., Μάνατζμεντ: Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων, Interbooks, Αθήνα, 2006

Ψωινός Δ. (1999). Στατιστική. Θεσσαλονίκη: Εκδ. Ζήτη.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackermann-Liebrich, U., Krawczyk, E., Adhikari, P., Lagger, G., Vivilaki, V., Dangol, A. et al. (2008).

Agency for Healthcare Research and Quality Health (AHRQ) (2013). Health Assessments in Primary Care: A

Akintola, O. (2006). “Gendered home-based care in South Africa: More trouble for the troubled”, African Journal of AIDS Research, 5 (3), pp. 237-247.

Alexander Gc, Hall Ma, Lantos Jd. Rethinking professional ethics in the cost-sharing era. Am J Bioeth 2006, 6:W17–W22

American Association of Nurse Practitioners (2015). Nurse practitioners in primary care. Διαθέσιμο στο: <http://www.aanp.org/images/documents/publications/primarycare.pdf>, <http://www.aanp.org/publications/position-statements-papers>.

American Hospital Association, «The future of the Public-General Hospital: An agenda for transition», 1992

Amit R.A. και P.J.H Schoemaker, «Strategic assets and organizational rent», 5 strategic Management Journal, τόμ. 14, σελ. 33-46, 1993

Anonymous. Ethical issues in managed care: Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. JAMA 1995, 273:330–335

Anonymous. Ethical issues in managed care: Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. JAMA 1995, 273:330–335

Athanassopoulos A., C. Gounaris, «Assessing the technical and allocative efficiency of hospital operations in Greece and its resource allocation implications», European Journal of Operational Research, 133 (2001)

Archives of Hellenic medicine 2011, 28(6):737-745

Archives Of Hellenic Medicine 2014, 31(5):583-590 Organizational change in public hospitals: From the bureaucratic to the participatory model of management.

Archives Of Hellenic Medicine 2014, 31(5):583-590 Organizational change in public hospitals: From the bureaucratic to the participatory model of management.

Aydelotte M.K., Nurse Staffing Methodology: A Review and Critique of Selected Literature, Government Printing Office, Ουάσιγκτον, 1973

Bailit H. "Population Health and Allocation of Resources". Παρουσίαση στο: 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της υγείας, Αθήνα, Ελλάδα, 5-7 Δεκεμβρίου 2013.

Barrig, M. (1996). "Women, collective kitchens and the crisis of the state in Peru", in Friedmann, J., Abers, R. and Autler, L. (eds), *Emergencies: Women's Struggles for Livelihood in Latin America*, Los Angeles: UCLA Latin American Center Publications.

Barney J.B., «Firm resources and sustained competitive advantage», *Journal of Management*, τόμ. 17, No 1, σελ. 99-120, 1991.

Barney J.B., *Gaining and sustaining competitive advantage*, Addison-Wesley, 1997

Barreto I., «Dynamic capabilities: a review of past research and an agenda for the future», *Journal of Management*, τόμ. 36, No. 1, σελ. 256-280, 2010.

Belling, R., Whittock, M., McLaren, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I.R. et al. (2011). Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*, 6, p. 23.

BHASKAR, R.(1998). *Critical Realism. Essential Readings*. In: Archer, M.; Bhaskar, R.; Collier, A.; Lawson, T. e Norrie, A. *Centre For Critical Realism*. London: Routledge.

Blume E. Hippocratic Oath versus managed care: Physicians caught in ethical squeeze. *J Natl Cancer Inst* 1997, 89:543–545

Boan D, Funderburk F. Healthcare quality improvement and organizational culture. *Insights*. Delmarva Foundation, Washington, DC, 2003:1–17. Available at: [http://www.delmarvafoundation.org/html/content\\_pages/pdf\\_documents/organizational\\_culture.pdf](http://www.delmarvafoundation.org/html/content_pages/pdf_documents/organizational_culture.pdf).

Boan D, Funderburk F. Healthcare quality improvement and organizational culture. *Insights*. Delmarva Foundation, Washington, DC, 2003:1–17. Available at: [http://www.delmarvafoundation.org/html/content\\_pages/pdf\\_documents/organizational\\_culture.pdf](http://www.delmarvafoundation.org/html/content_pages/pdf_documents/organizational_culture.pdf).

Borril, C.S., Carletta, J., Carter, A.J., Dawson, J.F., Garrod, S., Rees, A. et al. (2001). The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. Birmingham: University of Aston.

Braillon, A., Bernardy-Prud'homme, A. & Dubbois, G. (2010). Will Evidence be enough to promote interactive communication for the benefit of patients? *Annals of Internal Medicine*, 152, pp. 247-58.

Cassel, C., & Symon, G. (1994). Qualitative research in work context. In C. Cassel & G. Symons (Orgs.), *Qualitative methods in organization research*

Cassells H. (2001) Η εκτίμηση της κοινότητας. Στο Mc Ewen M.& Nies M. (εκδ) *Κοινωνική Νοσηλευτική: Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Επιμέλεια στην ελληνική Δ Σαπουντζή-Κρέπια*, Αθήνα, εκδόσεις Λαγός (σελ 92-108)

Castles, F. & Michell, D., 1990. Three worlds of welfare capitalism or foyer? The Australian National University. Camperra: Australian National University.

Charles Sc, Lazarus Ja. Reframing the professional ethic: The Council of Medical Specialty Societies consensus statement on the ethic of medicine. *West J Med* 2000, 173:198–201

Cochrane Al. Archie Cochrane in his own words. Selections arranged from his 1972 introduction to “effectiveness and efficiency: Random reflections on the health services” 1972. *Control Clin Trials* 1989, 10:428–433

Code of conduct for the international Red Cross and Red Crescent movement and NGOs in disaster relief (1992).

Code of good practice for NGOs responding to HIV / AIDS (2004).

Council On Medical Service. Principles of managed care. 5th ed. American Medical Association, 2004

Cowley, S., Whittaker, K., Malone, M., Donetto, S., Grigulis, A. & Maben J. (2015). Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature.

Crossland, L., Janamian, T. & Jackson, C.L. (2014). Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 201(3 Suppl), pp. S47-51.

Culyer Aj. Effectiveness and efficiency of health services. *Eff Health Care* 1983, 1:7–9

Curry, R. & Hollis, J. (2002). An evolutionary approach to team working in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 7(10), pp. 520-527.



Davies HT, Mannion R, Jabobs R, Powell AE, Marshall MN. Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Med Care Res Rev* 2007, 64:46–65.

Davies HT, Mannion R, Jabobs R, Powell AE, Marshall MN. Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Med Care Res Rev* 2007, 64:46–65.

de Mello e Souza, C. (2008). “Grassroots leadership in the network of healthy communities in Rio de Janeiro, Brazil: A gender perspective”, *Gender and Development*, 16 (3), pp. 481-494.

Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>

Department of Health (2010). *Liberating the NHS: developing the healthcare workforce*. England, UK: Department of Health. Ανακτήθηκε από: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/consultations/liveconsultations/dh\\_12\\_2590](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/consultations/liveconsultations/dh_12_2590) (πρόσβαση 15/07/2015).

Dieckmann J. (2006). Η ιστορία της δημόσιας και κοινοτικής υγείας και νοσηλευτικής. Στο M. Stanhope & J. Lancaster(eds) *Κοινοτική Νοσηλευτική. Επιμέλεια στην ελληνική Ε. Γκεσούλη-Βολτυράκη & Μ. Νούλα, Αθήνα, εκδόσεις Πασχαλίδης* (σελ 21-45)

Dieleman, S.L., Farris, K.B., Feeny, D., Johnson, J.A., Tsuyuki, R.T. & Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 18, pp. 75-78.

Doenges Metal (2009). *Οδηγός ανάπτυξης σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας*. Επιμέλεια στην ελληνική Ε. Πατηράκη, Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης (σελ 1)

Donaldson, M., Yordy, K., Lohr, K. & Vanselow, N. (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washihgton: National Academies Press.

Douglass L.M., *The Effective Nurse: Leader and Manager*, 5η έκδοση, C.v. Mosby, St. Louis, 1996

Dr Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization, “Return to Alma Ata“, 2008. <http://www.who.int/dg/20080915/en/>

Dr Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization, “Return to Alma Ata“, 2008. <http://www.who.int/dg/20080915/en/>

Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), pp. 246-253.

Duckett S.J., «Hospital payment arrangements to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia», *Health Policy*, 34 (1995)

Eastaugh S.R., «Hospital Specialization and Cost Efficiency: Benefits of Trimming Product Lines», *Hospital and Health Services Administration*, 37, 2 -1992

Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A. & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, pp. 361-371.

Eisenhardt K.M. και J.A. Martin, «Dynamic capabilities: what are they?», *Strategic Management Journal*, τόμ. 21, No 10/11, σελ. 1105-1121, 2000.

Esping Andersen, G., 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Esping-Andersen, G., 2006. *Γιατί Χρειαζόμαστε Ένα Νέο Κοινωνικό Κράτος*. Αθήνα: Διόνικος.

Fayol H., *General and Industrial Management*, Isaac Pitman & Sons, London, 1949

Ferrera, M., 1996. The Southern Model of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), pp. 17-37.

Furniss, N. & Tilton, T., 1977. *The case of the welfare state*. Bloomington: Indiana University Press.

Gertdtham U.G., B. Jonsson, M. McFarlan, H. Oxley, «Health Care Reform - Controlling Spending and Increasing Efficiency», OECD, Παρίσι, 1999

Ghorob, A. & Bodenheimer, T. (2012). Sharing the care to improve access to primary care. *New England Journal of Medicine*, 366, pp. 1955-1957.

Grant, R.W., Finnocchio, L.J. & the California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration (1995). *Interdisciplinary Collaborative Teams in Primary Care: A Model Curriculum and Resource Guide*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

Gregor Johann Mendel. (1992) *Collier's Encyclopedia*. Vol.15 New York: Macmillan Educational Company.

Gregor M. Cost-utility analysis: Use QALYs only with great caution. *CMAJ* 2003, 168:433-434

Gummesson, E. (2008), “Case study research and network theory: Birds of a feather”, *Qualitative Research in Organizations and Management*, Vol. 2 No. 3, pp. 226-48.

Guilford J. P., Fruchter B. (19816). Fundamental Statistics in Psychology and Education. Singapore: McGraw-Hill.

Hall Rcw. Ethical and legal implications of managed care. Gen Hosp Psychiatry 1997, 19:200–208

Hammudi A. A and Sachs JD. "Economic Consequences of Health Status: A Review of the Evidence“. CID Working Paper No. 30, December 1999.

Hamel G. & K. Prahalad, «The core competence of the corporation», Harvard Business Review, τόμ. 68, No 3, σελ. 79-91, 1990

Health Care: «How Involved Should The Government Be?». The Wall Street Journal, Monday, August 25, 2008

Health and social care policy and the Interprofessional agenda. London: CIPW.

Health Force Ontario (2007). Interprofessional Care: A Blueprint for Action in Ontario. Final Report of the Interprofessional Care Steering Committee. Ανακτήθηκε από: <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-en.pdf>

Hearn, J. & Higginson, I. (1998). Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliative Medicine, 12(5), pp. 317-332.

Higginson, I. & Evans, C. (2010). What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? Cancer Journal, 16(5), pp. 423-435.

Hixon A.L., Maskarinec G.G., “The Declaration of Alma Ata on Its 30th Anniversary: Relevance for Family Medicine Today”. Fam Med 2008;40(8):585-8.

Hofstede G., Culture's Consequences, Sage, 2001.

Hofmann Pb. Toward a just policy on healthcare rationing. Ethical principles must inform the debate concerning the distribution of services. Health Prog 1994, 75:58–61, 83

How-to Guide for Clinicians and Staff. Rockville, MD: AHRQ. Διαθέσιμο στο: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/system/healthassessments/index.html>

Hulgaard, E. (2010). An Interprofessional Learning Module in Education, Social and Health BA Programmes at VIA University College (pp. 1–6) [Working paper]. Ανακτήθηκε από: <http://viauc.com/schoolsfaculties/faculty-of-education-and-social->

studies/Documents/leonardo/projectresults/interprofessional-learning-working-paper-esben-hulgaard.pdf (πρόσβαση 15/07/2015).

Hurt JT. “The Inverse Care Law”. Lancet. 1971; i: 405-12.

Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000: Second Evaluation; Health and Social Change in International Perspective

Institute Of Medicine. Health, health care, and quality of care. In: Lohr KN (ed) Medicare: A strategy for quality assurance. Volume I. National Academy Press, Washington, DC, 1990:19–44 Corresponding author: C. Milionis, Clinic of Internal Medicine, Prefectural General Hospital of Corinth, 53 Athens Ave., GR-201 00 Corinth, Greece e-mail: [pesscharis@hotmail.com](mailto:pesscharis@hotmail.com)

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

International Journal of Nursing Studies, 52(1), pp. 465-480. Epub 27 July 2014. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.013. PubMed PMID: 25304286.

Interscientific Health Care (2013) Vol 5, Issue 4, 147-161 ISSN 1791 - 9649 Corresponding Author

Johnson G., «Managing strategic change: strategy, culture and action», Long Range Planning, τόμ. 25, No 1, σελ 28-36, 1992.

Johnson G., Whittington R., Scholes K., Angwin D., Regner R.: Βασικές αρχές στρατηγικής των επιχειρήσεων, Εκδόσεις Κριτική, 2016

Jones G.R., Organizational Theory, Design and Change, Pearson Education, New Jersey, 2004

Jones D, Mitchell A. Lean thinking for the NHS Daniel Jones and Alan Mitchell, Lean Enterprise Academy UK. ONLINE, 2006, pg.28.,<http://www.leanuk.org/media/37654/Lean-Thinking-in-the-NHS-Daniel-T-Jones-and-Alan-Mitchell.pdf>,17/12/2016.

Jones G. Organizational theory, design, and change. 6th ed. Pearson, New Jersey, 2010:31.

Jones G. Organizational theory, design, and change. 6th ed. Pearson, New Jersey, 2010:31.

Kaferle, A. & Wimsatt, L. (2012). A team-based approach to providing asthma action plans. Journal of the American Board of Family Medicine, 25, pp. 247-249.

Kahneman D. and Tversky A. (1979) “Prospect Theory: An analysis of Decision under Risk”. Econometrica 46, no 2: 263-292.

Kernick Dp. Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgrad Med J* 2003, 79:147–150

King L, Hamm P, Stuckler D. Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: an analysis of stress-related and health system mechanisms. *Int J Health Serv.* 2009; 39(3): 461- 489.

Kluge E.H. Comparing health care systems: Outcomes, ethical principles, and social values. *MedGenMed* 2007, 9:29

Kluge Eh. Comparing health care systems: Outcomes, ethical principles, and social values. *Med Gen Med* 2007, 9:29

Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ [online]*, 2009; 87(7):549-554

Landro L., «An Affordable Fix for Modernizing Medical Records», *The Wall Street Journal*, Tuesday, April 30, 2009

Lago R, Aspling DL, Westert Gp. Current and future developments in managed care in the United States and implications for Europe. *Health Res Policy Syst* 2005, 3:4

Lago R, Aspling DL, Westert Gp. Current and future developments in managed care in the United States and implications for Europe. *Health Res Policy Syst* 2005, 3:4

Lago R., Aspling D.L, Westert G.P. Current and future developments in managed care in the United States and implications for Europe. *Health Res Policy Syst* 2005, 3:4

Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics and economics: The physician at the crossroads. *Health Policy* 1996, 37:185–198

Leading Edge: Health Education Issues. New York: Nova Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-60021-874-3.

Levin Hm, Ewan Pj. Cost-effectiveness analysis: Methods and applications. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2001:1–30

Lidskog, M., Löfmark, A. & Ahlström, G. (2009). Learning through participating on an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), pp. 486-497. doi:10.1080/13561820902921878

Lind, A. (1997). “Gender, development and urban social change: Women’s community action in global cities world”, *Development*, 25 (8), pp. 1205-1223.

Luker, K., Orr, J. & Mc Hugh G.A. (2012). *Health Visiting: A Rediscovery*. Blackwell Publishing Ltd.

Machado V, Leitner, U. Lean tools and lean transformation process in health care. *International Journal of Management Science and Engineering Management* 2010; 5(5): 383-392.

Machado V, Leitner, U. Lean tools and lean transformation process in health care. *International Journal of Management Science and Engineering Management* 2010; 5(5): 383-392.

Macinko, J., Starfield, B. & Erinosh, T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), pp. 150-171.

Mackenbach JP, Knust AE. Socioeconomic inequalities in health in Europe. *Eurohealth*. 1999; 5.

Marchon, S.G. & Mendes Jr, W.V. (2014). Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), pp. 1815-1835.

Magretta J., *What Management is*, The Free Press, Νέα Υόρκη, 2002  
Markowitz, L. and Tice, K.W. (2002). "Paradoxes of professionalization: Parallel dilemmas in women's organizations in the Americas", *Gender and Society*, 16 (6), pp. 941-958.

Marmot G, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ*. 2009;338:b1314.

Marmot G, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ*. 2009;338:b1314.

Marmot. M. The social pattern of health and disease. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and Social Organization. Towards a Healthy Policy for the 21st Century*. London and New York: Routledge; 1996.

Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M. & Mossialos, E. (2009). *Primary care in Europe*. London: The London School of Economics and Political Science. 185

Matsaganis M. On measurement error, tax evasion and target in efficiency. AIMAP report, 2007

Matsaganis, M., 2011. The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy*, 21(5), pp. 501-512.

Max Weber (1864-1920) Karl Emil Maximilian(German: Philosopher, Political Scientist, AntiWarActivist, Journalist,Educator, Scholar, Sociologist, Economist, Literary Critic (1864–1920) 21 April 1864 – 14 June 1920)

Mc Ewen M. & Nies M. (2001) Υγεία: η κοινοτική αντίληψη. Στο Mc Ewen M. & Nies M. (εκδ.) Κοινοτική Νοσηλευτική: Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Επιμέλεια στην ελληνική Δ. Σαπουντζή-Κρέπια, Αθήνα, εκδόσεις Λαγός, (σελ 3-22)

McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), pp. 1973-1985. doi: 10.1111/jan.12647.

Mckneally Mf, Dickens Bm, Meslin Em, Singer Pa. Bioethics for clinicians:13. resource allocation. *CMAJ* 1997, 157:163–167

McMaster University, Ontario: Aging, Community and Health Research Unit. Tope, R. & Thomas, E. (2007).

Mickan, S. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), pp.211-217.

Midgley, J., 1997. *Social welfare in global context*. London: Sage. Titmuss, R., 1974. *Social Policy:An Introduction*. London: Pan-then Books.

Molyneux, M. (2002). “Gender and the silences of social capital: Lessons from Latin America”, *Development and Change*, 33 (2), pp. 167-188.

Montegut A. “To Achieve “Health for All” We must shift the world’s paradigm to “Primary Access Care for All”. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(6):514-517

Mosby (1992) *Mosby’s Home health nursing pocket consultant*. St. Louis, Mosby

Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13), pp. 724-727. doi: 10.12968/bjon.2014.23.13.724.

Nunez, D.E., Armbruster, C., Phillips, W.T. & Gale, B.J. (2003) Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante health partnerships. *Public Health Nursing*, 20(1), pp. 25-32.

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)

Ozcan Y., R. Luke, C. Haksever, «Ownership and Organizational Performance: a comparison of Technical Efficiency Across Hospital Types», *Medical Care*, 30, 9 (1992)

Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. & Balogh, S. (2014). Perceptions of quality in primary health care:

perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice*, 15, pp. 128.

Parsons T. (1971) *Action systems and social systems*. Engelwood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 4-8

Patel, L. and Wilson, T. (2004). "Civic service in sub-Saharan Africa", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33 (4), pp. 22-38.

Petmesidou, M. and Polyzoidis, P. (2013). "Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Griechenland: Die Orthodoxie in sozialpolitischen Klientelismus", in Gabriel, K. Reuter, H.R, Kurschat, A. and Leibold, S. (eds), *Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa*, Tübingen: Mohr Siebeck.

Ploeg, J., Markle-Reid, Fisher, A. et al. (2014). *Interprofessional education and interprofessional collaboration in home and community care of older adults and their families*.

Povar Gj, Blumen H, Daniel J, Daub S, Evans L, Holm Rp et al. *Ethics in practice: Managed care and the changing health care environment: Medicine as a profession managed care ethics working group statement*. *Ann Intern Med* 2004, 141:131–136

Pritchett L, Summers H. *Wealthier is healthier*. Policy, Research working papers; no. WPS 1150. World development report. Washington: World Bank; 1993. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/1993/06/698995/wealthier-healthier>.

Rawaf S., Maeseneer J., Starfield B. "From Alma Ata to Almaty: a new start for primary health care". *The Lancet*, 372, 9647;1365-1367, 2008. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61524-X/fulltext#article\\_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61524-X/fulltext#article_upsell)

Reinhard, S.C. & Young, H.M. (2009). *The nursing workforce in long-term care*. *Nursing Clinics of North America*, 44(2), pp. 161-168.

Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association (2000). *Teamworking in primary healthcare: realising shared aims in patients care*. Final report. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and the British Medical Association.

Rondeau K.V., «Self-Scheduling Can Increase Job Satisfaction», *Medical Laboratory Observer* (1990).

Saba, G.W., Villela, T.J., Chen, E., Hammer, H. & Bodenheimer, T. (2012). *The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative*. *Annals of Family Medicine*, 10, pp. 169-173.



Sancho Lg. Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde (reviewing the literature of cost-effectiveness and cost-utility analysis in health). *Cad Saúde Pública* 2008, 24:2735–2746

Sara Allin, Cristina Masseria, and Elias Mossialos. Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. *American Journal of Public Health*: October 2009, Vol. 99, No. 10, pp. 1849-1855.

Savage S. and Bailey S. (2004) The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*, vol27(1) p.p.111-117

Schein E., *Organisational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, σελ. 6.,1997.

Schmit MJ, Allscheid SP. Employee attitudes and customer satisfaction: Making theoretical and empirical connections. *Pers Psychol* 1995, 48:521–536.

Schmit MJ, Allscheid SP. Employee attitudes and customer satisfaction: Making theoretical and empirical connections. *Pers Psychol* 1995, 48:521–536.

Schroder P.J., K.L. McKeon, «What Is a Safe Staffing Pattern for Locked Long- Term and Acute Care Units for Adults?», *Journal of Psychological Nursing*, 28, 12 (1990)

Scotten, M., LaVerne Manos, E., Malicoat, A. & Paolo, A.M. (2015). Minding the gap: Interprofessional communication during impatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*, 98, pp. 895-900.

Shaw J., «Οι διοικητές νοσοκομείων στη σύγχρονη εποχή», *Επιθεώρηση Υγείας* (2001).

Snyder Jw. Making medical spending decisions: The law, ethics, and economics of rationing mechanisms, by Mark A. Hall. *J Leg Med* 1998, 19:143–150

Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C. & Randolph, J. (2000). Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160, pp. 1825-33.

Souliotis K. Analysis of health expenditure in Greece 1989-2000. *Health Expenditure in Greece. Methodological Problems in Measurement and Consequences on Health Policy*. Ed.Papazisi, Athens, 2002

Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000

Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000

Starfield B, Shi L, Macinko J. "Contributions of Primary Care to Health Systems and Health". *Milbank Quarterly*; 2005, 83(3): 457-502.

Starfield B., and Shi L, 2001. "Policy relevant determinants of health: An international perspective". *Health Policy*, 60:201-218.

Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*.2010; 340:c3311.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-323.

Suhrcke M, Stuckler D, Suk E, Desai M, Senek M, McKee M, Tsoolova S, Basu S, Abubakar I, Hunter P, Rechel B, Semenza C. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS ONE*. 2011; 6(6): e20724.

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. doi: 10.1093/pubmed/fdu102

Swansburg R.J., Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία, Λάγος, Αθήνα, 1999

Tapp, H., Phillips, S.E., Waxman, D., Alexander, M., Brown, R. & Hall, M. (2012). Multidisciplinary team approach to improved chronic care management for diabetic patients in an urban safety net ambulatory care clinic. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, pp. 245-246.

Tarricone, R. and Tsouros, A.D. (2008) *the Solid Facts: Home Care in Europe*. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Teece, C. Helfat, S. Finkelstein, W. Mitchell, M. Peteraf, H. Singh, και S. Winter, *Dynamic Capabilities: Understanding Strategic Change in Organizations*, Blackwell Publishing, 2007

Teece D.J., «Explicating dynamic capabilities: the nature and micro foundations of (sustainable) enterprise performance», *Strategic Management Journal*, τόμ. 28, No 1, σελ. 1319-1350, 2007.

Teece D.J., G. Pisano και A. Shuen, «Dynamic Capabilities and strategic management», *Strategic Management Journal*, τόμ. 18, No 7, σελ. 509-533, 1997

Teece D.J., G. Pisano και A. Shuen, «Dynamic capabilities and strategic management», *Strategic Management Journal*, τόμ. 18, No 7, σελ. 509-534, 1997.

The John Hopkins primary care policy center. Primary care assessment, tools. [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html)

Thota, A.B., Sipe, T.A., Byard, G.J., Zometa, C.S., Hahn, R.A., McKnight-Eily, L.R. et al. (2012).

Tragardh B, Lindberg K. Curing a meagre health care system by lean methods - translating 'chains of care' in the Swedish health care sector. *The International journal of health planning and management* 2004; 19(4): 383-398

Tragardh B, Lindberg K. Curing a meagre health care system by lean methods - translating 'chains of care' in the Swedish health care sector. *The International journal of health planning and management* 2004; 19(4): 383-398.

Urwick L., *The Elements of Administration*, Harper & Row, Νέα Υόρκη, 1944

Vivilaki ,V.G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P. & Lionis C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for the Greek sample. *BMC Public Health*, 9(1), p. 329

Vivilaki, V., Romanidou, A., Theodorakis, P. & Lionis, C. (2005). Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. *Rural Remote Health*, 5(2), p. 376. Epub 9 June 2005. Διαθέσιμο στο :<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=376>

Walley et al, "Primary Health care: making Alma Ata a reality". *Lancet*. 2008; 372: 1001-07.

Walley J., Lawn J., Tinker A., Fransisco A. (et. al.) „Alma Ata: Rebirth and Revision 8. Primary health care: making Alma Ata a reality“. *The Lancet*, 372, 2008

Watanabe, H. & Koizumi, M. (eds) (2010). *Advanced initiatives in interprofessional education in Japan*. Springer. doi:10.1007/978-4-431-98076-6

Weinstein Mc. Should physicians be gatekeepers of medical resources? *J Med Ethics* 2001, 27:268–274

Wernerfelt B., «A resource-based view of the firm», *Strategic Management Journal*, τόμ. 5, No 2, σελ. 171-180, 1984.

West M.E., «Implementing Effective Nurse Staffing Systems in the Managed Hospital», Topics in Health Care Financing (1980)

Whitlatch, C.J., Noelker, L.S. (2007) Caregiving and Caring. Encyclopedia of Gerontology:240-249

WHO (1983). Handbook of resolutions and decisions of the world Health Assembly and the Executive Board 1973-1982. Vol. 2, 5th Edition, Geneva.

WHO (1990). The Healthy Cities Project: A project becomes a movement. Copenhagen: WHO.

WHO (1998). World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO.

WHO (2002a). NGOs in WHO reform, Geneva: WHO.

WHO (2002b). Understanding Civil Society Issues for WHO, Geneva: WHO.

WHO (2008), Home cares in Europe. Italy: WHO

WHO (2009). Improving health systems and services for mental health. Geneva: WHO.

Williams C. (2006). Νοσηλευτική με προσανατολισμό την κοινότητα και νοσηλευτική βασισμένη στην κοινότητα. Στο M. Stanhope & J. Lancaster(eds) Κοινωνική Νοσηλευτική. Επιμέλεια στην ελληνική Ε Γκεσούλη-Βολτυράκη & Μ. Νούλα, Αθήνα, εκδόσεις Πασχαλίδης (σελ 3-19)

Winter S., Dynamic Capabilities: Understanding Strategic Change in Organizations, Blackwell Publishing, 2007.

Winter S.G., «Understanding dynamic capabilities», Strategic Management Journal, τόμ. 24, No 10, σελ. 991-995, 2003.

Winter S.G., «Understanding dynamic capabilities», Strategic Management Journal, τόμο 24, No 10, σελ. 991-995, 2003.

World Federation of Public Health Organizations (1978). Non-Governmental Organizations and Primary Health Care, Geneva: Institute of Social and Preventive Medicine.

World Federation of Public Health Organizations, 1978

World Health Organization (WHO) (1985). Targets for Health for All: Targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (1999). Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization Act 1947 No. 93, 1947

World Health Organization. (WHO) estimates for country national health account (NHA) data: Greece, 1995–2008

World Health Organization. WHO estimates for country national health account (NHA) data: Greece, 1995–2008

Wolper L.F., Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Mediforce, Αθήνα, 2000

Wynia Mk, Van Geest Jb, Cummins Ds, Wilson Ib. Do physicians not offer useful services because of coverage restrictions? Health Aff (Millwood) 2003, 22:190–197

Yuchtman, E., and Seashore, S. (1967). “A System Resource Approach to Organizational Effectiveness.” American Sociological Review, 32, 891-903.

Yuchtman, E., and Seashore, S. (1967). “A System Resource Approach to Organizational Effectiveness.” American Sociological Review, 32, 891-903.

#### NOMOI & ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

Β.Δ. 4/1923 (ΦΕΚ 328 Α΄) «Περί οργάνωσης της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας».

Α.Ν. 613/1937 (ΦΕΚ 136 Α΄) «Περί Ιδρύσεως Και Λειτουργίας Σχολής Αδειών Επισκεπτριών Και Νοσοκόμων»

Β.Δ. 196/1969 (ΦΕΚ 53 Α΄) «Περί καθορισμού καθηκόντων επισκεπτριών αδελφών».

Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α΄) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

Ν. 1471/1984 (ΦΕΚ 112 Α΄) «Για Τη Ρύθμιση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, Αγροτικών Ιατρείων Και Υγειονομικών Σταθμών Και Άλλων Συναφών Διατάξεων»

Ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α΄) «Ρυθμίσεις Για Την Εφαρμογή Και Ανάπτυξη Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 1672/1986 (ΦΕΚ 203 Α΄) «Κύρωση Της 149/1977 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας Για Την Απασχόληση Και Τους Όρους Εργασίας Και Ζωής Του Νοσηλευτικού Προσωπικού»

Ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α΄) «Ασφαλιστική Κάλυψη Ανασφάλιστων Ομάδων, Βελτίωση Της Κοινωνικοασφαλιστικής Προστασίας Και Άλλες Διατάξεις»

Π.Δ. 351/1989 (ΦΕΚ 159 Α΄) «Καθορισμός Επαγγελματικών Δικαιωμάτων Των Πτυχιούχων Των Τμημάτων Α) Νοσηλευτικής, Β) Μαιευτικής, Γ) Επισκεπτών Και Επισκεπτριών Υγείας Της Σχολής Επαγγελματών Υγείας Και Προνοίας Και Δ) Του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας Και Πρόνοιας Της Σχολής Διοίκησης Και Οικονομίας Των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων»

Ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α΄) «Τροποποίηση Και Συμπλήρωση Των Διατάξεων Της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α΄) «Εκσυγχρονισμός Και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»

Ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α΄) «Αποκατάσταση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Και Άλλες Διατάξεις (ΕΣΥ)»

Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213 Α΄) «Οργανωμένες Υπηρεσίες Παροχής Προστασίας Από Φορείς Κοινωνικής Πρόνοιας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α΄) «Προστασία Του Ατόμου Από Την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα»

Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄) «Ανάπτυξη Και Εκσυγχρονισμός Του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση Των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις Για Το Φάρμακο Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α΄) «Ανάπτυξη Του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄) «Βελτίωση Και Εκσυγχρονισμός Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256 Α΄) «Προμήθειες Νοσοκομείων Και Λοιπών Μονάδων Των Πε.Σ.Υ. Και Άλλες Διατάξεις»

Π.Δ. 216/2001 (ΦΕΚ 167 Α΄) «Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας»

Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α΄) «Αναδιοργάνωση Του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α΄) «Οργάνωση Και Εκσυγχρονισμός Των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 3209/2003 (ΦΕΚ 304 Α΄) «Ρυθμίσεις Θεμάτων Αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας Και Πρόνοιας»

Ν. 3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α΄) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) «Εθνική Σύστημα Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Και Λοιπές Διατάξεις»

Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176 Α΄) «Οργάνωση Και Λειτουργία Των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας Και Λοιπές Διατάξεις»

Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287 Α΄) «Κώδικας Ιατρικής δεοντολογίας»

Ν. 3471/2006 (ΦΕΚ 133 Α΄) «Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Και Της Ιδιωτικής Ζωής Στον Τομέα Των Ηλεκτρονικών Επικοινωνιών Και Τροποποίηση Του Ν.2472/1997»

Ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α΄) «Διοικητική Και Οργανωτική Μεταρρύθμιση Του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης Και Λοιπές Ασφαλιστικές Διατάξεις»

Π.Δ. 38/2010 (ΦΕΚ 78 Α΄) «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων».

Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α΄) «Νέα Αρχιτεκτονική Της Αυτοδιοίκησης Και Της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης»

Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α΄) «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα Και Συναφείς Διατάξεις, Ρυθμίσεις Στις Εργασιακές Σχέσεις»

Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α΄) «Διαρθρωτικές Αλλαγές Στο Σύστημα Υγείας και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 4213/2013 (ΦΕΚ 261 Α΄) «Προσαρμογή Της Εθνικής Νομοθεσίας Στις Διατάξεις Της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ Του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου Και Του Συμβουλίου Της 9ης Μαρτίου 2011 Περί Εφαρμογής Των Δικαιωμάτων Των Ασθενών Στο Πλαίσιο Της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης (L 88/45/ 4.4.2011) Και Άλλες Διατάξεις»

Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38 Α΄) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».

Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ.3579/2015 (ΦΕΚ 93 Β΄) «Επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, που αποτελούν το ΠΕΔΥ, με τα Νοσοκομεία της ΔΥΠε στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς».

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.healthproelderly.com/>

<https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3283>

<http://hdl.handle.net/11419/3283>

<http://www.nice.org.uk/guidance/ph35/resources/guidance-preventing-type-2-diabetespopulation-and-communitylevel-interventions>

<https://www.healthpromotion.ie/>

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/373380/Factsheet\\_v2.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/373380/Factsheet_v2.pdf)

<http://www.aahcm.org/>

<http://www.sabacare.com/>

<http://www.redcross.gr/>

<https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>

<http://www.who.int/mdg/en/>



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

10/2/2017

Η κατανομή των πόρων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας - Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

### Η κατανομή των πόρων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας - Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι πλήρως ανώνυμο και αφορά στη διπλωματική εργασία της Αθανασίας Ζάγγα στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας" στο Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά "Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων" και του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου "Τμήμα Επιστημών Υγείας". Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου χρησιμοποιούνται για καθαρά ερευνητικούς – επιστημονικούς λόγους.

Παρακαλείσθε για την υπεύθυνη συμπλήρωσή του, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

\* Απαιτείται

#### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

Α. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΗ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΥΤΟΥ

**1. 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Τομέας Νοσηλευτικής
- Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας
- Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
- Διοικητικές Υπηρεσίες

**2. 2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα Πολύ

**3. 3. Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία στην οποία εργάζεστε είναι βιώσιμη με την υπάρχουσα μορφή της; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα Πολύ

**4. 4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**5. 5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**6. 6. Θεωρείτε ότι το υπάρχον προσωπικό ανταποκρίνεται στη κάλυψη των στόχων της Υπηρεσίας σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**7. 7. Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας καλύπτει τα αιτήματα που υποβάλλονται; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**8. 8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**9. 9. Θεωρείτε ότι η μετακίνηση προσωπικού από άλλη Υπηρεσία θα βελτιώνει την αποδοτικότητα της Υπηρεσίας σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**10. 10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι  
 Όχι

**11. 11. Εάν ναι, αναφέρετε την Υπηρεσία προτίμησή σας;**

---

---

---

---

---

**12. 12. Θεωρείτε ότι οι γνώσεις σας επαρκούν, για να ανταποκριθείτε στο αντικείμενο εργασίας της Υπηρεσίας προτίμησή σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**13. 13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ****Β. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

**14. 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**15. 2. Θεωρείτε ότι κατανοείτε την έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**16. 3. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί πρωταρχικό σκοπό για εσάς; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**17. 4. Δίνετε έμφαση στην αντιμετώπιση αναγκών των ωφελουμένων από την υπηρεσία σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**18. 5. Δίνετε έμφαση στη γρήγορη εξυπηρέτηση των ωφελουμένων από την υπηρεσία σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**19. 6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ****Γ. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ****20. 1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**21. 2. Ενεργείτε προς επίτευξη ατομικών στόχων; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**22. 3. Αναλαμβάνετε πρωτοβουλίες για θέματα που αφορούν την καλύτερη ή ταχύτερη εκτέλεση της εργασίας σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**23. 4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**24. 5. Θεωρείτε ότι η ομαδική εργασία θα βελτιώνει την ποιότητα και αποδοτικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ****Δ. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ****25. 1. Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς της; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**26. 2. Θεωρείτε ότι η προεπιλεγμένη στοχοθεσία συμβάλει στην αποτελεσματικότητα της Υπηρεσίας σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**27. 3. Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**28. 4. Προτίθεστε να ενημερώνετε αναφορικά με τις αρχές, τη φιλοσοφία και τις πρακτικές βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

29. **5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

30. **6. Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας τηρεί τους όρους της ισότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της καθολικότητας ως προς την πρόσβαση των ωφελουμένων με τρόπο που να ενισχύει την εξάλειψη των διακρίσεων; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

### Ε. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ

31. **1. Θεωρείτε ότι οι παροχές της Υπηρεσίας σας είναι μοναδικές ή παρέχονται και από άλλες Υπηρεσίες του Φορέα εργασίας σας; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

32. **2. Αξιοποιείτε την επαναπληροφόρηση αποτελεσμάτων(π.χ.ΕΛΣΤΑΤ, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ κ.τλ.) με στόχο την αποφυγή κατασπατάλησης οικονομικών πόρων κατά την ικανοποίηση των κοινωνικών αιτημάτων; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**33. 3. Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**34. 4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**35. 5. Γνωστοποιείτε τυχόν μη εκπληρωθείσες ανάγκες και ελλείψεις πόρων, που παρατηρείτε (κατά την τέλεση των καθηκόντων σας) σε αρμόδια Υπηρεσία προς αποκατάσταση των αυτών ελλείψεων; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**36. 6. Θεωρείτε ότι οι ανθρωπίνι και οικονομικοί πόροι του Οργανισμού σας ανταποκρίνονται στη ζήτηση του ωφελούμενου πληθυσμού που εξυπηρετεί; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**37. 7. Θεωρείτε ότι η εντατικοποίηση συνεργασιών με Διεθνείς Οργανισμούς θα συνέβαλε θετικά στη μείωση των ανισοτήτων; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ



**38. 8. Η υπό-χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας σε τι βαθμό επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

ΣΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**39. 1. Ο Φορέας εργασίας σας θεωρεί την βελτίωση των γνώσεων και των ικανοτήτων των εργαζομένων του στον τομέα της πληροφορικής ως επένδυση; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**40. 2. Θεωρείτε ότι η υπηρεσία σας παρέχει τα κατάλληλα κίνητρα για την εκπαίδευση του προσωπικού; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**41. 3. Το αντικείμενο της εργασίας σας έχει σχέση με το αντικείμενο των σπουδών σας; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

42. 4. Θεωρείτε ότι υπάρχουν προοπτικές επαγγελματικής ανέλιξης σύμφωνα με τις γνώσεις και την επαγγελματική εμπειρία που διαθέτετε; \*

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

43. 5. Έχετε προσπαθήσει να βελτιώσετε το επίπεδο των γνώσεών σας προς όφελος δικό σας ή της Υπηρεσίας σας; \*

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

44. 6. Θεωρείτε ότι έχετε την απαιτούμενη επάρκεια γνώσεων που να σας καθιστά αποτελεσματικούς κατά την άσκηση των καθηκόντων σας; \*

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

45. 7. Θεωρείτε ότι η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σας θα βελτιωθεί με την παρακολούθηση προγραμμάτων μετεκπαίδευσης και κατάρτισης; \*

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

## ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

### Ζ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

46. 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει διασύνδεση του Οράματος του Οργανισμού, που εργάζεστε, με τους εμπλεκόμενους-συμμετέχοντες φορείς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σκοπό την αλληλοσυμπλήρωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

47. 2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

48. 3. Θεωρείτε ότι απαιτείται αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών του Οργανισμού; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι  
 Όχι

49. 4. Εάν ναι, αναφέρετε ενδεικτικά.

---

---

---

---

---

50. 5. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει ως στόχο την συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**51. 6. Δίνεται η δυνατότητα στους χρήστες υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**52. 7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**53. 8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού; \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Αρκετά  
 Πολύ  
 Πάρα Πολύ

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ****Η. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ****54. 1. ΦΥΛΟ \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- ΓΥΝΑΙΚΑ  
 ΑΝΔΡΑΣ

**55. 2. ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΖΑΖΟΜΕΝΟΥ \*****56. 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ \****Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- ΑΓΑΜΟΣ  
 ΕΓΓΑΜΟΣ  
 ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ  
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ

**57. 4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ \****Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ
- ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ
- ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ
- ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ
- ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΕΙ Ή ΑΕΙ

**58. 5. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΕΕΣ \***

---

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ  
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ**

**Frequencies**

**Statistics**

	1. ΦΥΛ Ο	3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ Σ	2. ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΧΑΖΟΜΕΝΟ Υ	5. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜ Ο ΤΟΥ ΕΕΣ	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;
Valid	165	165	165	147	145	165
N Missin g	0	0	0	18	20	0
Mean	1.79	2.47	77.48	43.54	17.07	2.35
Std. Deviation	.406	.880	75.771	6.388	7.733	1.097

**Πίνακα Β.1. Statistics**

**Frequency Table**

**1. ΦΥΛΟ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	34	20.6	20.6	20.6
Valid Γυναίκα	131	79.4	79.4	100.0
Total	165	100.0	100.0	

**Πίνακα Β.2. Συχνότητα απαντήσεων φύλλου**

**3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΓΑΜΟΣ	40	24.2	24.2	24.2
Valid ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	11	6.7	6.7	30.9
Valid ΕΓΓΑΜΟΣ	111	67.3	67.3	98.2
Valid ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	3	1.8	1.8	100.0
Total	165	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.3. Συχνότητες απαντήσεων οικογενειακής κατάστασης**

**4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΕΙ/ΤΕΙ	96	58.2	58.2	58.2
Μεταπτυχιακό	25	15.2	15.2	73.3
Πρωτοβάθμια	5	3.0	3.0	76.4
Valid Εκπαίδευση				
Δευροβάθμια	39	23.6	23.6	100.0
Εκπαίδευση				
Total	165	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.4. Συχνότητα απαντήσεων εκπαίδευσης**

2. HAIKIA EPZAZOMENOY

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
23	1	.6	.7	.7
25	1	.6	.7	1.4
31	1	.6	.7	2.0
32	5	3.0	3.4	5.4
33	1	.6	.7	6.1
34	2	1.2	1.4	7.5
35	5	3.0	3.4	10.9
36	7	4.2	4.8	15.6
37	3	1.8	2.0	17.7
38	4	2.4	2.7	20.4
39	4	2.4	2.7	23.1
40	9	5.5	6.1	29.3
41	7	4.2	4.8	34.0
42	9	5.5	6.1	40.1
43	9	5.5	6.1	46.3
44	4	2.4	2.7	49.0
45	23	13.9	15.6	64.6
46	5	3.0	3.4	68.0
47	8	4.8	5.4	73.5
48	8	4.8	5.4	78.9
49	9	5.5	6.1	85.0
50	9	5.5	6.1	91.2
51	3	1.8	2.0	93.2
52	1	.6	.7	93.9
53	1	.6	.7	94.6
54	5	3.0	3.4	98.0
56	1	.6	.7	98.6
59	1	.6	.7	99.3
67	1	.6	.7	100.0
Total	147	89.1	100.0	
Missing System	18	10.9		



Total	165	100.0	
-------	-----	-------	--

**Πίνακας Β.5. Συχνότητα απαντήσεων ηλικίας των εργαζομένων**

**5. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΕΕΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	3	1.8	2.1	2.1
3	2	1.2	1.4	3.4
4	4	2.4	2.8	6.2
5	3	1.8	2.1	8.3
6	3	1.8	2.1	10.3
7	2	1.2	1.4	11.7
8	2	1.2	1.4	13.1
9	4	2.4	2.8	15.9
10	12	7.3	8.3	24.1
11	6	3.6	4.1	28.3
12	4	2.4	2.8	31.0
13	4	2.4	2.8	33.8
14	6	3.6	4.1	37.9
15	5	3.0	3.4	41.4
16	8	4.8	5.5	46.9
Valid 17	4	2.4	2.8	49.7
18	6	3.6	4.1	53.8
19	6	3.6	4.1	57.9
20	13	7.9	9.0	66.9
21	8	4.8	5.5	72.4
22	8	4.8	5.5	77.9
23	3	1.8	2.1	80.0
24	5	3.0	3.4	83.4
25	1	.6	.7	84.1
26	5	3.0	3.4	87.6
27	6	3.6	4.1	91.7
28	1	.6	.7	92.4
29	1	.6	.7	93.1
30	4	2.4	2.8	95.9
31	1	.6	.7	96.6
32	3	1.8	2.1	98.6

	33	1	.6	.7	99.3
	38	1	.6	.7	100.0
Total		145	87.9	100.0	

**Πίνακας Β.6. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΕΕΣ**

**5. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΕΕΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Missing System	20	12.1		
Total	165	100.0		

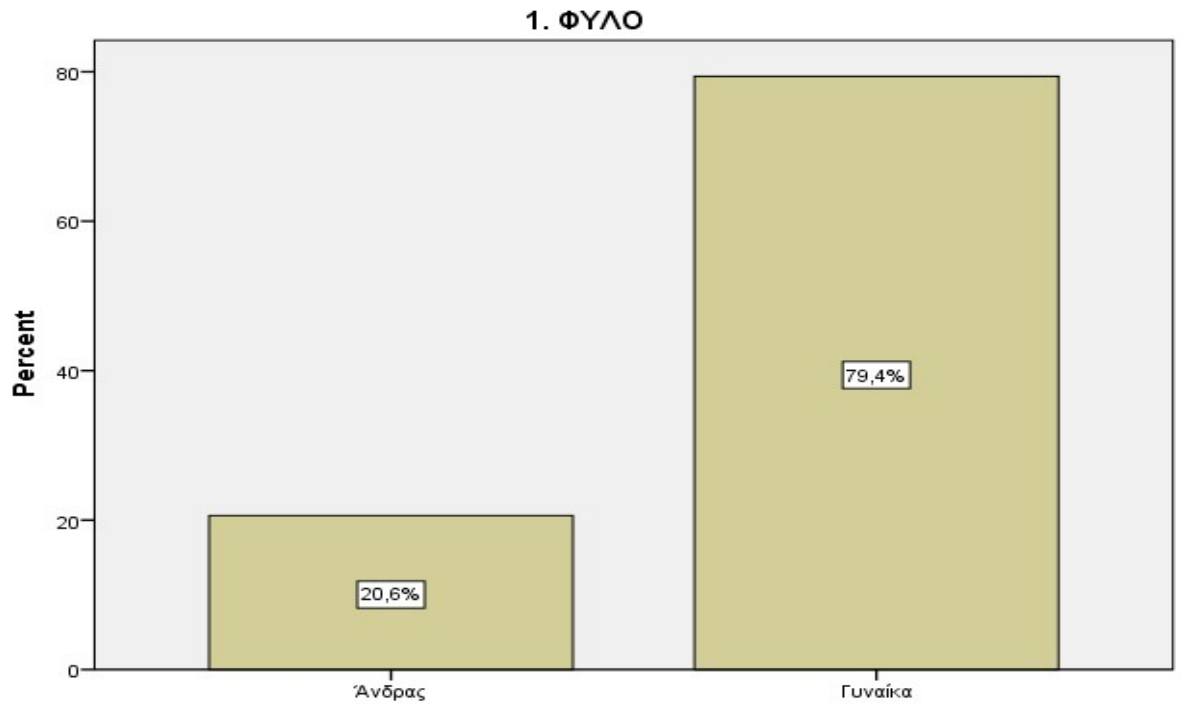
**Πίνακας Συχνότητας Β.7. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΕΕΣ**

**1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διοικητικές Υπηρεσίες	53	32.1	32.1	32.1
Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	29	17.6	17.6	49.7
Τομέας Νοσηλευτικής	56	33.9	33.9	83.6
Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	27	16.4	16.4	100.0
Total	165	100.0	100.0	

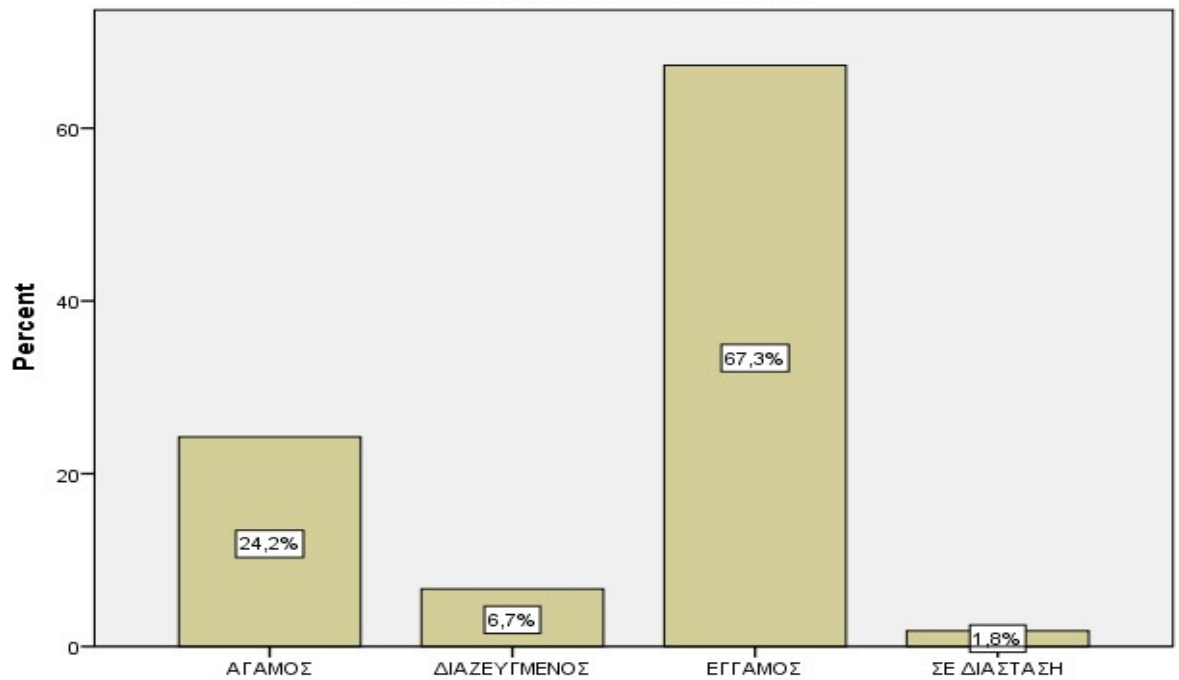
**Πίνακας Β.8. Συχνότητα σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε**

## Bar Chart



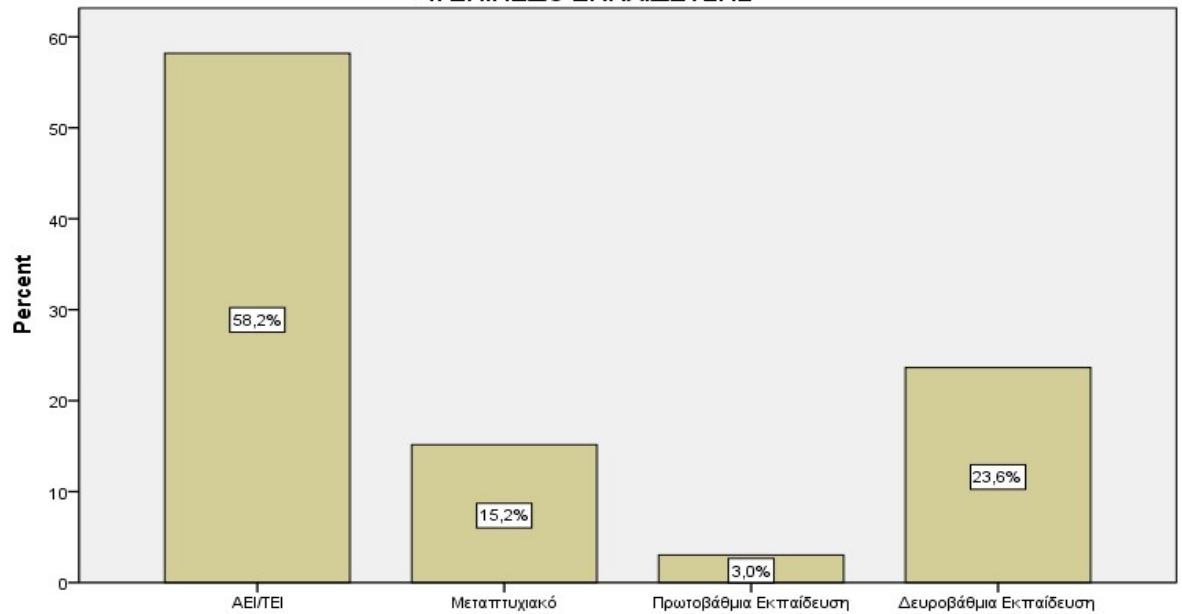
Διάγραμμα Β.9. Συχνότητα απαντήσεων φύλλου

### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Διάγραμμα Β.10. Συχνότητες απαντήσεων οικογενειακής κατάστασης

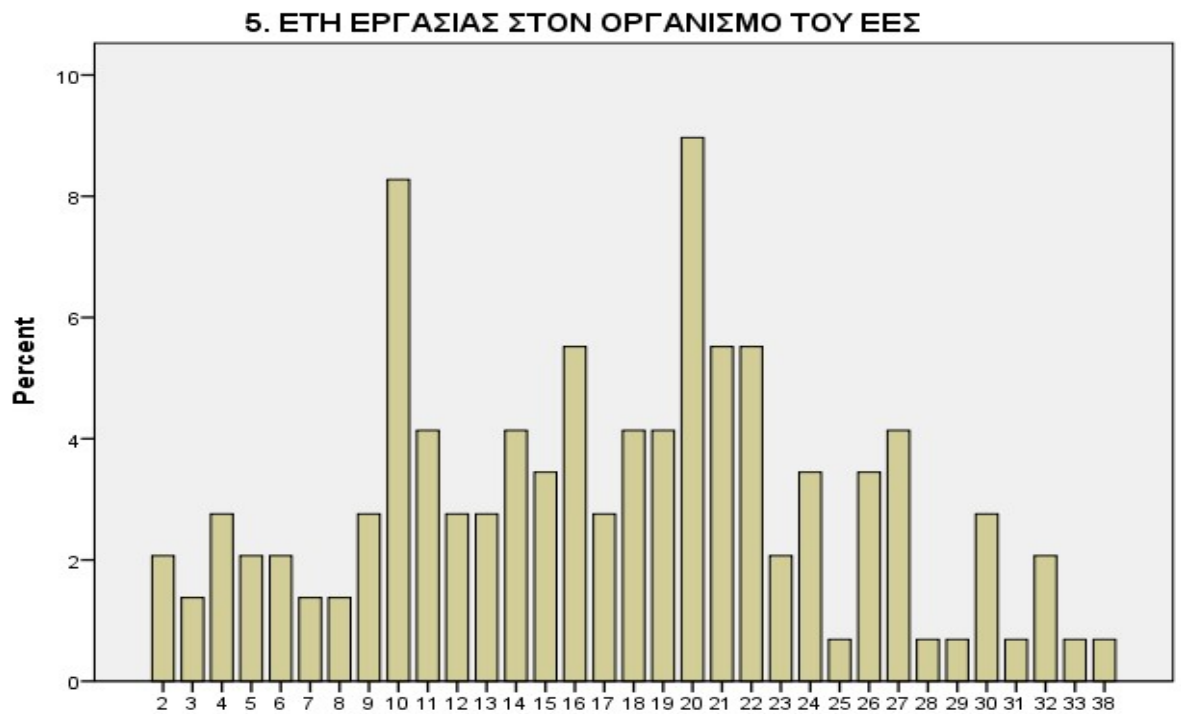
### 4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



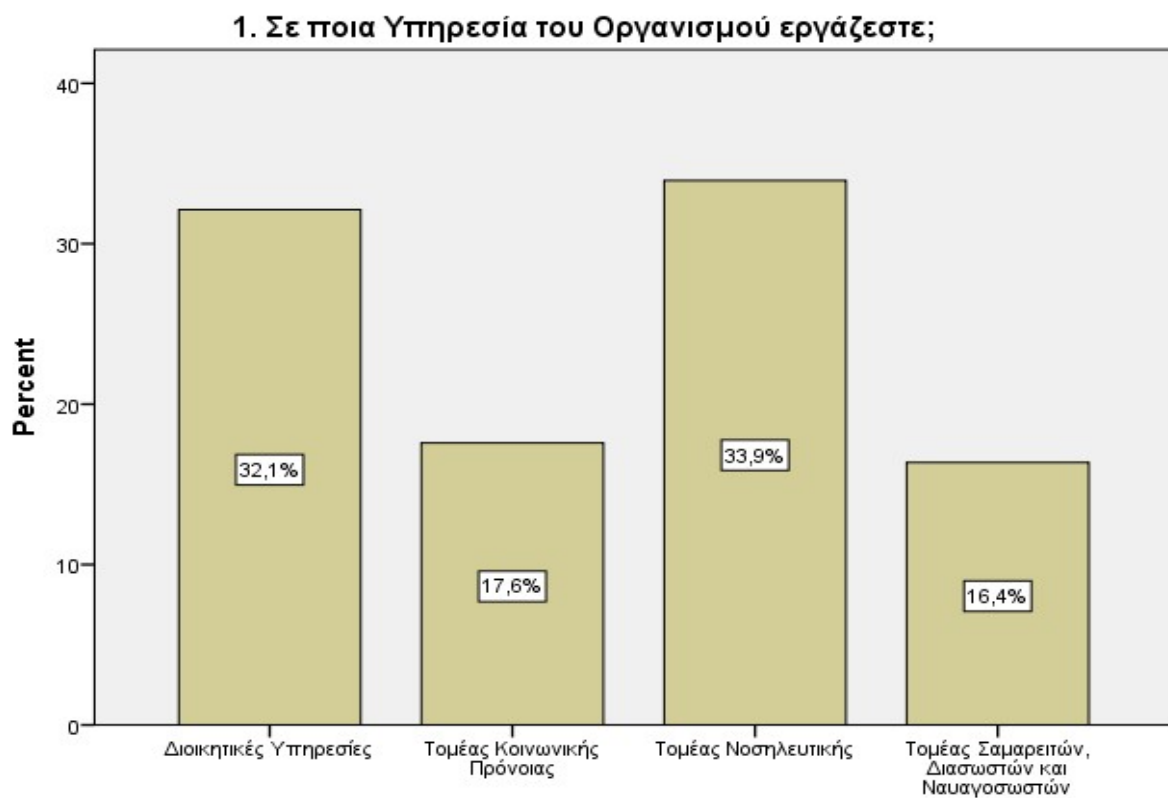
Διάγραμμα Β.11. Συχνότητα απαντήσεων εκπαίδευσης



**Διάγραμμα Β.12. Συχνότητα απαντήσεων ηλικίας των εργαζομένων**



**Διάγραμμα Β.13. Συχνότητα απαντήσεων των εργαζομένων έτη εργασίας**



**Διάγραμμα Β.14. Υπηρεσία του Οργανισμού που εργάζεστε**

### Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.15. Συχνότητα σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε**

**4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	16 <sub>a</sub> 30.2%	11 <sub>a</sub> 37.9%	19 <sub>a</sub> 33.9%
	Λίγο-Αρκετά	22 <sub>a</sub> 41.5%	18 <sub>a</sub> 62.1%	22 <sub>a</sub> 39.3%
	Πολύ-Πάρα πολύ	15 <sub>a</sub> 28.3%	0 <sub>b</sub> 0.0%	15 <sub>a</sub> 26.8%
Total		53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%

**Πίνακας Β.16. Συνάφειας-Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

**4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total
		Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	7 <sub>a</sub> 25.9%	53 32.1%
	Λίγο-Αρκετά	18 <sub>a</sub> 66.7%	80 48.5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	2 <sub>a, b</sub> 7.4%	32 19.4%
Total		27 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.17. Συνάφειας-Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.571 <sup>a</sup>	6	.011
Likelihood Ratio	22.193	6	.001
Linear-by-Linear Association	.333	1	.564
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,24.

**Πίνακας Β.18. «Chi-Square Tests» Επαρκεί το Προσωπικό σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό.**

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.19. Case Processing Summary**

**5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;	Καθόλου	10 <sub>a</sub> 18.9%	9 <sub>a</sub> 31.0%	11 <sub>a</sub> 19.6%
	Λίγο-Αρκετά	32 <sub>a</sub> 60.4%	19 <sub>a</sub> 65.5%	34 <sub>a</sub> 60.7%
	Πολύ-Πάρα πολύ	11 <sub>a, b</sub>	1 <sub>b</sub>	11 <sub>a, b</sub>



	20.8%	3.4%	19.6%
	53	29	56
Total	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας Β.20. Συνάφειας-Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total
		Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;	Καθόλου	9 <sub>a</sub> 33.3%	39 23.6%
	Λίγο-Αρκετά	10 <sub>a</sub> 37.0%	95 57.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 29.6%	31 18.8%
	Total	27 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.21. Συνάφειας-Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.549 <sup>a</sup>	6	.103
Likelihood Ratio	12.316	6	.055
Linear-by-Linear Association	.001	1	.979
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,07.

**Πίνακας Β.22. «Chi-Square Tests» - Υφίσταται έλλειψη Ειδικευμένου Προσωπικού σε σχέση με την Υπηρεσία Απασχόλησης στον Οργανισμό, έλεγχος  $\chi^2$ .**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.23. Case Processing Summary**

**4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**

**Crosstabulation**

			Επίπεδο Εκπαίδευσης		
			ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	Count % within Επίπεδο Εκπαίδευσης	32 <sub>a</sub> 33.3%	7 <sub>a</sub> 28.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%
	Λίγο-Αρκετά	Count % within Επίπεδο Εκπαίδευσης	45 <sub>a</sub> 46.9%	15 <sub>a</sub> 60.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count % within Επίπεδο Εκπαίδευσης	19 <sub>a</sub> 19.8%	3 <sub>a</sub> 12.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%
	Total	Count % within Επίπεδο Εκπαίδευσης	96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%

**Πίνακας B.24. Πίνακας Συνάφειας- Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης.**

4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης

Crosstabulation

			Επίπεδο Εκπαίδευσης	Total
			Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
			Count	13 <sub>a</sub>
Καθόλου			% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	33.3%
			Count	53
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Λίγο-Αρκετά	% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	33.3%	32.1%
		Count	18 <sub>a</sub>	80
	Πολύ-Πάρα πολύ	% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	46.2%	48.5%
		Count	8 <sub>a</sub>	32
	Total	% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	20.5%	19.4%
		Count	39	165
			% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	100.0%
			Count	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.25. Πίνακας Συνάφειας- Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης.**

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.108 <sup>a</sup>	6	.795
Likelihood Ratio	2.959	6	.814
Linear-by-Linear Association	.029	1	.866
N of Valid Cases	165		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,97.

**Πίνακας Β.26. Chi-Square Tests» - Σχέσης επάρκειας προσωπικού και επιπέδου εκπαίδευσης.**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.27. Case Processing Summary**

**4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης		
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	32 <sub>a</sub> 33.3%	7 <sub>a</sub> 28.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%
	Λίγο-Αρκετά	45 <sub>a</sub> 46.9%	15 <sub>a</sub> 60.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	19 <sub>a</sub> 19.8%	3 <sub>a</sub> 12.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%
	Total	96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%

**Πίνακας B.28. Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού**

4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης

Crosstabulation

		Επίπεδο Εκπαίδευσης	Total
		Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	13 <sub>a</sub> 33.3%	53 32.1%
	Λίγο-Αρκετά	18 <sub>a</sub> 46.2%	80 48.5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 20.5%	32 19.4%
	Total	39 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.29. Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού**

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3.108 <sup>a</sup>	6	.795	.812	.802	.822
Likelihood Ratio	2.959	6	.814	.857	.848	.866
Fisher's Exact Test	3.102			.813	.803	.823
Linear-by-Linear Association	.029 <sup>c</sup>	1	.866	.863	.854	.871
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,97.

c. The standardized statistic is ,169.

**Πίνακας Β.30. «Chi-Square Tests» - Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού.**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.31. Case Processing Summary**

**5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης		
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;	Καθόλου	22 <sub>a</sub> 22.9%	6 <sub>a</sub> 24.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%
	Λίγο-Αρκετά	61 <sub>a</sub> 63.5%	10 <sub>a</sub> 40.0%	3 <sub>a</sub> 60.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	13 <sub>a</sub> 13.5%	9 <sub>a</sub> 36.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%
Total		96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%

**Πίνακας Β.32. Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού**

5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού; \* Επίπεδο

Εκπαίδευσης Crosstabulation

		Επίπεδο Εκπαίδευσης	
		Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Total
5. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας υφίσταται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού;	Καθόλου	10 <sub>a</sub> 25.6%	39 23.6%
	Λίγο-Αρκετά	21 <sub>a</sub> 53.8%	95 57.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 20.5%	31 18.8%
	Total	39 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.33. Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού**

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7.565 <sup>a</sup>	6	.272	.265	.254	.277
Likelihood Ratio	7.018	6	.319	.385	.372	.398
Fisher's Exact Test	7.553			.230	.219	.241
Linear-by-Linear Association	.004 <sup>c</sup>	1	.947	.945	.939	.951
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

c. The standardized statistic is ,066.

**Πίνακας Β.34. «Chi-Square Tests» - Σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού.**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.35. Case Processing Summary**

**1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* 1. Σε ποια**

**Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

			1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		
			Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	20 <sub>a</sub> 37.7%	10 <sub>a</sub> 34.5%	20 <sub>a</sub> 35.7%
	Λίγο-Αρκετά	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	19 <sub>a</sub> 35.8%	9 <sub>a</sub> 31.0%	16 <sub>a</sub> 28.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	14 <sub>a</sub> 26.4%	10 <sub>a</sub> 34.5%	20 <sub>a</sub> 35.7%
	Total	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%

**Πίνακας B.36. σχέσηης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε.**



**1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* 1. Σε ποια**

**Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

			1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total
			Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	8 <sub>a</sub> 29.6%	58 35.2%
	Λίγο-Αρκετά	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	8 <sub>a</sub> 29.6%	52 31.5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	11 <sub>a</sub> 40.7%	55 33.3%
	Total	Count % within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	27 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.37. σχέσης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε**

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.158 <sup>a</sup>	6	.905
Likelihood Ratio	2.188	6	.902
Linear-by-Linear Association	1.251	1	.263
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,51.

**Πίνακας Β.38. σχέσης πολιτικής της ποιότητας και υπηρεσίας που εργάζεστε.**

### Crosstabs

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; * 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.39. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			Total
		Καθόλου	Λίγο-Αρκετά	Πολύ-Πάρα πολύ	
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	14 <sub>a</sub> 24.1%	3 <sub>b</sub> 5.8%	20 <sub>a</sub> 36.4%	37 22.4%
	Λίγο-Αρκετά	32 <sub>a</sub> 55.2%	47 <sub>b</sub> 90.4%	16 <sub>c</sub> 29.1%	95 57.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	12 <sub>a</sub> 20.7%	2 <sub>b</sub> 3.8%	19 <sub>a</sub> 34.5%	33 20.0%
Total		58 100.0%	52 100.0%	55 100.0%	165 100.0%

**Πίνακας Β.40.** Each subscript letter denotes a subset of 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.422 <sup>a</sup>	4	.000
Likelihood Ratio	46.058	4	.000
Linear-by-Linear Association	.018	1	.894
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,40.

**Πίνακας Β.41.**

#### Kruskal-Wallis Test

##### Ranks

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;		N	Mean Rank
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης	Καθόλου	58	82.31
	Λίγο-Αρκετά	52	83.65
	Πολύ-Πάρα πολύ	55	83.11

της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Total	165	
--	-------	-----	--

**Πίνακας Β.42.**

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;
Chi-Square	.028
df	2
Asymp. Sig.	.986

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 1.

Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

**Πίνακας Β.43.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

Cases					
Valid		Missing		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%
---	-----	--------	---	------	-----	--------

**Πίνακας Β.44.**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης

**Crosstabulation**

			Επίπεδο Εκπαίδευσης		
			ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακ ό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	Count	37 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	38.5%	24.0%	40.0%
	Λίγο-Αρκετά	Count	26 <sub>a</sub>	14 <sub>b</sub>	3 <sub>a, b</sub>
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	27.1%	56.0%	60.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count	33 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	34.4%	20.0%	0.0%
	Total	Count	96	25	5
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας Β.45.**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* Επίπεδο

Εκπαίδευσης Crosstabulation

			Επίπεδο Εκπαίδευσης	Total
			Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	Count	13 <sub>a</sub>	58
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	33.3%	35.2%
	Λίγο-Αρκετά	Count	9 <sub>a</sub>	52
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	23.1%	31.5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count	17 <sub>a</sub>	55
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	43.6%	33.3%
	Total	Count	39	165
		% within Επίπεδο Εκπαίδευσης	100.0%	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Πίνακας B.46.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	13.053 <sup>a</sup>	6	.042
Likelihood Ratio	13.884	6	.031
Linear-by-Linear Association	.733	1	.392
N of Valid Cases	165		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

Πίνακας B.47.

Crosstabs

Case Processing Summary

Cases		
Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.48.**

**1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης		
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	37 <sub>a</sub> 38.5%	6 <sub>a</sub> 24.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%
	Λίγο-Αρκετά	26 <sub>a</sub> 27.1%	14 <sub>b</sub> 56.0%	3 <sub>a, b</sub> 60.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	33 <sub>a</sub> 34.4%	5 <sub>a</sub> 20.0%	0 <sub>a</sub> 0.0%
	Total	96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%

**Πίνακας Β.49.**

**1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Total

		Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	13 <sub>a</sub> 33.3%	58 35.2%
	Λίγο-Αρκετά	9 <sub>a</sub> 23.1%	52 31.5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	17 <sub>a</sub> 43.6%	55 33.3%
	Total	39 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

### Πίνακας B.50.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13.053 <sup>a</sup>	6	.042	.039	.034	.044
Likelihood Ratio	13.884	6	.031	.043	.038	.048
Fisher's Exact Test	12.079			.046	.040	.051
Linear-by-Linear Association	.733 <sup>c</sup>	1	.392	.386	.374	.399
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

c. The standardized statistic is ,856.

### Πίνακας B.51.

#### Oneway

#### ANOVA

Ηλικία Εργαζόμενου



	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24.726	2	12.363	.300	.741
Within Groups	5933.818	144	41.207		
Total	5958.544	146			

Πίνακας B.52.

### Crosstabs

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

Πίνακας B.53.

6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

			1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		
			Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	Count	9 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>
		% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	17.0%	31.0%	19.6%
	Λίγο-Αρκετά	Count	36 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>	31 <sub>a</sub>
% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		67.9%	55.2%	55.4%	
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count	8 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>

	% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	15.1%	13.8%	25.0%
	Count	53	29	56
Total	% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας Β.54.**

**6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total	
		Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών		
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	Count	8 <sub>a</sub>	37
		% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	29.6%	22.4%
	Λίγο-Αρκετά	Count	12 <sub>a</sub>	95
		% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	44.4%	57.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count	7 <sub>a</sub>	33

	% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	25.9%	20.0%
Total	Count	27	165
	% within 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	100.0%	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.55.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)
				Significance	99% Confidence Interval		
					Lower Bound	Upper Bound	
Pearson Chi-Square	6.719 <sup>a</sup>	6	.348	.347 <sup>b</sup>	.335	.359	
Likelihood Ratio	6.683	6	.351	.365 <sup>b</sup>	.353	.378	
Fisher's Exact Test	6.707			.340 <sup>b</sup>	.328	.352	
Linear-by-Linear Association	.136 <sup>c</sup>	1	.712	.745 <sup>b</sup>	.733	.756	.370 <sup>b</sup>
N of Valid Cases	165						

**Πίνακας B.56.**

**Chi-Square Tests**

	Monte Carlo Sig. (1-sided)	
	99% Confidence Interval	
	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test		

Linear-by-Linear Association	.358 <sup>c</sup>	.383
N of Valid Cases		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c. The standardized statistic is ,369.

### Πίνακας B.57.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

### Πίνακας B.58.

6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;

\* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	9 <sub>a</sub> 17.0%	9 <sub>a</sub> 31.0%	11 <sub>a</sub> 19.6%
	Λίγο-Αρκετά	36 <sub>a</sub> 67.9%	16 <sub>a</sub> 55.2%	31 <sub>a</sub> 55.4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 15.1%	4 <sub>a</sub> 13.8%	14 <sub>a</sub> 25.0%
	Total	53	29	56

100.0%

100.0%

100.0%

**Πίνακας Β.59.**

**6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Total
		Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	8 <sub>a</sub> 29.6%	37 22.4%
	Λίγο-Αρκετά	12 <sub>a</sub> 44.4%	95 57.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	7 <sub>a</sub> 25.9%	33 20.0%
	Total	27 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.60.****Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.719 <sup>a</sup>	6	.348
Likelihood Ratio	6.683	6	.351
Linear-by-Linear Association	.136	1	.712

N of Valid Cases	165		
------------------	-----	--	--

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

**Πίνακας Β.61.**

### Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; * 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.62.**

6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

Crosstabulation

		1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;		
		Καθόλου	Λίγο-Αρκετά	Πολύ-Πάρα πολύ
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	Count 14 <sub>a</sub> % within 1. 24.1%	Count 3 <sub>b</sub> % within 1. 5.8%	Count 20 <sub>a</sub> % within 1. 36.4%
	Λίγο-Αρκετά	Count 32 <sub>a</sub> % within 1. 55.2%	Count 47 <sub>b</sub> % within 1. 90.4%	Count 16 <sub>c</sub> % within 1. 29.1%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count 12 <sub>a</sub> % within 1. 20.7%	Count 2 <sub>b</sub> % within 1. 3.8%	Count 19 <sub>a</sub> % within 1. 34.5%
	Total	Count 58	Count 52	Count 55
		Count 14 <sub>a</sub>	Count 3 <sub>b</sub>	Count 20 <sub>a</sub>
		% within 1. 24.1%	% within 1. 5.8%	% within 1. 36.4%

% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	100.0%	100.0%	100.0%
---	--------	--------	--------

**Πίνακας B.63.**

6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

**Crosstabulation**

		Total	
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	Count	37
		% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	22.4%
	Λίγο-Αρκετά	Count	95
		% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	57.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	Count	33
		% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	20.0%
	Total	Count	165
		% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.64.**



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.422 <sup>a</sup>	4	.000
Likelihood Ratio	46.058	4	.000
Linear-by-Linear Association	.018	1	.894
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,40.

**Πίνακας Β.65.**

**Symmetric Measures**

	Value	Asymptotic Standardized Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal Gamma	.012	.130	.090	.928
Spearman Correlation	.008	.092	.103	.918 <sup>c</sup>
Interval by Interval Pearson's R	.010	.091	.133	.894 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	165			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

**Πίνακας Β.66.**

**Oneway**

**Descriptives**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum
					Lower Bound	Upper Bound	
					ΑΕΙ/ΤΕΙ	96	
Μεταπτυχιακό	25	1.96	.676	.135	1.68	2.24	1
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	5	1.60	.548	.245	.92	2.28	1
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	39	2.10	.882	.141	1.82	2.39	1
Total	165	1.98	.830	.065	1.85	2.11	1

**Πίνακας Β.67.**

**Descriptives**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

	Maximum
ΑΕΙ/ΤΕΙ	3
Μεταπτυχιακό	3
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	2
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	3
Total	3

**Πίνακας Β.68.**

**ANOVA**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.362	3	.454	.655	.581
Within Groups	111.583	161	.693		
Total	112.945	164			

**Πίνακας Β.69.**

**Oneway**

**Descriptives**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum
					Lower Bound	Upper Bound	
					ΑΕΙ/ΤΕΙ	96	
Μεταπτυχιακό	25	1.96	.676	.135	1.68	2.24	1
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	5	1.60	.548	.245	.92	2.28	1
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	39	2.10	.882	.141	1.82	2.39	1
Total	165	1.98	.830	.065	1.85	2.11	1

**Πίνακας Β.70.**

**Descriptives**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

	Maximum
ΑΕΙ/ΤΕΙ	3
Μεταπτυχιακό	3
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	2
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	3
Total	3

**Πίνακας Β.71.**

**Test of Homogeneity of Variances**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.869	3	161	.010

**Πίνακας Β.72.**

**ANOVA**

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.362	3	.454	.655	.581
Within Groups	111.583	161	.693		
Total	112.945	164			

**Πίνακας Β.73.**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; * 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.74.**

6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;

**Crosstabulation**

			1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;		
			Καθόλου	Λίγο-Αρκετά	Πολύ-Πάρα πολύ
6. Στην υπηρεσία	Καθόλου	Count	14 <sub>a</sub>	3 <sub>b</sub>	20 <sub>a</sub>

σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Λίγο-Αρκετά	% within 1.	24.1%	5.8%	36.4%
		Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			
		Count	32 <sub>a</sub>	47 <sub>b</sub>	16 <sub>c</sub>
		% within 1.	55.2%	90.4%	29.1%
		Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			
		Count	12 <sub>a</sub>	2 <sub>b</sub>	19 <sub>a</sub>
Πολύ-Πάρα πολύ	Πολύ-Πάρα πολύ	% within 1.	20.7%	3.8%	34.5%
		Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			
		Count	58	52	55
		% within 1.	100.0%	100.0%	100.0%
		Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			
		Count	58	52	55
Total	Total	% within 1.	100.0%	100.0%	100.0%
		Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			
		Count	58	52	55
		% within 1.	100.0%	100.0%	100.0%
		Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;			
		Count	58	52	55

**Πίνακας Β.75.**

**6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; \* 1.**

**Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; Crosstabulation**

			Total
6. Στην υπηρεσία σας διενεργούνται διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	Count	37
		% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	22.4%
		Count	95
	Λίγο-Αρκετά	% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	57.6%
		Count	95
		Count	95

		Count	33
	Πολύ-Πάρα πολύ	% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	20.0%
		Count	165
Total		% within 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Θεωρείτε ότι υπάρχει πολιτική ποιότητας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

### Πίνακας B.76.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.422 <sup>a</sup>	4	.000
Likelihood Ratio	46.058	4	.000
Linear-by-Linear Association	.018	1	.894
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,40.

### Πίνακας B.77.

#### Symmetric Measures

	Value	Asymptotic Standardized Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance	
Ordinal by Ordinal	Gamma	.012	.130	.090	.928
	Spearman Correlation	.008	.092	.103	.918 <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	.010	.091	.133	.894 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	165				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Πίνακας Β.78.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.79.**

3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \* 1. Σε ποια

**Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο	Καθόλου	12 <sub>a</sub> 22.6%	8 <sub>a</sub> 27.6%	9 <sub>a</sub> 16.1%	10 <sub>a</sub> 37.0%

για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων;	Λίγο-Αρκετά	25 <sub>a, b</sub> 47.2%	13 <sub>a, b</sub> 44.8%	38 <sub>b</sub> 67.9%	10 <sub>a</sub> 37.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	16 <sub>a</sub> 30.2%	8 <sub>a</sub> 27.6%	9 <sub>a</sub> 16.1%	7 <sub>a</sub> 25.9%
Total		53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

**Πίνακας B.80.**

**3. Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		Total
3. Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων;	Καθόλου	39 23.6%
	Λίγο-Αρκετά	86 52.1%
	Πολύ-Πάρα πολύ	40 24.2%
	Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.81.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.486 <sup>a</sup>	6	.106
Likelihood Ratio	10.415	6	.108
Linear-by-Linear Association	1.126	1	.289
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,38.

**Πίνακας B.82.**



## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.83.**

**3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \* Επίπεδο**

### Εκπαίδευσης Crosstabulation

	Επίπεδο Εκπαίδευσης			
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακ ό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων;	21 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>
Καθόλου	21.9%	20.0%	60.0%	25.6%
Λίγο-Αρκετά	53 <sub>a</sub>	15 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>
Πολύ-Πάρα πολύ	55.2%	60.0%	20.0%	43.6%
Total	22 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>
	22.9%	20.0%	20.0%	30.8%
	96	25	5	39
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας Β.84.**

**3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**

### Crosstabulation

	Total
3.Στην Υπηρεσία σας υπάρχει αρμόδιο άτομο για την εισήγηση νέων ιδεών και προτάσεων;	39
Καθόλου	23.6%
Λίγο-Αρκετά	86
Πολύ-Πάρα πολύ	52.1%
Total	40
	24.2%
	165
	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.85.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6.115 <sup>a</sup>	6	.410	.415	.402	.428
Likelihood Ratio	5.563	6	.474	.547	.534	.560
Fisher's Exact Test	5.651			.435	.422	.448
Linear-by-Linear Association	.052 <sup>c</sup>	1	.820	.821	.811	.831
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,18.

c. The standardized statistic is ,228.

**Πίνακας Β.86.**

**Oneway**  
**Descriptives**  
Ηλικία Εργαζόμενου

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum
					Lower Bound	Upper Bound	
					Καθόλου	34	
Λίγο-Αρκετά	76	42.86	5.719	.656	41.55	44.16	25
Πολύ-Πάρα πολύ	37	44.59	7.552	1.241	42.08	47.11	23
Total	147	43.54	6.388	.527	42.50	44.58	23

**Descriptives**

**Πίνακας Β.87.**

Ηλικία Εργαζόμενου

	Maximum
--	---------

Καθόλου	67
Λίγο-Αρκετά	54
Πολύ-Πάρα πολύ	59
Total	67

**Πίνακας B.88.**

**ANOVA**

Ηλικία Εργαζόμενου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	81.482	2	40.741	.998	.371
Within Groups	5877.062	144	40.813		
Total	5958.544	146			

**Πίνακας B.89.**

**Crosstabs**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.90.**

**1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	10 <sub>a</sub> 18.9%	10 <sub>a</sub> 34.5%	16 <sub>a</sub> 28.6%	11 <sub>a</sub> 40.7%
	Λίγο-Αρκετά	16 <sub>a</sub> 30.2%	9 <sub>a</sub> 31.0%	21 <sub>a</sub> 37.5%	3 <sub>a</sub> 11.1%
	Πολύ-Πάρα πολύ	27 <sub>a</sub> 50.9%	10 <sub>a</sub> 34.5%	19 <sub>a</sub> 33.9%	13 <sub>a</sub> 48.1%
	Total	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

**Πίνακας Β.91.**

**1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		Total
1. Έχετε λάβει πλήρη περιγραφή των καθηκόντων σας στην Υπηρεσία που εργάζεστε;	Καθόλου	47 28.5%
	Λίγο-Αρκετά	49 29.7%
	Πολύ-Πάρα πολύ	69 41.8%
Total		165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.92.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.342 <sup>a</sup>	6	.111
Likelihood Ratio	11.293	6	.080
Linear-by-Linear Association	2.277	1	.131
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,69.

**Πίνακας B.93.****Crosstabs****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.94.**

4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας;	Καθόλου	17 <sub>a</sub> 32.1%	8 <sub>a</sub> 27.6%	14 <sub>a</sub> 25.0%	11 <sub>a</sub> 40.7%
	Λίγο-Αρκετά	18 <sub>a, b</sub> 34.0%	8 <sub>a, b</sub> 27.6%	21 <sub>b</sub> 37.5%	2 <sub>a</sub> 7.4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	18 <sub>a</sub> 34.0%	13 <sub>a</sub> 44.8%	21 <sub>a</sub> 37.5%	14 <sub>a</sub> 51.9%
	Total	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

Πίνακας Β.95.

4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

		Total
4. Ενθαρρύνεστε από την Υπηρεσία σας να προτείνετε μέτρα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας;	Καθόλου	50 30.3%
	Λίγο-Αρκετά	49 29.7%
	Πολύ-Πάρα πολύ	66 40.0%
Total		165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Πίνακας Β.96.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.337 <sup>a</sup>	6	.155
Likelihood Ratio	11.078	6	.086
Linear-by-Linear Association	.304	1	.581
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,02.

**Πίνακας B.97.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελομένου πληθυσμού; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.98.**

**7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτική ς	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστ ών
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	24 <sub>a</sub> 45.3%	20 <sub>a</sub> 69.0%	23 <sub>a</sub> 41.1%	13 <sub>a</sub> 48.1%
	Λίγο-Αρκετά	5 <sub>a</sub> 9.4%	5 <sub>a</sub> 17.2%	1 <sub>a</sub> 1.8%	2 <sub>a</sub> 7.4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	24 <sub>a</sub> 45.3%	4 <sub>b</sub> 13.8%	32 <sub>a</sub> 57.1%	12 <sub>a, b</sub> 44.4%
	Total	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

**Πίνακας Β.99.**

**7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		Total
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	80 48.5%
	Λίγο-Αρκετά	13 7.9%
	Πολύ-Πάρα πολύ	72 43.6%
	Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.100.**



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17.589 <sup>a</sup>	6	.007	.007	.005	.009
Likelihood Ratio	19.681	6	.003	.005	.003	.006
Fisher's Exact Test	18.763			.003	.002	.005
Linear-by-Linear Association	.523 <sup>c</sup>	1	.470	.485	.472	.497
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,13.

c. The standardized statistic is ,723.

**Πίνακας B.101.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελομένου πληθυσμού; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.102.**

8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού; \* 1. Σε ποια

**Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτική ς	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστ ών
8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	16 <sub>a, b</sub> 30.2%	17 <sub>b</sub> 58.6%	13 <sub>a</sub> 23.2%	12 <sub>a, b</sub> 44.4%
	Λίγο-Αρκετά	4 <sub>a, b</sub> 7.5%	4 <sub>b</sub> 13.8%	0 <sub>a</sub> 0.0%	0 <sub>a, b</sub> 0.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	33 <sub>a</sub> 62.3%	8 <sub>b</sub> 27.6%	43 <sub>a</sub> 76.8%	15 <sub>a, b</sub> 55.6%
	Total	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

**Πίνακας Β.103.**

8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού; \* 1. Σε ποια

**Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		Total
8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	58 35.2%
	Λίγο-Αρκετά	8 4.8%
	Πολύ-Πάρα πολύ	99 60.0%
Total		165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.104.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25.297 <sup>a</sup>	6	.000	.001	.000	.001
Likelihood Ratio	28.182	6	.000	.000	.000	.001
Fisher's Exact Test	24.463			.000	.000	.001
Linear-by-Linear Association	.132 <sup>c</sup>	1	.716	.731	.720	.743
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,31.

c. The standardized statistic is ,364.

**Πίνακας B.105.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.106.**

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				
	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	14 <sub>a</sub> 26.4%	7 <sub>a</sub> 24.1%	10 <sub>a</sub> 17.9%	10 <sub>a</sub> 37.0%
	Λίγο-Αρκετά	21 <sub>a</sub> 39.6%	13 <sub>a, b</sub> 44.8%	38 <sub>b</sub> 67.9%	12 <sub>a, b</sub> 44.4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	18 <sub>a</sub> 34.0%	9 <sub>a</sub> 31.0%	8 <sub>a</sub> 14.3%	5 <sub>a</sub> 18.5%
Total		53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

Πίνακας Β.107.

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	Total
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	41 24.8%
	84 50.9%
	40 24.2%
Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Πίνακας Β.108.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.964 <sup>a</sup>	6	.044
Likelihood Ratio	12.854	6	.045
Linear-by-Linear Association	2.515	1	.113
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,55.

**Πίνακας B.109.**

**Oneway**

**Descriptives**

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum
					Lower Bound	Upper Bound	
					Διοικητικές Υπηρεσίες	53	
Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	29	2.07	.753	.140	1.78	2.36	1
Τομέας Νοσηλευτικής	56	1.96	.571	.076	1.81	2.12	1
Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	27	1.81	.736	.142	1.52	2.11	1
Total	165	1.99	.703	.055	1.89	2.10	1

**Πίνακας B.110.**

**Descriptives**

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;

	Maximum
Διοικητικές Υπηρεσίες	3
Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	3
Τομέας Νοσηλευτικής	3
Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	3

Total	3
-------	---

**Πίνακας B.111.**

**Test of Homogeneity of Variances**

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας  
της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.344	3	161	.006

**Πίνακας B.112.**

**ANOVA**

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.431	3	.477	.965	.411
Within Groups	79.563	161	.494		
Total	80.994	164			

**Πίνακας B.113.**

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: 3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;

Tukey HSD

(I) 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	(J) 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	.007	.162	1.000	-.42	.43
	Τομέας Νοσηλευτικής	.111	.135	.842	-.24	.46
	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	.261	.166	.400	-.17	.69
Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Διοικητικές Υπηρεσίες	-.007	.162	1.000	-.43	.42
	Τομέας Νοσηλευτικής	.105	.161	.915	-.31	.52
	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	.254	.188	.531	-.23	.74
Τομέας Νοσηλευτικής	Διοικητικές Υπηρεσίες	-.111	.135	.842	-.46	.24
	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	-.105	.161	.915	-.52	.31
	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	.149	.165	.801	-.28	.58
Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	Διοικητικές Υπηρεσίες	-.261	.166	.400	-.69	.17
	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	-.254	.188	.531	-.74	.23
	Τομέας Νοσηλευτικής	-.149	.165	.801	-.58	.28

Πίνακας Β.114.

### Homogeneous Subsets

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας  
κατ' έτος;

Tukey HSD

1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	N	Subset for alpha =
		0.05
		1
Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	27	1.81
Τομέας Νοσηλευτικής	56	1.96
Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	29	2.07
Διοικητικές Υπηρεσίες	53	2.08
Sig.		.385

Πίνακας B.115.

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36,953.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Crosstabs**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

Πίνακας B.116.



4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας;	18 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>
Καθόλου	34.0%	24.1%	21.4%	22.2%
Λίγο-Αρκετά	17 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	32 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>
	32.1%	48.3%	57.1%	44.4%
Πολύ-Πάρα πολύ	18 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>
	34.0%	27.6%	21.4%	33.3%
Total	53	29	56	27
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας B.117.**

4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	Total
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσία σας;	43
Καθόλου	26.1%
Λίγο-Αρκετά	75
	45.5%
Πολύ-Πάρα πολύ	47
	28.5%
Total	165
	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.118.**

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.520 <sup>a</sup>	6	.275
Likelihood Ratio	7.608	6	.268
Linear-by-Linear Association	.197	1	.657
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,04.

**Πίνακας B.119.**

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.120.**

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης

Crosstabulation

		Επίπεδο Εκπαίδευσης			
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακ ό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	19 <sub>a</sub> 19.8%	8 <sub>a</sub> 32.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%	13 <sub>a</sub> 33.3%
	Λίγο-Αρκετά	52 <sub>a</sub> 54.2%	13 <sub>a</sub> 52.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%	17 <sub>a</sub> 43.6%
	Πολύ-Πάρα πολύ	25 <sub>a</sub> 26.0%	4 <sub>a</sub> 16.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%	9 <sub>a</sub> 23.1%
	Total	96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%	39 100.0%

Πίνακας Β.121.

3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation

		Total
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	41 24.8%
	Λίγο-Αρκετά	84 50.9%
	Πολύ-Πάρα πολύ	40 24.2%
	Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Πίνακας Β.122.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4.776 <sup>a</sup>	6	.573	.595	.582	.607
Likelihood Ratio	4.736	6	.578	.663	.651	.675
Fisher's Exact Test	5.040			.535	.522	.548
Linear-by-Linear Association	.863 <sup>c</sup>	1	.353	.359	.347	.371
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.

c. The standardized statistic is -,929.

**Πίνακας B.123.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.124.**

4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης

**Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης			
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακ ό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμ ια Εκπαίδευση
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας;	Καθόλου	20 <sub>a</sub> 20.8%	7 <sub>a</sub> 28.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%	15 <sub>a</sub> 38.5%
	Λίγο-Αρκετά	46 <sub>a</sub> 47.9%	15 <sub>a</sub> 60.0%	2 <sub>a</sub> 40.0%	12 <sub>a</sub> 30.8%

	Πολύ-Πάρα πολύ	30 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>
		31.2%	12.0%	40.0%	30.8%
Total		96	25	5	39
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας Β.125.**

4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης

**Crosstabulation**

		Total
4. Γνωρίζετε το κόστος ωφελιμότητας για την κάθε παρεχόμενη υπηρεσίας σας;	Καθόλου	43 26.1%
	Λίγο-Αρκετά	75 45.5%
	Πολύ-Πάρα πολύ	47 28.5%
	Total	165 100.0%

**Πίνακας Β.126.**

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9.536 <sup>a</sup>	6	.146	.143	.134	.152
Likelihood Ratio	10.085	6	.121	.158	.149	.167
Fisher's Exact Test	9.934			.104	.096	.112
Linear-by-Linear Association	.912 <sup>c</sup>	1	.340	.346	.333	.358
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

c. The standardized statistic is -,955.

**Πίνακας Β.127.**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.128.**

**5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτική ς	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωσ τών
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες	Καθόλου	21 <sub>a</sub> 39.6%	7 <sub>a</sub> 24.1%	17 <sub>a</sub> 30.4%	10 <sub>a</sub> 37.0%
	Λίγο-Αρκετά	4 <sub>a</sub> 7.5%	1 <sub>a</sub> 3.4%	2 <sub>a</sub> 3.6%	0 <sub>a</sub> 0.0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	28 <sub>a</sub>	21 <sub>a</sub>	37 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>

καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;	52.8%	72.4%	66.1%	63.0%
Total	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

**Πίνακας B.129.**

**5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		Total
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;	Καθόλου	55 33.3%
	Λίγο-Αρκετά	7 4.2%
	Πολύ-Πάρα πολύ	103 62.4%
Total		165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.130.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5.603 <sup>a</sup>	6	.469	.483	.470	.496
Likelihood Ratio	6.557	6	.364	.454	.441	.467
Fisher's Exact Test	5.016			.526	.514	.539
Linear-by-Linear Association	.626 <sup>c</sup>	1	.429	.446	.433	.458
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,15.

c. The standardized statistic is ,791.

**Πίνακας B.131.**

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.132.**

**5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; \* Επίπεδο**

**Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης			
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες	Καθόλου	31 <sub>a</sub> 32.3%	6 <sub>a</sub> 24.0%	4 <sub>a</sub> 80.0%	14 <sub>a</sub> 35.9%
	Λίγο-Αρκετά	3 <sub>a</sub> 3.1%	0 <sub>a</sub> 0.0%	0 <sub>a</sub> 0.0%	4 <sub>a</sub> 10.3%
	Πολύ-Πάρα πολύ	62 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	21 <sub>a</sub>



καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;	64.6%	76.0%	20.0%	53.8%
Total	96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%	39 100.0%

**Πίνακας B.133.**

**5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Total
5. Παρακολουθείτε τις εξελίξεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα στην Υπηρεσία σας να αναπτυχθούν νέες καινοτόμες παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις με στόχο την κάλυψη των ανισοτήτων;	Καθόλου	55 33.3%
	Λίγο-Αρκετά	7 4.2%
	Πολύ-Πάρα πολύ	103 62.4%
Total		165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.134.**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11.619 <sup>a</sup>	6	.071	.068	.062	.075
Likelihood Ratio	11.605	6	.071	.077	.070	.084
Fisher's Exact Test	9.824			.092	.085	.100
Linear-by-Linear Association	1.414 <sup>c</sup>	1	.234	.233	.222	.244
N of Valid Cases	165					

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

c. The standardized statistic is -1,189.

**Πίνακας B.135.**

**Oneway**

**ANOVA**

Ηλικία Εργαζόμενου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	22,073	2	11,037	,268	,766
Within Groups	5936,471	144	41,225		
Total	5958,544	146			

**Πίνακας B.136.**

**Oneway**

**Descriptives**

Ηλικία Εργαζόμενου

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	48	43,04	5,907	,853	41,33	44,76
Λίγο-Αρκετά	7	43,00	6,137	2,320	37,32	48,68
Πολύ-Πάρα πολύ	92	43,84	6,688	,697	42,45	45,22
Total	147	43,54	6,388	,527	42,50	44,58

**Πίνακας B.137.**

**Descriptives**

Ηλικία Εργαζόμενου

	Minimum	Maximum
Καθόλου	32	54
Λίγο-Αρκετά	32	50
Πολύ-Πάρα πολύ	23	67

Total	23	67
-------	----	----

**Πίνακας B.138.**

**Test of Homogeneity of Variances**

Ηλικία Εργαζόμενου

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,086	2	144	,918

**Πίνακας B.139.**

**ANOVA**

Ηλικία Εργαζόμενου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	22,073	2	11,037	,268	,766
Within Groups	5936,471	144	41,225		
Total	5958,544	146			

**Πίνακας B.140.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.141.**

2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation

	Επίπεδο Εκπαίδευσης			
	AEI/TEI	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής;	Καθόλου	9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>
		9.4%	4.0%	20.0%	20.5%
	Λίγο-Αρκετά	19 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>
		19.8%	16.0%	40.0%	30.8%
	Πολύ-Πάρα πολύ	68 <sub>a</sub>	20 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>
		70.8%	80.0%	40.0%	48.7%
Total		96	25	5	39
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας B.142.**

**2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής; \***

**Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

	Total
Καθόλου	19 11.5%
Λίγο-Αρκετά	37 22.4%
Πολύ-Πάρα πολύ	109 66.1%
Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.143.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10.675 <sup>a</sup>	6	.099	.096	.088	.103
Likelihood Ratio	10.555	6	.103	.123	.115	.132
Fisher's Exact Test	10.862			.067	.061	.073
Linear-by-Linear Association	8.253 <sup>c</sup>	1	.004	.003	.001	.004

N of Valid Cases	165					
------------------	-----	--	--	--	--	--

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,58.

c. The standardized statistic is -2,873.

**Πίνακας B.14.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.145.**

8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του

**Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών	Καθόλου	17 <sub>a</sub> 32.1%	11 <sub>a</sub> 37.9%	12 <sub>a</sub> 21.4%	8 <sub>a</sub> 29.6%
	Λίγο-Αρκετά	6 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>

εργασίας;		11.3%	6.9%	7.1%	3.7%
	Πολύ-Πάρα πολύ	30 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>	40 <sub>a</sub>	18 <sub>a</sub>
		56.6%	55.2%	71.4%	66.7%
	Total	53	29	56	27
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Πίνακας Β.146.**

**8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		Total
	Καθόλου	48 29.1%
8. Θεωρείτε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας;	Λίγο-Αρκετά	13 7.9%
	Πολύ-Πάρα πολύ	104 63.0%
	Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας Β.147.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4.857 <sup>a</sup>	6	.562	.569	.557	.582
Likelihood Ratio	4.950	6	.550	.586	.573	.598
Fisher's Exact Test	4.711			.582	.569	.595

Linear-by-Linear Association	1.532 <sup>c</sup>	1	.216	.217	.207	.228
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,13.

c. The standardized statistic is 1,238.

### Πίνακας B.148.

## Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

### Πίνακας B.149.

10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του

Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;				Total
	Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; Ναι	8 <sub>a</sub> 15.1%	4 <sub>a</sub> 13.8%	1 <sub>a</sub> 1.8%	2 <sub>a</sub> 7.4%	15 9.1%
Όχι	45 <sub>a</sub> 84.9%	25 <sub>a</sub> 86.2%	55 <sub>a</sub> 98.2%	25 <sub>a</sub> 92.6%	150 90.9%

Total	53	29	56	27	165
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.150.**

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6.796 <sup>a</sup>	3	.079	.072	.066	.079
Likelihood Ratio	7.989	3	.046	.065	.058	.071
Fisher's Exact Test	7.353			.044	.038	.049
Linear-by-Linear Association	4.080 <sup>c</sup>	1	.043	.048	.043	.054
N of Valid Cases	165					

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,45.

c. The standardized statistic is 2,020.

**Πίνακας B.151.**

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; * Φύλο	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.152.**

10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία; \* Φύλο

#### Crosstabulation

		Φύλο		Total
		Ανδρας	Γυναίκα	
10. Θα σας ενδιέφερε η μετακίνησή σας σε άλλη Υπηρεσία;	Ναι	7 <sub>a</sub> 20.6%	8 <sub>b</sub> 6.1%	15 9.1%
	Όχι	27 <sub>a</sub>	123 <sub>b</sub>	150



	79.4%	93.9%	90.9%
	34	131	165
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Φύλο categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.153.**

**Chi-Square Tests<sup>c</sup>**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	6.850 <sup>a</sup>	1	.009	.016
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.210	1	.022	
Likelihood Ratio	5.722	1	.017	.042
Fisher's Exact Test				.016
Linear-by-Linear Association	6.808 <sup>d</sup>	1	.009	.016
N of Valid Cases	165			

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,09.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 2,609.

**Πίνακας B.154.**

### Crosstabs

Case Processing Summary	
	Cases

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; * Φύλο	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας B.155.**

**13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; \* Φύλο Crosstabulation**

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση;	Καθόλου	5 <sub>a</sub> 14.7%	30 <sub>a</sub> 22.9%	35 21.2%
	Λίγο-Αρκετά	21 <sub>a</sub> 61.8%	82 <sub>a</sub> 62.6%	103 62.4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	8 <sub>a</sub> 23.5%	19 <sub>a</sub> 14.5%	27 16.4%
	Total	34 100.0%	131 100.0%	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Φύλο categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.156.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.201 <sup>a</sup>	2	.333
Likelihood Ratio	2.162	2	.339

Linear-by-Linear Association	2.131	1	.144
N of Valid Cases	165		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,56.

**Πίνακας Β.157.**

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; * Επίπεδο Εκπαίδευσης	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.158.**

**13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης			
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία	Καθόλου	22 <sub>a</sub> 22.9%	4 <sub>a</sub> 16.0%	1 <sub>a</sub> 20.0%	8 <sub>a</sub> 20.5%
	Λίγο-Αρκετά	59 <sub>a</sub> 61.5%	15 <sub>a</sub> 60.0%	4 <sub>a</sub> 80.0%	25 <sub>a</sub> 64.1%

λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση;	Πολύ-Πάρα πολύ	15 <sub>a</sub> 15.6%	6 <sub>a</sub> 24.0%	0 <sub>a</sub> 0.0%	6 <sub>a</sub> 15.4%
Total		96 100.0%	25 100.0%	5 100.0%	39 100.0%

**Πίνακας B.159.**

**13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση; \* Επίπεδο Εκπαίδευσης Crosstabulation**

		Total
13. Θα δεχόσασταν να μετακινηθείτε σε άλλη Υπηρεσία λαμβάνοντας την απαιτούμενη εκπαίδευση;	Καθόλου	35 21.2%
	Λίγο-Αρκετά	103 62.4%
	Πολύ-Πάρα πολύ	27 16.4%
	Total	165 100.0%

Each subscript letter denotes a subset of Επίπεδο Εκπαίδευσης categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.160.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2.531 <sup>a</sup>	6	.865	.885	.876	.893
Likelihood Ratio	3.244	6	.778	.853	.843	.862
Fisher's Exact Test	2.107			.935	.928	.941
Linear-by-Linear Association	.007 <sup>c</sup>	1	.936	.937	.931	.944
N of Valid Cases	165					

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

c. The standardized statistic is -,081.

**Πίνακας B.161.**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του; * 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	165	100.0%	0	0.0%	165	100.0%

**Πίνακας Β.162.**

**2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του; \***

**1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation**

		1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;			
		Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών
2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του;	Καθόλου	26 <sub>a</sub> 49.1%	19 <sub>a</sub> 65.5%	25 <sub>a</sub> 44.6%	13 <sub>a</sub> 48.1%
	Λίγο-Αρκετά	8 <sub>a</sub> 15.1%	4 <sub>a</sub> 13.8%	8 <sub>a</sub> 14.3%	3 <sub>a</sub> 11.1%
	Πολύ-Πάρα πολύ	19 <sub>a</sub> 35.8%	6 <sub>a</sub> 20.7%	23 <sub>a</sub> 41.1%	11 <sub>a</sub> 40.7%
	Total	53 100.0%	29 100.0%	56 100.0%	27 100.0%

**Πίνακας Β.163.**

2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του; \* 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; Crosstabulation

	Total
2. Θεωρείτε ότι το Όραμα του Οργανισμού, που εργάζεστε, εκπληρώνει τους στόχους και τους σκοπούς του;	83
Καθόλου	50.3%
Λίγο-Αρκετά	23
	13.9%
Πολύ-Πάρα πολύ	59
	35.8%
Total	165
	100.0%

Each subscript letter denotes a subset of 1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε; categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**Πίνακας B.164.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.415 <sup>a</sup>	6	.621
Likelihood Ratio	4.626	6	.593
Linear-by-Linear Association	.518	1	.472
N of Valid Cases	165		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,76.

**Πίνακας B.165.**

**Custom Tables**

**Table 1**

1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;		
Διοικητικές Υπηρεσίες	Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας	Τομέας Νοσηλευτικής
Column N %	Column N %	Column N %

2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής;	Καθόλου	18,9% <sub>a</sub>	6,9% <sub>a</sub>	10,7% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	45,3% <sub>a</sub>	34,5% <sub>a</sub>	5,4% <sub>b</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	35,8% <sub>a</sub>	58,6% <sub>a,b</sub>	83,9% <sub>b,c</sub>
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	30,2% <sub>a</sub>	37,9% <sub>a</sub>	33,9% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	41,5% <sub>a</sub>	62,1% <sub>a</sub>	39,3% <sub>a</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	28,3% <sub>a</sub>	0,0%	26,8% <sub>a</sub>
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	26,4% <sub>a</sub>	24,1% <sub>a</sub>	17,9% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	39,6% <sub>a</sub>	44,8% <sub>a,b</sub>	67,9% <sub>b</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	34,0% <sub>a</sub>	31,0% <sub>a</sub>	14,3% <sub>a</sub>
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	45,3% <sub>a</sub>	69,0% <sub>a</sub>	41,1% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	9,4% <sub>a</sub>	17,2% <sub>a</sub>	1,8% <sub>a</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	45,3% <sub>a</sub>	13,8% <sub>b</sub>	57,1% <sub>a</sub>
8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	30,2% <sub>a,b</sub>	58,6% <sub>a</sub>	23,2% <sub>b</sub>
	Λίγο-Αρκετά	7,5% <sub>a</sub>	13,8% <sub>a</sub>	0,0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	62,3% <sub>a</sub>	27,6% <sub>b</sub>	76,8% <sub>a</sub>

**Πίνακας Β.166.**

**Table 1**

	1. Σε ποια Υπηρεσία του Οργανισμού εργάζεστε;	
	Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών	
	Column N %	
2. Η τοποθέτησή σας στην συγκεκριμένη Υπηρεσία του Οργανισμού ήταν αποτέλεσμα προσωπικής σας επιλογής;	Καθόλου	3,7% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	0,0%
	Πολύ-Πάρα πολύ	96,3% <sub>c</sub>
4. Θεωρείτε ότι στην Υπηρεσία σας επαρκεί το προσωπικό;	Καθόλου	25,9% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	66,7% <sub>a</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	7,4% <sub>a</sub>
3.Λαμβάνετε γνώση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας σας κατ' έτος;	Καθόλου	37,0% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	44,4% <sub>a,b</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	18,5% <sub>a</sub>
7. Θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται ο Οργανισμός ως προς την αγωγή και προαγωγή της Υγείας του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	48,1% <sub>a</sub>
	Λίγο-Αρκετά	7,4% <sub>a</sub>
	Πολύ-Πάρα πολύ	44,4% <sub>a,b</sub>
8. Θεωρείτε ότι ο Οργανισμός έχει συμβάλει στην χρόνια φροντίδα του ωφελούμενου πληθυσμού;	Καθόλου	44,4% <sub>a,b</sub>
	Λίγο-Αρκετά	0,0%

Πολύ-Πάρα πολύ

55,6%<sub>a,b</sub>

**Πίνακας Β.167.**



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ : ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ**

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύθηκε στις 10 Ιουνίου 1877, με πρωτοβουλία της βασίλισσας Όλγας. Από τη στιγμή της ίδρυσής του αναγνωρίστηκε από τη Διεθνή Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού και σήμερα αποτελεί μέρος της «οικογένειας» του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου. Στη μακρά πορεία του παραμένει σταθερά αφοσιωμένος στις διεθνείς ανθρωπιστικές αρχές και στην αλληλέγγυα εθελοντική προσφορά βοήθειας προς τον συνάνθρωπο.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι ο μεγαλύτερος μη κυβερνητικός οργανισμός στην Ελλάδα με σύνθετο έργο που βασίζεται στην εθελοντική δράση και την άμεση ανταπόκριση των πολιτών. Κινητοποιείται στοχεύοντας πάντα στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου σε περιόδους πολέμου και ειρήνης, στηρίζοντας τραυματίες, ασθενείς, πρόσφυγες, ηλικιωμένους, ανθρώπους με οικονομικές δυσκολίες και άτομα από κάθε εύλωτη ομάδα του πληθυσμού. Η δράση του έχει συνδεθεί με την επαγρύπνηση, την αλληλεγγύη και τη φιλαλληλία και είναι συνώνυμη της αφιλοκερδούς προσφοράς και της ανιδιοτέλειας.

### **Εισαγωγή**

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός από την ίδρυσή του το 1877, μέχρι και σήμερα, ως μέλος του μεγαλύτερου ανθρωπιστικού κινήματος στον κόσμο, είναι πάντα παρών για την ανακούφισή του ανθρώπινου πόνου συμβολίζει και κάνει πράξη, διδάσκοντας με το παράδειγμα των εθελοντών του και των άρτια καταρτισμένων μελών, του κάθε Τομέα τις αρχές του ανθρωπισμού, σπεύδουν να προσφέρουν ακούραστα και με συνέπεια τη βοήθεια, τις γνώσεις και τη συμπαράσταση τους σε όλους όσοι βρίσκονται σε συνθήκες έκτακτης ή και διαρκούς ανάγκης.

Η Ελλάδα, πέρασε εποχές γεμάτες πόλεμο, αγωνία, πόνο, κακουχίες αλλά και συνταρακτικές κοινωνικές αλλαγές. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, είναι ένα σημαντικό κομμάτι της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας. Ήταν είναι και θα είναι άρρηκτα δεμένος με τις φορτισμένες, συναισθηματικά, εθνικά και πολιτικά, στιγμές αυτές της χώρας μας και της ευρύτερης περιοχής.

### **Διεθνές κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου**

Το Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου είναι το μεγαλύτερο ανθρωπιστικό δίκτυο στον κόσμο. Το Κίνημα περιλαμβάνει τη Διεθνή Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού, τη Διεθνή Ομοσπονδία Συλλόγων

Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου και τους Εθνικούς Συλλόγους με παρουσία και δραστηριότητες σε 186 χώρες.

Η ιδέα του ερυθροσταυρισμού γεννήθηκε στο πεδίο της μάχης του Σολφερίνο από την αλτρουιστική διάθεση προσφοράς του Ερρίκου Έντυναν προς τους τραυματίες στρατιώτες του πολέμου μεταξύ Αυστροουγγρικής αυτοκρατορίας και Γάλλο-ιταλικής συμμαχίας στις 24 Ιουνίου 1859. Η Διεθνής Επιτροπή που σχηματίστηκε τότε από μια ομάδα εθελοντών με φιλότιμα ιδανικά συνέχισε τη δράση της και μετά το Σολφερίνο. Το 1864 υπογράφηκε η πρώτη Σύμβαση της Γενεύης και ιδρύθηκε το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού.

Η ονομασία και το έμβλημα «Ερυθρός Σταυρός» προέκυψαν με την αναστροφή των χρωμάτων της σημαίας της Ελβετίας, προς τιμήν του οραματιστή του Κινήματος, Ερρίκου Ντυνάν, ενώ το 1929 υιοθετήθηκε ως ισότιμο έμβλημα η Ερυθρά Ημισέληνος. Το 1919 οι Εθνικοί Σύλλογοι Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου ενώθηκαν σχηματίζοντας τη Διεθνή Ομοσπονδία Συλλόγων Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου.

Η φροντίδα και η συμπαράσταση χωρών πολιτισμική ή εθνική διάκριση ήταν το πρωταρχικό κίνητρο και το ιδεολογικό υπόβαθρο της ίδρυσης του Ερυθρού Σταυρού. Στη διάρκεια των 143 χρόνων δράσης και προσφοράς του Κινήματος, τα ιδανικά αυτά αποτέλεσαν τον πυρήνα της προσπάθειας και της δραστηριότητάς του για την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

Η ανθρωπιστική δραστηριότητα του Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου αναπτύχθηκε και επεκτάθηκε παγκοσμίως με τη σταδιακή συμμετοχή όλο και περισσότερων χωρών. Σήμερα είναι η μεγαλύτερη εθελοντική οργάνωση σε ολόκληρο τον κόσμο και αποτελεί συνώνυμο της αλληλεγγύης και της φιλαλληλίας, γεγονός που επιστεγάζεται από την απονομή τριών βραβείων Νόμπελ στο Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού (1917,1944,1963).

Το Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου είναι το σύμβολο της αλτρουιστικής προσφοράς χωρίς σύνορα, είναι η αποστολή εθελοντικής δράσης για τη βελτίωση της ζωής των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, είναι η έμπρακτη προσπάθεια για την υλοποίηση του οράματος ενός κόσμου που πορεύεται με ελπίδα, σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και προοδεύει συνολικά μέσω του ανθρωπισμού.

## Οι Θεμελιώδεις Αρχές

Από το 1859 και το πεδίο της μάχης στο Σολφερίνο, το έργο του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου διευρύνθηκε και σήμερα περιλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων που αφορούν τόσο σε περιόδους πολέμου όσο και ειρήνης. Σε όλες τις εκφάνσεις της δράσης και της προσφοράς του όμως, το Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου θεμελιώνεται πάνω στην μακρόχρονη εμπειρία του και σε ανθρωπιστικές αξίες που παραμένουν αδιαπραγμάτευτες με στόχο πάντα «να ανακουφίσει ο καθένας μας όσο περισσότερους ανθρώπους μπορεί» (Ερρίκος Ντυνάν, «Αναμνήσεις από το Σολφερίνο»).

Κατά τα πρώτα χρόνια του Κινήματος, η ενότητα σκέψης και δράσης στηριζόταν στην κοινή προσπάθεια. Οι ανθρωπιστικές αξίες που λειτούργησαν ως συστατικά στοιχεία του Κινήματος θεσπίστηκαν ως ιδεολογική του βάση με τη συνθήκη της Γενεύης, ορίζοντας πως «Τραυματίες και ασθενείς πολεμιστές, οποιασδήποτε εθνικής προέλευσης, θα περισυλλέγονται και θα περιθάλπονται» (Συνθήκη της Γενεύης, 1864). Το 1875, ο Gustave Moynier, επεσήμανε τη σημασία ορισμού και θεσμοθέτησης συμπαγών και διεθνώς αποδεκτών αρχών, ξεχωρίζοντας 4 βασικές αρχές δράσης: Την προνοητικότητα, την αλληλεγγύη, τη συγκέντρωση και την αμοιβαιότητα.

Οι Θεμελιώδεις Αρχές, αμεροληψία, πολιτική, θρησκευτική και οικονομική ανεξαρτησία, παγκοσμιότητα του Κινήματος και ισότητα μεταξύ των μελών του, διατυπώθηκαν επίσημα εγγράφως μετά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο και ενσωματώθηκαν στο αναθεωρημένο Καταστατικό της Διεθνούς Επιτροπής Ερυθρού Σταυρού.

Μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο, η 19η Σύνοδος του Συμβουλίου των Κυβερνώντων της Ομοσπονδίας (Οξφόρδη 1946) επικύρωσε με Διακήρυξη τις 4 Αρχές που διατυπώθηκαν το 1921, συμπληρώνοντας 3 Αρχές ακόμα και 6 κανόνες εφαρμογής τους. Οι Αρχές αυτές επικυρώθηκαν και από την 18η Διεθνή Διάσκεψη Ερυθρού Σταυρού το 1952 στο Τορόντο.

Το 1955 οι Jean Pictet και Max Huber κατέγραψαν τις Θεμελιώδεις Αρχές του Κινήματος οι οποίες επικυρώθηκαν από τους Εθνικούς Συλλόγους και την 20η Διεθνή Διάσκεψη Ερυθρού Σταυρού στη Βιέννη το 1965. Αυτές οι Αρχές που παραμένουν αναλλοίωτες όσον αφορά στο περιεχόμενο και τις οδηγίες τους είναι σήμερα κατοχυρωμένες ως «Διακήρυξη των Θεμελιωδών Αρχών του Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου».

#### α. Ανθρωπισμός

Το Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου, που δημιουργήθηκε από την επιθυμία παροχής βοήθειας χωρίς διάκριση στους τραυματίες του πεδίου της μάχης προσπαθεί, υπό τη διεθνή και εθνική του ιδιότητα να προλάβει και να ανακουφίσει τον πόνο οπουδήποτε πιθανόν βρεθεί. Σκοπός του είναι να προστατεύει τη ζωή και την υγεία και να εξασφαλίζει τον σεβασμό προς τον άνθρωπο. Προάγει την αμοιβαία κατανόηση, φιλία, συνεργασία και διαρκή ειρήνη μεταξύ των λαών.

#### β. Αμεροληψία

Δεν κάνει διάκριση ως προς εθνικότητα, φυλή, θρησκευτικές πεποιθήσεις, τάξη ή πολιτικές απόψεις. Προσπαθεί να ανακουφίζει τις ταλαιπωρίες των ατόμων, ωθούμενο μόνο από τις ανάγκες τους και να δίνει προτεραιότητα στις πλέον επείγουσες περιπτώσεις δυστυχίας.

#### γ. Ουδετερότητα

Για να διατηρήσει την εμπιστοσύνη όλων των μερών, το Κίνημα δεν δύναται να μεροληπτεί στις εχθροπραξίες ή να εμπλέκεται οποτεδήποτε σε αντιθέσεις πολιτικής, φυλετικής, θρησκευτικής ή ιδεολογικής φύσεως.

#### δ. Ανεξαρτησία

Το Κίνημα είναι ανεξάρτητο. Οι Εθνικοί Σύλλογοι, ενώ είναι βοηθητικοί στις ανθρωπιστικές υπηρεσίες των κυβερνήσεών τους και υπόκεινται στους νόμους των χωρών τους, πρέπει πάντοτε να διατηρούν την αυτονομία τους έτσι ώστε να μπορούν να ενεργούν πάντοτε σύμφωνα με τις Αρχές του Κινήματος.

#### ε. Εθελοντισμός

Το Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου είναι ένα εθελοντικό κίνημα βοήθειας κατ' ουδένα τρόπο εμπνευσμένο από την επιθυμία για κέρδος.

#### στ. Ενότητα

Μόνο ένας Σύλλογος Ερυθρού Σταυρού ή Ερυθράς Ημισελήνου δύναται να υπάρχει σε μία χώρα. Πρέπει να είναι ανοικτός σε όλους και να εκτελεί το ανθρωπιστικό του έργο σε όλη την περιοχή του.

## ζ. Παγκοσμιότητα

Το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου είναι παγκόσμιο και όλοι οι Σύλλογοι έχουν ίση θέση και μοιράζονται εξίσου τις ευθύνες και τα καθήκοντα στην αλληλοβοήθεια.

## η. Το Έμβλημα

Ο Ερυθρός Σταυρός και η Ερυθρά Ημισέληνος αποτελούν διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα της ανθρωπιστικής βοήθειας και της αλληλέγγυας προσφοράς. Η επιλογή του Ερυθρού Σταυρού έγινε το 1864 προς τιμήν του Ερρίκου Ντυνάν και αποτελεί την αντιστροφή των χρωμάτων της ελβετικής σημαίας. Το 1929 για να υπερβληθούν τα προβλήματα από την αντιμετώπιση του συμβόλου του σταυρού ως θρησκευτικό σύμβολο, υιοθετήθηκε η ερυθρά ημισέληνος ως ισότιμο σύμβολο του Κινήματος.

Το έμβλημα έχει δυο σκοπούς:

τον προστατευτικό

Η χρήση του εμβλήματος για προστατευτικούς λόγους είναι η ορατή εκδήλωση της προστασίας που παραχωρούν οι Συμβάσεις της Γενεύης σε υγειονομικό προσωπικό, υγειονομικές μονάδες και υγειονομικά εφόδια και μέσα μεταφοράς.

τον αναγνωριστικό

Η χρήση του εμβλήματος για αναγνωριστικούς λόγους, τόσο σε καιρό πολέμου όσο και ειρήνης, δηλώνει ότι ένα πρόσωπο ή ένα αντικείμενο συνδέεται με το Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου. Ο σεβασμός προς το έμβλημα και τους κανόνες χρήσεις του είναι τεράστιας σημασίας εφόσον πρόκειται για ένα έμβλημα που πρέπει να προστατεύεται για να μπορεί να προστατεύει.

## Γενικά

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύθηκε στις 10 Ιουνίου 1877, με πρωτοβουλία της βασίλισσας Όλγας. Από τη στιγμή της ίδρυσής του αναγνωρίστηκε από τη Διεθνή Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού και σήμερα αποτελεί μέρος της «οικογένειας» του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου. Στη μακρά πορεία του παραμένει σταθερά αφοσιωμένος στις διεθνείς ανθρωπιστικές αρχές και στην αλληλέγγυα εθελοντική προσφορά βοήθειας προς τον συνάνθρωπο.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι ο μεγαλύτερος μη κυβερνητικός οργανισμός στην Ελλάδα με σύνθετο έργο που βασίζεται στην εθελοντική δράση και την άμεση ανταπόκριση των πολιτών. Κινητοποιείται στοχεύοντας πάντα στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου σε περιόδους πολέμου και ειρήνης, στηρίζοντας τραυματίες, ασθενείς, πρόσφυγες, ηλικιωμένους, ανθρώπους με οικονομικές δυσκολίες και άτομα από κάθε ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού. Η δράση του έχει συνδεθεί με την επαγρύπνηση, την αλληλεγγύη και τη φιλαλληλία και είναι συνώνυμη της αφιλοκερδούς προσφοράς και της ανιδιοτέλειας.

### **Οι βασικοί σκοποί του Ε.Ε.Σ.**

Οι βασικοί σκοποί του Ε.Ε.Σ. είναι:

α. Σε καιρό πολέμου:

Η συνδρομή και επικουρία στο έργο της Στρατιωτικής Υγειονομικής Υπηρεσίας, η νοσηλευτική περίθαλψη τραυματιών και ασθενών, καθώς και η προστασία των αιχμαλώτων, του άμαχου πληθυσμού και των θυμάτων πολέμου.

β. Σε καιρό ειρήνης:

Η αρωγή και συμπαράσταση στα θύματα θεομηνιών και επιδημιών, καθώς και η αυτόνομη ή σε συνεργασία με το Κράτος και κοινωνικούς φορείς, ανθρωπιστική δραστηριότητα. Από το 1877 έως σήμερα, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός συνεχίζει άκοπα να επιτελεί το ανθρωπιστικό του έργο φροντίζοντας τις πιο αδύναμες πληθυσμιακές ομάδες της χώρας Σε συνεργασία με άλλους θεσμικούς φορείς, κρατικούς και μη, ο Ελληνικός Ερυθρός είναι στο πλευρό κάθε ανθρώπου, οικογένειας ή ομάδας που αντιμετωπίζει δυσκολίες χωρίς να θέτει φυλετικά, εθνικά ή οικονομικής κατάστασης όρια στη δράση του. Παράλληλα, όταν και όποτε υπάρχει ανάγκη στο εξωτερικό, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ενεργοποιείται σε συνεργασία με τους Εθνικούς Συλλόγους άλλων χωρών για την αποστολή διεθνούς βοήθειας.

Με βαθιά ανθρωπιστικά ιδανικά και με αίσθημα ευθύνης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ήταν και είναι παρών στα σημαντικότερα ιστορικά γεγονότα της Ελλάδας αλλά και διεθνώς, και συνεχίζει να επιτελεί το σύνθετο ανθρωπιστικό έργο πάντα με στόχο τον άνθρωπο και πάντα με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο.

## Ιστορική αναδρομή

Η ιστορική πορεία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, είναι συνώνυμη της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας. Βρίσκεται διαρκώς δίπλα σε όσους αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε όλες τις φορτισμένες, συναισθηματικά, εθνικά και πολιτικά, στιγμές της ελληνικής κοινωνίας. Από την πρώτη στιγμή της ύπαρξής του ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι παρών για να προσφέρει αρωγή και συμπαράσταση με συνέπεια και ανιδιοτέλεια. Η σύνθετη δράση του υποστηρίζεται από τη συλλογική κινητοποίηση των πολιτών, γεγονός που αναδεικνύει την πολύπλευρη και πολυσήμαντη δράση των εθελοντών του ως αδιάψευστο μάρτυρα της αλληλεγγύας προσφοράς που είναι έμφυτη στην ελληνική κοινωνία.

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 10 Ιουνίου 1877 | Ιδρύεται ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός  |
| 1878            | Πρώτες δράσεις του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού:<br><br>Κρητική Επανάσταση και απελευθερωτικά κινήματα στην Ήπειρο, τη Θεσσαλία και τη Μακεδονία: Συγκροτούνται πρόχειρα νοσοκομεία για την περίθαλψη των τραυματιών<br>Συγκροτείται ο Τομέας Νοσηλευτικής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού                   |
| 1881            | Ο μεγάλος σεισμός της Χίου: συγκροτείται κινητό χειρουργείο και διανέμονται τρόφιμα ρουχισμός και βοηθήματα στους τραυματίες (Χριστιανούς, Οθωμανούς και Εβραίους)  |
| 1897            | Έναρξη Ελληνοτουρκικού Πολέμου:<br><br>Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός προσφέρει νοσηλευτική επικουρία στον μαχόμενο στρατό και στον άμαχο πληθυσμό ιδρύοντας νοσοκομεία που περιοδεύουν σε όλη την Ελλάδα. Κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος του πολέμου, περιθάλλει τους πρόσφυγες απ' όλες τις περιοχές |
| 1911            | Ιδρύεται η Πρώτη Πρακτική Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων, μονοετούς φοίτησης με στόχο την ουσιαστική συμβολή του Συλλόγου στην υγειονομική υπηρεσία για την περίθαλψη και νοσηλεία των τραυματιών του πολέμου. Η Σχολή αποτελεί κίνητρο για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα                 |

1912-1913	Βαλκανικοί Πόλεμοι:
	Ανοίγουν νοσοκομειακές μονάδες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού σε όλη την Ελλάδα για την περίθαλψη των τραυματιών του πολέμου. Διοργανώνονται έρανοι στην Ελλάδα και το εξωτερικό
1914	Έναρξη του Παγκόσμιου Πολέμου:
	Ιδρύεται η Σχολή Επικούρων Αδελφών Νοσοκόμων, διетуός φοίτησης και χορηγείται η πρώτη Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος στην Ελλάδα
1915	Ιδρύεται και η Επιτροπή και το Γραφείο Αιχμαλώτων Πολέμου για την αναζήτηση αιχμαλώτων και αγνοουμένων πολέμου τα οποία στη συνέχεια αποτελούν τη βάση για το αρχείο του Τομέα Αναζητήσεων Συγκροτούνται Κινητά και Μόνιμα Νοσοκομεία και Ιατρεία για την περίθαλψη των τραυματιών
5 & 6 Αυγούστου 1917	Η μεγάλη πυρκαγιά της Θεσσαλονίκης:  Οι Εθελόντριες Αδελφές Νοσοκόμες του ΕΕΣ συνεργάζονται με τις αρμόδιες αρχές και προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη, βοήθεια και διανέμουν τρόφιμα και αναγκαία είδη στους κατοίκους
1919-1922	Μικρασιατική εκστρατεία:
	Ιδρύονται νοσοκομεία, θεραπευτήρια και άλλα ιατρεία για την περίθαλψη και νοσηλεία των τραυματιών του πολέμου και την φιλανθρωπική αρωγή των προσφύγων. Δημιουργείται το αρχείο Αναζητήσεων
1922	Ιδρύεται η Κεντρική Ερανική Επιτροπή και διενεργείται ο Ετήσιος Πανελλήνιος Έρανος
1923	Ιδρύεται η Σχολή Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών.
	Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός αναλαμβάνει τη λειτουργία του «Ασκληπιείου Βούλας» το οποίο από το 1920 μέχρι τότε ήταν Ειδικό Σανατόριο του Πανελληνίου Συνδέσμου κατά της



## Φυματίωσης

Συνθήκη της Λοζάνης και ανταλλαγή πληθυσμών: αποστέλλονται 4 Υγειονομικές Αποστολές που διοργανώνουν ιατρεία και στρατόπεδα περισυλλογής των προσφύγων κάθε εθνικότητας όπου προσφέρονται απολύμανση, αποφθειρίαση, εμβολιασμοί, διανομή τροφίμων και ρουχισμού

1924 Ιδρύεται η Νεότητα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και κυκλοφορεί το Περιοδικό της

1930 Εγκαινιάζεται το Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Νοσοκομείο στους Αμπελοκήπους που χτίστηκε από δωρεές των ευεργετών Εμμανουήλ Μπενάκη και Μαρίνου Κοργιαλένιου. Το Νοσοκομείο ανταποκρίνεται στις τελειότερες εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας της εποχής

1931 Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παραλαμβάνει τον επίκουρο Σύνδεσμο «Σωτήρ» που αποτελούσε τον πρώτο Σταθμό Α' Βοηθειών της Αθήνας και οργανώνει και διευρύνει τη δράση του

1932 Ιδρύεται η «Σχολή Εθελοντών Τραυματιοφορέων»  
Σεισμός στη Χαλκιδική: Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός οργανώνει υγειονομική αποστολή με γιατρούς και νοσοκόμες εφοδιασμένους με τα απαραίτητα νοσηλευτικά είδη για την περίθαλψη των τραυματιών του σεισμού στην Ιερισσό. Βοηθά στην προσωρινή στέγαση των 25.000 αστέγων και διανέμει ρουχισμό και τρόφιμα

1940-1945 Β' Παγκόσμιος Πόλεμος και Γερμανική Κατοχή:

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει νοσηλευτική φροντίδα, στελεχώνει νοσοκομειακές μονάδες και σταθμούς πρώτων βοηθειών για την περίθαλψη των τραυματιών, διοργανώνει συσσίτια και διανέμει κουβέρτες και είδη ρουχισμού. Σε μια από τις πιο δύσκολες περιόδους της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, υποκαθιστά, στην ουσία, το κράτος προσφέροντας υπηρεσίες πρόνοιας και διαθέτοντας τις υποδομές του για τη στήριξη του ελληνικού λαού μέσα στις κακουχίες του πολέμου και της επώδυνης κατοχής

- 1953 Σεισμοί Ιονίων Νησιών:  
Παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους σεισμοπαθείς και διανομή υλικού για την κάλυψη των πρώτων αναγκών
- 1965 Ιδρύεται ο Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού
- 1981 Σεισμοί στην Κορινθία:  
  
Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι παρών για τη υλική και ηθική συμπαράσταση των συμπολιτών μας που περνούν δύσκολες ώρες
- 1986 Σεισμοί στην Καλαμάτα:  
  
Οι συνέπειες ενός από τους πιο καταστροφικούς σεισμούς στην Ελλάδα ήταν τεράστιες. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός συμμετέχει στην ανακούφιση των σεισμοπαθών και στο έργο της περίθαλψης και υποστήριξής του με εθελοντές από όλους τους Τομείς του Συλλόγου
- 1991 Οργανώνονται στη Θεσπρωτία, τα Ιωάννινα, την Καστοριά και τη Φλώρινα υποδομές και συνθήκες υποδοχής του μετακινούμενου πληθυσμού από την Αλβανία στην Ελλάδα
- 1992 Παρέχεται ανθρωπιστική βοήθεια για την ανακούφιση σεισμοπαθών του Νομού Ηλείας, όπως και σε κατοίκους της Σάμου και Ικαρίας που υπήρξαν θύματα πυρκαγιών  
  
Κυρώνεται με νόμο η σύσταση του Κοινοφελούς Ιδρύματος Ερρίκος Ντυνάν (Κ.Ι.Ε.Ν.)
- 1993 Κρίση στη Γιουγκοσλαβία:  
Με αίσθημα φιλανθρωπίας και αλληλεγγύης παρέχεται υποστήριξη και ανθρωπιστική βοήθεια στους πληγέντες πληθυσμούς των περιοχών της πρώην Γιουγκοσλαβίας ανεξάρτητα από την εθνική ή θρησκευτική τους προέλευση  
Σεισμός στο Πύργο:  
Παρέχεται οργανωμένη βοήθεια και υποστήριξη στους σεισμοπαθείς του Πύργου.
- 1994 Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός προσφέρει περίθαλψη και

υποστήριξη στους κατοίκους του Νομού Καρδίτσας, του Νομού Τρικάλων, της Ρόδου, της Κάσου και της Καρπάθου που πλήττονται αυτή τη χρονιά από καταστροφικές πλημμύρες. Την ίδια χρονιά είναι παρών και προσφέρει αρωγή στους σεισμοπαθείς των νησιών του Αιγαίου

- 1995 Σεισμοί στην Κοζάνη και τα Γρεβενά: Παρέχεται βοήθεια και υποστήριξη στους πληγέντες από τους σεισμούς Αρχίζουν οι εργασίες ανέγερσης του Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν
- 1996 Οργανώνεται η μετακίνηση Κούρδων προσφύγων από τον Πειραιά στην Κρήτη
- 1997 Οργανώνεται το Πολυδύναμο Κέντρο Κοινωνικής Υποστήριξης και Ένταξης Προσφύγων και το Κέντρο στη Νέα Μάκρη για τη φιλοξενία Κούρδων, Ιρακινών και Αφγανών αιτούντων άσυλο Ξεκινούν οι κοινωνικοοικονομικές ανακατατάξεις στην Αλβανία: Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός προσφέρει ανθρωπιστική βοήθεια στους ντόπιους πληθυσμούς υποκαθιστώντας το απών κράτος
- 1997-1998 Κοινωνικοοικονομικές κρίσεις στη Βουλγαρία και την Γεωργία: Παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας
- 1998 Κοινωνικοοικονομική κρίση στη Αρμενία: Παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας Οργανώνονται Ιατρεία και προγράμματα Αγωγής Υγείας στα Τίρανα στο πλαίσιο της παροχής βοήθειας Κοινωνικής Πρόνοιας
- 1999 Ανασυγκρότηση της Π.Γ.Δ.Μ.: ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει υποστήριξη και βοήθεια στον πληθυσμό προσφέροντας τις υπηρεσίες του σε συνθήκες έλλειψης οργανωμένου κρατικού μηχανισμού Βαλκανική Κρίση: έτοιμος για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός κινητοποιείται στο Πόγραδετς της Αλβανίας προσφέροντας ανθρωπιστική βοήθεια στους πρόσφυγες
- Σεισμοί στη Νικομήδεια Τουρκίας: παρέχεται ανθρωπιστική

βοήθεια στους σεισμοπαθείς

- 2000 Σεισμός στην Αττική: όλοι οι Τομείς και τα Σώματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού δραστηριοποιούνται προσφέροντας τις υπηρεσίες και τη βοήθειά τους  
Εγκαινιάζεται το Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν
- 2001 Αποστέλλεται βοήθεια στο Τατζικιστάν για την αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών την περίοδο ξηρασίας  
Ξεκινά η λειτουργία του Κέντρου Υποδοχής αιτούντων άσυλο στην Καλλιθέα Σπερχειάδος (Λαμία)
- 2002 Παρέχεται ανθρωπιστική βοήθεια στον πληθυσμό του Αφγανιστάν στο πλαίσιο των αρχών της αμερόληπτης και άμεσης αρωγής στους ανθρώπους που βρίσκονται σε ανάγκη
- 2003 Σεισμοί στη Λευκάδα: παρέχεται περίθαλψη και βοήθεια από Σαμαρείτες Διασώστες, Νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς και εθελοντές  
Πόλεμος στο Ιράκ: Αποστέλλεται ανθρωπιστική βοήθεια
- 2004 Αποστέλλεται ανθρωπιστική υποστήριξη στους πληθυσμούς της Παλαιστίνης
- 2005 Καταστροφικό Τσουνάμι στην Ασία: αποστέλλεται ιατροφαρμακευτική και ανθρωπιστική βοήθεια στους πληθυσμούς της Σρί Λάνκα και της Ινδονησίας  
Αποστέλλεται ανθρωπιστική βοήθεια στους σεισμοπαθείς του Πακιστάν  
Τυφώνας Κατρίνα: μια από τις πιο συγκλονιστικές καταστροφές των τελευταίων ετών  
Αποστέλλεται ανθρωπιστική βοήθεια στους πληγέντες κατοίκους της Νέας Ορλεάνης στις Η.Π.Α.
- 2006 Οργανώνονται και πραγματοποιούνται προγράμματα υποστήριξης και ενημέρωσης σχετικά με το AIDS στην Αφρική και συγκεκριμένα στο Καμερούν και τη Σενεγάλη

Αποστολή ανθρωπιστικής βοήθειας στους κατοίκους του Λιβάνου που πλήττονται από την σύρραξη

2007

Στο πλαίσιο της συμμετοχής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στη διεθνή δράση του Κινήματος υποστηρίζονται δομές εκτάκτων αναγκών στη Ζιμπάμπουε και το Κονγκό και αποστέλλεται επισιτιστική βοήθεια στο Μαλάουι

Διοργανώνεται η πρώτη Μεσογειακή Διάσκεψη επί ελληνικού εδάφους με πολύ μεγάλη συμμετοχή εθνικών συλλόγων Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου από 22 χώρες

Η όποια καταγραφή κάποιων σημαντικών στιγμών στην πορεία των 140 χρόνων της ιστορίας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, δεν μπορεί παρά να παρουσιάσει ένα ελάχιστο μέρος της προσφοράς του. Η ιστορία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού συνεχίζει να γράφεται κάθε μέρα.

Η πραγματική ιστορία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού βρίσκεται στην καθημερινή προσφορά των Εθελοντών της Νοσηλευτικής, της Κοινωνικής Πρόνοιας, των Σαμαρειτών αλλά και της αδιάκοπης επιμονής του Τομέα Αναζητήσεων για να βοηθήσουν, να στηρίξουν και να επουλώσουν τις πληγές των συνανθρώπων μας. Η ιστορία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού είναι γεμάτη με προσωπικές ιστορίες ανιδιοτελούς προσφοράς ξεχωριστών ανθρώπων που, εθελοντικά, κάνουν πράξη τα ιδεώδη του Κινήματος κάθε μέρα.

### **Όσο υπάρχουν άνθρωποι**

Στα θεμέλια της φιλοσοφίας αλλά και της δράσης το Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού βρίσκεται μια παραδοχή που περιγράφει το λόγο και την προϋπόθεση της λειτουργίας του. Μία παραδοχή που δηλώνει και επισημαίνει τη σημασία της προσφοράς και την ελπίδα για ανταπόκριση στο κάλεσμα του Συλλόγου:

Όσο υπάρχουν άνθρωποι. Μια έννοια που αποτελεί κομβικό σημείο της ύπαρξης του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού υποδηλώνοντας με σαφήνεια τον άξονα και το πλαίσιο δράσης του. Συμβολίζει και θυμίζει την προσφορά του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού όσο υπάρχει αληθινή ανθρώπινη ανάγκη και υποδηλώνει την παρουσία του όσο υπάρχουν άνθρωποι που θέλουν να συμβάλλουν στην ανακούφιση του πόνου.

Οι φυσικές καταστροφές, οι οικονομικές δυσχέρειες οι κοινωνικές ανακατατάξεις και συγκρούσεις αφήνουν ανοιχτές πληγές στους ανθρώπους.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός άκοπα πρωτοστατεί και μάχεται όσο υπάρχουν άνθρωποι που χρειάζονται στήριξη. Ήταν, είναι και θα είναι παρών πλάι τους, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, καταγωγή, θρησκεία ή φυλή.

Η ευαισθησία και ο ανθρωπισμός μπορούν να συνυπάρχουν με την καθημερινότητα. Η φιλαλληλία και τα αλληλέγγυα αισθήματα είναι ιδανικά που βρίσκουν ανταπόκριση σε «ανθρώπους» της σύγχρονης κοινωνίας. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, αποδεικνύει καθημερινά με την προσφορά του ότι το όραμα για ένα καλύτερο κόσμο είναι εφικτό όσο υπάρχουν άνθρωποι που έχουν διάθεση να συμβάλουν στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

### **Δραστηριότητες ανά Τομέα**

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, με την πολύπλευρη δράση του και την ανθρωπιστική του προσφορά, αγγίζει πολλές πτυχές της σύγχρονης κοινωνίας φροντίζοντας για την ανακούφιση των ευπαθών ομάδων. Με κύριο σκοπό την υποστήριξη και αρωγή σε οδυνηρές στιγμές και με έντονο το αίσθημα της ευθύνης και της αυταπάρνησης μπροστά στις δύσκολες συνθήκες της σύγχρονης πραγματικότητας, συνεχίζει το έργο του, όσο υπάρχουν άνθρωποι.

Με στόχο την επίτευξη πιο αποτελεσματικής και καταρτισμένης παροχής βοήθειας, οργανώθηκαν στο πλαίσιο του Συλλόγου εξειδικευμένοι Τομείς Δράσης. Κάθε Τομέας αποτελείται από άρτια εκπαιδευμένους εθελοντές και δραστηριοποιείται αυτόνομα ή σε συνεργασία με τους υπόλοιπους Τομείς ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε κατάστασης.

### **Τομέας Νοσηλευτικής**

Ο Τομέας Νοσηλευτικής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, εμφανίστηκε το 1878, ένα χρόνο μετά την ίδρυση του Συλλόγου. Η πρώτη Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης ιδρύθηκε το 1911 με σκοπό να στελεχώσει τις Υγειονομικές Υπηρεσίες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1923 συστήθηκε η Διεύθυνση Νοσηλευτικής και ιδρύθηκε η «Ανωτέρα Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών». Από το 1924 η σχολή λειτουργούσε ως τριετούς φοίτησης και από το 1971 ως τετραετούς, ενώ από το 1989 μέχρι και σήμερα λειτουργεί παράλληλα με τις νοσηλευτικές σχολές των Τ.Ε.Ι. ως «Ανωτέρα Σχολή Νοσηλευτριών Ε.Ε.Σ.». Οι πρώτες απόφοιτες της Ανωτέρας Σχολής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στελέχωσαν τις μετέπειτα πολιτικές και στρατιωτικές Νοσηλευτικές σχολές της χώρας, τα νοσοκομεία, τις υγειονομικές Υπηρεσίες και τις Υπηρεσίες του Τομέα.

Το 1937 ιδρύθηκε η Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης που λειτούργησε μέχρι το 1940. Το 1967 λειτούργησε μία τάξη στο Ασκληπιείο

Βούλας με 17 απόφοιτες ενώ από το 1975 έως το 1980 η Σχολή λειτούργησε στο πλαίσιο του νοσοκομείου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1980 έγινε σχολή διетуός φοίτησης και λειτούργησε ως ΜΤΕΝΣ μέχρι το 2000. Από τότε λειτουργεί σαν ΤΕΕ Α' Κύκλου Βοηθών Νοσοκόμων. Από το 1986 μέχρι το 1990 λειτούργησε και τμήμα των ρυθμιστών εκπαίδευσης με 243 απόφοιτους.

Έχουν συμμετάσχει σε κάθε έκτακτη ανάγκη της χώρας που προέκυψε από τους πολέμους, μετά από φυσικές καταστροφές ή μετακινήσεις πληθυσμών. Η εικόνα της Νοσηλεύτριας του Ερυθρού Σταυρού είναι αποτυπωμένη στη μνήμη και την ιστορία της Ελλάδας και συμβολίζει το ανθρωπιστικό έργο του Συλλόγου.

Ο Τομέας Νοσηλευτικής υλοποιεί σήμερα ένα μεγάλο μέρος του καθημερινού ανθρωπιστικού έργου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, μέσα από πρωτοποριακά προγράμματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συνεχούς Εκπαίδευσης και Έκτακτης Ανάγκης. Τα προγράμματα αυτά είναι ευέλικτα, προσαρμοσμένα στο σύγχρονο τρόπο ζωής και στοχεύουν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη, την υποστήριξη της αυτοφροντίδας και τη διαμόρφωση ατομικής υπευθυνότητας για το υπέρτατο αγαθό, την υγεία.

Η εκπαίδευση σπουδαστών Νοσηλευτικής στα προγράμματα του Τομέα αποτελεί υψηλή προτεραιότητα, γι' αυτό οι σπουδαστές της Σχολής Νοσηλευτικής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, το τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ, το τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας, κάνουν την εξάμηνη κλινική τους άσκηση για την κοινοτική νοσηλευτική στις Υπηρεσίες του Τομέα. Επίσης ένας μεγάλος αριθμός φοιτητών Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταπτυχιακοί φοιτητές και νοσηλευτικά στελέχη νοσοκομείων από όλη την Ελλάδα και την Κύπρο ενημερώνονται για τα Υπηρεσιακά προγράμματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τομέα και εκπαιδεύονται σ' αυτά. Παράλληλα με τα τρέχοντα Υπηρεσιακά προγράμματα, οι Νοσηλεύτριες του Τομέα εκπαιδεύονται σε θέματα διαχείρισης κρίσεων και είναι έτοιμες για κάθε αποστολή έκτακτης ανάγκης.

Ο Τομέας Νοσηλευτικής συνεργάζεται με άλλους φορείς για υλοποίηση κοινών προγραμμάτων και συμμετέχει σε Ευρωπαϊκά δίκτυα για την υιοθέτηση κοινής πολιτικής σε θέματα που αφορούν την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των Ευρωπαίων πολιτών. Οι Νοσηλεύτριες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού συμμετέχουν σε διεθνείς αποστολές και βοήθειας, με σκοπό την περίθαλψη και την υγειονομική στήριξη πληγέντων ή μετακινούμενων πληθυσμών και θυμάτων πολέμου.

Επιμέρους Δράσεις:

Εκπαίδευση-Επιμόρφωση

Από τα πρώτα βήματα του Τομέα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η μετεκπαίδευση νοσηλευτικών στελεχών στην Ευρώπη και στην Αμερική ήταν βασικό μέλημα και σήμερα αποτελεί παραδοσιακή αξία και πρακτική. Στον Ελλαδικό χώρο, νοσηλευτικά στελέχη του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ανέπτυξαν προγράμματα - ειδικεύσεις για νοσηλευτές Νοσοκομείων και Υγειονομικών Υπηρεσιών, με θέματα όπως «Αξιολόγηση Προσωπικού», «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών» και «Αρχές και Μέθοδοι Διδασκαλίας». Η επιμόρφωση αυτή συνεχίζεται σήμερα με επαναλαμβανόμενο θεματικό κύκλο: «Φροντίδα Φροντιστών Ηλικιωμένων» και «Νοσηλευτική Έκτακτης Ανάγκης».

«Αγωγή Υγείας»

Με την Υπηρεσία «Αγωγή Υγείας», που λειτουργεί από το 1952, επιδιώκεται η διαμόρφωση υγιεινών τους και την προετοιμασία τους για επείγουσες καταστάσεις. Οι στόχοι της Υπηρεσίας υλοποιούνται μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα για Πρώτες Βοήθειες, Φροντίδα Μητέρας και Βρέφους, Υγιεινή Διατροφή, Πρόληψη Περιβάλλοντα Τα προγράμματα Υγείας απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς, μαθητές σχολείων, σπουδαστές σχολών, στελέχη επιχειρήσεων, υπαλλήλους δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών, μέλη συλλόγων, πολίτες κ.α.

Υπηρεσίες παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) - Υγειονομικοί σταθμοί

Από τα προγράμματα Π.Φ.Υ. καλύπτονται σημαντικότεροι τομείς πρόληψης και παροχής Υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Συγκεκριμένα, λειτουργούν ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων και Συμβουλευτικοί Σταθμοί Μητέρας και Παιδιού που επιδιώκουν την προαγωγή της υγείας και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Μέσα από τα προγράμματα Σχολικής Υγιεινής πραγματοποιούνται περιοδικά έλεγχοι των μαθητών, σωματομετρήσεις, έλεγχος οπτικής οξύτητας, στοματολογικός έλεγχος, εμβολιασμοί και Αγωγή Υγείας.

Οι Υγειονομικοί σταθμοί διενεργώντας προ-συμπτωματικούς ελέγχους, κάνοντας κατ' οίκον επισκέψεις και επιδημιολογική έρευνα, ενώ συνεργάζονται με τις τοπικές Υγειονομικές Υπηρεσίες για τον έλεγχο των λοιμωδών & μεταδιδόμενων νοσημάτων.



## Η «Υπηρεσία Γεροντολογία»

Οι Υπηρεσίες Νοσηλευτικής προσέφεραν συστηματικά νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα τρίτης ηλικίας στο σπίτι τη δεκαετία του '50. Αργότερα, το 1985, στο πλαίσιο της συνεχούς αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων και μοναχικών ατόμων και των προβλημάτων που προκύπτουν σ' αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ίδρυσε την Υπηρεσία Γεροντολογίας, με σκοπό την εξακρίβωση αναγκών και την προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας και ανακούφισης. Η Υπηρεσία Γεροντολογίας παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, ιατρική παρακολούθηση, φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση και κάθε δυνατή οικιακή βοήθεια στα άτομα εκείνα που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος.

## Υπηρεσία «Νοσηλεία στο Σπίτι»

Η Υπηρεσία «Νοσηλεία στο Σπίτι» αποτελεί αυτοτελή μονάδα νοσηλευτικής Φροντίδας, κυρίως για ασθενείς που εξέρχονται από το Νοσοκομείο και κρίνεται απαραίτητη η συνέχιση της θεραπείας τους στο σπίτι. Η Υπηρεσία διαθέτει εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα, που αποτελείται από Νοσηλεύτριες - Επισκέπτριες, Ιατρού και Φυσιοθεραπευτές που επισκέπτονται και παρακολουθούν τους ασθενείς, στηρίζοντας τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Το συγγενικό περιβάλλον εκπαιδεύεται και ενισχύεται για τη φροντίδα του μέλους που έχει ανάγκη. Έτσι, κάθε ασθενής νοσηλεύεται στο δικό του χώρο, μεταξύ των συγγενών του, ενώ ταυτόχρονα αποσυμφορίζεται το νοσοκομείο και μειώνεται το κόστος νοσηλείας.

## Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των Περιφερειακών Τμημάτων

Οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των Περιφερειακών Τμημάτων στηρίζουν την ελληνική επαρχία, καλύπτοντας τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως Γεροντολογία, Νοσηλεία στο Σπίτι και Αγωγή Υγείας.

Οι νοσηλεύτριες εκπαιδεύουν εθελοντές νοσηλευτικής και τους κινητοποιούν σε τομείς εθελοντικής εργασίας σε: νοσοκομεία, γηροκομεία, άσυλα ανιάτων, ψυχιατρεία, φυλακές, ιδρύματα αλλά και σε μοναχικά άτομα με προβλήματα υγείας. Παράλληλα, νοσηλεύτριες και εθελοντικό δυναμικό είναι σε ετοιμότητα για κάθε κάλεσμα στην Έκτακτη Ανάγκη.

## Εθελοντές Νοσηλευτικής

Σημαντική δύναμη στο έργο του Τομέα Νοσηλευτικής αποτελούν οι εθελοντές του, που παρακολουθούν το βασικό νοσηλευτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, με θεωρία (124 ώρες) και κλινική άσκηση (80 ώρες). Από την

ίδρυση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού μέχρι σήμερα έχουν εκπαιδευτεί περίπου 25.000 άτομα σε ολόκληρη τη χώρα και κινητοποιούνται σε ετήσια βάση 3.000 - 3.500 εθελοντές.

Στη μακρόχρονη πορεία τους οι Εθελόντριες Νοσηλευτικής έχουν προσφέρει πολύτιμες υπηρεσίες σε καιρό πολέμου και ειρήνης, εργαζόμενες με ηρωισμό και αυτοθυσία, τιμώντας τις αρχές του ερυθροσταυρικού κινήματος. Η προσφορά των Εθελοντών συνεχίζεται μέχρι σήμερα με το ίδιο ενδιαφέρον, ενισχύοντας το έργο των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τομέα και παρέχοντας ακούραστα τις υπηρεσίες τους, πάντα με την επίβλεψη και καθοδήγηση των νοσηλευτριών του Τομέα, σε Νοσοκομεία, Γηροκομεία, άσυλα ανιάτων, ειδικές κατασκηνώσεις, ενώ είναι σε ετοιμότητα για συμμετοχή σε κάθε έκτακτη ανάγκη εντός και εκτός συνόρων.

### **Ο Τομέας της Κοινωνικής Πρόνοιας**

Ο Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα αναγκών της σύγχρονης κοινωνίας, προωθεί προγράμματα για την αντιμετώπιση σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων. Από το 1965 βρίσκεται σταθερά κοντά σε όσους πάσχουν και αγκαλιάζει ολόπλευρα όλες τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Μελετά τις σημερινές κοινωνικές ανάγκες και απαιτήσεις και προβαίνει στον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων για την πλήρη και άμεση αντιμετώπιση τους. Οι Εθελοντές Πρόνοιας αριθμούν 2.000 στην Αθήνα και 1.500 στην επαρχία, πάντα με ευαισθησία έχοντας πλήρη συνείδηση των σύγχρονων προβλημάτων, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός αναπτύσσει το σύνθετο έργο της Κοινωνικής Πρόνοιας τοποθετώντας πάντα τον άνθρωπο ως ολότητα στο επίκεντρο της δράσης του. Με την κοινωνική του δράση, απευθύνεται σε όλους τους πολίτες που έχουν ανάγκη από φροντίδα όπως η Τρίτη ηλικία, τα παιδιά, οι ασθενείς, τα άτομα με αναπηρία, οι άνεργοι, οι μειονότητες ομάδες πληθυσμού, φυλακισμένοι και αποφυλακισμένοι, άστεγοι κ.λ.π., πάντα με - ευαισθησία και υπευθυνότητα.

Γνωρίζοντας πως η Κοινωνική Πρόνοια δεν αφορά μόνο στην Πολιτεία αλλά αποτελεί προσωπική ευθύνη του καθενός, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός υπενθυμίζει πως ακόμα και η πιο μικρή κοινωνική προσφορά μπορεί να μεταφραστεί σε μια μεγάλη πράξη για τον άνθρωπο. Με βασικό στόχο την προστασία και την οικονομική, ηθική και κοινωνική στήριξη σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, ο Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας, εθνικά και διακρατικά και μέσα από τη συνεργασία με άλλους κοινωνικούς και θεσμικούς φορείς, στοχεύει στην πρόληψη και την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων.

Επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί με τη βοήθεια ειδικά εκπαιδευμένων εθελοντών προσφέρουν κοινωνική εργασία παρέχοντας, συμβουλευτική βοήθεια και υποστήριξη καθώς και κάλυψη πρώτων αναγκών σε μεμονωμένα άτομα αλλά και οικογένειες που αντιμετωπίζουν οικονομικά ή κοινωνικά προβλήματα. Ο Τομέας δραστηριοποιείται επίσης στην παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας σε συνανθρώπους μας που δοκιμάζονται από φυσικές και άλλες καταστροφές.

Το εξειδικευμένο προσωπικό του Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας αντλεί πολύτιμη εμπειρία από την καθημερινή επαφή με κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, γνωρίζει καλά την Κοινότητα στην οποία εφαρμόζονται τα προγράμματα και συνεργάζεται με ένα ευρύ φάσμα φορέων και οργανώσεων. Συμμετέχει σε διεθνείς συναντήσεις και σεμινάρια, με σκοπό την ανταλλαγή πληροφορήσης, εμπειρίας και ορθών πρακτικών και ενημερώνεται συνεχώς για τις εξελίξεις στο αντικείμενο εργασίας του σε διεθνές επίπεδο.

Παράλληλα, ο Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας προσπαθώντας να επεκτείνει τις παροχές και υπηρεσίες του, αξιοποιεί εθνικούς πόρους και πηγές χρηματοδότησης που προσφέρει η Ευρωπαϊκή Ένωση και υποβάλει προτάσεις για ένταξη σε επιδοτούμενα προγράμματα.

Σε μια εποχή που η ποιότητα στη ζωή δεν είναι, δυστυχώς, δικαίωμα όλων και ο αριθμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα συνεχώς αυξάνεται, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός δε μένει παρατηρητής. Παλεύει για να εξασφαλίσει ένα καλύτερο μέλλον σε χιλιάδες πολίτες, να βελτιώσει τη ζωή των προσφύγων, να δώσει ελπίδα στους ασθενείς και να φτιάξει μια ομορφότερη καθημερινότητα για τα παιδιά.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο των αιτημάτων ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός δραστηριοποιείται, όσο υπάρχουν άνθρωποι και συμβάλλει στην κοινωνική πρόοδο και ανάπτυξη.

Επιμέρους Δράσεις:

Με στόχο την παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, λαμβάνοντας υπόψη τις σύγχρονες εξελίξεις και τάσεις στον Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας, αναπτύσσει και λειτουργεί καινοτόμα προγράμματα που αφορούν σε:

Προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης και συμβουλευτικής για μακροχρόνια άνεργους, μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα με αναπηρίες αστέγους, μετανάστες, πρόσφυγες κ.λ.π.

Υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας και παρέμβασης σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο Σπίτι, «Φιλικές» επισκέψεις κ.λ.π.).

Προγράμματα ενίσχυσης της ικανότητας για πρόσβαση στην απασχόληση ατόμων που πλήττονται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό.

Παρέμβαση σε καταστάσεις μαζικών αφίξεων αιτούντων άσυλο.

Προγράμματα για την κοινωνική ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων μέσω πολλαπλών δράσεων (διαπολιτισμικά εκπαιδευτικά προγράμματα, προώθηση στην απασχόληση, διαμεσολάβηση με κρατικές ή άλλες υπηρεσίες κλπ).

Οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υποδοχής και Προσωρινής Φιλοξενίας.

Προγράμματα για την παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε θύματα φυσικών και άλλων καταστροφών.

Ευρωπαϊκά προγράμματα. Προσπαθώντας να επεκτείνει τις παροχές και υπηρεσίες του, ο Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας αξιοποιεί πόρους που προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και εθνικές πηγές χρηματοδότησης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων σε εθνικό και διακρατικό επίπεδο, αποτελεί σημαντικό τομέα δραστηριοποίησης για την ανάπτυξη και διάδοση νέων πρακτικών αντιμετώπισης σύγχρονων κοινωνικών αναγκών, που αντιμετωπίζουν οι πολλαπλές κατηγορίες ατόμων που πλήττονται από κοινωνικό αποκλεισμό.

Ευρωπαϊκά Δίκτυα Συνεργασίας. Ο Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας συμμετέχει ως μέλος σε ομάδες εργασίας και σε διακρατικά δίκτυα συνεργασίας που λειτουργούν στα πλαίσια της Διεθνούς Ομοσπονδίας Ερυθρών Σταυρών και Ερυθρών Ημισελήνων και του Ευρωπαϊκού Γραφείου Ερυθρού Σταυρού στις Βρυξέλλες.

Ενδεικτικά αναφέρονται:

Δυτικοευρωπαϊκό Δίκτυο για την ανάπτυξη του Εθελοντισμού (WENDOY)  
Ευρωπαϊκό Δίκτυο συνεργασίας για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη (ENPS)  
Πλατφόρμα συνεργασίας των Ερυθρών Σταυρών για συνεργασία σε θέματα Προσφύγων, αιτούντων άσυλο και προσφύγων (PERSO)

Επίσης, στο πλαίσιο υλοποίησης ευρωπαϊκών προγραμμάτων, συμμετέχει σε ευρύτερα σχήματα διακρατικών συνεργασιών που αφορούν ευάλωτες ομάδες πληθυσμού σκοπό την ανταλλαγή εμπειρίας και τεχνογνωσίας, την ανάπτυξη καινοτόμων προσεγγίσεων και κοινών εργαλείων εργασίας.

#### Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Περιφέρεια

Στο πλαίσιο λειτουργίας των περιφερειακών Τμημάτων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού έχουν συσταθεί και λειτουργούν Κοινωνικές Υπηρεσίες σε κομβικά σημεία της Επικράτειας. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες είναι φορείς άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Περιφέρεια και στελεχώνονται με κοινωνικούς λειτουργούς που υποστηρίζονται στο έργο τους από εκπαιδευμένους εθελοντές.

Οι κύριοι τομείς δραστηριοποίησης των Περιφερειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών είναι η προσέλκυση, εκπαίδευση και κινητοποίηση εθελοντικών ομάδων, η κάλυψη επείγουσών κοινωνικών αναγκών και η ψυχοκοινωνική στήριξη ατόμων και οικογενειών, η παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης (φυσικές καταστροφές, μαζικές αφίξεις πληθυσμού κ.λ.π.), η ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για υποστήριξη «ευάλωτων» ομάδων πληθυσμού, η οργάνωση ειδικών εκδηλώσεων όπως Bazaar κ.λ.π.

#### **Τομέας Σαμαρειτών και Διασωστών**

Η παροχή πρώτων βοηθειών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και ατυχημάτων είναι πρωταρχικό τμήμα της δράσης του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Οι Εθελοντές Σαμαρείτες, οι Εθελοντές Διασώστες και οι Εθελοντές Ναυαγοσώστες, είναι ο Τομέας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού που αναλαμβάνει να προσφέρει αυτές τις υπηρεσίες. Το Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, δημιουργήθηκε το 1932 και αποτελεί τη μεγαλύτερη εθελοντική δύναμη Πρώτων Βοηθειών και Διάσωσης στην Ελλάδα, έτοιμη να δράσει σε περιπτώσεις φυσικών ή άλλων καταστροφών και σε κάθε είδους έκτακτη κατάσταση, όσο υπάρχουν άνθρωποι.

Αποτελείται σήμερα από μια αναλογία 60% γυναικών και 40% ανδρών, και διαθέτει ένα δίκτυο εθελοντών με 4.500 περίπου ενεργά μέλη και μέσο όρο ηλικίας το 23ο έτος. Δραστηριοποιείται σε 35 πόλεις της Ελλάδας και παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες Πρώτων Βοηθειών, Προνοσοκομειακής Υποστήριξης Ζωής, Έρευνας και Διάσωσης, Πρόληψης και Αντιμετώπισης Καταστροφών, Ναυαγοσωστικής.

Στο Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών υπάγονται:

η Ομάδα Διάσωσης του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η οποία δημιουργήθηκε το 1986 και αριθμεί 250 Εθελοντές Διασώστες Τεχνικής και Παραϊατρικής Διάσωσης,

η Σχολή Αυτοδυτών Ναυαγοσωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η οποία δημιουργήθηκε το 1974 και είναι η μοναδική στην χώρα μας η οποία είναι διεθνώς αναγνωρισμένη από την Διεθνή Ναυαγοσωστική Ομοσπονδία και η μοναδική παγκοσμίως που λειτουργεί με δύο κρατικές άδειες λειτουργίας.

Όλα τα διασωστικά οχήματα και ναυαγοσωστικά σκάφη του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, τα οποία επιχειρούν σε όλη την Ελλάδα και στον κόσμο, όταν κινδυνεύουν ανθρώπινες ζωές.

Το Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών, διαθέτει το άρτια δομημένο και καταρτισμένο Τμήμα Εκπαίδευσης, με Εκπαιδευτές πιστοποιημένους αποκλειστικά από τον Γερμανικό Ερυθρό Σταυρό. Το Τμήμα Εκπαίδευσης του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών, είναι το μοναδικό στην Ελλάδα που διαθέτει όλα τα γνωστικά αντικείμενα εκπαίδευσης σε CD, τα οποία διανέμονται κάθε χρόνο στις Σχολές Πρώτων Βοηθειών, Διάσωσης, Ναυαγοσωστικής.

Οι Εθελοντές Σαμαρείτες και Διασώστες έχουν αδελφοποιηθεί με το Τμήμα Φρανκφούρτης του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού, από το 1980. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ανέθεσε το 1980 στον Γερμανικό Ερυθρό Σταυρό την συγκρότηση ενός σύγχρονου, ευέλικτου και αποτελεσματικού Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών στην χώρα μας, εφάμιλλου του γερμανικού και την αποκλειστική πιστοποίηση όλων των Εκπαιδευτών του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών στα γνωστικά αντικείμενα Πρώτων Βοηθειών, Διάσωσης και Ναυαγοσωστικής.

Επίσης, κάθε 4 χρόνια ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, αποστέλλει 15 Εθελοντές Διασώστες για εκπαίδευση και ανάδειξη νέων Εκπαιδευτών στην Ακαδημία Διάσωσης του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού στη Φρανκφούρτη. Το Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών, είναι αναγνωρισμένο από την Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, διατηρεί πρωτόκολλο συνεργασίας με την Τουρκική Εθελοντική Διασωστική Ομάδα AKUT, είναι εταιρικό μέλος της HELMEPA, διέθεσε 830 Εθελοντές Σαμαρείτες, Διασώστες και Ναυαγοσώστες στους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004 και 60 Εθελοντές Διασώστες στην Eurovision του 2006, ενώ καθημερινά βρίσκεται σε επιχειρησιακή ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης έκτακτης ανάγκης. Με τεράστια εμπειρία στη διαχείριση καταστροφών και με πιστοποιημένο σύστημα εκπαίδευσης και εξειδίκευσης,

πρωτοστατεί σε κάθε ενέργεια για την ενημέρωση και την εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα πρώτων βοηθειών, διάσωσης, ναυαγοσωστικής και αντιμετώπισης καταστροφών.

Σταθερά προσανατολισμένοι στον βασικό τους στόχο που είναι η μείωση των ζημιών από έκρυθμες καταστάσεις και η ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου, οι Εθελοντές Σαμαρείτες, οι Εθελοντές Διασώστες και οι Εθελοντές Ναυαγοσώστες, παρέχουν πρώτες βοήθειες και συμβάλλουν στη διάσωση θυμάτων σε έκτακτες καταστάσεις, ατυχήματα, φυσικές ή τεχνολογικές καταστροφές και όπου υπάρχει ανάγκη.

Κινητοποιούνται άμεσα και καταφθάνουν στο σημείο του ατυχήματος με ειδικά οχήματα, πλήρως εφοδιασμένοι με τον απαραίτητο υγειονομικό και τεχνικό εξοπλισμό διάσωσης για παροχή πρώτων βοηθειών πάντα σε συνεργασία με την Πυροσβεστική, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, την Ελληνική Αστυνομία, τις Λιμενικές Αρχές, την Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, τον Ελληνικό Στρατό και άλλους αρμόδιους κρατικούς φορείς.

Η πλατιά βάση των εθελοντών που στηρίζει και προωθεί το διασωστικό έργο του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών ακολουθεί βασική εκπαίδευση διάρκειας 15 μηνών και στη συνέχεια ειδικεύεται για 3 μήνες στη διάσωση ή τη ναυαγοσωστική. Οι Εθελοντές Διασώστες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ειδικεύονται στην παροχή βοήθειας τόσο σε αστικές όσο και σε ορεινές διασώσεις. Και οι τρεις ειδικότητες του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών παρέχουν τεχνική και παραϊατρική κάλυψη σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και συμβάλλουν στις επιτυχείς διασωστικές και ανθρωπιστικές αποστολές του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών αλλά και για την συνεχή ενημέρωση σχετικά με νέους τρόπους και μεθόδους παροχής πρώτων βοηθειών, διάσωσης, ναυαγοσωστικής οι Εθελοντές Σαμαρείτες, οι Εθελοντές Διασώστες και οι Εθελοντές Ναυαγοσώστες, μετεκπαιδεύονται κάθε δύο χρόνια.

Το Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών και Διασωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, είναι η μοναδική Εθελοντική Δύναμη στην χώρα μας, όπου από το 2006 ασφαλίζει όλους τους Εκπαιδευτές και όλους τους Εκπαιδευόμενους Εθελοντές, σε ομαδικό ασφαλιστήριο, για όλο το χρονικό διάστημα της 15μηνιαίας εκπαίδευσής τους.

Επιμέρους Δράσεις:

Κινητοποίηση και παροχή βοήθειας σε περιπτώσεις αντιμετώπισης καταστροφών, θεομηνιών, επιδημιών, κ.λ.π.

Παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση ανάγκης σε κάθε είδους διοργάνωση, όπως υπαίθριες συναυλίες, θεατρικές παραστάσεις, πολιτιστικές εκδηλώσεις, αλλά και σε αθλητικούς αγώνες.

Δραστηριοποίηση κατά τη διάρκεια μεγάλων εξόδων στους μεγαλύτερους οδικούς άξονες της χώρας και διατήρηση κατάστασης ετοιμότητας για την παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση ατυχήματος.

Άμεση κινητοποίηση σε περιπτώσεις φυσικής καταστροφής, όπως πυρκαγιές, πλημμύρες, σεισμούς και με τον κατάλληλο διασωστικό εξοπλισμό, φροντίζουν για τη διάσωση όσων κινδυνεύουν.

Υποδοχή κάθε μεταναστευτικού ρεύματος και παρουσία σε κάθε είσοδο προσφύγων στην Ελλάδα.

Στελέχωση παράκτιων σταθμών πρώτων βοηθειών και ναυαγοσωστικής τους θερινούς μήνες και κινητών υγειονομικών μονάδων τις εορταστικές περιόδους των μαζικών εξόδων των κατοίκων των μεγάλων πόλεων.

Διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ναυαγοσωστικής για τους πολίτες και δημιουργία Εθελοντών Ναυαγοσωστών και Εποπτών Ασφαλείας Κολυμβητικών Δεξαμενών.

Οργάνωση δενδροφυτεύσεων, καθαριότητας ακτών με υποβρύχιο καθαρισμό, ομιλιών και εκδηλώσεων για τα ναρκωτικά, το Α.Ι.Δ.Σ., την προστασία του περιβάλλοντος, τον εθελοντισμό, κ.λ.π.

### **Τομέας Διεθνών Σχέσεων**

Η πολύχρονη παρουσία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στις πιο δύσκολες και έκρυθμες στιγμές της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας είναι μια παρακαταθήκη εμπειρίας αλλά και ανάμνησης του ανθρώπινου πόνου.

Η ευαισθησία του Συλλόγου απέναντι στην αγωνία, την αρρώστια, την πείνα και την ανθρώπινη δυστυχία κινητοποιεί τη δράση του εντός και εκτός Ελλάδος όπου υπάρχει ανάγκη.



Ως ενεργό μέλος του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου, συμμετέχει στο διεθνές έργο του Κινήματος που στηρίζεται στην αλληλοϋποστήριξη και τη συνεργασία μεταξύ των Εθνικών Συλλόγων. Για να πραγματοποιηθεί ομαλά η συνεργασία και για να διασφαλίζεται η κατάλληλη και αποτελεσματική αποστολή βοήθειας, τις σημαντικές και πολύπλοκες διαδικασίες των διεθνών επαφών του Συλλόγου αναλαμβάνει ο τομέας Διεθνών Σχέσεων.

Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης στην Ελλάδα, ο Τομέας Διεθνών Σχέσεων αναλαμβάνει τις διαδικασίες συνεννόησης με τους Εθνικούς Συλλόγους άλλων χωρών και με τα Διεθνή Όργανα του Κινήματος, προκειμένου να κινητοποιηθούν οι πόροι του εξωτερικού. Παράλληλα, ο Τομέας Διεθνών Σχέσεων φροντίζει για την προβολή σε διεθνές επίπεδο της δράσης του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Γνωρίζοντας τις δυσκολίες και τα προβλήματα που επικρατούν σε πολλές χώρες του κόσμου αλλά και ότι οι ανθρώπινη ανάγκη δεν περιορίζεται εντός των συνόρων της ελληνικής επικράτειας, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός επεκτείνει, μέσω του Τομέα Διεθνών Σχέσεων, την πολύπλευρη δράση του στο εξωτερικό και ενισχύει την ανθρωπιστική προσφορά των Εθνικών Συλλόγων άλλων χωρών.

Γνωρίζοντας ότι ο ανθρώπινος πόνος δεν έχει σύνορα, ο Τομέας Διεθνών Σχέσεων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα για την προώθηση των συνεργασιών του στο εξωτερικό και είναι παρών όσο υπάρχουν άνθρωποι, προσφέροντας επείγουσα ανθρωπιστική ή αναπτυξιακή βοήθεια.

Επιμέρους Δράσεις:

Διεθνείς Διασκέψεις και Ανθρωπιστικό Δίκαιο

Προετοιμασία της συμμετοχής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού σε Διεθνείς Διασκέψεις και Καταστατικές Συναντήσεις σε Παγκόσμιο ή Περιφερειακό επίπεδο ή διοργάνωση αντίστοιχων στην Ελλάδα. Παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων εντός εκτός του Κινήματος με σκοπό την εναρμόνιση των δομών και των δράσεων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού με τα διεθνή πρότυπα. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού με πληροφορίες και εκπαιδευτικό υλικό σχετικά με το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο οργανώνοντας εκπαιδευτικές ενότητες και φροντίζοντας για ειδικές εκδόσεις ενώ παράλληλα διαδίδει τις θεμελιώδεις αρχές του Κινήματος.

## Διμερείς και Περιφερειακές Συνεργασίες

Προγράμματα σε διμερές ή περιφερειακό επίπεδο με Εθνικούς Συλλόγους άλλων χωρών προκειμένου να ενισχυθεί η συνεργασία και η φιλία πάνω στη βάση του κοινού ανθρωπιστικού σκοπού και οράματος. Συμμετοχή σε πανευρωπαϊκές εκστρατείες ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, όπως η Πανευρωπαϊκή Εκστρατεία Ερυθρού Σταυρού για την Οδική Ασφάλεια, οργάνωση προγραμμάτων φιλοξενίας παιδιών ή ανταλλαγής επισκέψεων και απόψεων.

## Εκπαίδευση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού

Εκπαίδευση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό την αποστολή του σε αποστολές εξωτερικού. Πρόκειται για διεθνές εκπαιδευτικό πρόγραμμα απαραίτητο για όλους όσοι αναλαμβάνουν δράση εκτός της χώρας τους και εντός των πλαισίων του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου καθώς αυτά τα στελέχη αποτελούν τους «πρεσβευτές» του ελληνικού ανθρωπισμού.

## **Ο Τομέας Αναζητήσεων**

Ο Τομέας Αναζητήσεων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού από την ίδρυσή του, το 1915, μέχρι σήμερα έχει να επιδείξει πολύ σημαντικό έργο. Σε όλη την πορεία του έχει δραστηριοποιηθεί σε έκρυθμες καταστάσεις, σε περιόδους πολέμου και ειρήνης αναζητώντας αγνοουμένους, στην Ελλάδα και το εξωτερικό, αλλά και διευκολύνοντας την επικοινωνία αιχμαλώτων, φυλακισμένων και προσφύγων με τους οικείους τους. Ανήκει σε ένα διεθνές δίκτυο με συντονιστή την Κεντρική Υπηρεσία Αναζητήσεων και Προστασίας (CTA) της Διεθνούς Επιτροπής Ερυθρού Σταυρού (ICRC) και δρα πάντα, με αμεροληψία και ουδετερότητα, ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στις οικογένειες και τα αγνοούμενα μέλη τους, προκειμένου να αποκαταστήσει τις μεταξύ τους σχέσεις.

Με βασικό μέλημα τη συνοχή της οικογένειας, ο Τομέας Αναζητήσεων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού είναι παρών όπου υπάρχει ανάγκη. Κινητοποιείται σε πολεμικές συρράξεις, μετακινήσεις πληθυσμών, ιδιάζουσες κοινωνικό-οικογενειακές καταστάσεις αλλά και σε κάθε είδους κοινωνική μεταβολή ή φυσική καταστροφή που οδηγεί στη διάσπαση οικογενειών. Το έργο των αναζητήσεων έχει επιπρόσθετα ουσιαστική και κοινωνική προσφορά, καθώς εκτός από ανθρώπους που χάθηκαν λόγω πολεμικών γεγονότων και των συνεπειών τους (πρόσφυγες - μμετανάστες), αναζητά και άτομα που εγκατέλειψαν τις οικογένειες τους για προσωπικούς

λόγους, απαχθέντα ή υιοθετημένα παιδιά, υπερήλικες, ψυχασθενείς αγνοούμενους.

Ο Τομέας Αναζητήσεων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού διαθέτει το μεγαλύτερο αρχείο αναζητήσεων στην Ελλάδα και ένα από τα μεγαλύτερα παγκοσμίως, με 400.000 ατομικές καρτέλες. Η «Τράπεζα Πληροφοριών» του Τομέα Αναζητήσεων τροφοδοτείται διαρκώς με νέα δεδομένα και ντοκουμέντα ενώ, για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του, συνεργάζεται στενά με τη Διεθνή Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού (ICRC), το Διεθνές Δίκτυο Υπηρεσιών Αναζητήσεων, με Κρατικούς ή Ιδιωτικούς Φορείς, Διεθνείς Οργανισμούς, τα Μ.Μ.Ε. και εθελοντές στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Στόχοι:

Διατήρηση της συνοχής της οικογένειας

Αποκατάσταση οικογενειακών δεσμών

Διατήρηση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη των οικογενειών

Εξακρίβωση της τύχης των αγνοουμένων και ενημέρωση των οικείων τους

Δραστηριότητες

Συλλογή ατομικών στοιχείων των αγνοουμένων

Αρχειοθέτηση στοιχείων των αναζητούμενων και των αιτούντων

Συλλογή και αρχειοθέτηση γενικών πληροφοριών αγνοουμένων

Διακίνηση ειδικού ταχυδρομείου (Μηνύματα Ε.Σ. -RCM)

Διαμεσολάβηση επαναπατρισμού θυμάτων πολεμικών γεγονότων

Εξυπηρέτηση Ελλήνων σε ξένες χώρες και αλλοεθνών που βρίσκονται στην Ελλάδα για τον εντοπισμό των οικείων τους, σε συνεργασία με τοπικούς ή ξένους φορείς, κρατικούς ή μη κυβερνητικούς οργανισμούς (NGOs)

Έκδοση βεβαιώσεων ομηρίας, αιχμαλωσίας, βασανισμού, θανάτωσης, προκειμένου να βοηθηθούν τα θύματα ή οι οικείοι τους στη συνταξιοδότηση ή την αποκατάστασή τους.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Τομέα Αναζητήσεων, οι δραστηριότητές του χωρίζονται σε επιμέρους τομείς που αφορούν την αναζήτηση παιδιών, αγνοουμένων του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και του Εμφυλίου, προσφύγων, μεταναστών, Αλβανών, αλλά και κοινωνικές αναζητήσεις στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Οι δραστηριότητες του Τομέα Αναζητήσεων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, με γνώμονα το σεβασμό για την οικογένεια και το δικαίωμα των ανθρώπων να ενημερώνονται για την τύχη των δικών τους και να επανασυνδέονται μαζί τους, εκτείνονται πολύ πέρα από την απλή αναζήτηση

ατόμων. Επιμύθιο των εργασιών του Τομέα Αναζητήσεων αποτελεί η «διατήρηση της συνοχής της οικογένειας».

### **Ερυθροσταυρίτες Εθελοντές**

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, από την ίδρυση του πριν από 140 χρόνια και μέχρι σήμερα, παραμένει διαχρονικά αφοσιωμένος στην ανακούφιση του πόνου των συνανθρώπων μας με κινητήριο δύναμη τους Εθελοντές του. Η εθελοντική αλληλέγγυα προσφορά βρίσκεται στο θεμέλιο της δράσης του Κινήματος και ήταν ανέκαθεν η βάση της ύπαρξης και της δραστηριότητας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Σε όλη την ιστορία του Συλλόγου οι Εθελοντές με αίσθημα αποστολής και αυταπάρνησης έκαναν το όραμα του Ερυθρού Σταυρού πραγματικότητα. Οι Εθελοντές προσφέρουν τον χρόνο, την ενέργεια, τις γνώσεις και, πάνω από όλα, την αγάπη τους προς τους πάσχοντες συνανθρώπους, κάνοντας καθημερινά πράξη τα διαχρονικά λόγια και το όραμα του Ερρίκου Ντυνάν: «Στην εποχή μας, που συχνά αποκαλείται εγωιστική και ψυχρή, τι γοητευτικό θα ήταν για ευγενείς και σπλαχνικές καρδιές και ιπποτικές ψυχές, να αντιμετωπίσουν τους ίδιους κινδύνους με τον πολεμιστή, οικιοθελώς, σε ειρηνικό πνεύμα, με στόχο την ανακούφιση και με κίνητρο την αυταπάρνηση!» (Ερρίκος Ντυνάν, «Αναμνήσεις από το Σολφερίνο»).

Μέσα από το έργο του, κάθε Εθελοντής παρακάμπτει το ατομικό συμφέρον και την προσωπική προβολή, προκειμένου να επιτύχει το συλλογικό όφελος. Η εθελοντική συμμετοχή, συνεπής με τις Θεμελιώδεις Αρχές του Κινήματος, είναι ανεξάρτητη από πολιτιστική ή εθνική προέλευση, θρησκεία, φύλο και κοινωνική ή οικονομική κατάσταση, και αποτελεί βασικό σύμμαχο στην προσπάθεια για την άμβλυνση των κοινωνικών αντιθέσεων και την αντιμετώπιση των κρίσιμων προβλημάτων της κοινωνίας.

Οι Εθελοντές εντάσσονται ενεργά στην δράση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους επί μέρους Τομείς, όπως στη Νοσηλευτική, στην Κοινωνική Πρόνοια, στις Διεθνείς Σχέσεις ή στους Σαμαρείτες-Διασώστες, είτε συμμετέχοντας σε αποστολές, είτε σε καθημερινές δράσεις υποστήριξης και περίθαλψης. Προκειμένου να προσφέρεται η μέγιστη και βέλτιστη βοήθεια κατά περίπτωση, η αξιοθαύμαστη αυτοδιάθεση και ο ιδεαλισμός των Εθελοντών ενισχύεται και υποστηρίζεται από οργανωμένα και υψηλού επιπέδου προγράμματα εκπαίδευσης.

Όλοι οι Τομείς εφαρμόζουν ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης, ειδίκευσης και ενημέρωσης. Γι' αυτό η άρτια εκπαίδευση, η εξειδίκευση, η ανάληψη

πρωτοβουλίας, η αμερόληπτη κατανόηση και η ανιδιοτέλεια, είναι τα βασικά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το προφίλ του σύγχρονου εθελοντή.

Οι Ερυθροσταυρίτες Εθελοντές, ανά τακτά χρονικά διαστήματα έρχονται σε επαφή με εθελοντές των διεθνών οργανώσεων του Ερυθρού Σταυρού μέσα από συνέδρια, σεμινάρια και άλλα προγράμματα συνεργασίας, με στόχο την ανταλλαγή ιδεών, γνώσεων, προβληματισμών αλλά και την προώθηση της αλληλεγγύης και της φιλίας μεταξύ των χωρών.

Σε μια εποχή που η αδιαφορία και προσωπική ικανοποίηση είναι εξίσου συχνά και διαδεδομένα όσο οι φυσικές ή άλλες καταστροφές οι Εθελοντές αποτελούν μια εναλλακτική πρόταση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που πλήττουν τους συνανθρώπους μας. Με την πεποίθηση και με συνείδηση ότι η δράση τους είναι αποστολή και λειτούργημα, οι Εθελοντές προσφέρουν καθημερινά ένα κομμάτι από τον εαυτό τους στον συνάνθρωπο.

Προσφέρουν, όμως, και κάτι μεγαλύτερο: την ελπίδα ότι μπορούμε να ανακουφίσουμε τα δεινά του κόσμου, την έμπρακτη απόδειξη ότι υπάρχει δύναμη στη συλλογική ανιδιοτελή προσφορά.

Η εθελοντική προσφορά είναι έμφυτη αξία στη συλλογική συνείδηση της ελληνικής κοινωνίας και ο ρόλος του Εθελοντή είναι ριζωμένος στη συνείδηση των ανθρώπων που γνωρίζουν ότι το πραγματικό κίνητρο βρίσκεται στο αίσθημα ικανοποίησης που απορρέει από την προσφορά προς τον συνάνθρωπο.

Ο Εθελοντισμός για τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό είναι έκφραση επικοινωνίας, έμπρακτη προσφορά και στάση ζωής. Οι Ερυθροσταυρίτες Εθελοντές, σταθερά προσανατολισμένοι στο ανθρωπιστικό έργο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, ήταν, είναι και θα είναι πάντοτε παρόντες, όσο υπάρχουν άνθρωποι.

### **Τρέχουσα προσφυγική μεταναστευτική κρίση**

Σύμφωνα με στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, από την 1 Ιανουαρίου 2016 έως και τις 15 Μαρτίου 2016, εισήλθαν στη χώρα μας μέσω θαλάσσης 143.634 πρόσφυγες και μετανάστες. Τα δύο νησιά με το μεγαλύτερο αριθμό αφίξεων, έως και τις 15 Μαρτίου 2016, παραμένουν η Λέσβος (84.384 αφίξεις) και εν συνεχεία η Χίος (32.041 αφίξεις).

Όσον αφορά το προηγούμενο έτος, ο συνολικός αριθμός των προσφύγων και μεταναστών που εισήλθαν στη χώρα μας ξεπέρασε τις 850.000. Μόνο το πρώτο επτάμηνο του 2015, ο αριθμός των νεοεισερχομένων πληθυσμών

παρουσιαζόταν αυξημένος κατά 750% σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα της χρονιάς του 2014.

Πιο συγκεκριμένα, από την 1η Ιανουαρίου έως και την 31η Αυγούστου 2015, 200.000 πρόσφυγες και μετανάστες κατεγράφησαν στα μητρώα των ελληνικών αρχών, έχοντας προηγουμένως προσεγγίσει τις ελληνικές ακτές με πλοιάρια από την Τουρκία, ενώ μόνο τον Ιούλιο του 2015 είχαν αναφερθεί 50.000 νέες αφίξεις (20.000 περισσότερες απ' ό,τι τον προηγούμενο μήνα) («Ανάλυση της κατάστασης», Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης (ΕΡoΑ), 2 Σεπτεμβρίου 2015).

### **Παρεμβάσεις του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού**

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με τη Διεθνή Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού και Εθνικούς Συλλόγους, όλη αυτή την περίοδο της έξαρσης του μεταναστευτικού φαινομένου, παρακολουθεί στενά την κλιμακούμενη κρίση και συμβάλλει ενεργά στην ελάφρυνση των συνεπειών που έχουν προκληθεί από την αυξανόμενη ροή μεταναστών και προσφύγων, κυρίως στα νησιά του ανατολικού Αιγαίου και την Αθήνα.

### **Σχέδιο DREF (Μάιος - Σεπτέμβριος 2015)**

Στο πλαίσιο αυτό, και σε στενή συνεργασία τόσο με το ελληνικό κράτος και τους πολιτειακούς θεσμούς όσο και με τη Διεθνή Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού & Ερυθράς Ημισελήνου, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός υλοποίησε, σε πρώτη φάση, έκτακτο σχέδιο ανθρωπιστικής παρέμβασης, ύψους 300.000 ελβετικών φράγκων, με στόχο να καλύψει τις ανάγκες 10.000 προσφύγων και μεταναστών, μετά από σχετική χρηματοδότηση από το ταμείο DREF (Disaster Relief Emergency Fund) της Διεθνούς Ομοσπονδίας.

Ως επιχειρησιακές περιοχές ορίστηκαν τα εξής 6 γεωγραφικά σημεία: Λέσβος, Σάμος, Χίος, Κως, Ρόδος και Κρήτη.

Η διάρκεια του σχεδιασμού και της υλοποίησης του προαναφερομένου σχεδίου ήταν πεντάμηνη (Μάιος - Σεπτέμβριος 2015), περιλαμβάνοντας ένα ευρύ πλέγμα ανθρωπιστικών δράσεων, όπως:

Διανομές ανθρωπιστικής βοήθειας σε νεοεισερχόμενους μετανάστες και πρόσφυγες. Συγκεκριμένα, μοιράστηκαν 3.300 δέματα επιβίωσης, 4.500 οικογενειακά δέματα, 1.400 γυναικεία δέματα, 700 βρεφικά δέματα και 100 υπνόσακοι σε ωφελούμενους κυρίως στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου (Λέσβο, Σάμο, Χίο, Κω)

Υπηρεσίες υγείας, με τη λειτουργία Νοσηλευτικών Σταθμών στα νησιά της Σάμου και της Χίου, σε συνδυασμό με προαγωγή της υγιεινής για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες

Υπηρεσίες αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών (RFL) και διευκόλυνσης της επικοινωνίας (μέσω της διανομής τηλεφωνικών καρτών για δωρεάν κλήσεις, εγκαταστάσεις wi-fi spots)

Υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης

Υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης παιδιών (λ.χ. στο Κέντρο Καταγραφής στη Μόρια κ.α.)

Συνολικά, μέσα από το Έκτακτο Σχέδιο DREF ωφελήθηκαν 19.000 πρόσφυγες και μετανάστες, ξεπερνώντας τον αρχικό στόχο κατά 90%.

### **Emergency Appeal (Οκτώβριος 2015 - Σεπτέμβριος 2016)**

Λόγω της συνεχούς διόγκωσης των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών και προκειμένου το Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στις υπερβολικά μεγάλες ανθρωπιστικές ανάγκες που έχουν ανακύψει, η Διεθνής Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού & Ερυθράς Ημισελήνου απηύθυνε στη διεθνή κοινότητα, τον Σεπτέμβριο του 2015, Έκτακτη Έκκληση Στήριξης (Emergency Appeal) για τη συγκέντρωση ποσού ύψους 13 εκατομμυρίων ελβετικών φράγκων, με στόχο την κλιμάκωση του παρεχόμενου ανθρωπιστικού έργου σε επιπλέον 200.000 ευάλωτους μετανάστες και πρόσφυγες.

Ως επιχειρησιακές περιοχές ορίστηκαν αυτή τη φορά η Λέσβος, η Σάμος, η Χίος, η Κως, η Ειδομένη και η Αθήνα. Στο πλαίσιο αυτό, και με την υποστήριξη πάντοτε της Διεθνούς Ομοσπονδίας, η ανταπόκριση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού έχει κλιμακωθεί, διευρύνοντας το φάσμα των παρεχομένων υπηρεσιών, οι οποίες πλέον περιλαμβάνουν:

Διανομές ειδών ανθρωπιστικής βοήθειας (πακέτων επιβίωσης, τροφής, ειδών ατομικής υγιεινής και καθαριότητας, οικογενειακών πακέτων, γυναικείων ειδών, κουβερτών, sleeping bags, σακιδίων, αδιάβροχων, στρωμάτων (camping mats), ιματισμού και νερού).

Συγκεκριμένα, σε όλη τη χώρα όπου δραστηριοποιείται ο Ερυθρός Σταυρός (Χίο - Κω - Λέσβο - Σάμο - Ρόδο - Κρήτη - Αθήνα - Ειδομένη - Διαβατά), στα σημεία όπου παραμένουν πρόσφυγες και μετανάστες, έχουν διανεμηθεί από την αρχή της κρίσης 452.240 ατομικά δέματα ανθρωπιστικού υλικού (ξηρά τροφή και εμφιαλωμένο νερό, υγειονομικό υλικό για βρέφη, πακέτα γυναικείας υγιεινής, κυτία επιβίωσης κλπ) εκ των οποίων στην Ειδομένη 170.207, στην Αθήνα 70.935, στα Διαβατά 14.484, στη Λέσβο 137.278, στη Χίο 11.004, στη Σάμο 20.108, στην Κω 27.782 και τα υπόλοιπα στην Κρήτη και τη Ρόδο.

Ειδικότερα για την Αθήνα, διανομές ανθρωπιστικής βοήθειας πραγματοποιήθηκαν και εξακολουθούν να πραγματοποιούνται:

στο Κέντρο Ανοιχτής Φιλοξενίας Προσφύγων στον Ελαιώνα

στον ανοιχτό χώρο φιλοξενίας για πρόσφυγες και μετανάστες στο πρώην αεροδρόμιο Ελληνικού (γήπεδο Hockey)  
στο Κλειστό Ολυμπιακό Γυμναστήριο Γαλατσίου  
στην πλατεία Βικτωρίας  
στον «Πρώην Σταθμό Α' Βοηθειών» του Ε.Ε.Σ. (επί της οδού Γ' Σεπτεμβρίου)

στους επιβατικούς σταθμούς στο λιμάνι του Πειραιά  
Επίσης έχουν διανεμηθεί συνολικά 126.319 μπουκάλια εμφιαλωμένο νερό και 29.313 sleeping bags, στρώματα camping και θερμικές κουβέρτες για την προστασία από τα καιρικά φαινόμενα και την αντιμετώπιση των περιστατικών υποθερμίας.

Λειτουργία Ιατρονοσηλευτικών Μονάδων σε Ειδομένη, Διαβατά, Χέρσο, Νέα Καβάλα, Σάμο, Χίο και Πειραιά.

Χάρη στην εξωτερική βοήθεια της Διεθνούς Ομοσπονδίας, είχαν τεθεί αρχικά σε πλήρη επιχειρησιακή λειτουργία τρεις (3) ιατρονοσηλευτικές μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα νησιά της Σάμου και της Χίου, καθώς και στην Ειδομένη, περιοχή στην οποία λειτουργούσε επιπλέον (έως τον Ιανουάριο 2016) γυναικολογική και παιδιατρική κλινική.

Στο διάστημα αυτό οι μονάδες ήταν στελεχωμένες με εξειδικευμένο διεθνές προσωπικό (ιατρούς και νοσηλευτές) από το Νορβηγικό, Γαλλικό και Καναδικό Ερυθρό Σταυρό (Ειδομένη) και τον Ισπανικό Ερυθρό Σταυρό (Σάμο και Χίο) ενώ ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε διαθέσει για την υποστήριξη της λειτουργίας τους επαγγελματίες και εθελοντές νοσηλευτές από τα κατά τόπους Περιφερειακά Τμήματα.

Στη μονάδα της Ειδομένης μόνο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ερυθρού Σταυρού αντιμετώπισε συνολικά 20.086 περιστατικά από την αρχή της κρίσης. Επιπροσθέτως, σε συνολικά 657 περιπτώσεις προσφέρθηκαν επείγουσες πρώτες βοήθειες. Στις πλήρως εξοπλισμένες ιατρονοσηλευτικές μονάδες στα νησιά της Χίου και της Σάμου έγινε περίθαλψη σε 8.585 και 10.042 πρόσφυγες αντίστοιχα.

Από τον Ιανουάριο του 2016, ο Ε.Ε.Σ. ανέλαβε εξ' ολοκλήρου τη λειτουργία των προαναφερομένων μονάδων, αναπτύσσοντας μία ακόμη στο Κέντρο Μετεγκατάστασης Προσφύγων στα Διαβατά Θεσσαλονίκης (όπου έχει ήδη παρασχεθεί ιατρονοσηλευτική φροντίδα σε 783 περιστατικά), ενώ από τον Μάρτιο του 2016, ο Ουγγρικός Ερυθρός Σταυρός ανέλαβε προσωρινά τη λειτουργία της μονάδας στην περιοχή της Ειδομένης.

Επιπλέον, δύο κινητές ιατρικές μονάδες παροχής βασικών υπηρεσιών υγείας του Γερμανικού και του Φινλανδικού Ερυθρού Σταυρού λειτουργούν στα Κέντρα Μετεγκατάστασης προσφύγων στο Χέρσο και τη Νέα Καβάλα, συμβάλλοντας στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης χιλιάδων προσφύγων που διέρχονται από τα συγκεκριμένα σημεία. Παράλληλα, κλιμάκια του Βρετανικού και του Αυστριακού Ερυθρού Σταυρού, συνεπικουρούμενα από νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Ε.Σ., παρέχουν υπηρεσίες προαγωγής της



υγιεινής σε ωφελούμενους πρόσφυγες και μετανάστες στους παραπάνω καταυλισμούς.

Επίσης, στο χώρο του λιμανιού του Πειραιά λειτουργεί, από τις 2 Μαρτίου 2016, Κινητή Υγειονομική Μονάδα, στελεχωμένη με ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Ε.Σ., η οποία προσφέρει σε καθημερινή βάση τις απαραίτητες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες στους πρόσφυγες και τους μετανάστες που βρίσκονται καθηλωμένοι στο σημείο.

Υπηρεσίες Διάσωσης στα νησιά πύλες εισόδου και παροχή Πρώτων βοηθειών

Στις περιοχές που υποστηρίζει ο Ερυθρός Σταυρός σε ολόκληρη τη χώρα έχει πραγματοποιήσει συνολικά 40.985 διασώσεις προσφύγων και παροχή πρώτων βοηθειών. Οι περισσότερες διασώσεις αφορούν πρόσφυγες που ταξιδεύουν πάνω σε φουσκωτές βάρκες στις πύλες εισόδου-νησιά Ανατολικού Αιγαίου, εκ των οποίων ο μεγαλύτερος αριθμός έχει καταγραφεί στη Λέσβο (39.116) από το κλιμάκιο Σαμαρειτών Διασωστών & Ναυαγοσωστών Ε.Ε.Σ. που επιχειρεί στο βόρειο τμήμα του νησιού στη Σκάλα Συκαμιάς, δευτερευόντως στην Κω (716 διασώσεις) και στην Κρήτη (457 διασώσεις).

Προαγωγή υγιεινής και δράσεις WASH (Water, Sanitation & Hygiene)

Ο συνολικός αριθμός των ωφελουμένων ανά περιοχή από υπηρεσίες για την προαγωγή της υγιεινής και από δράσεις WASH αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα.

Αποκατάσταση οικογενειακών δεσμών (RFL) και παροχή υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας

25 εθελοντές RFL από τα τρία εθελοντικά Σώματα του Ε.Ε.Σ. δραστηριοποιούνται σε 11 γεωγραφικά σημεία της χώρας: Αθήνα, Πάτρα, Κρήτη (Ρέθυμνο και Ηράκλειο), Κομοτηνή, Γιάννενα, Ορεστιάδα, Κω, Ρόδο, Λέσβο και Θεσσαλονίκη.

Οι 21 βασικοί εθελοντές είναι πλήρως εξοπλισμένοι με ατομικά τηλέφωνα RFL, usb και ειδικές εμφανίσεις (γιλέκο/καπέλο/τσάντα/κιτ RFL) ενώ υπάρχουν επιπλέον 55 εκπαιδευόμενοι/δόκιμοι εθελοντές σε Θεσσαλονίκη, Αθήνα, Λέσβο, Χίο και Σάμο (με ειδική εκπαίδευση RFL Fast Track).

Οι δράσεις του Ε.Ε.Σ. στο συγκεκριμένο πεδίο περιλαμβάνουν:

Πρόληψη δευτερεύοντος διαχωρισμού/διασκορπισμού και αποκοπής οικογενειών μέσω της:

Ενημέρωσης των Αρχών και των εμπλεκόμενων φορέων

Διάδοσης/ προώθησης υπηρεσιών προς τους επωφελούμενους και προς τρίτους

Αποκατάσταση & διατήρηση της επικοινωνίας

Διανομή τηλεφωνικών καρτών προπληρωμένου χρόνου ομιλίας

Μηνύματα Ερυθρού Σταυρού - RCM / Anxious for news/ Save & Well

Salamats (ειδικά προφορικά μηνύματα)

Πρόγραμμα παροχής 3' τηλεφωνημάτων σε όσους αδυνατούν να επικοινωνήσουν με τις οικογένειές τους, με έμφαση στους ανήλικους και τους ευάλωτους πληθυσμούς (ιδιαίτερα για την εξυπηρέτηση διασωθέντων από ναύαγια και ανηλίκων που τελούν υπό κράτηση)

Την περίοδο Ιουλίου 2015 - Φεβρουαρίου 2016 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 2500 τηλεφωνήματα, εκ των οποίων 850 από ανήλικους υπό κράτηση και διανεμήθηκαν 200 τηλεφωνικές κάρτες προπληρωμένου χρόνου διεθνών κλήσεων σε όλη την Ελλάδα.

Παροχή Wi-Fi στη Λέσβο (δρομολογείται επίσης η τοποθέτηση WiFi στο ΚΕΠΥ Έβρου σε συνεργασία με την ICRC)

Φόρτιση κινητών (συνολικά μέσω 10 φορητών ηλεκτρικών γεννητριών)

Αναζήτηση ατόμων (μετά από αίτηση συγγενών σε Ελλάδα και εξωτερικό μέσω του δικτύου Αναζητήσεων/ RFL Ερυθρού Σταυρού). Στη βάση δεδομένων της Διεύθυνσης φαίνονται ως αναζητούμενα 734 άτομα, 156 εκ των οποίων είναι παιδιά.

Δράση στο πεδίο και παρέμβαση μετά από έκτακτα περιστατικά, όπως ναύαγια, για την αποκατάσταση της επικοινωνίας και την παροχή υπηρεσιών RFL.

Ιατροδικαστική συμβουλευτική (με μόνιμο συνεργάτη ιατροδικαστή) για την ορθή διαχείριση των νεκρών και τη διευκρίνιση της τύχης των αγνοουμένων.

Υπηρεσίες πληροφόρησης των ωφελουμένων και διασύνδεσής τους με φορείς της Κοινότητας

Παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης

Δημιουργική απασχόληση παιδιών σε κατάλληλα διαμορφωμένους και ασφαλείς χώρους

Παράλληλα, εκπαιδευμένοι εθελοντές του Τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού βρέθηκαν στον παιδότοπο του Κέντρου Προσωρινής Φιλοξενίας στον Ελαιώνα, παρέχοντας ψυχοκοινωνική στήριξη στα παιδιά των φιλοξενούμενων προσφύγων και μεταναστών, μέσα από δράσεις δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας.

### **Διμερείς συμφωνίες με άλλους Εθνικούς Συλλόγους Ερυθρού Σταυρού**

Την ίδια στιγμή, Εθνικοί Σύλλογοι Ερυθρού Σταυρού άλλων χωρών (λ.χ. της Γερμανίας, της Δανίας, της Μ. Βρετανίας, της Ουγγαρίας, της Ελβετίας κ.α.) υπέγραψαν διμερείς συμφωνίες με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, με σκοπό

να ενισχύσουν την παρουσία και τη γενικότερη συμβολή του στην αντιμετώπιση της τρέχουσας κρίσης.

#### Διανομή ειδών ανθρωπιστικής βοήθειας

α) Διανομή πακέτων ατομικής υγιεινής του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού σε Λέσβο, Κω, Β. Ελλάδα και Αθήνα

Ο Γερμανικός Ερυθρός Σταυρός, με τη μεσολάβηση του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, υποστήριξε τη διανομή 19.000 πακέτων ατομικής υγιεινής:

σε νεοεισερχόμενους πρόσφυγες στο νησί της Λέσβου,

σε πρόσφυγες που διαμένουν προσωρινά σε χώρους προσωρινής φιλοξενίας, όπως στον Ελαιώνα και το Ελληνικό, στο Κέντρο Φιλοξενίας Αιτούντων Ασυλο του Ε.Ε.Σ. στο Λαύριο,

σε όσους τελούν υπό κράτηση στο Κέντρο Κράτησης Μεταναστών στην Αμυγδαλέζα,

σε εξυπηρετούμενους του Πολυδύναμου Κέντρου Κοινωνικής Στήριξης & Ενσωμάτωσης Προσφύγων του Ε.Ε.Σ.

β) Διανομή ειδών ανθρωπιστικής βοήθειας του Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού σε Σάμο, Χίο & Κω

Ο Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, με τη διαμεσολάβηση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, υποστήριξε τη διανομή 1.830 πακέτων φαγητού, ειδών ατομικής υγιεινής για γυναίκες και παιδιά, κυτίων επιβίωσης καθώς και 7.500 μπουκαλιών νερού σε νησιά του Ανατολικού Αιγαίου.

#### Κινητή μονάδα από τον Δανέζικο Ερυθρό Σταυρό

Το πρόγραμμα συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών πρώτων βοηθειών, βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, πληροφόρησης και υποστήριξης του πληθυσμού, αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών και διερμηνείας σε δομή προσωρινής φιλοξενίας που τελεί υπό την αιγίδα της International Rescue Committee στην περιοχή Εφταλούς Λέσβου.

Οι δράσεις αναπτύσσονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό του Ε.Ε.Σ. με τη συνδρομή εθελοντικού δυναμικού που προέρχεται από την τοπική κοινότητα.

#### Πρόγραμμα διμερούς συνεργασίας με τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό

Στόχος του προγράμματος είναι η ενδυνάμωση του υφιστάμενου συστήματος υποδοχής και προστασίας των μεταναστευτικών πληθυσμών που καταφθάνουν στο νησί της Λέσβου μέσω του συντονισμού δράσεων ενημέρωσης των ωφελουμένων, αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών, οργάνωσης προγραμμάτων εκπαίδευσης και εποπτείας εθελοντών, ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινότητας και προώθησης της διαπολιτισμικής προσέγγισης.

Ανεξάρτητα από τις προαναφερόμενες δράσεις, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός εξακολουθεί να υποστηρίζει τη λειτουργία προγραμμάτων κοινωφελούς χαρακτήρα που παράγουν θετικό κοινωνικό αντίκτυπο, όπως είναι:

το Κέντρο Προσωρινής Διαμονής Αιτούντων Άσυλο στο Λαύριο  
τα Κέντρα Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων σε Αθήνα, Πάτρα και Βόλο  
το Πολυδύναμο Κέντρο Ενσωμάτωσης Προσφύγων στην Ακαδημία Πλάτωνος (Αθήνα)

η τηλεφωνική γραμμή πληροφόρησης και υποστήριξης προσφύγων (210 51 40 440), μέσω της οποίας παρέχονται υπηρεσίες πληροφόρησης, διαμεσολάβησης και διερμηνείας.

Η παραπάνω συνοπτική αποτύπωση των Δράσεων του Ε.Ε.Σ

#### - ΝΗΣΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ -

Λέσβος (Οκτώβριος 2015 - Μάρτιος 2016)

Συνολικός αριθμός ωφελουμένων από υπηρεσίες: 96.700

Συνολικός αριθμός διανεμηθέντων πακέτων με ανθρωπιστική βοήθεια: 137.278

Η ανθρωπιστική παρέμβαση του Ε.Ε.Σ. στο νησί της Λέσβου σχετίζεται κατά κύριο λόγο με:

τη διανομή ανθρωπιστικής βοήθειας (κυτίων επιβίωσης, οικογενειακών, γυναικείων και βρεφικών δεμάτων, υπνόσακων, πόσιμου νερού, ξηράς τροφής, κ.ά.),

την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρώτων βοηθειών,

την παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης και αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών,

την παροχή υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας των εξυπηρετούμενων με τα οικεία τους πρόσωπα (λ.χ. λειτουργία κινητών σταθμών φόρτισης τηλεφώνων) καθώς και με την παραγωγή επικοινωνιακού υλικού (ραδιοφωνικά σποτ, αφίσες, φυλλάδια κλπ) για την καλύτερη ενημέρωση και πληροφόρηση των μεταναστών.

Επιπλέον, δεκατετραμελής (14) ομάδα Σαμαρειτών, Διασωστών & Ναυαγосσωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού έχει αναπτυχθεί στο νησί, υποβοηθώντας τους πρόσφυγες κατά την αποβίβασή τους στις ακτές, διανέμοντας κουβέρτες και λοιπό υλικό επιβίωσης και προσφέροντας πρώτες βοήθειες, όπου αυτό απαιτείται.

Κως (Οκτώβριος 2015 - Μάρτιος 2016)

Συνολικός αριθμός ωφελουμένων από υπηρεσίες: 8.400

Συνολικός αριθμός διανεμηθέντων πακέτων με ανθρωπιστική βοήθεια:  
27.782

Κλιμάκια του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, όλο αυτό το διάστημα, διανέμουν είδη πρώτης ανάγκης (οικογενειακά δέματα, πακέτα με γυναικεία και βρεφικά είδη, κυτία επιβίωσης, τρόφιμα και πόσιμο νερό) σε περιοχές όπου παρατηρείται υψηλή συγκέντρωση μεταναστευτικών πληθυσμών. Τα συγκεκριμένα κλιμάκια παρέχουν, επίσης, υπηρεσίες αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών, υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης και πρώτες βοήθειες.

Επιπλέον, με τη συνεργασία του Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού, υπήρξε μέριμνα για την τοποθέτηση υγειονομικών εγκαταστάσεων (συγκεκριμένα 15 χημικών τουαλετών και 3 σταθμών πλυσίματος χεριών) σε περιοχή του λιμανιού της Κω.

Σάμος & Χίος (Οκτώβριος 2015 - Μάρτιος 2016)

Συνολικός αριθμός ωφελουμένων από υπηρεσίες: 66.400

Συνολικός αριθμός διανεμηθέντων πακέτων με ανθρωπιστική βοήθεια:  
31.100

Κλιμάκια του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού επιχειρούν στο νησί της Σάμου και συγκεκριμένα στο hot spot και στον καταυλισμό στο λιμάνι (Μαλαγάρι) ενώ στο νησί της Χίου δραστηριοποιούνται στο hot spot στην περιοχή του Χαλκειούς και στον καταυλισμό στη Σούδα.

Ο Ε.Ε.Σ. πραγματοποιεί συστηματικά διανομές ανθρωπιστικού υλικού και παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προαγωγής της υγιεινής, αρχικά μέσω της λειτουργίας νοσηλευτικού σταθμού και αργότερα μέσω μονάδας υγείας έκτακτης ανάγκης που είχε παραχωρηθεί από τον Ισπανικό Ερυθρό Σταυρό.

Επιπλέον, παρέχεται ψυχοκοινωνική στήριξη, υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών προσφύγων και αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών (RFL), όπως επίσης και τηλεφωνικές κάρτες για δωρεάν τηλεφωνικές κλήσεις.

Τέλος, ο Ε.Ε.Σ. είχε εγκαταστήσει Wi-Fi hotspot στην περιοχή του Μαλαγαρίου για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας των ωφελουμένων με συγγενικά τους πρόσωπα.

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ -

Ειδομένη (Οκτώβριος 2015 - Μάρτιος 2016)

Συνολικός αριθμός ωφελουμένων από υπηρεσίες: 34.400

Συνολικός αριθμός διανεμηθέντων πακέτων με ανθρωπιστική βοήθεια:  
170.000

Από την 1η Σεπτεμβρίου 2015, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ήταν παρών στο συνοριακό σταθμό της Ειδομένης με επαγγελματίες (Νοσηλεύτες, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Σαμαρείτες - Διασώστες) και εθελοντές του και στη συνέχεια, με την υποστήριξη του Νορβηγικού, του Γαλλικού και του Καναδικού Ερυθρού Σταυρού, με τρεις ιατρικές μονάδες εκτάκτου ανάγκης (γενικής ιατρικής, γυναικολογικής και παιδιατρικής), παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες και ψυχοκοινωνική στήριξη σε περίπου 3.000 άτομα εβδομαδιαίως. Όπως προαναφέρθηκε, από τις 21 Φεβρουαρίου 2016, ο Ουγγρικός Ερυθρός Σταυρός δραστηριοποιείται στον καταυλισμό της Ειδομένης, λειτουργώντας μία ιατρική μονάδα υπηρεσιών υγείας και εξυπηρετώντας 2.000 - 3.000 ωφελούμενους την εβδομάδα. Επιπλέον ο Ε.Ε.Σ. λειτουργεί χώρο δημιουργικής απασχόλησης παιδιών ενώ καθημερινά πραγματοποιεί διανομές ειδών πρώτης ανάγκης (ξηράς τροφής, υπνόσακων, κουβερτών, αδιάβροχων και άλλων ειδών).

Ακόμη, στα πλαίσια της γενικότερης στήριξης του έργου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, και ειδικότερα του Τομέα Αποκατάστασης Οικογενειακών Δεσμών, η Διεθνής Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού (ICRC Mission in Paris) έχει θέσει στη διάθεση της Διεύθυνσης Αναζητήσεων Ε.Ε.Σ. Ανώτατο Αξιωματούχο (Senior Protection Officer) με σκοπό την τοποθέτησή του στην περιοχή της Ειδομένης, προκειμένου να ενισχυθούν οι σχετικές υπηρεσίες που προσφέρει ο Ε.Ε.Σ. στην περιοχή.

Διαβατά (Φεβρουάριος 2016 - Μάρτιος 2016)

Συνολικός αριθμός ωφελουμένων από υπηρεσίες: 1.250

Συνολικός αριθμός διανεμηθέντων πακέτων με ανθρωπιστική βοήθεια: 14.484

Από τις 25 Φεβρουαρίου 2016, οπότε και ξεκίνησε η λειτουργία του Κέντρου Μετεγκατάστασης Προσφύγων στα Διαβατά, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει υπηρεσίες υγείας, ψυχοκοινωνική στήριξη, υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης παιδιών και πραγματοποιεί διανομές ειδών πρώτης ανάγκης (πακέτα προσωπικής υγιεινής για άνδρες και γυναίκες, βρεφικά πακέτα, τρόφιμα, πόσιμο νερό, αδιάβροχα, κουβέρτες, camping mats). Από τις 21 Μαρτίου 2016, ο Ε.Ε.Σ. παρέχει επίσης υπηρεσίες αποκατάστασης οικογενειακών δεσμών (RFL) και υπηρεσίες για την προαγωγή της υγείας και της υγιεινής.

Χέρσο & Νέα Καβάλα

Δύο κινητές ιατρικές μονάδες παροχής βασικών υπηρεσιών υγείας του Γερμανικού και του Φινλανδικού Ερυθρού Σταυρού λειτουργούν στα Κέντρα Μετεγκατάστασης προσφύγων που έχουν δημιουργηθεί στις δύο αυτές περιοχές της ελληνικής επικράτειας, συμβάλλοντας στη βελτίωση των

συνθηκών διαβίωσης χιλιάδων προσφύγων που διέρχονται από τα συγκεκριμένα σημεία.

Παράλληλα, κλιμάκια του Βρετανικού και του Αυστριακού Ερυθρού Σταυρού, συνεπικουρούμενα από νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Ε.Σ., παρέχουν υπηρεσίες προαγωγής της υγιεινής σε ωφελούμενους πρόσφυγες και μετανάστες στους παραπάνω καταυλισμούς.

#### -ΘΕΣΣΑΛΙΑ -

##### Λάρισα

Το Περιφερειακό Τμήμα Λάρισας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού παρείχε βοήθεια στη διαδικασία σίτισης των ευάλωτων μεταναστών και προσφύγων, που είχαν καταλύσει προσωρινά σε αίθουσα του τοπικού μορφωτικού Συλλόγου στο Στόμιο και στο Σταθμό Εξυπηρέτησης Αυτοκινήτων (ΣΕΑ) Μακρυχωρίου.

Το Τμήμα ανέλαβε περαιτέρω δράσεις υποστήριξης και ανακούφισης των προσφυγικών και μεταναστευτικών πληθυσμών, μετά το νέο κάλεσμα της Περιφέρειας Θεσσαλίας και του Δήμου Λαρισαίων, προσφέροντας τη συνδρομή του στην οργάνωση και ομαλή λειτουργία του καταυλισμού στο πρώην εργοστάσιο "ΡΟΚΑ", στη διανομή ειδών ιματισμού, ατομικής υγιεινής και τροφίμων, καθώς και στην απασχόληση των παιδιών προσφύγων που διαμένουν στο συγκεκριμένο χώρο φιλοξενίας.

Επιπλέον, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός έχει καθημερινή παρουσία στο πρώην Στρατόπεδο "Ευθυμίουπουλου" με εθελοντές του Τομέα Νοσηλευτικής, Κοινωνικής Πρόνοιας και με Σαμαρείτες Διασώστες, οι οποίοι παρέχουν νοσηλευτική κάλυψη, απασχολούν δημιουργικά τα παιδιά, δραστηριοποιούνται στον τομέα της προαγωγής της υγιεινής και βοηθούν στη διανομή ανθρωπιστικού υλικού και φαγητού.

##### Τρίκαλα

Από τον Φεβρουάριο του 2016, εθελοντές του Περιφερειακού Τμήματος Ε.Ε.Σ. Τρικάλων στάθηκαν στο πλευρό των προσφύγων, που παρέμεναν εγκλωβισμένοι στο Μουργκάνι Καλαμπάκας για ημέρες.

Μετά από οδηγία της Γενικής Γραμματείας Μεταναστευτικής Πολιτικής και σχετικών πρωτοβουλιών του Δήμου Τρικαίων, 420 πρόσφυγες μεταφέρθηκαν στο κλειστό γυμναστήριο Μπάρας, όπου και φιλοξενήθηκαν προσωρινά. Κλιμάκια του Τμήματος Ε.Ε.Σ. Τρικάλων οργάνωσαν 4ωρες βάρδιες με εθελοντές, υποστηρίζοντας τη διανομή συσσιτίου, την παραλαβή και διανομή υλικής βοήθειας, τη συνοδεία των προσφύγων στο νοσοκομείο και άλλες δράσεις.

- ΗΠΕΙΡΟΣ -

Ιωάννινα

Τον Μάρτιο του 2016, το Περιφερειακό Τμήμα Ε.Ε.Σ. Ιωαννίνων κινητοποιήθηκε ώστε να συνδράμει στην άμεση αντιμετώπιση του προσφυγικού ζητήματος στην περιοχή των Ιωαννίνων.

Πιο συγκεκριμένα, αντιπροσωπεία του Τμήματος Ιωαννίνων, αποτελούμενη από επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό των τριών Σωμάτων του, μετέβη άμεσα στην Κόνιτσα, όπου υποδέχτηκε τους αφιχθέντες πρόσφυγες, υποβοηθώντας την αποβίβασή τους από τα λεωφορεία, αλλά και τη μεταφορά ατόμων με κινητικά προβλήματα που επέβαιναν σε αυτά. Το κλιμάκιο του Ε.Ε.Σ. παρείχε επίσης πρώτες βοήθειες σε περιστατικά που έχρηζαν βοήθειας και συμμετείχε στη διανομή σίτισης, καθώς και στην κατανομή των προσφύγων στους χώρους διαμονής τους στο Κέντρο Προστασίας Παιδιού.

Αντίστοιχη κινητοποίηση υπήρξε από το Τμήμα Ιωαννίνων:

στον καταυλισμό των Δολιανών, όπου μαζί με τον Ελληνικό Στρατό, κλιμάκιο του Ε.Ε.Σ. μερίμνησε για τη μεταφορά και τοποθέτηση κρεβατιών, τη διανομή γάλακτος και κουβερτών, καθώς και τη συλλογή και διανομή φαρμάκων, σε συνεργασία με τον Φαρμακευτικό Σύλλογο Ιωαννίνων.

στο στρατόπεδο Πετροπουλάκη - Φιλιπιάδος, όπου ο Ε.Ε.Σ. διένειμε ξηρά τροφή και είδη ατομικής υγιεινής στους φιλοξενούμενους πρόσφυγες, εκ των οποίων η πλειοψηφία είναι μικρά παιδιά.

στο στρατιωτικό αεροδρόμιο στον Κατσικά, τη μεγαλύτερη υποδομή υποδοχής, όπου το Περιφερειακό Τμήμα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού βοήθησε στην καταγραφή και εγκατάσταση των προσφύγων σε θαλάμους. Στο συγκεκριμένο καταυλισμό λειτουργεί ακόμη ιατρείο στελεχωμένο με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Ε.Ε.Σ., όπου φιλοξενούνται και παιδίατροι του Ιατρικού Συλλόγου του Νομού. Τα 3 Σώματα του Περιφερειακού Τμήματος Ε.Ε.Σ. Ιωαννίνων παρέχουν την απαραίτητη υγειονομική κάλυψη σε εναλλασσόμενες βάρδιες.

- ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ -

Λαμία

Τον Φεβρουάριο του 2016, κλιμάκιο επαγγελματιών και εθελοντών του Περιφερειακού Τμήματος Ε.Ε.Σ. Λαμίας, αποτελούμενο από Νοσηλεύτρια, Κοινωνικό Λειτουργό και Εθελοντές των Τομέων Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Πρόνοιας, διέθεσε ανθρωπιστική βοήθεια (250 εμφιαλωμένα νερά και 250 τεμάχια ξηράς τροφής), ρουχισμό, κλινοσκεπάσματα και παιχνίδια σε ευάλωτους μετανάστες και πρόσφυγες ενώ παρείχε πρώτες βοήθειες στις περιπτώσεις όπου κρίθηκε αναγκαίο.

Τον Μάρτιο του 2016, κλιμάκιο εργαζομένων του Περιφερειακού Τμήματος Ε.Ε.Σ. Λαμίας, αποτελούμενο από Νοσηλεύτριες, Κοινωνικό Λειτουργό και διοικητικούς υπαλλήλους του Τμήματος, πραγματοποίησε επίσκεψη στο Κέντρο Φιλοξενίας Προσφύγων στις Θερμοπύλες, το οποίο λειτουργεί με



ευθύνη της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας, προκειμένου να καταγράψουν τις ανάγκες του Κέντρου και να συνδράμουν στην κάλυψή τους.

#### Χαλκίδα

Από το Μάρτιο του 2016, Νοσηλευτές, εθελοντές Νοσηλευτικής και Σαμαρείτες Διασώστες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού βρίσκονται στο Κέντρο Φιλοξενίας στη Ριτσώνα, παρέχοντας πρώτες βοήθειες στο χώρο του ιατρείου ενώ εθελοντές της Κοινωνικής Πρόνοιας απασχολούν δημιουργικά τα παιδιά των προσφύγων.

#### - ΑΤΤΙΚΗ -

##### Αθήνα - Πειραιάς

Συνολικός αριθμός ωφελουμένων από υπηρεσίες: 21.597

Συνολικός αριθμός διανεμηθέντων πακέτων με ανθρωπιστική βοήθεια: 70.935

Σε συντονισμό με τις κρατικές αρχές, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ανταποκρίνεται στις ανάγκες των Κέντρων Φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών στην Αττική με διάθεση ανθρωπιστικού υλικού, όπου αυτό απαιτείται.

Ο Ε.Ε.Σ. ξεκίνησε τη δράση του με την υποστήριξη του ανοιχτού Κέντρου Φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών στον Ελαιώνα με καθημερινή παρουσία κλιμακίων με Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές και Σαμαρείτες Διασώστες, καθώς και εθελοντές των τριών σωμάτων, από τον Αύγουστο του 2015 και για μεγάλο χρονικό διάστημα (έως τις αρχές Ιανουαρίου 2016), υποστηρίζοντας το Κέντρο με:

- διανομή φαγητού,
- ψυχοκοινωνική στήριξη,
- νοσηλευτική φροντίδα,
- δημιουργική απασχόληση των παιδιών στον παιδότοπο
- διάθεση ανθρωπιστικού υλικού.

Επίσης συνέχισε να συνδράμει με παρόμοιες δράσεις τους χώρους συγκέντρωσης προσφύγων στο Ελληνικό, το Γαλάτσι, το Κέντρο Προσωρινής Κράτησης στην Αμυδαλέζα και το γήπεδο του Tae Kwon Do.

Επιπλέον συνέχισε να στηρίζει τα ήδη υπάρχοντα προγράμματά του για πρόσφυγες και μετανάστες, τα οποία λειτουργούν υπό την εποπτεία του Εθνικού Συλλόγου, όπως είναι το Κέντρο Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο στο Λαύριο, το Πολυδύναμο Κέντρο Προσφύγων στην Ακαδημία Πλάτωνος κ.α.

Επίσης, κλιμάκια επαγγελματιών και εθελοντών των Τομέων Κοινωνικής Πρόνοιας και Σαμαρειτών Διασωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

διένειμαν φαγητό και νερό σε πρόσφυγες και μετανάστες που είχαν βρει προσωρινό κατάλυμα στην πλατεία Βικτωρίας.

Επιπροσθέτως, κοινωνικός λειτουργός με ομάδα εκπαιδευμένων εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας, μία φορά την εβδομάδα, επισκέπτεται τον Παιδότοπο του Ελαιώνα, υλοποιώντας προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών.

Από τις 29 Φεβρουαρίου 2016, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, νοσηλευτές, Σαμαρείτες Διασώστες και εθελοντές των τριών Τομέων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού βρίσκονται σε καθημερινή βάση στο Λιμάνι του Πειραιά διανέμοντας πακέτα ξηράς τροφής, εμφιαλωμένο νερό, πακέτα με είδη ατομικής υγιεινής, παιδικές πάνες, κουβέρτες, σακίδια κ.α. Οι κοινωνικοί λειτουργοί του Ε.Ε.Σ. παρέχουν επίσης ψυχοκοινωνική στήριξη και πληροφορίες για την καλύτερη ενημέρωση των προσφύγων ενώ στελέχη της Διεύθυνσης Αναζητήσεων του Ε.Ε.Σ. βρίσκονται στο χώρο του λιμανιού παρέχοντας ενημερωτικό υλικό για την αποκατάσταση των οικογενειακών δεσμών των προσφύγων.

Στο χώρο του λιμανιού (πύλη Ε2) ο Ε.Ε.Σ. λειτουργεί από τις 2 Μαρτίου 2016 Κινητή Υγειονομική Μονάδα, στελεχωμένη με ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, προσφέροντας τις απαραίτητες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες στους πρόσφυγες και τους μετανάστες που βρίσκονται στο σημείο. Παράλληλα, και σε συνεργασία με το ΕΚΕΠΥ, ο Ε.Ε.Σ. βρίσκεται καθημερινά στην Πέτρινη Αποθήκη του ΟΛΠ (από τις 5μ.μ.- 11 μ.μ.) με Σαμαρείτες Διασώστες και Νοσηλεύτρια.

Στο χώρο του λιμανιού, λειτουργεί επιπλέον παιδότοπος όπου σε καθημερινή βάση (από τις 9:30 - 16:00) εκπαιδευμένοι εθελοντές Κοινωνικής Πρόνοιας με την εποπτεία Κοινωνικού Λειτουργού απασχολούν δημιουργικά τα μικρά παιδιά.

### **Συλλογή τροφίμων**

Τον Μάρτιο του 2016, η πρωτοβουλία του τηλεοπτικού σταθμού ΣΚΑΪ "ΟΛΟΙ ΜΑΖΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ", μαζί με τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών και τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό συγκέντρωσαν σε οκτώ μεγάλους δήμους της Αττικής (Μαρούσι, Καλλιθέα, Νέο Ψυχικό, Γλυφάδα, Χαλάνδρι, Παλαιό Φάληρο, Αγία Παρασκευή και Αμπελόκηπους) μεγάλες ποσότητες από φάρμακα, είδη ατομικής υγιεινής και φροντίδας, καθώς και κονσερβοποιημένα φαγητά, για τους χιλιάδες πρόσφυγες και μετανάστες που δίνουν καθημερινό αγώνα επιβίωσης.

Τα παραπάνω είδη πρώτης ανάγκης διανεμήθηκαν στους επιβατικούς σταθμούς του λιμανιού του Πειραιά, όπου παραμένει συγκεντρωμένος μεγάλος αριθμός μετακινούμενων πληθυσμών, καθώς και στα Κέντρα Προσωρινής Φιλοξενίας προσφύγων στο Σχιστό και τον Ελαιώνα.

Η συγκεκριμένη δράση συνεχίστηκε με εξίσου μεγάλη επιτυχία και στην Περιφέρεια (Θεσσαλονίκη, Λαμία, Ιωάννινα και Χαλκίδα) σε συνεργασία με τις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας, Στερεάς Ελλάδος και Ηπείρου, καθώς και με συνεργαζόμενους ραδιοφωνικούς σταθμούς.

### **Οι Εθελοντές μας «Η κινητήριος Δύναμη»**

Οι Εθελοντές και των τριών Σωμάτων του Ε.Ε.Σ. (Κοινωνικής Πρόνοιας, Νοσηλευτικής, Σαμαρειτών, Διασωστών & Ναυαγοσωστών) βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και την τρέχουσα περίοδο της έξαρσης του μεταναστευτικού φαινομένου, προσφέροντας τις υπηρεσίες τους συχνά υπό εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες. Ο Ε.Ε.Σ., εξάλλου, ως μέλος του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού & Ερυθράς Ημισελήνου, υπηρετεί στην πράξη τη Θεμελιώδη Αρχή της εθελοντικής προσφοράς, εκπαιδύοντας και κινητοποιώντας εθελοντές όλων των ηλικιών, ανάλογα με τις ανάγκες που κάθε φορά προκύπτουν.

Σήμερα, καθώς η διόγκωση του προσφυγικού και μεταναστευτικού φαινομένου επιβάλλει την αξιοποίηση κάθε δυνατότητας ή ευκαιρίας που παρουσιάζεται, ο Ε.Ε.Σ. διοργανώνει ανά τακτά χρονικά διαστήματα ταχύρυθμα εκπαιδευτικά σεμινάρια εθελοντών (Fast Track Trainings), σε μια προσπάθεια ενδυνάμωσης των κλιμακίων που εργάζονται για την υποστήριξη των μετακινούμενων πληθυσμών, με γνώμονα πάντα την προστασία της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων των ευάλωτων ομάδων.

Η θεματολογία του εκπαιδευτικού προγράμματος περιλαμβάνει τις απαραίτητες ενότητες που απαιτούνται ώστε οι εθελοντές μας να ενημερωθούν για το προφίλ και το ανθρωπιστικό έργο του Οργανισμού, ενώ παράλληλα να αποκτήσουν νέες δεξιότητες, με σκοπό την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας και ψυχοκοινωνικής στήριξης στους μετακινούμενους πληθυσμούς, βάσει των Θεμελιωδών Αρχών του Κινήματος.

Ήδη τα συγκεκριμένα σεμινάρια έχουν παρακολουθήσει 300 περίπου εθελοντές. Σε εβδομαδιαία βάση, ο Ε.Ε.Σ. κινητοποιεί περίπου 250 εθελοντές σε όλη την επικράτεια, οι οποίοι ανανεώνονται διαρκώς, μέσα από εναλλασσόμενες βάρδιες. Μηνιαία, ο συνολικός αριθμός των εθελοντών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο υπερβαίνει τα 1.000 άτομα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ : ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΣΚΕΨΗ 1978 ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων, διατύπωσε την ακόλουθη Διακήρυξη:

### Διακήρυξη

- B. Η Διάσκεψη επισημαίνει για μιαν ακόμη φορά την ισχυρή πεποίθησή της, ότι η Υγεία (η οποία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά ως απουσία νόσου ή αναπηρίας) αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας.
- C. Η υπάρχουσα τεράστια ανισότητα στο επίπεδο υγείας –ιδιαίτερα μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά– είναι, αφενός μεν, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε, κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες. Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη σε μια Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη είναι βασικής σημασίας για την ολοκληρωμένη επίτευξη υγείας για όλους και τη μείωση του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προώθηση και προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επικράτηση της παγκόσμιας ειρήνης.
- D. Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα, αλλά και καθήκον να συμμετέχουν, ατομικά και συλλογικά, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους.
- E. Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, στις ερχόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι

το έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου ως μέρος μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης.

- F. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

1. Αντανακλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και αναπτύσσεται βάσει αυτών.
2. Στηρίζεται, δε, στην εφαρμογή σχετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνες κοινωνικών, βιοϊατρικών, και υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την εμπειρία της δημόσιας υγείας.