



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών**

**και Κοινωνικών Επιστημών**

**Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων**

## **Διπλωματική Εργασία**

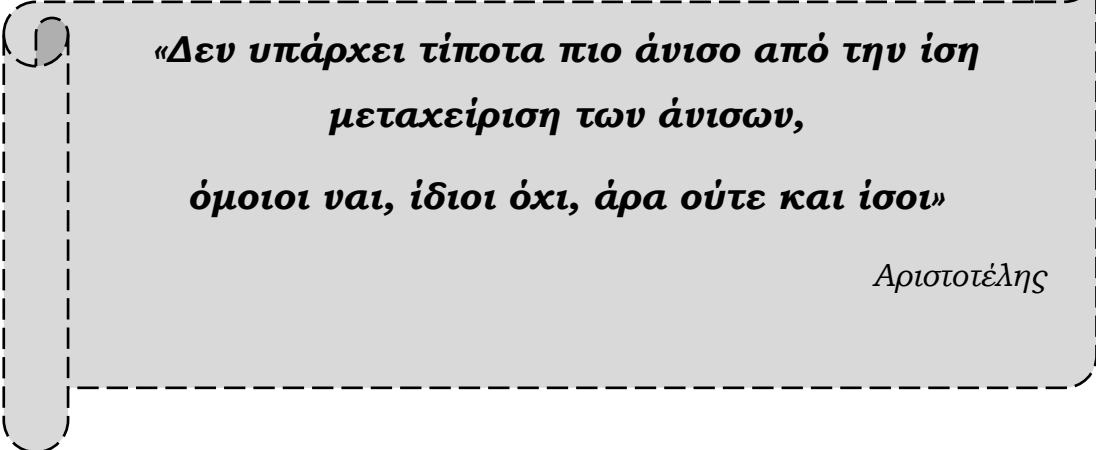
**Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ  
ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΜΟΙΒΗΣ**

**Υπεύθυνος καθηγητής: Αθανάσιος Βοζίκης**

**Φοιτήτρια: Παρασκευή Νασιάκου**

**Dmy 61**

**Αθήνα, 2018**



***«Δεν υπάρχει τίποτα πιο άνισο από την ίση  
μεταχείριση των άνισων,  
όμοιοι ναι, ίδιοι όχι, άρα ούτε και ίσοι»***

*Αριστοτέλης*

## **Ευχαριστίες**

Στο ταξίδι αυτό της γνώσης συνοδοιπόρους είχα τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος οι οποίοι συνέβαλλαν στο να διευρύνω τους ορίζοντες του μυαλού μου και με μύησαν σε ερευνητικά μονοπάτια. Τους ευχαριστώ θερμά.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Βοζίκη για την καθοδήγηση του και την εμπιστοσύνη του κατά την διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου, τους φίλους μου και τους συναδέλφους μου που με στήριξαν και με «ανέχθηκαν» κατά την διάρκεια του ταξιδιού αυτού.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Περιεχόμενα.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ.....	16
1.1. Διαχείριση ανθρωπίνων πόρων.....	16
1.3. Συστήματα μέτρησης απόδοσης.....	20
1.3.1. Σχεδιασμός συστημάτων μέτρησης απόδοσης.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
2.1. Απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.....	25
2.2. Διατήρηση της απόδοσης.....	29
2.3. Παραγωγικότητα, ικανότητα και ανταπόκριση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	39
Συλλογή Δεδομένων.....	39
Δείγμα έρευνας.....	39
Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	40
Στατιστικές Μέθοδοι.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	42
4.1. Εγκυρότητα ερωτηματολογίου.....	42
4.2. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου.....	46
4.3. Αποτελέσματα για το σύνολο του δείγματος.....	47
4.4. Συγκριτική Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ.....	68
Προτάσεις .....	68
Προβλήματα και Περιορισμοί της έρευνας.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	92

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να εξετάσει εάν και σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται η αξιολόγηση του προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, καθώς και τα συστήματα αμοιβής που επικρατούν σε αυτό και αφορούν τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τον εντοπισμό των παραγόντων που την επηρεάζουν.

**Υλικό και Μέθοδος:** Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα στους επαγγελματίες υγείας ενός γενικού νοσοκομείου του νομού Αττικής. Αρχικά, ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από τη Διοίκηση του νοσοκομείου. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η τυχαία δειγματοληψία. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης βάση ενός σχεδιασμένου ερωτηματολογίου. Η έρευνα διήρκεσε από τον Ιανουάριο έως και τον Φεβρουάριο 2018. Το δείγμα της έρευνας αποτελέσαν συνολικά 335 επαγγελματίες υγείας.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, οι μισοί εργαζόμενοι δεν γνώριζαν με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσης που διενεργείται στην υπηρεσία και είναι λίγο ικανοποιημένοι από αυτή. Επίσης θεωρούν ότι δεν είναι επαρκές το υφιστάμενο σύστημα, το οποίο τελικά βοηθάει λίγο τη διοίκηση στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων και δεν εναρμονίζεται με τους στόχους αυτής. Σχετικά με την επιρροή της αξιολόγησης στην εργασία, υψηλό ποσοστό των εργαζόμενων δήλωσε ότι η αξιολόγηση δεν επηρεάζει την θέση του εργαζόμενου στο νοσοκομείο, τον μισθό, την βελτίωση της απόδοσής του και τις σχέσεις με τους συναδέλφους. Ως προς τα σφάλματα αξιολόγησης, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι οι κομματικές προκαταλήψεις επηρεάζουν την αξιολόγηση, ενώ μέτρια επηρεάζεται από την επιείκεια ή αυστηρότητα, την αποφυγή συγκρούσεων και την προτεινόμενη βαθμολογία. Μόνο το 59,4% του δείγματος απάντησε ότι υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο νοσοκομείο που εργάζεται και ότι αυτό εφαρμόζεται ελάχιστα. Ωστόσο, το 87,8% δήλωσε ότι πρέπει να εφαρμοστεί ένα Ενιαίο Σύστημα Αξιολόγησης για τα νοσοκομεία. Επίσης, το δείγμα δεν φάνηκε ικανοποιημένο από την αμοιβή του, από τα επιδόματα, και τις αυξήσεις. 6 στους 10 απάντησαν ότι η αμοιβή του εργαζόμενου δεν καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης του. Όσον αφορά την σύνδεση της αξιολόγησης με την απόδοση, η πλειοψηφία του

δείγματος αποκρίθηκε ότι η σύνδεση της αξιολόγησης θα βελτιώσει την απόδοσή και την παροχή υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να συνδεθεί με την βαθμολογική εξέλιξη του υπαλλήλου, ίσως επηρεάσει τις διαπροσωπικές σχέσεις των υπαλλήλων. Σημαντικό είναι ότι το 67,8% δήλωσε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης των υπαλλήλων πρέπει να γίνεται σε ατομικό επίπεδο και το 79,4% δήλωσε την αντικειμενικότητα ως σημαντικότερη αρχή για το σύστημα αμοιβών. Σχετικά με την ηθική επιβράβευση του προσωπικού, πάνω από το 90% απάντησε ότι δεν υφίσταται κάποιο σύστημα ηθικής επιβράβευσης στο νοσοκομείο που εργάζεται, όμως το θεωρούν πολύ σημαντικό. Εξαιρέση αποτέλεσε η παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης όπου υφίσταται σε κάποιο βαθμό. Τέλος, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι τα έτη προϋπηρεσίας, ο τομέας εργασίας και η θέση στην ιεραρχία του δείγματος επηρεάζουν τις απόψεις τους σχετικά με την αξιολόγηση, το σύστημα αμοιβής και την σύνδεση αυτών.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα διπλωματική αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια να εξετάσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού ως παράγοντας επιρροής του συστήματος αμοιβής. Δεν έχει πραγματοποιηθεί αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα σε επαγγελματίες υγείας, σε περίοδο μάλιστα όπου η αξιολόγηση είναι μείζονος σημασίας για τα ελληνικά νοσοκομεία προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά:** *διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, αξιολόγηση, πληρωμή σύμφωνα με την απόδοση, υπηρεσίες υγείας,*

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this thesis is to examine whether and to what extent the assessment of staff in a public general hospital, as well as the remuneration systems prevailing in them, concerning health professionals, and the identification of the factors that affect.

**Materials and methods:** In order to achieve the goal of the study, the health professionals of a general hospital in the prefecture of Attica were surveyed. Initially, it was requested and licensed by the Hospital Administration. Random sampling was used as the sampling method for the survey. The questionnaire collection was carried out using the self-completion method based on a planned questionnaire. The survey lasted from January to February 2018. The sample survey included a total of 335 health professionals.

**Results:** According to the sample responses, half the employees do not know in detail the process of assessing the performance in their hospital and they are little satisfied with it. They also believed that the existing system is not sufficient, which ultimately helps management in the management of human resources and is not in line with its objectives. Regarding the influence of the assessment at work, a high proportion of employees said that the assessment did not affect the position of the hospital employee, the salary, performance improvement and relations with colleagues. In terms of evaluation errors, participants responded to party prejudices affecting the rating, while moderately influenced by leniency or rigor, conflict avoidance, and the proposed rating. Only 59.4% of the sample responded that there is an assessment system in the hospital, which is being implemented very little. However, 87.8% said that a Unified Assessment System for Hospitals should be implemented. Also, the sample did not seem satisfied with his pay, bonuses, and increases. 6 out of 10 replied that the employee's remuneration is not determined by the outcome of his assessment. Regarding the link between evaluation and performance, the majority of the sample responded that linking the assessment would improve performance and health services, should be linked to the employee's grade, may affect the interpersonal relationships of employees. It is important that 67.8% stated



that the employee performance assessment should be at an individual level and 79.4% stated objectivity as the most important principle for the remuneration system. As far as, the moral reward of staff, over 90% said that there is no moral reward system in the hospital that works, but they consider it is very important. The exception was the provision of an education license for the acquisition of professional titles related to the duties of the position as a result of exceptional performance where it existed to a certain extent. Finally, the statistical analysis showed that the years of service, the work sector and the position in the sample influence their views on the evaluation, the remuneration system and their linking.

**Conclusions:** This thesis is a first attempt to examine the views of health professionals about the assessment of human resource performance as a factor in the pay system. As far as is known from the Greek literature, there has been no corresponding research in Greece in healthcare professionals, at a time where evaluation is of major importance for Greek hospitals in order to increase the efficiency, effectiveness and quality of health services.

**Key words:** *Human Resources Management, evaluation, pay-for-performance, health care.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε πολλά συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, αυξήθηκε η προσοχή στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Human Resources Management). Συγκεκριμένα, οι ανθρώπινοι πόροι είναι μια από τις τρεις βασικές εισροές του συστήματος υγείας, με τις άλλες δύο σημαντικές εισροές να είναι το φυσικό κεφάλαιο και τα αναλώσιμα (World Health Report 2000).

Οι ανθρώπινοι πόροι που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, μπορεί οριστούν ως το προσωπικό - κλινικό ή μη- που έχει ως στόχο την δημόσια και ατομική παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Επίσης, αναμφισβήτητα η πιο σημαντική εισροή του συστήματος υγείας είναι η απόδοση του προσωπικού, όπου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τα κίνητρα των ατόμων που είναι υπεύθυνα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Με σκοπό την ισορροπία μεταξύ των ανθρώπινων και των φυσικών πόρων είναι επιτακτική ανάγκη το ανθρώπινο κεφάλαιο να το διαχειρίζονται με πολύ διαφορετικό τρόπο από το φυσικό κεφάλαιο. Η σχέση μεταξύ των ανθρώπινων πόρων και της υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ περίπλοκες, και αυτό αξίζει περαιτέρω εξέταση και μελέτη.

Επιπλέον, η βελτίωση της απόδοσης των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας σημαντικός στόχος, τόσο σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης, και πολύ περισσότερο σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπως αυτή που διανύει η Ελλάδα, όπου οι πόροι για την υγεία είναι πολύ πιο περιορισμένοι.

Το σύστημα πληρωμής με βάση την απόδοση (pay-for-performance, P4P), λαμβάνει αυτήν την περίοδο ιδιαίτερη προσοχή ως στρατηγική για τη βελτίωση της απόδοσης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των οργανισμών και των κυβερνήσεων. Ωστόσο, σήμερα υπάρχει έλλειψη στην αυστηρότητα των στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών για την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και της υγείας (Oxman et al. 2008, Eldridge et al. 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 2006 στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία «*Working together for health*» επισήμανε ότι τα κίνητρα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την

ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Στην έκθεση του ΠΟΥ το κίνητρο των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ορίζεται ως «το επίπεδο προσπάθειας και επιθυμίας να αποδώσει καλά» (World Health Organization, 2006) και τονίζει τη σημασία της αύξησης των κινήτρων για την βελτίωση της απόδοσης.

Η «πληρωμή σύμφωνα με την απόδοση» επιβραβεύει τους επαγγελματίες υγείας με βάση την απόδοση τους και την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών (Ξένος και συν. 2014, Eichler et al. 2006). Παρά το γεγονός ότι είναι σχετικά απλή η έννοια, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων που ποικίλλουν ανάλογα με το επίπεδο των κινήτρων (δικαιούχοι της υγειονομικής περίθαλψης, μεμονωμένοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας), την υγειονομική περίθαλψη, τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και τον δημόσιο τομέα.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, η πληρωμή σύμφωνα με την απόδοση είναι γενικά ένα εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας και της απόδοσης (Christianson et al. 2007). Οι βαθύτεροι στόχοι είναι να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα κατανομής των υπηρεσιών υγείας, να αυξηθεί η τεχνική αποτελεσματικότητα (βελτιώνοντας την χρήση των υφιστάμενων πόρων, όπως το προσωπικό υγείας), να βελτιώσει την ισότητα των αποτελεσμάτων (ενθαρρύνοντας την πρόσβαση των υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες).

### **Η σημαντικότητα της έρευνας**

Η καθιέρωση ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού είναι επιτακτική ανάγκη για τους περισσότερους οργανισμούς υγείας και μάλιστα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπως στην Ελλάδα, όπου οι δαπάνες υγείας μειώνονται δραματικά. Ο καθορισμός σαφών και μετρήσιμων δεικτών απόδοσης θεωρείται ένας από τους πιο κρίσιμους παράγοντες για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας. Ένα ζήτημα που ήρθε η ώρα να αντιμετωπιστεί άμεσα είναι ο καθορισμός συγκεκριμένων ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών μέτρησης της απόδοσης. Με αυτό τον τρόπο θα δοθούν άμεσα και αποτελεσματικά κίνητρα για την βελτίωση της απόδοσης του προσωπικού, αλλά πολύ περισσότερο για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Από όσο είναι γνωστό στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται η *πληρωμή σύμφωνα με την απόδοση*, τουλάχιστον στον δημόσιο τομέα παρότι πλέον κρίνεται απαραίτητη. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα, αναμφίβολα η απόδοση των εργαζομένων αποτελεί σημαντικό δείκτη της πληρωμής και των επιβραβεύσεων αυτών.

## **Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις**

Στις μέρες μας, θεωρείται επιτακτική ανάγκη η συνεχής βελτίωση της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων ως απώτερο σκοπό της αποτελεσματικότερης απόδοσης των επιχειρήσεων ή των οργανισμών. Οι διαχειριστές του ανθρώπινου δυναμικού καλούνται να επικεντρωθούν στην αξιολόγηση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού ως μια διαδικασία απαραίτητη και συνεχής καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με γνώμονα τη βαρύτητα που της αρμόζει και αποφεύγοντας την διατάραξη των σχέσεων διοίκησης εργαζομένων.

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού και διακρίνονται σε ψυχολογικούς και φυσιολογικούς. Οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν σχέση με την θέληση των εργαζομένων να προσφέρουν – αποδώσουν στην εργασία του το καλύτερο δυνατό. Ενώ οι φυσιολογικοί παράγοντες έχουν σχέση με την σωματική και φυσική κατάσταση των εργαζομένων. Η σύνδεση των ψυχολογικών και φυσιολογικών παραγόντων συνάδει με την απόδοση των εργαζομένων.

Επίσης η απόδοση των εργαζομένων επηρεάζεται από τις συνθήκες, το περιβάλλον, στο οποίο εργάζονται όπως η υποδομή, οι εγκαταστάσεις, ο κλιματισμός, ο φωτισμός. Όσο πιο βελτιωμένοι είναι οι παράγοντες τόσο αυξάνεται η απόδοση των εργαζομένων και σε συνάρτηση με ένα σωστό σύστημα αμοιβής η ποιότητα της απόδοσης των εργαζομένων είναι βέβαιη.

Οι Μπουραντάς και Παπαλεξανδή (2003) αναφέρουν ότι η απόδοση των εργαζομένων αντικατοπτρίζει την ικανοποίησή τους, την αφοσίωση και την παρακίνηση της διοίκησης. Οι τρεις αυτές παράμετροι κατηγοριοποιούνται ως εξής: α) στην υπόσταση της εργασίας που αφορά τα καθήκοντα της, την ελευθερία, την πρωτοβουλία, το λεγόμενο feedback (ανατροφοδότηση – ανάδραση), β) την μορφή της εργασίας, τα καθήκοντα, τους ρόλους, τις οδηγίες, γ) τη στάση των προϊσταμένων, όπου μια ηγετική μορφή προϊσταμένων συνδέεται με την απόδοση των εργαζομένων, δ) το οργανωτικό περιβάλλον, το οποίο έχει αντίκτυπο στην απόδοση του εργαζόμενου, ε) τις ιδιαιτερότητες της προσωπικότητας, η οποία αφορά τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων και που αν ληφθούν υπόψη από την διοίκηση θα εξασφαλίσουν την απόδοσή τους.

Επίσης οι Μπουραντάς και Παπαλεξανδή (2003) στοιχειοθετούν την απόδοση των εργαζομένων με βάση κάποιους παράγοντες όπως: η μορφή της εργασίας, τα καθήκοντα που τους ανατέθηκαν, η επιβάρυνση και η αναγνώριση των προσπαθειών τους, η ομαδικότητα και η επιρροή που ασκεί μια ηγετική μορφή διοίκησης. Ο κάθε εργαζόμενος για να έχει την θέληση και να αποδώσει όσο το δυνατόν ποιοτικά και ποσοτικά θα πρέπει να ξέρει ότι οι προσπάθειες τους και τα αποτελέσματα θα ανταμειφθούν ανάλογα.

Όσον αφορά την παρακίνηση των εργαζομένων οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι: η σχέση μεταξύ απόδοσης – αμοιβής και όχι μόνο οι υλικές αμοιβές αλλά και άλλες παροχές, η ικανότητα να ανταποκρίνεται στην εργασία του, η ευσυνειδησία του, η σχέση αμοιβής -ικανοποίησης των εργαζομένων. Εν κατακλείδι η ορθή εφαρμογή όλων αυτών έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων σε συνάρτηση με την ικανοποίησή τους από το εργασιακό περιβάλλον.

Επιπλέον το άτομο το οποίο ασκεί διοίκηση θα πρέπει να μπορεί να εκτιμάει τις ικανότητες και τα ταλέντα των υφιστάμενων του να δημιουργεί ένα εργασιακό περιβάλλον στο οποίο ο κάθε εργαζόμενος θα μπορεί να αποδώσει καλύτερα. Η επιβράβευση, η ηθική ανταμοιβή και η επικρότηση των προσπαθειών, των πρωτοβουλιών του ανθρώπινου δυναμικού δημιουργεί άμεσα μια σχέση σεβασμού και εμπιστοσύνης. Ο σεβασμός δεν απαιτείται, κερδίζεται. Ο ηγέτης «γεννιέται» δεν γίνεται. Ωστόσο κάποια χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένας ηγέτης μπορούν καλλιεργηθούν με την εκπαίδευση, την επιμόρφωση καθώς επίσης και το γεγονός ότι η επιλογή του να είναι ανάλογη των προσόντων του. Άρα λοιπόν η αξιολόγηση των ανθρώπων που ασκούν διοίκηση είναι πρωτίστως σημασίας αφού οι ίδιοι θα είναι υποκινητές του ανθρώπινου δυναμικού για τη βελτίωση της απόδοσής τους.

Η αξιολόγηση αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία η οποία στοχεύει στην βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και ως τελικό προορισμό έχει την εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού παρέχοντας υπηρεσίες υγείας στους πολίτες ανάξιας των προσδοκιών τους. Σύμφωνα με τους Παπαλεξανδή και Μπουραντάς (2003) η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού επικεντρώνεται στην κλίμακα απόδοσης της εργασίας τους.

Ο εργαζόμενος στο εργασιακό περιβάλλον πρέπει να νοιώθει ότι προσφέρει, να επιβραβεύεται ώστε να αποδίδει το μέγιστο που μπορεί. Όταν το κλίμα μεταξύ είτε συναδέλφων είτε με τον προϊστάμενο είναι τεταμένο, τότε η απογοήτευση

και η ψυχολογική κατάσταση διαφαίνονται και αποτελούν καταλυτικό παράγοντα. Στο δημόσιο τομέα και ιδιαίτερα σε υπηρεσίες υγείας με πολλές απαιτήσεις οι υπάλληλοι που εργάζονται πολλά χρόνια καταδεικνύεται ότι εμφανίζουν σωματική και ψυχολογική εξουθένωση και απογοήτευση. Ωστόσο παρά τις αντίξοες συνθήκες και τον φόρτο εργασίας ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και η απόδοση τους αποτελεσματική. Δυστυχώς από την άλλη πλευρά υπάρχουν και εργαζόμενοι οι οποίοι λειτουργούν εις βάρος των συναδέλφων τους και αυτό γιατί δεν υπάρχει αξιολόγηση στον δημόσιο τομέα, ούτε επίσης η επιλογή των υπαλλήλων στηρίζεται σε κριτήρια, τα οποία θα προσδώσουν στον οργανισμό φήμη και επιτυχία. Για αυτό επισημαίνεται η σημαία της αξιολόγησης όχι μόνο σε ετήσια βάση αλλά σε τακτικά χρονικά διαστήματα να συνδέεται από έλεγχου των αποτελεσμάτων και συνεχή εκπαίδευση και αναθεώρηση θέσεων εργασίας.

### **Σκοπός της εργασίας**

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να εξετάσει εάν και σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται η αξιολόγηση του προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, καθώς και τα συστήματα αμοιβής που επικρατούν σε αυτό και αφορούν τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τον εντοπισμό των παραγόντων που την επηρεάζουν.

### Στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι να διερευνηθεί:

### **Ερευνητικοί Στόχοι**

- ❖ Οι γνώσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης του ανθρωπίνου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας και η σύνδεση αυτής με την αμοιβή.
- ❖ Ο αντίκτυπος των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ως προς τις απόψεις τους σχετικά με την αξιολόγηση, το σύστημα αμοιβής και την σύνδεση αυτών.



**ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ**

### **1.1. Διαχείριση ανθρωπίνων πόρων**

Η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων είναι μια ευρεία έννοια και μια πτυχή της οργανωτικής διαχείρισης που επηρεάζει άμεσα τους εργαζόμενους ενός οργανισμού. Αυτή η διαχείριση περιλαμβάνει οργανωτική κουλτούρα, πρακτικές επικοινωνίας, δραστηριότητες διαχείρισης και ηγεσίας (Michael et al. 2004). Οι πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού και οι επιδόσεις των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη είναι στο επίκεντρο το τελευταίο διάστημα με στόχο την υψηλότερη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στα νοσοκομεία (Etchegarray et al. 2011, Donabedianm 2005).

Παρόλο που οι πρακτικές διαχείρισης αναγνωρίζονται ως σημαντικές για την ενίσχυση των εργαζομένων, τις αποδόσεις και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, πολλές μελέτες μέχρι τώρα έχουν επικεντρωθεί στο άτομο, παραβλέποντας ή υποδεικνύοντας τα πλαίσια εντός των οποίων αυτές οι πρακτικές λειτουργούν (Etchegarray et al. 2011).

Η ανάπτυξη αποτελεσματικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα περίπλοκο ζήτημα. Οι λόγοι είναι ουσιαστικά, η παγκοσμιοποίηση, η πρόοδος της ιατρικής, η κρίση του ανθρώπινου δυναμικού, οι πολιτικοί και οι οικονομικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης της ποιότητας και των δυναμικών απαιτήσεων των ασθενών (Kunkel et al. 2007).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα συστήματα υγείας υποφέρουν από κενά ποιότητας μεταξύ των βέλτιστων πρακτικών που υποστηρίζονται από αποδεικτικά στοιχεία και των πραγματικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που πολλά από αυτά τα κενά ποιότητας είναι άμεσα επιδέξια προς βελτίωση (Institute of Medicine, 2001), παραμένουν ίδια παρά την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, τις δαπάνες και πολλές άλλες μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Τα κενά ποιότητας συμπεριλαμβάνουν: την αποτυχία να εφαρμόσουν κλινικές πρακτικές βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων, τον κατακερματισμό των υπηρεσιών, την αργή και ελλιπή απόκριση σε αρνητικές ενδείξεις και τα μη κατάλληλα προληπτικά μέτρα.



Μια σειρά μελετών σε όλο τον κόσμο έχει εκθέσει συγκεκριμένα παραδείγματα παραλλαγών στην ποιότητα της φροντίδας, ακόμη και στα πιο ευρέως αναγνωρισμένα συστήματα υγείας (Institute of Medicine, 2001). Πολλές από αυτές τις χώρες αδυνατούν να προσφέρουν υπηρεσίες καλά συντονισμένες, με υψηλή ποιότητα, οικονομικά αποδοτική υγεία και φροντίδα. Επιπλέον, η γήρανση των πληθυσμών και οι πολύπλοκες χρόνιες καταστάσεις έχουν αυξήσει τις απαιτήσεις στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων προσπάθησαν να προσελκύσουν πολλούς τύπους πολιτικών μοχλών, συμπεριλαμβανομένης της δημοσίευσης κατευθυντήριων γραμμών για θεραπεία, τον ανταγωνισμό, την επαγγελματική προτροπή, τη δημόσια υποβολή εκθέσεων για την ποιότητα και διάφορες μορφές διαπίστευσης αυτής. Σε γενικές γραμμές, τέτοιες προσεγγίσεις είχαν κάποια επιτυχία σε ορισμένες ρυθμίσεις, αλλά τα οφέλη στο σύνολό τους ήταν μέτρια. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι τα τελευταία έτη οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων έχουν στρέψει την προσοχή τους σε ένα από τα πιο ισχυρά μέσα για την αλλαγή της συμπεριφοράς του παρόχου υπηρεσιών υγείας –την πληρωμή του παρόχου με βάση την απόδοση (Dudley et al., 1998, Conrad & Christianson, 2004).

## **1.2. Διαχείριση ποιότητας και μέτρηση απόδοσης**

Στη βιβλιογραφία της διαχείρισης ποιότητας, οι μετρήσεις αποδίδονται με μεγάλη σημασία στην βελτίωση προϊόντων και διαδικασιών. Οι μετρήσεις θεωρούνται σημαντικές πληροφορίες και πηγές σχετικά με τις τρέχουσες συνθήκες και επισημαίνουν ποιες διαδικασίες πρέπει να βελτιωθούν. Ο Walter Shewhart τη δεκαετία του 1930 εισήγαγε εργαλεία για τον έλεγχο των στατιστικών διαδικασιών στις μεταποιητικές εταιρείες ως τρόπος διαχείρισης των δεδομένων και επομένως τον έλεγχο της εξάπλωσης της διαδικασίας κατασκευής (Shewhart, 1931). Υποστήριξε ότι πρέπει να υπάρχει σαν σημείο εκκίνησης των προτύπων που έχουν τεθεί προς βελτίωση, η "ανθρώπινη θέληση". Αυτό μεσολαβεί στην εστίαση στον πελάτη όταν πρόκειται για βελτιώσεις και ως εκ τούτου στη διαδικασία μέτρησης.

Ο Edward Deming, ο οποίος επηρεάστηκε έντονα από τον Shewhart, υποστήριξε επίσης την ανάγκη των μετρήσεων, αλλά τόνισε το ρόλο της διοίκησης όταν εφαρμόζονται βελτιώσεις στην ποιότητα (Deming, 1986). Ισχυρίστηκε ότι οι μετρήσεις δεν είναι αρκετές, αλλά ότι η δράση της διοίκησης

είναι απαραίτητη για να γίνουν μακροπρόθεσμες και σταθερές βελτιώσεις στην ποιότητα. Επέκρινε επίσης την υπάρχουσα άποψη για τα δεδομένα ποιότητας επισημαίνοντας τη μελλοντική κατεύθυνση βελτίωσης και αλλαγής: «Δυστυχώς, φοβούμαστε ότι η διασφάλιση της ποιότητας σημαίνει σε πολλά σημεία έναν κατακλυσμό από αριθμούς που δείχνουν πόσα ελαττωματικά στοιχεία ή είδη και τύποι παρήχθησαν τον περασμένο μήνα, με συγκρίσεις μήνα-μήνα και έτος-έτος. Τέτοια διαγράμματα παρουσιάζουν στη διοίκηση πώς συμβαίνουν τα πράγματα, αλλά δεν δείχνουν το δρόμο για βελτίωση» (σελ. 15).

Η ανακάλυψη σημαίνει "αλλαγή, μιας δυναμικής, αποφασιστικής κίνησης προς τα νέα ανώτερα επίπεδα της απόδοσης» (Juran, 1964, σελ. 2). Ο ρόλος του διαχειριστή είναι να δημιουργήσει τα μέσα από τα οποία οι άνθρωποι μπορούν να δουν την ανάγκη να φτάσουν σε ένα νέο επίπεδο απόδοσης, δηλ. να κατανοήσουν οι άνθρωποι την ανάγκη για σημαντικές αλλαγές και να αναλάβουν πρωτοβουλίες για να φτάσουν εκεί.

Ο Juran έχει αναπτύξει περαιτέρω το πλαίσιο της πρωτοποριακής βελτίωσης της ποιότητας. Το 1989 υποστήριξε ότι η διαδικασία βελτίωσης βασίζεται σε διάφορες βασικές δραστηριότητες, οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους σε μια δομημένη διαδικασία σχετικά με τα έργα βελτίωσης (Juran, 1989). Η ανώτερη διοίκηση έχει την ευθύνη να συμμετέχει σε ένα συμβούλιο ποιότητας, να καθορίζει ποιοτικούς στόχους, να παρέχει επαρκείς πόρους για τα έργα, να επανεξετάσει την πρόοδο. Ο Juran προτείνει επίσης ότι η ανώτερη διοίκηση θα πρέπει να εξυπηρετεί μερικές ομάδες έργων προκειμένου να ασκήσει ηγετική θέση μέσω παραδείγματος και να αυξήσει την κατανόηση του έργου των ομάδων και των αναγκών τους.

Επίσης, προτείνει ότι η εφαρμογή των μετρήσεων δεν είναι αρκετή για την επίτευξη καλής ποιότητας. Η διοίκηση θα πρέπει να λάβει μέτρα σύμφωνα με τα δεδομένα και να καθορίζει την κατεύθυνση της απόδοσης προς την βελτίωση μέσω σκοπών και στόχων.

Η φιλοσοφία της διαχείρισης ποιότητας σήμερα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από αυτή την άποψη. Η αρχή της διαχείρισης των αποφάσεων που βασίζονται στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Hackman και Wageman, 1995, Dahlgaard et al., 1998, Bergman και Klefsjö, 2001) έχει μια ισχυρή σχέση με την ποιότητα και τις μετρήσεις. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας συνδυάζει τα κλασικά μέτρα σχετικά με την ποιότητα, όπως το μήκος, το πλάτος, το βάρος κλπ., με μέτρα που βασίζονται στα άτομα και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις

(Dahlgaard και Park Dahlgaard, 2002, Dahlgaard και Park 2006). Η μέτρηση των αποδόσεων ήταν από αρκετές δεκαετίες απαραίτητη δραστηριότητα για την επίτευξη βελτιώσεων και εξακολουθεί να είναι γεγονός στις σημερινές εταιρείες.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, ένα σημαντικό μέρος στη διαχείριση της ποιότητας όσον αφορά τις μετρήσεις είναι ο καθορισμός στόχων για την επίτευξη της βελτίωσης. Η ανάπτυξη πολιτικής (Hoshin Kanri), είναι μια ιαπωνική φιλοσοφία διαχείρισης που υποστηρίζει ότι οι μετρήσεις πρέπει να ακολουθούν μια συμμετοχική διαδικασία και διαδοχική διαδικασία (Akae, 1991). Προωθεί την επίτευξη σημαντικών βελτιώσεων αναλύοντας τα τρέχοντα προβλήματα και αναπτύσσοντας στρατηγικές που ανταποκρίνονται στις εξωτερικές συνθήκες. Οι πολιτικές διαχείρισης και οι στόχοι καταρτίζονται κάτω από την ιεραρχία και μεταφράζονται σε στόχους και ενέργειες για κάθε επίπεδο προς τα κάτω.

Οι μετρήσεις απόδοσης που βασίζονται σε χρηματοοικονομικά περιουσιακά στοιχεία έχουν τις ρίζες τους στην αρχική λογιστική (Johnsson, 1981, Johnson and Kaplan, 1987, Otley, 2002, Bourne et al., 2003). Επίσης, οι μετρήσεις απόδοσης επικεντρώθηκαν κυρίως στη λογιστική που βασίζεται στα μέτρα απόδοσης σε εσωτερικές δραστηριότητες και όχι στη συνολική οργανωτική απόδοση. Η εμφάνιση του κινήματος διαχείριση της ποιότητας, σε συνδυασμό με την εστίαση στην παγκόσμια ανταγωνιστικότητα κατά την τελευταία δεκαετία, μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει κάνει τις εταιρείες να αλλάξουν εστίαση από τα παραδοσιακά περιουσιακά στοιχεία σε περιουσιακά στοιχεία με μη χρηματοοικονομικούς όρους. Μια πιο ισορροπημένη προσέγγιση για τη μέτρηση των αποδόσεων προωθήθηκε προκειμένου να συλληφθεί π.χ. ο προσανατολισμός προς τον πελάτη, η εταιρική σχέση προμηθευτών, η συνεχή βελτίωση και η γνώση των εργαζομένων.

Κατά συνέπεια, αναπτύχθηκαν συστήματα μέτρησης αποδόσεων που αξιολογούν τόσο τις οικονομικές όσο και τις μη οικονομικές μετρήσεις στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. (Bourne et al., 2003). Ένα από τα πιο γνωστά συστήματα είναι το Balanced Scorecard (Kaplan και Norton, 1992), το οποίο έχει εξαπλωθεί τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Άλλα συστήματα, όπως η μήτρα μέτρησης αποδόσεων από τους Keegan et al. (1989), η SMART πυραμίδα (Cross και Lynch, 1988/89), το πλαίσιο των αποτελεσμάτων και των προσδιοριστικών παραγόντων (Fitzgerald και Moon, 1996) και το Prism Performance (Neely et al., 2002) έχουν επίσης έχει αναπτυχθεί και προωθηθεί.

### 1.3. Συστήματα μέτρησης απόδοσης

Οι παραδοσιακοί τρόποι πληρωμής της υγειονομικής περίθαλψης, όπως ο μισθός, η αμοιβή κατά πράξη και οι συνδυασμένες πληρωμές και παροχές, δεν ανταμείβουν ρητά τους παρόχους για την παροχή καλύτερης και πιο ποιοτικής φροντίδας. Οι επιπτώσεις στην ποιότητα αυτών των μεθόδων πληρωμής είναι έμμεσες. Για παράδειγμα, η πληρωμή με αμοιβή κατά πράξη δημιουργεί κίνητρα για υψηλά επίπεδα και συνεπώς μπορεί έμμεσα να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα ποιότητας. Ωστόσο, η επίπτωση αυτή είναι τυχαία συνέπεια των εγγενών κινήτρων και φυσικά μπορεί επίσης να αντικρούσει έναν άλλο βασικό στόχο των συστημάτων υγείας - την αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, ο παραδοσιακός τρόπος πληρωμής μπορεί να εξασφαλίσει τον έλεγχο των δαπανών, αλλά προσφέρει ελάχιστα άμεσα κίνητρα για την υψηλή ποιότητα φροντίδας.

Συνεπώς, αναδύεται όλο και μεγαλύτερος αριθμός νέων μοντέλων πληρωμής που αποσκοπούν ρητά στην ευθυγράμμιση των κινήτρων πληρωμών με τους στόχους του συστήματος υγείας, οι οποίοι σχετίζονται με την ποιότητα, τον συντονισμό της περίθαλψης, τη βελτίωση της υγείας και την αποτελεσματικότητα ανταμείβοντας έτσι την επίτευξη στοχευμένων μέτρων απόδοσης. Αυτά τα μοντέλα είναι δοκιμασμένα σε ένα ευρύ φάσμα χωρών: στις χώρες του ΟΟΣΑ, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία, όπου είναι γνωστά ως πληρωμή με βάση την απόδοση (P4P).

Η έρευνα σχετικά με τα συστήματα μέτρησης της απόδοσης επικεντρώθηκε κυρίως στο σχεδιασμό διαφορετικών τύπων συστημάτων μέτρησης απόδοσης (Neely et al., 1995; Kaplan και Norton, 1996, Bititci et al, 1997. Neely, et al., 1997; Olve et al., 1997). Σε αυτά τα πλαίσια μέτρησης προτείνεται να υπάρχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά για να βοηθηθούν οι οργανισμοί να εντοπίσουν ένα κατάλληλο σύνολο μέτρων για τον υπολογισμό της απόδοσής τους (Kennerley και Neely, 2002 Για παράδειγμα, τα μέτρα απόδοσης πρέπει να προέρχονται από τη στρατηγική (Neely et al., 1995, Anthony και Govindarajan, 2001), να παρακολουθούν μια «ισορροπημένη» εικόνα της οργάνωσης (Keegan et al., 1989, Kaplan και Norton, 1992) (Bititci et al., 1997, Epstein και Manzoni, 1997), και να παρακολουθούν τις παρελθούσες και μελλοντικές επιδόσεις (Fitzgerald και Manzoni 1997, Olve et al., 2003). Τα τελευταία χρόνια υπήρξε ένας αυξανόμενος αριθμός δημοσιεύσεων σχετικά με την εφαρμογή συστημάτων μέτρησης απόδοσης

(Kaplan και Norton 1996, Bourne et al, 2000, Radnor και Lovell, 2003). Ακόμα πιο πρόσφατα η αυξημένη χρήση των μέτρων απόδοσης σε διαχειριστικές εργασίες οδήγησε σε βάθος την έρευνα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι οργανώσεις ασχολούνται με τις μετρήσεις και χρησιμοποιούν τις συλλεγόμενες πληροφορίες (Elg, 2001, Bititci et al., 2002).

Παρά τη μετατόπιση της τάσης της σύγχρονης έρευνας, πολλοί συγγραφείς εξακολουθούν να ασχολούνται με τη μελέτη του μέτρου κατασκευής και σχεδιασμού συστημάτων μέτρησης απόδοσης (Tonl και Tonchia 2001, Tangen 2004, Courty et al., 2006). Επιπλέον, πολλοί συγγραφείς φαίνεται να επικεντρώνονται στην ανάπτυξη και την προώθηση μοντέλων απόδοσης (Kaplan και Norton, 2001, Neely et al., 2002), τα οποία αντλούν την προσοχή από τις επιπτώσεις αυτών των πλαισίων στην εργασιακή πρακτική. Ως εκ τούτου, τα συνολικά προβλήματα που αφορούν τους διαχειριστές για την αποτελεσματική υλοποίηση και εφαρμογή συστημάτων μέτρησης της απόδοσης στα πλαίσια τους παραλείπονται στη σύγχρονη έρευνα. Αυτό το κενό στην έρευνα μπορεί επίσης να περιγραφεί στους όρους του Otley (1999, σελ. 381): «Αυτό καθιστά σαφές ότι η λογιστική διαχείριση και άλλες πρακτικές μέτρησης αποδόσεων πρέπει να αξιολογούνται όχι μόνο από οικονομική άποψη, αλλά και από κοινωνική, διαχειριστική σκοπιά και συμπεριφοράς, μέσα σε ένα συνολικό οργανωτικό πλαίσιο. Αυτές οι κοινωνικές, διακρατικές και πολιτισμικές πτυχές καθιστούν τη μελέτη των συστημάτων ελέγχου τόσο συναρπαστικό θέμα για την ακαδημαϊκή έρευνα και μεγάλη πρόκληση για τον επαγγελματία».

### **1.3.1. Σχεδιασμός συστημάτων μέτρησης απόδοσης**

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, τα συστήματα μέτρησης της απόδοσης έχουν κερδίσει μεγάλη προσοχή στην έρευνα. Αρκετοί συγγραφείς περιγράφουν πώς να σχεδιάσουν καλύτερα μια μέτρηση απόδοσης συστημάτων. Για παράδειγμα, πρέπει να ληφθούν μέτρα από τη στρατηγική (Keegan et al., 1989, Kaplan και Norton 1992, Anthony και Govindarajan 2001), θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν διαφορετικές διαστάσεις ενός οργανισμού (Keegan et al., 1989, Kaplan και Norton, 1992, Simons, 1995) και θα πρέπει να εξετάσουν όλους τους ενδιαφερόμενους του οργανισμού (Neely et al., 2002, Kanji και Moura e Sá, 2003). Υπάρχουν διάφορα πλαίσια μέτρησης αποδόσεων που προτείνονται στα οποία παρουσιάζονται και απεικονίζονται διάφορες πτυχές μιας οργάνωσης (Cross και Lynch, 1988/89, Kaplan και Norton 1992, Fitzgerald and Moon 1996, Neely et al. 2002).

## Προσέγγιση Balanced Scorecard

Η στρατηγική άποψη τονίζεται από τους Kaplan και Norton (1996) οι οποίοι παρουσιάζουν το Balanced Scorecard (BSC). Μια στρατηγική διαδικασία διαχείρισης συνδέεται με αυτό το πλαίσιο, στο οποίο το όραμα, οι στρατηγικοί στόχοι, οι μετρήσεις απόδοσης και τα σχέδια δράσης συνδέονται με συνεκτικό και συνεπή τρόπο. Μέσω αυτής της διαδικασίας, οι μετρήσεις τοποθετούνται σε ένα στρατηγικό πλαίσιο και, επομένως, εξετάζονται λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική εικόνα. Σύμφωνα με τους Kaplan και Norton (1993), το BSC έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίξει και να εκπληρώσει το σφαιρικό όραμα και τις στρατηγικές ενός οργανισμού. Η έκδοση του BSC παρουσιάστηκε το 1992 και περιλαμβάνει τέσσερις προοπτικές: τον οικονομικό, τον πελάτη, την εσωτερική επιχειρηματική διαδικασία, και την προοπτική της μάθησης και της ανάπτυξης. Αυτές οι προοπτικές αντιπροσωπεύουν τον τρόπο με τον οποίο είναι ο οργανισμός αντιμετωπίζεται από τους μετόχους, τη διοίκηση, τους πελάτες και τους εργαζομένους. Στην κάθε προοπτική αναπτύσσονται κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας. Οι μετρήσεις απόδοσης επιλέγονται για να υποστηρίξουν τους κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας. Οι παράγοντες είναι η γέφυρα μεταξύ του οράματος, της στρατηγικής, των προοπτικών και των μετρήσεων απόδοσης και είναι κρίσιμες για το μέλλον και την επιτυχία του οργανισμού. Τέλος, το BSC περιλαμβάνει σχέδια δράσης, τα οποία περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ενεργήσει ο οργανισμός για να επιτύχει το όραμά του.

## Ανατροφοδότηση 360 μοιρών

Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τη DuPont Company το 1973 (SHRM 2010). Η ανατροφοδότηση 360 μοιρών αφορά τους διαχειριστές που συλλέγουν ανώνυμες αξιολογήσεις από περισσότερες από μία πηγές, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν εποπτικές αρχές, άμεσες αναφορές, υφισταμένους, συναδέλφους και πελάτες, θα μπορούσε να είναι οποιοσδήποτε με τον οποίο ο εργαζόμενος αλληλοεπιδρά συχνά. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την αξιολόγηση του υπαλλήλου από πολλαπλές πηγές σε μια σειρά από συμπεριφορές που σχετίζονται με την εργασία, τις οποίες ο οργανισμός θεωρεί σημαντικές για τη δουλειά. Η ανατροφοδότηση συγκεντρώνεται στη συνέχεια για να συγκριθεί με την αυτό-αξιολόγηση του υπαλλήλου (Smither, 1998). Η ανατροφοδότηση 360 μοιρών είναι επίσης γνωστή ως ανατροφοδότηση πολλαπλών πηγών (Atwater, Brett, & Charles, 2007).

Σε μια έρευνα διαχείρισης απόδοσης που διεξήχθη από το Ίδρυμα SHRM (2000), με βάση τις απαντήσεις 480 επαγγελματιών ανθρωπίνων πόρων, η ανατροφοδότηση 360 μοιρών αναφέρθηκε ότι χρησιμοποιήθηκε από το 32% των οργανώσεων των ερωτηθέντων και θεωρήθηκε ότι είναι η μόνη συγκεκριμένη απόδοση όπου οι εταιρείες σχεδίαζαν να αυξήσουν τη δραστηριότητά τους κατά το επόμενο έτος. Η έρευνα Mercer (2013) διαπίστωσε ότι περίπου το 55% των οργανισμών που απαντούν χρησιμοποιούν ανατροφοδότηση πολλαπλών πηγών ή ανατροφοδότηση 360 μοιρών.

#### Διαχείριση με Στόχους

Στη μέθοδο αυτή οι διευθυντές θέτουν εκ των προτέρων στόχους για τους εργαζομένους και παρακολουθούν περιοδικά τις αποδόσεις τους. Οι ανταμοιβές καθορίζονται με βάση τα αποτελέσματα και το επίπεδο επίτευξης του στόχου. Η διαχείριση βάσει στόχων αναφέρεται επίσης ως "διαχείριση στόχων" και "διαχείριση βάσει αποτελεσμάτων" (SHRM, 2010). Η θεωρία της διαχείρισης με στόχους έχει εισαχθεί στην επιστήμη των επιχειρήσεων από τον Peter Drucker το 1954 (Kyriakopoulos, 2012).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη περίπου είκοσι χρόνια μετά την εισαγωγή και υιοθέτηση της έννοιας της διαχείρισης βάσει στόχων, σχεδόν το 50% των μεγαλύτερων βιομηχανικών επιχειρήσεων της Fortune 500 της Αμερικής ανέφεραν την προσπάθειά τους να χρησιμοποιήσουν το σύστημα και υιοθετήθηκε από μεγάλο αριθμό των εταιρειών (Schuster & Kindall, 1974). Άλλες αρκετές πρόσφατες έρευνες και άρθρα επιβεβαίωσαν ότι η προσέγγιση της διαχείρισης βάσει στόχων εξακολουθεί να χρησιμοποιείται και συζητείται η εφαρμογή της στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

#### Πληρωμή βασισμένη στην απόδοση (payment for performance, P4P)

Παρόλο που αυτό είναι ένα σύστημα κινήτρων που συνδέει την απόδοση με τις ανταμοιβές, συμπεριλαμβάνεται και εδώ ως εργαλείο βελτίωσης κινήτρων και αποδόσεων, εκτός από την εφαρμογή του ως σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης. Το σύστημα αμοιβών για τις αποδόσεις που βασίζεται στη σύνδεση των αποτελεσμάτων απόδοσης με την επίτευξη των στόχων του τμήματος και της οργάνωσης σε ανταμοιβές και τιμωρίες όπως η αμοιβή, η προώθηση ή η απαλλαγή. Το σύστημα στοχεύει κυρίως στην ενίσχυση των κινήτρων για την άμεση επίπτωση της αμοιβής με την απόδοση (Rynes et al., 2005).

Σε μια έρευνα των εταιριών Fortune 500, ο Lawker (2003, όπως αναφέρθηκε στο Smither, London, & Manuel, 2009), διαπίστωσε ότι οι ερωτηθέντες πίστευαν ότι τα συστήματα διαχείρισης απόδοσης είναι πιο αποτελεσματικά όταν υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ εκτιμήσεων και ανταμοιβών. Σύμφωνα με την έρευνα του Mercer (2013), το 89% των εταιρειών χρησιμοποιούν τη φιλοσοφία pay-for-performance. Η έρευνα του Mercer (2013) ανέφερε ότι 7 από τους 10 οργανισμούς στην εκπαίδευση και την υγειονομική περίθαλψη χρησιμοποιούν αμοιβή με βάση την απόδοση.

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η σημερινή τάση στην αμοιβή με βάση την απόδοση συνδέει τα κλινικά ποιοτικά αποτελέσματα των νοσοκομείων και των ιατρών με την αποζημίωση από τους πληρωτές. Η πιο συνηθισμένη εφαρμογή επηρεάζει την απόδοση και την αμοιβή των ιατρών για τον έλεγχο της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας (Helm et al., 2007).

#### Πληρωμή κατά κεφαλήν

Σε αυτό το σύστημα χρηματοδότησης, η αμοιβή του ιατρού καθορίζεται εκ των προτέρων και εξαρτάται από τον αριθμό των ασφαλισμένων ασθενών. Συγκεκριμένα, ο ιατρός εισπράττει από τον δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα, την κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε ασφαλισμένο για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Κοντούλη-Γείτονα Μ., 1997). Το βασικό πλεονέκτημα είναι ότι παρέχει κίνητρα στους ιατρούς να ασκούν την ιατρική με τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εγγραφούν στη λίστα τους, αν και έχουν συμφέρον να προσελκύσουν μόνο τα άτομα εκείνα που έχουν χαμηλό κόστος. Το θετικό για τον ιατρό είναι η δυνατότητά που έχει να λειτουργεί το ιατρείο του με τον τρόπο που αυτός θεωρεί καλύτερο.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1. Απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας**

#### **A) Πλαίσιο για την αντιμετώπιση της απόδοσης**

Η χαμηλή απόδοση των παρόχων υπηρεσιών οδηγεί σε μη προσβασιμότητα της περίθαλψης και ακατάλληλη περίθαλψη, η οποία έτσι συμβάλλει στη μείωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας, καθώς οι άνθρωποι δεν χρησιμοποιούν υπηρεσίες ή δεν είναι ικανοποιημένοι λόγω επιβλαβών πρακτικών. Η διεθνής βιβλιογραφία σκιαγραφεί σαφώς τη σημασία του εργατικού δυναμικού για την παροχή υπηρεσιών, δηλώνοντας ότι ο αριθμός των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, η ποιότητα και ο επαγγελματισμός καθορίζουν την παραγωγή και την παραγωγικότητα, ο προϋπολογισμός δαπανάται για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πρόοδο (JLI, 2004). Ορισμένα άρθρα και έγγραφα ανέφεραν προβλήματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών λόγω κακής απόδοσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (WHO 2006, Van Lerberghe et al. 2003, Rowe et al. 2005, Garcia- Prado και Chawla, 2006).

Η ανεπαρκής απόδοση προέρχεται από πολύ λίγα στελέχη ή από το προσωπικό που δεν παρέχει φροντίδα σύμφωνα με τα πρότυπα και τις προδιαγραφές και δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινότητας και των ασθενών. Όπως ο Hughes et al. αναφέρει: «Τα περισσότερα προβλήματα απόδοσης μπορούν να αποδοθούν στις ασαφείς προσδοκίες, το έλλειμμα δεξιοτήτων, τους πόρους ή τον εξοπλισμό, την έλλειψη κινήτρων» (Hughes et al., 2002). Αυτά τα αίτια έχουν τις ρίζες τους σε ένα ελλιπές σύστημα υγείας, χαμηλές αποδοχές, δύσκολες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης και ακατάλληλη κατάρτιση.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2006) η απόδοση θεωρείται ότι είναι ένας συνδυασμός προσωπικού που είναι διαθέσιμος, ικανός και παραγωγικός. Επίσης, οι Dieleman και Harnmeijer (2006) σχεδίασαν ένα πλαίσιο χρησιμοποιώντας μια συστηματική προσέγγιση στην απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας: ανάλυση της κατάστασης, παρέμβαση (εισορή / διαδικασία), αποτελέσματα και επιπτώσεις.

Το πλαίσιο δείχνει ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (στο χώρο εργασίας) έχουν τις ρίζες τους σε παράγοντες που σχετίζονται με:

- το μακροοικονομικό επίπεδο ή το γενικό σύστημα υγείας, όπως η κατανομή πόρων, ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη του συστήματος υγείας, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, το ισχύον κανονιστικό πλαίσιο, οι διαδικασίες επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων και οι μηχανισμοί λογοδοσίας. Αυτά μπορεί να επηρεαστούν από τους διαμορφωτές πολιτικής και τους σχεδιαστές στην υγεία καθώς και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς σε εθνικό επίπεδο, όπως το Υπουργείο Οικονομικών, το Υπουργείο Εκπαίδευση, επαγγελματικές ενώσεις, ομάδες της κοινωνίας των πολιτών και φορείς χρηματοδότησης (επίπεδο συστημάτων υγείας).
- Το μικροοικονομικό επίπεδο, ή το χώρο εργασίας (περιοχή ή εγκατάσταση, κλπ), όπως η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, φαρμάκων και προμηθειών, την ομαδική εργασία και τις δραστηριότητες διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού. Κατ' αρχήν, αυτές μπορούν να επηρεαστούν από τοπικούς διευθυντές, συναδέλφους, ασθενείς και άλλους τοπικούς εταίρους (επίπεδο υγειονομικών εγκαταστάσεων)<sup>1</sup>.
- τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες διαβίωσης, απαιτούν συγκεκριμένες στρατηγικές και μπορούν να αναπτυχθούν σε τοπικό επίπεδο από διαχειριστές ή σε εθνικό επίπεδο από τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και τους σχεδιαστές μαζί με άλλους ενδιαφερόμενους (ατομικό επίπεδο).

Οι παρεμβάσεις σχεδιάζονται με βάση μια ανάλυση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων. Η υλοποίηση αυτών των παρεμβάσεων (εισορές και διαδικασίες) παρέχει αποτελέσματα (αναμενόμενα αποτελέσματα) όσον αφορά τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, τη βελτίωση των κινήτρων, τη βελτίωση της διατήρησης του προσωπικού κλπ.

Αυτά, με τη σειρά τους, έχουν ως αποτέλεσμα τις επιπτώσεις της παρέμβασης όσον αφορά τις μετρήσιμες βελτιώσεις, τη διαθεσιμότητα, την παραγωγικότητα,

---

<sup>1</sup> Η υποδιαίρεση μεταξύ των εγκαταστάσεων υγείας (μικροεπίπεδο) και του συστήματος υγείας (μακροοικονομικό επίπεδο) δεν είναι πάντοτε σαφής και εξαρτάται από τους ρόλους και τις ευθύνες σε εθνικό και τοπικό επίπεδο (περιφέρεια, εγκατάσταση) σε κάθε συγκεκριμένο πλαίσιο.

την ικανότητα και / ή την ανταπόκριση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι επιδράσεις επηρεάζουν θετικά την απόδοση, δηλαδή το αποτέλεσμα της παρέμβασης, για το οποίο η παρέμβαση δεν είναι απόλυτα υπεύθυνη. Η βελτιωμένη απόδοση με τη σειρά της συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας.

Δεν υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ καθοριστικών παραγόντων και εξόδων. Η απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα, καθώς μια ποικιλία καθοριστικών παραγόντων επηρεάζει τη συμπεριφορά του προσωπικού σε διαφορετικά επίπεδα. Διάφοροι συγγραφείς έχουν ανασυγκροτήσει τους καθοριστικούς παράγοντες (Rowe et al. 2005, Hongoro και Normand 2006, WHO, 2006), γεγονός που υποδηλώνει τέσσερις βασικούς τομείς:

- τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (ατομικό επίπεδο)
- το σύστημα υγείας και τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων (μακροοικονομικό επίπεδο και μικροοικονομικό επίπεδο)
- τα χαρακτηριστικά του ευρύτερου πολιτικού και κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος (παραμετρικοί παράγοντες)
- τα χαρακτηριστικά της κοινότητας / του πληθυσμού (παραμετρικοί παράγοντες).

## **B) Δείκτες απόδοσης**

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού απαιτεί συναίνεση ως προς τα στοιχεία και τους δείκτες του. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία μπορούν να διακριθούν τα ακόλουθα επίπεδα, μετρήσιμα με διάφορους δείκτες (WHO, 2006, Buchan, 2005, Hornby και Forte, 2002).

**Πίνακας 1: Δείκτες για την απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας**

<b>Παράγοντες</b>	<b>Παραδείγματα δεικτών</b>
<i>Αποτελέσματα</i>	
Απόδοση	Σύνθεση των παρακάτω τεσσάρων στοιχείων. Η βελτίωση σε αυτά τα τέσσερα στοιχεία υποδεικνύει βελτιωμένη απόδοση.
<i>Συνέπεια</i>	
Διαθεσιμότητα	Χρόνος αναμονής, αναλογία προσωπικού, υπερωρίες, κύκλο ωράριο εργασιών προσωπικού,

	συμμετοχή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας
Παραγωγικότητα	Ποσοστό απασχόλησης, επισκέψεις σε εξωτερικούς ασθενείς και παρεμβάσεις που παρέχονται ανά εργαζόμενο ή εγκατάσταση. Επαφές με ασθενείς
Αρμοδιότητες	Πρακτικές συνταγογράφησης Προσκόλληση στο πρωτόκολλο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της επικοινωνίας με τους ασθενείς
Ανταποκρισιμότητα	Ικανοποίηση πελατών Ποσοστά θνησιμότητας Ποσοστά επανεισαγωγής για λοιμώξεις Υπηρεσία προληπτικής ποιότητας, π.χ. έλκη από χόνδρους
<i>Εκροές</i>	
Διατήρηση	Κενές θέσεις, γεμάτες θέσεις, διάρκεια εργασίας
Απουσία	Συμμετοχή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, υπερωρίες
Λογοδοσία	Επίπεδο ανταπόκρισης Συμμόρφωση με τους κανόνες και τις τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας
Δεξιότητες και γνώση	Επίπεδο δεξιοτήτων και γνώσεων πρακτικών
Κίνητρα και ικανοποίηση από την εργασία	Επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία Επίπεδο κινήτρων του προσωπικού
Συνθήκες εργασίας	Διαθεσιμότητα υποδομής, φαρμάκων, προμηθειών Διαδικασίες επικοινωνίας Διαδικασίες λήψης αποφάσεων

Οι βελτιωμένες αποδόσεις αξιολογούνται εξετάζοντας τη διαθεσιμότητα του προσωπικού, καθώς και τις ικανότητές του, την παραγωγικότητα και ανταπόκριση. Οι δείκτες πρέπει να έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση δεν πρέπει να περιορίζονται σε δείκτες στο επίπεδο των επιπτώσεων και των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων. Είναι εξίσου σημαντικό να παρακολουθείται και να αξιολογείται η διαδικασία υλοποίησης και οι οικονομικές και τεχνικές εισροές, καθώς και οι δύο καθορίζουν την επιτυχία μιας παρέμβασης. Σε όλα αυτά τα επίπεδα, μπορούν

να αντληθούν διδάγματα για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας, τους υπεύθυνους σχεδιασμού και τους διαχειριστές. Οι δείκτες και το πλαίσιο για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων του ανθρώπινου δυναμικού συχνά δεν προσδιορίζονται πριν από τις παρεμβάσεις και τα ανεπαρκή συστήματα πληροφόρησης του προσωπικού και καθιστούν εξαιρετικά δύσκολο τον προσδιορισμό (αναδρομικά) της επιτυχίας των στρατηγικών του ανθρώπινου δυναμικού. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της απόδοσης χρειάζονται περισσότερη προσοχή (WHO, 2006).

## **2.2. Διατήρηση της απόδοσης**

Η έλλειψη προσωπικού περιορίζει την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας.

Αυτή η ενότητα προσδιορίζει παράγοντες που επηρεάζουν την έλλειψη και διατήρηση του προσωπικού, βάσει της διαθέσιμης βιβλιογραφίας (Lehmann et al. 2005, Dussault και Franceschini 2006, Hongoro και Normand 2006). Η διατήρηση ορίζεται ως "η συνεχής απασχόληση ειδικευμένου και παραγωγικού προσωπικού" (Wells in Shen et al., 2004).

### **A) Κύρια στοιχεία που επηρεάζουν τη διατήρηση του προσωπικού**

Όπως προαναφέρθηκε, διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη διατήρηση του προσωπικού και να περιορίσουν την κινητικότητα του προσωπικού. Κάποιοι παράγοντες αναφέρθηκαν από τους Lehmann et al. (2005) και Dussault & Franceschini (2006), ως οι ακόλουθοι:

- προσωπικοί παράγοντες και παράγοντες σχετικοί με τον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών διαβίωσης.
- παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία: σχετικά με την προετοιμασία για εργασία κατά τη διάρκεια της αρχικής εκπαίδευσης, σχετικά με τα συστήματα υγείας, όπως η πολιτική και ο σχεδιασμός των ανθρώπινων πόρων, η ικανοποίηση από την εργασία, επηρεασμένη από παράγοντες της υγειονομικής περιθάλψης, όπως οι οικονομικοί λόγοι, οι εργασιακές συνθήκες, η ικανότητα και το στυλ διαχείρισης, η επαγγελματική εξέλιξη και η ασφάλεια στην εργασία.

Η επίδραση αυτών των παραγόντων στους παρόχους υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από το συνολικό πλαίσιο: την πολιτική, το κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον.

Οι προαναφερθέντες παράγοντες είναι επίσης πιθανό να είναι αλληλένδετοι. Για παράδειγμα, οι φτωχές και απομακρυσμένες περιοχές συχνά στερούνται υποδομές όπως οι δρόμοι, τα σχολεία, η οποία έχει αντίκτυπο στις προσωπικές αποφάσεις των εργαζομένων, οπότε οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στις περιοχές αυτές συχνά είναι φτωχές και δεν διαθέτουν εξοπλισμό και προμήθειες, τα οποία στη συνέχεια έχουν ως αντίκτυπο τους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και την αναχώρηση από αυτή.

### **B) Στρατηγικές που επηρεάζουν τη διατήρηση**

Δεδομένου ότι οι παράγοντες διατήρησης είναι πιθανό να έχουν τις ρίζες τους τόσο σε προσωπικούς όσο και σε εργασιακούς παράγοντες, οι στρατηγικές διατήρησης πρέπει να αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα αυτές τις πολλαπλές αιτίες. Παραδείγματα στρατηγικών διατήρησης περιλαμβάνουν η καλή διακυβέρνηση του συστήματος υγείας, η πρόσληψη προσωπικού, η συνεχής εκπαίδευση, η δέσμευση και η παροχή κινήτρων.

Στρατηγικές σε μακροοικονομικό επίπεδο: σύστημα υγείας

Ο βελτιωμένος σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η χρήση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας μπορεί να μειώσει το άγχος μεταξύ των εργαζομένων συμβάλλοντας στη βελτίωση της διατήρησης. Αυτό απαιτεί ικανότητα σε εθνικό επίπεδο, κανονιστικό πλαίσιο και συνεργασίες.

Επίσης η επιβράβευση του προσωπικού θα καταστήσει πιο ελκυστική την αποδοχή και παραμονή στις θέσεις εργασίας. Τα κίνητρα για την πρόσληψη και διατήρηση του προσωπικού πρέπει να είναι τόσο μη οικονομικά όσο και οικονομικά, τα οποία σίγουρα διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του οργανισμού. Οι αντιδράσεις στα κίνητρα θα εξαρτηθούν από το πλαίσιο και τον εργαζόμενο στον τομέα της υγείας (Hongoro και Normand, 2006). Για παράδειγμα, τα κίνητρα μπορούν να έχουν αρνητικές συνέπειες αν δεν εφαρμόζονται εξίσου στους επαγγελματίες της ίδια κατηγορίας ή αν θεωρούνται ανεπαρκείς (Kingma, 2003). Τα οικονομικά κίνητρα είναι επιτυχή βραχυπρόθεσμα, σύμφωνα με τους Reid (2004) και Sempowski (2004)

Στρατηγικές σε μικροοικονομικό επίπεδο: βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία

Σύμφωνα με μια βιβλιογραφική επισκόπηση των Shen et al. (2004), οι ακόλουθοι παράγοντες επηρεάζουν τη διατήρηση της απόδοσης: ένας δίκαιος μισθός (σε σύγκριση με εκείνη των συνομηλίκων), πακέτα παροχών που αποτελούνται από οικονομικά και μη οικονομικά κίνητρα, ευελιξία του χρόνου εργασίας, εξέλιξη της σταδιοδρομίας και το περιβάλλον εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της ομαδικής εργασίας και της εργασιακές σχέσεις με τους διαχειριστές. Εντούτοις, η απόδειξη αυτών των παραγόντων δεν αρκεί για να είναι καθοριστική και οι παράγοντες αλληλεξαρτώνται.

Ορισμένα παραδείγματα προσπαθειών (εκτός των κινήτρων) για τη διατήρηση του προσωπικού επικεντρώνονται στην υποστήριξη της εργασίας, καθώς και τη συμμετοχή του προσωπικού στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Μια σημαντική πτυχή για τη διατήρηση, σύμφωνα με διάφορες έρευνες, είναι ο υποστηρικτικός διαχειριστής, καθώς μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις ενός κακού εργασιακού περιβάλλοντος (Kingma, 2003). Η υποστήριξη μπορεί επίσης να προσφερθεί μέσω της δια βίου εκπαίδευσης (Green και Puetzer, 2002).

Ορισμένα νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν επιτύχει την διατήρηση του προσωπικού με ένα συμμετοχικό στυλ διοίκησης λήψης αποφάσεων, προσφέροντας συνεχή εκπαίδευση, επαγγελματική ανάπτυξη και παροχή ευέλικτων ευκαιριών εργασίας (Aiken in Buchan, 2002).

Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία συνδέονται στενά με τις προσπάθειες βελτίωσης της παραγωγικότητας, της επάρκειας και της ανταποκρισιμότητας.

### **2.3. Παραγωγικότητα, ικανότητα και ανταπόκριση**

Στο παρελθόν, η απόδοση του προσωπικού συχνά αντιλαμβανόταν ως συνάρτηση των δεξιοτήτων και της γνώσης. Τα τελευταία χρόνια, έχει αναγνωριστεί ότι οι αποδόσεις επηρεάζονται από πρόσθετους παράγοντες (WHO, 2006). Αν μέλη του προσωπικού πρέπει να εκπληρώνουν πλήρως τις ικανότητές τους, δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο ζητήματα προσωπικού, αλλά και συστήματα και θέματα διευκόλυνσης. Η απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας εξαρτάται όχι μόνο από την ικανότητά τους (γνώση) αλλά και τη διαθεσιμότητα (διατήρηση και παρουσία), το κίνητρό τους και την ικανοποίηση από την εργασία τους όπως η διαθεσιμότητα υποδομών, εξοπλισμού και συστημάτων υποστήριξης, όπως η διαχείριση, τα πληροφοριακά

συστήματα, οι πόροι και τα συστήματα λογοδοσίας που υπάρχουν (Zurn et al., 2005).

Είναι προφανές ότι τα φτωχά συστήματα υγείας, με έλλειψη εξοπλισμού, προμήθειες και φτωχές διοικητικές δομές, οδηγούν σε χαμηλή παραγωγικότητα, περιορισμένες ικανότητες και ανεπαρκή ανταπόκριση του προσωπικού. Οι αιτίες που οδηγούν σε αυτό είναι οι μη βέλτιστες αποδόσεις σε αυτούς τους τομείς. Για παράδειγμα, οι χαμηλοί μισθοί μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη απουσία για να κερδίσουν επιπλέον εισόδημα και επίσης σε μειωμένα κίνητρα για να είναι πρόθυμο το προσωπικό να παρέχει ποιότητα φροντίδας. Ταυτόχρονα, τα κίνητρα επηρεάζονται από την έλλειψη εξοπλισμού, προμηθειών, υποστήριξης της διαχείρισης και εποπτείας.

#### **A) Κύρια στοιχεία που επηρεάζουν την παραγωγικότητα, την ικανότητα και την ανταπόκριση**

Η διαθεσιμότητα, η παραγωγικότητα, η ικανότητα ανταπόκρισης που καθορίζουν την απόδοση του προσωπικού προσδιορίζονται από τέσσερα στοιχεία είναι: α) η απουσία, β) η απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, γ) το κίνητρο και η ικανοποίηση από την εργασία, δ) η λογοδοσία και οι συνθήκες εργασίας, όλα είναι αλληλένδετα. Ειδικότερα:

##### Απουσία

Η απουσία από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει συχνά σε πολλές εγκαταστάσεις υγείας. Λόγοι απουσίας μπορεί να περιλαμβάνουν οι ευκαιρίες δημιουργίας εισοδήματος ή προσωπικά προβλήματα (Aitken και Kemp, 2003).

##### Απόκτηση δεξιοτήτων, γνώσεων και στάσεων

Οι ανεπαρκείς γνώσεις, δεξιότητες και ακατάλληλες συμπεριφορές μπορούν να αποτελέσουν εμπόδια για την καλή υγειονομική περίθαλψη. Οι πρόοδοι στις γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία και τη διάγνωση, καθώς και οι αλλαγές στους ρόλους και τις ευθύνες, απαιτούν συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Στην πραγματικότητα, πρέπει να υπάρχει μια διαδικασία δια βίου μάθησης στην αρχή μιας επαγγελματικής σταδιοδρομίας στον τομέα της υγείας (WHO, 2006).



## Κίνητρα και ικανοποίηση από την εργασία

Η αποθάρρυνση και η δυσαρέσκεια με την εργασία οδηγούν σε κακή στάση εκ μέρους των παρόχων προς την εργασία τους και στους ασθενείς τους, χωρίς τη χρήση τυποποιημένων πρωτοκόλλων για θεραπεία ή συμπεριφοράς ασθενών προς τους ασθενείς.

## Κίνητρο

Το κίνητρο ορίζεται ως "ο βαθμός προθυμίας ενός ατόμου να ασκήσει και να διατηρήσει μια προσπάθεια προς τους οργανωτικούς στόχους" (Franco et al., 2002). Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι τα οικονομικά κίνητρα, αν και σημαντικά, δεν είναι ο μόνος λόγος, και συχνά δεν είναι ο κύριος λόγος, για κίνητρα. Άλλοι σημαντικοί παρακίνητικοί παράγοντες είναι η αναγνώριση, η εκτίμηση και οι ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι εργαζόμενοι και οι διευθυντές τους δεν αντιλαμβάνονται πάντα τα κίνητρα με τον ίδιο τρόπο (WHO, 1993, Smith, 1999). Οι παράγοντες που σχετίζονται με την αποθάρρυνση περιλαμβάνουν υψηλό φόρτο εργασίας, έλλειψη εξοπλισμού και προμηθειών και έλλειψη εποπτείας και ευκαιριών κατάρτισης. Οι ακόλουθες ανησυχίες σχετικά με το προσωπικό προέκυψαν από τη βιβλιογραφία: σταθερότητα της απασχόλησης, μισθοί και συνθήκες εργασίας, ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, έλλειψη επαρκούς ρυθμιστικού συστήματος και ανεπαρκείς πολιτικές για τους ανθρώπινους πόρους (Kolehmainen-Aitken, 2004, Lindelow και Serneels, 2006, Zurn et al., 2005).

## Εργασιακή ικανοποίηση

Το κίνητρο και η ικανοποίηση από την εργασία είναι δύο διαφορετικά πράγματα: όταν κάποιος είναι ικανοποιημένος με τη δουλειά του, δεν είναι απαραίτητα κίνητρο για καλή απόδοση. Ωστόσο, η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει τα κίνητρα και σχετίζεται με τον κύκλο εργασιών και την απουσία.

## Επαγγελματική εξουθένωση

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει αναγνωριστεί από καιρό ως ένα σημαντικό πρόβλημα εντός της επαγγελματικής σφαίρας της σύγχρονης ζωής και έχει γίνει πολύ πιο διαδεδομένο την τελευταία δεκαετία (Vander et al., 2016). Αν και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει άτομα όλων των ηλικιών και επαγγελμάτων, είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους επαγγελματίες του τομέα

της υγείας λόγω της έντονης και συνεχιζόμενης επαφής με τα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα (Angelo & Chambel, 2015). Επιπλέον, έχουν η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας έχει συνδεθεί στενά με την ηλικία, το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και τη χαμηλή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Cañadas et al., 2015). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται σε νοσοκομεία, καθώς η έκθεσή τους στο επαγγελματικό άγχος επιδεινώνεται από τη φύση αυτών των ιδρυμάτων. Το αποτέλεσμα είναι ένας αρνητικός αντίκτυπος στην ευημερία όσον αφορά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία, η οποία τελικά μεταφράζεται σε σημαντική πτώση σε αρκετούς τομείς ποιότητας ζωής (Urbanetto et al., 2011).

Επιπλέον, τα νοσοκομεία υφίστανται σημαντικές απώλειες λόγω των υψηλών επιπέδων απουσίας από την ασθένεια (de Francis et al., 2012) οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την ποιότητα της υπηρεσίας (Zanatta & Lucca, 2015). Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται γενικά αργά, προκαλείται από παράγοντες πολλαπλών αιτιών και σχεδόν ποτέ δεν εντοπίζεται στα αρχικά της στάδια. Οι ψυχολογικές αλλαγές, όπως η δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, η νοοτροπία, το άγχος και η ευερεθιστότητα, είναι επίσης συχνές. Οι παράγοντες αυτοί συνδυαστικά μπορούν να προκαλέσουν χαμηλή παραγωγικότητα, συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, εξάρτηση από ψυχοτρόπους ουσίες και χαμηλά επαγγελματικά επιτεύγματα. Το τελικό αποτέλεσμα είναι συχνά υψηλός απουσιασμός ή εγκατάλειψη της εργασίας (Vukojević et al., 2015).

#### Ευθύνη

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (τόσο δημόσιοι όσο και ιδιωτικοί) ενδέχεται να μην συμμορφώνονται με τις τυποποιημένες οδηγίες για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την επικοινωνία με τους ασθενείς και ενδέχεται να συμμετέχουν σε επιβλαβείς πρακτικές λόγω έλλειψης μηχανισμών λογοδοσίας. Οι σχέσεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών μπορούν να διαταραχθούν σοβαρά ως αποτέλεσμα της στάσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Modiba et al., 2002, Wood & Jewkes, 2006).

#### Συνθήκες εργασίας

Η καλή απόδοση του προσωπικού είναι δυνατή μέσω ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από το να υπάρχει επαρκής εξοπλισμός και προμήθειες. Περιλαμβάνει επίσης ζητήματα

συστημάτων, όπως διαδικασίες λήψης αποφάσεων και ανταλλαγής πληροφοριών, καθώς και θέματα δυναμικότητας όπως φόρτο εργασίας, υπηρεσίες υποστήριξης και υποδομές (Potter και Brough, 2004).

### **B) Στρατηγικές που επηρεάζουν την παραγωγικότητα, την ικανότητα και την ανταπόκριση**

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες στρατηγικές για τη βελτίωση της παραγωγικότητας, της ικανότητας και της ανταπόκρισης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας: αυτές κυμαίνονται από ειδικές παρεμβάσεις (όπως η παροχή επιδομάτων που σχετίζονται με την απόδοση) αλλά και με πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις που συνδυάζουν πτυχές όπως η κατάρτιση, η εποπτεία και οι κατευθυντήριες γραμμές. Η επιτυχία δεν εξαρτάται μόνο από τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των βασικών αιτιών, αλλά και από τη διαδικασία υλοποίησης (Rowe et al., 2005).

Οι κύριες αιτίες της χαμηλής παραγωγικότητας, της ικανότητας και της ανταπόκρισης έχουν υποδιαιρεθεί σε τρεις κύριους τομείς που αφορούν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους διαχειριστές. Ο παρακάτω πίνακας παρέχει μια επισκόπηση των διαφόρων τύπων παρεμβάσεων (σε διαφορετικά επίπεδα) που μπορούν να εφαρμοστούν για τη βελτίωση της παραγωγικότητας, της ικανότητας και της ανταπόκρισης του παρόχου υγείας.

**Πίνακας 2: Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της παραγωγικότητας, των ικανοτήτων και της ανταπόκρισης**

<b>Επίπεδο</b>	<b>Παρέμβαση</b>
Μακροοικονομικό επίπεδο: Σύστημα υγείας	<i>Υποστήριξη / ενεργοποίηση:</i> Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας: αποκέντρωση, ιδιωτικοποίηση, χρηματοδότηση αναδιάρθρωση και παροχή υπηρεσιών, μηχανισμοί κοινοτικής συμμετοχής και λογοδοσία, κώδικες δεοντολογίας, ανάθεση δεξιοτήτων, αμοιβή (επίπεδο μισθών και αποζημιώσεις)
Μικροοικονομικό επίπεδο: Εγκαταστάσεις	<i>Υποστήριξη / ενεργοποίηση / σχέση εργασίας</i> Βελτίωση των φυσικών συνθηκών εργασίας Ηγεσία Αμοιβή Εφαρμογή στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας ή βελτίωσης της απόδοσης Βελτίωση της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού

<p>Μικροοικονομικό επίπεδο: Ανταμοιβή</p>	<p><i>Υλική ανταμοιβή:</i> αυξήσεις προαγωγές δώρα <i>Ενδυνάμωση – μη υλική ανταμοιβή:</i> ανάθεση δεξιοτήτων, συμμετοχή στη διοίκηση, ευχαριστίες</p>
<p>Ατομικό επίπεδο: επαγγελματίες υγείας</p>	<p><i>Υποστήριξη / ενεργοποίηση</i> Παροχή υποστήριξης ασφάλειας: Στρατηγικές που επηρεάζουν το φύλο Στρατηγικές που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες</p>

### **Γ) Διοίκηση προσωπικού και σχέσεις εργαζομένων**

#### Ορισμός των επιπέδων αμοιβής

Η Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία του 2006 δείχνει ότι σε πολλές χώρες οι μισθοί των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι χαμηλότεροι από τον ελάχιστο μισθό διαβίωσης και ότι τα επίπεδα αμοιβών των εργαζομένων του δημόσιου τομέα είναι συχνά αθέμιτα σε σύγκριση με άλλα σε παρόμοιες θέσεις εργασίας στον ιδιωτικό τομέα. Δεδομένου ότι η ισότητα αμοιβών θα είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε πολλές χώρες, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας θα αναζητήσουν τρόπους για να συμπληρώσουν το χαμηλό εισόδημά τους. Υπάρχουν αρκετές διαθέσιμες επιλογές για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος (Jan et al., 2005):

- θέσπιση ρυθμιστικού πλαισίου, αν και αυτό απαιτεί κάποια ικανότητα για την επιβολή των κανόνων
- αυτορρύθμιση μέσω επαγγελματικών ενώσεων
- αλλαγές στο σύστημα πληρωμών, όπως η χρήση πληρωμών που σχετίζονται με την παραγωγικότητα.

#### Σχέσεις προσωπικού και ομαδική εργασία

Οι ομάδες επαγγελματιών υγείας ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών, είναι πιο αποδοτικές από πλευράς κόστους και παρέχουν

περισσότερη ικανοποίηση από την εργασία στους παρόχους από τα μέλη του προσωπικού που εργάζονται ξεχωριστά (Rafferty et al., 2001, Sims, 2003). Ωστόσο, οι ομάδες δεν δουλεύουν αποτελεσματικά απλώς και μόνο με την τοποθέτηση των ανθρώπων: πρέπει να έχουν σαφείς στόχους, στους οποίους δεσμεύονται όλα τα μέλη. χρειάζονται συντονισμό, επικοινωνία και σαφή συνολική δομή διαχείρισης. Για να παραμείνουν αποτελεσματικές, οι ομάδες χρειάζονται καθοδήγηση. Τα προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας βασίζονται στην ομαδική εργασία και μπορούν να αντληθούν καλές πρακτικές από αυτές τις εμπειρίες.

### Παροχή πακέτων κινήτρων

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη οικονομικών και μη οικονομικών κινήτρων. Οι αποδοχές που σχετίζονται με την απόδοση χρησιμοποιούνται από κυβερνήσεις σε ορισμένες χώρες. Σε 12 χώρες του ΟΟΣΑ, η βασική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε μεμονωμένα επιδόματα που συνδέονταν με εκτιμήσεις αποδόσεων. Τα συνολικά αποτελέσματα ήταν θετικά, αν και παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα όσον αφορά τους δείκτες αποδόσεων και τον καθορισμό στόχων (OECD, 2005).

Ο Chaix-Couturier (που αναφέρεται στο Adams & Hicks, 2000) περιέγραψε τις καλές πρακτικές που αντλήθηκαν από την παροχή οικονομικών στοιχείων:

- Τα οικονομικά κίνητρα αλλάζουν τις πρακτικές των εργαζομένων, αλλά αυτό οφείλεται σε οικονομικούς παράγοντες και όχι σε επαγγελματικά κίνητρα. Ως εκ τούτου, ενδέχεται να μην είναι αποτελεσματικά όταν εφαρμόζονται ως το μοναδικό σχέδιο.
- Πρέπει να ληφθεί μέριμνα για τον σχεδιασμό συστημάτων οικονομικών κινήτρων που δεν επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης.
- Η προσαρμογή των οικονομικών κινήτρων για την ανταμοιβή της ποιότητας είναι πολύ δύσκολη στην πράξη.
- Απαιτείται διαφάνεια σχετικά με τα οικονομικά κίνητρα προκειμένου να διατηρηθεί η εμπιστοσύνη.

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **Συλλογή Δεδομένων**

Τα δεδομένα της παρούσας διπλωματικής ήταν πρωτογενή, καθώς συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια για πρώτη φορά. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η τυχαία δειγματοληψία. Στην απλή τυχαία δειγματοληψία κάθε μέλος του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί και κάθε μια επιλογή είναι τελείως ανεξάρτητη από την άλλη. Στην παρούσα διπλωματική, η ερευνήτρια ζήτησε από το Γραφείο Προσωπικού του νοσοκομείου τον αριθμό του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και παραϊατρικού προσωπικό που εργάζεται στο νοσοκομείο και στην συνέχεια με τη χρήση πινάκων τυχαίων αριθμών διεξήχθη το δείγμα της έρευνας. Επίσης, η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτό-συμπλήρωσης από τους επαγγελματίες υγείας. Η διάρκεια της έρευνας ήταν από Ιανουάριο έως και Φεβρουάριο 2018.

### **Δείγμα έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου. Σύμφωνα με στοιχεία του νοσοκομείου, το ιατρικό προσωπικό απαρτίζεται από 650 εργαζόμενους, το νοσηλευτικό προσωπικό από 750, το διοικητικό προσωπικό από 160 και το παραϊατρικό / επιστημονικό προσωπικό από 210 εργαζόμενους. Βάσει του συνολικού αριθμού των υπαλλήλων του νοσοκομείου προσδιορίστηκε το αντιπροσωπευτικό δείγμα της έρευνας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στη χρήση του λογισμικού RAOSOFT (margin error 5%, confidence level 95% and response distribution 50%) το οποίο ανέδειξε ότι στην περίπτωση της παρούσας έρευνας, ο αριθμός των ερωτηματολογίων θα πρέπει να ανέρχεται σε 242 για το ιατρικό προσωπικό, 255 για το νοσηλευτικό προσωπικό, 114 για το διοικητικό και 137 για το παραϊατρικό / επιστημονικό προσωπικό. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν: 101 ιατροί (βαθμός ανταπόκρισης = 42%), 105 νοσηλευτικό προσωπικό (βαθμός ανταπόκρισης = 41%), 74 διοικητικό προσωπικό (βαθμός ανταπόκρισης = 65%), 55 παραϊατρικό / επιστημονικό προσωπικό (βαθμός ανταπόκρισης = 40%).

## **Ερωτηματολόγιο Έρευνας**

Έπειτα από την αναζήτηση στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία δεν βρέθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που να καλύπτει τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Έτσι σχεδιάστηκε εκ νέου ένα ερωτηματολόγιο το οποίο ωστόσο βασίστηκε σε αντίστοιχες ερωτήσεις άλλων ερευνών ή στην βιβλιογραφία (Παπαλεξανδρή και Μπουραντάς 2003, Μαυρομικήλη 2011, Amygdalos et al. 2014, Cashin et al. 2015, Gkorezis et al. 2008). Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τα προσωπικά συμμετείχε εθελοντικά. Επίσης κατέγραφε τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσωπικού, την αξιολόγηση απόδοσης προσωπικού, την αμοιβή του προσωπικού και την ηθική επιβράβευση αυτού (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α).

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αρχικά διανεμήθηκε σε 20 επαγγελματίες υγείας (5 ιατρούς, 5 νοσηλεύτριες/τριες, 5 διοικητικούς υπάλληλους και 5 υπαλλήλους που ανήκουν στο παραϊατρικό / επιστημονικό προσωπικό) προκειμένου να διερευνηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία αυτού. Έπειτα από μικρές επισημάνσεις και σχόλια των επαγγελματιών υγείας όπου και συμπεριλήφθηκαν υπόψιν της ερευνήτριας, τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν έγκυρο και αξιόπιστο για την χρήση όπου προβλεπόταν.

### **Ηθική και Δεοντολογία**

Ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από την Διοίκηση του νοσοκομείου όπου διεξήχθη η εν λόγω έρευνα (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της έρευνας και εφόσον το επιθυμούσαν (προφορική συναίνεση) συμμετείχαν σε αυτήν. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν προαιρετική και ανώνυμη και δεν ήταν δυνατόν να αναγνωρισθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τις ανάγκες αυτής της έρευνας.

### **Στατιστικές Μέθοδοι**

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences) προκειμένου να διεξαχθεί η στατιστική τους επεξεργασία και να διεξαχθούν τα τελικά συμπεράσματα. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε σε 0,05.



#### *A) Ανάλυση Εγκυρότητας*

Στοχεύοντας στην εγκυρότητα της δομής του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε η διερευνητική ανάλυση παραγόντων που είναι μια προσέγγιση για την έκφραση υποθετικών κατασκευών χρησιμοποιώντας μια ποικιλία παρατηρούμενων δεικτών που μπορούν να μετρηθούν άμεσα. Επίσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του ίδιου παράγοντα.

#### *B) Ανάλυση Αξιοπιστίας*

Προκειμένου να εξεταστεί η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach  $\alpha$ .

#### *Γ) Περιγραφική Στατιστική*

Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Σύγκριση με βάση τις ποσοστιαίες κατανομές και τις μέσες τιμές μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος και των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο.

#### *Δ) Έλεγχοί Στατιστικής Σημαντικότητας*

Στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας. Τα δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν τα παραμετρικά τεστ. Ειδικότερα, για τις κατηγορικές δίτιμες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το Pearson's chi-squared test. Για την σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών με δίτιμες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε το Student's t-Test ενώ για την σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών με 3 και άνω τιμές η ανάλυση διακύμανσης (Analysis of variances).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά, περιγράφεται η εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σε όλο το δείγμα και στη συνέχεια παρατίθενται οι απαντήσεις όλου του δείγματος. Επίσης, περιγράφονται οι απαντήσεις για κάθε τομέα εργασίας: Ιατροί, Νοσηλευτικό προσωπικό, Διοικητικό Προσωπικό και Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό, όπου πραγματοποιούνται οι στατιστικές αναλύσεις.

### 4.1. Εγκυρότητα ερωτηματολογίου

Η διερευνητική ανάλυση επιτρέπει την εξερεύνηση των χαρακτηριστικών των εμπειρικών δεδομένων και τις ενδιαφέρουσες σχέσεις χωρίς την επιβολή κάποιου συγκεκριμένου μοντέλου. Προκειμένου να ελεγχθεί η επάρκεια των δεδομένων για την ανάλυση παραγόντων, χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) και ο δείκτης σφαιρικότητας Bartlett. Ο δείκτης KMO είναι αποδεκτός με τιμές έως 0,50, μέτριος με τιμές μεταξύ 0,51 και 0,70, καλός μεταξύ 0,71 και 0,80, υψηλός μεταξύ 0,81 και 0,90 και εξαιρετικός πάνω από 0,90.<sup>31</sup> Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας έρευνας ο δείκτης KMO ήταν 0,788 άρα υψηλός. Ο δείκτης σφαιρικότητας Bartlett είναι μια ευαίσθητη δοκιμασία που ελέγχει κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ( $p < 0,05$ ). Από τα δεδομένα της παρούσας ανάλυσης προέκυψε  $\chi^2 = 6206,140$ ,  $df = 435$ ,  $p < 0,001$ . Προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε η ανάλυση κύριων συνιστωσών και με Varimax περιστροφή των αξόνων. Όσον αφορά τους συντελεστές φόρτωσης των στοιχείων, το 0,55 είναι ένα αποδεκτό επίπεδο. Η φόρτωση του παράγοντα πρέπει να είναι τουλάχιστον 0,30. Κατά κανόνα, μόνο μεταβλητές με φορτίσεις 0,32 και άνω ερμηνεύονται (Barnes et al., 2001). Όσο μεγαλύτερη είναι η φόρτωση, τόσο καλύτερα μπορεί η μεταβλητή να επεξηγήσει τον παράγοντα.

Ειδικότερα η παραγοντική ανάλυση έδειξε 6 παράγοντες, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν το 72,8% της διακύμανσης.

1. Ικανοποίηση από την αμοιβή
2. Ηθική επιβράβευση προσωπικού
3. Σφάλματα αξιολόγησης
4. Γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση
5. Επιρροή της αξιολόγησης στην εργασία

## 6. Σύνδεση αξιολόγησης με απόδοση

**Πίνακας 3: Ανάλυση παραγόντων**

	<b>1ος</b>	<b>2ος</b>	<b>3ος</b>	<b>4ος</b>	<b>5ος</b>	<b>6ος</b>
Είμαι ικανοποιημένος από τις αυξήσεις στο μισθό μου.	,889					
Είμαι ικανοποιημένος από τα επιδόματα που λαμβάνω.	,887					
Είμαι ικανοποιημένος με το σύστημα αμοιβών του Νοσοκομείου.	,886					
Η αμοιβή μου καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης μου.	,862					
Ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα και τις αρμοδιότητες μου.	,861					
Η αμοιβή μου ορίζεται βάση του αποτελέσματος στην εργασία μου.	,796					
Η αμοιβή μου είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους μου.	,641					
Επιβράβευση της προσπάθειας του προσωπικού με μερική ή ολική επιχορήγηση, για συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια εντός και εκτός Ελλάδας		,917				
Παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης		,915				
Παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων		,890				

και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης						
Παροχή τιμητικής άδειας σε περιπτώσεις επίτευξης συγκεκριμένων στόχων		,865				
Προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα		,836				
Κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας.		,610				
Αναγνώριση και επιβράβευση της προσφοράς και της επίδοσης συγκεκριμένων εργαζομένων με ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς στα ενδο-υπηρεσιακά συμβούλια – σεμινάρια		,614				
Επιείκεια ή αυστηρότητα			,902			
Αποφυγή συγκρούσεων			,894			
Προτεινόμενη βαθμολογία			,861			
Κομματικές προκαταλήψεις			,726			
Είστε ικανοποιημένος από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία;				,882		
Θεωρείτε επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των				,848		

υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία;						
Γνωρίζετε με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία;				,751		
Υπάρχει σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου				,624		
Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων;				,552		
Έχει επηρεάσει θετικά τον μισθό μου					,813	
Έχει επηρεάσει θετικά την θέση μου στο Νοσοκομείο.					,806	
Έχει βελτιώσει την απόδοσή μου					,798	
Είναι αντικειμενική					,607	
Έχει επηρεάσει τις σχέσεις μου με τους συναδέλφους					,548	
Το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά την απόδοσή μου.						,740
Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης θα πρέπει να συνδεθούν με την βαθμολογική εξέλιξη του υπαλλήλου.						,703
Το σύστημα αξιολόγησης						,677

θα επηρεάσει θετικά τη παροχή υπηρεσιών υγείας.						
Η σύνδεση της απόδοσης με τις αποδοχές θα βελτιώσει τις οικονομικές απολαβές μου.						,653
Η συνέντευξη πρέπει να διατηρηθεί ως μέσο αξιολόγησης.						,591
Η σύνδεση της απόδοσης κάθε υπαλλήλου με τις αποδοχές του θα επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σχέσεις των υπαλλήλων.						,519

#### 4.2. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, προκειμένου να διερευνηθεί η αξιοπιστία των δεδομένων της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα:

Όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου φάνηκαν να έχουν καλή αξιοπιστία σύμφωνα με την ανάλυση του  $\alpha$  Cronbach

**Πίνακας 4: Ανάλυση αξιοπιστίας ερωτηματολογίου**

	$\alpha$ Cronbach
Γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση	0,826
Επιρροή της αξιολόγησης στην εργασία	0,745
Σφάλματα αξιολόγησης	0,861
Ικανοποίηση από την αμοιβή	0,794
Σύνδεση αξιολόγησης με απόδοση	0,720
Ηθική επιβράβευση	0,908

### 4.3. Αποτελέσματα για το σύνολο του δείγματος

#### Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που απάντησαν στα ερωτηματολόγια της μελέτης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γυναίκες (62,1%). Το 54% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 36 έως 50 ετών. Το 54,9% ήταν έγγαμοι και το 64,5% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επίσης, το 38,2% είχε 21 και άνω έτη προϋπηρεσίας και το 83,3% δεν κατείχε θέση στην ιεραρχία.

**Πίνακας 5: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

		Αριθμός	Ποσοστό (%)
<b>Φύλο</b>	Άρρεν	123	36,7
	Θήλυ	208	62,1
<b>Ομάδες ηλικιών</b>	18-35	54	16,1
	36-50	181	54,0
	51και άνω	99	29,6
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Έγγαμος	184	54,9
	Άγαμος/η	115	34,3
	Διαζευγμένος/η	33	9,9
	Χήρος/α	1	0,3
<b>Επίπεδο Μόρφωσης</b>	Υποχρεωτική	3	0,9
	Λύκειο	44	13,1
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	216	64,5
	Μεταπτυχιακό	53	15,8
	Διδακτορικό	14	4,2
<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας σε Νοσοκομείο</b>	έως 10	103	30,7
	11-20	93	27,8
	21-και άνω	128	38,2
<b>Θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία</b>	Γενικός Δ/ντής	5	1,5
	Διευθυντής	21	6,3
	Προϊστάμενος Τμήματος	22	6,6
	Υπάλληλος	279	83,3

Το 31,3% του δείγματος ήταν νοσηλευτές, το 30,1% άνηκε στο ιατρικό προσωπικό, 22,1% στο διοικητικό προσωπικό και 16,4% στο παραϊατρικό / επιστημονικό προσωπικό.

**Πίνακας 6: Τομέας Εργασίας**

Ιατρός	101	30,1
Νοσηλεύτης/τρια	105	31,3
Διοικητικό Προσωπικό	74	22,1
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	55	16,4

Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (64,2%) που απασχολείται με πλήρη απασχόληση αορίστου χρόνου και το 32,2% με πλήρη απασχόληση ορισμένου χρόνου.

**Πίνακας 7: Η σχέση εργασίας με το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε είναι**

	Αριθμός	Ποσοστό
Ορισμένου χρόνου πλήρης απασχόλησης	108	32,2
Ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης	4	1,2
Αορίστου χρόνου πλήρης απασχόλησης	215	64,2
Αορίστου χρόνου μερικής απασχόλησης	2	0,6

Η πλειοψηφία του δείγματος (81,8%) θεωρεί ότι ο θεσμός της αξιολόγησης είναι απαραίτητος για την παρακίνηση και βελτίωση του προσωπικού και επίσης το 61,2% πιστεύει ότι εντοπίζει τις ανάγκες/ αδυναμίες του προσωπικού.

**Πίνακας 8: Ο θεσμός της αξιολόγησης είναι**

	Αριθμός	Ποσοστό
Απαραίτητος για την παρακίνηση και βελτίωση του προσωπικού	274	81,8
Εντοπίζει τις ανάγκες/ αδυναμίες του προσωπικού	205	61,2
Δημιουργεί καλές σχέσεις με τους συναδέλφους	8	2,4
Γραφειοκρατικός, δαπανηρός, αναποτελεσματικός	31	9,3



### **Γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση**

Η απάντηση «λίγο» δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (52,2%) του δείγματος σχετικά με το εάν γνωρίζει με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής που διενεργείτε στην υπηρεσία. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53,7%) δήλωσε *λίγο ικανοποιημένο* σχετικά με την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (51,3%) που δήλωσε *καθόλου* σχετικά με το εάν θεωρούν επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία. Το 49% του δείγματος δήλωσε *λίγο* σχετικά με το εάν θεωρεί ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων. Επίσης το 29,9% απάντησε ότι δεν βοηθάει καθόλου η αξιολόγηση. Η πλειοψηφία του δείγματος (51%) απάντησε ότι υπάρχει λίγο σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου και το 36,4% απάντησε ότι δεν υπάρχει καθόλου.

### **Επιρροή της αξιολόγησης στην εργασία**

Η απάντηση «ούτε διαφωνώ -ούτε συμφωνώ» δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (43,6%) του δείγματος σχετικά με το εάν η αξιολόγηση είναι αντικειμενική. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (44,8%) δήλωσε ότι διαφωνεί σχετικά με το ότι η αξιολόγηση έχει επηρεάσει θετικά την θέση του εργαζόμενου στο Νοσοκομείο. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (44,8% και 43,9%) που δήλωσε *διαφωνώ απόλυτα και διαφωνώ* σχετικά με το η αξιολόγηση έχει επηρεάσει θετικά τον μισθό του. Το 45,7% του δείγματος δήλωσε *διαφωνώ* και το 36,7% *διαφωνώ απόλυτα* σχετικά με το ότι η αξιολόγηση έχει βελτιώσει την απόδοσή του εργαζόμενου. Η πλειοψηφία του δείγματος (41,8%) απάντησε ότι διαφωνεί σχετικά με το εάν η αξιολόγηση έχει επηρεάσει τις σχέσεις του εργαζόμενου με τους συναδέλφους και το 40% απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα.

### **Σφάλματα αξιολόγησης**

Η απάντηση «πολύ» δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (49,9%) του δείγματος σχετικά με το εάν οι κομματικές προκαταλήψεις επηρεάζουν την αξιολόγηση του εργαζόμενου. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (46,6%) δήλωσε *μέτρια* σχετικά με το εάν η επιεικεία ή αυστηρότητα επηρεάζουν την αξιολόγηση του εργαζόμενου. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (45,1%) που δήλωσε *μέτρια* σχετικά με το εάν η αποφυγή συγκρούσεων επηρεάζει την αξιολόγηση

του εργαζόμενου. Το 49% του δείγματος δήλωσε *μέτρια* σχετικά με το ότι η προτεινόμενη βαθμολογία επηρεάζει την αξιολόγηση του εργαζόμενου. Ωστόσο, το 25,4% απάντησε ότι επηρεάζει πολύ. Η πλειοψηφία του δείγματος (59,4%) απάντησε ότι υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεται. Η απάντηση «λίγο ικανοποιημένο» δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (34,6%) του δείγματος σχετικά την ικανοποίηση από τον τρόπο που γίνεται η αξιολόγηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38,5%) δήλωσε ότι εφαρμόζεται ελάχιστα σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεται. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (87,8%) που αποκρίθηκε θετικά σχετικά το ότι πρέπει να εφαρμοστεί ένα Ενιαίο Σύστημα Αξιολόγησης για τα Νοσοκομεία.

### **Ικανοποίηση από την αμοιβή**

Το 47,8% και το 41,8% του δείγματος διαφωνεί απόλυτα και διαφωνεί σχετικά με το ότι ο μισθός είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα και τις αρμοδιότητες του. Η πλειοψηφία του δείγματος (50,4%) απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα σχετικά με την ικανοποίηση από τα επιδόματα που λαμβάνει. Η απάντηση «διαφωνώ απόλυτα και διαφωνώ» δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (56,4% και 37,6%) του δείγματος σχετικά με την ικανοποίηση από τις αυξήσεις στο μισθό του. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (52,2%) δήλωσε διαφωνώ απόλυτα σχετικά με την ικανοποίηση από το σύστημα αμοιβών του Νοσοκομείου. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (60,9%) που δήλωσε *διαφωνώ απόλυτα* σχετικά με το ότι η αμοιβή του εργαζόμενου καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης του. Το 63,3% του δείγματος δήλωσε *διαφωνώ απόλυτα* σχετικά με το ότι η αμοιβή του εργαζόμενου ορίζεται βάση του αποτελέσματος στην εργασία του. Η πλειοψηφία του δείγματος (42,4%) απάντησε ότι διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα με το γεγονός ότι η αμοιβή του εργαζόμενου είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους του.

### **Σύνδεση αξιολόγησης με απόδοση**

Αρνητική απάντηση δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (46,3%) του δείγματος σχετικά με το ότι η σύνδεση της απόδοσης με τις αποδοχές θα βελτιώσει τις οικονομικές απολαβές του εργαζομένου. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (41,8%) αποκρίθηκε θετικά και το 41,2% απάντησε πιθανόν σχετικά με το ότι το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά την απόδοσή. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (65,1%) που απάντησε θετικά σχετικά με το ότι τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης θα πρέπει να συνδεθούν με την

βαθμολογική εξέλιξη του υπαλλήλου. Το 66,6% του δείγματος απάντησε θετικά στο ότι η συνέντευξη πρέπει να διατηρηθεί ως μέσο αξιολόγησης και το 20% απάντησε πιθανόν. Η πλειοψηφία του δείγματος (63%) απάντησε πιθανόν σχετικά με το ότι η σύνδεση της απόδοσης κάθε υπαλλήλου με τις αποδοχές του θα επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σχέσεις των υπαλλήλων. Θετικά ήταν η απάντηση που δόθηκε από το υψηλό ποσοστό (56,4%) του δείγματος σχετικά με το ότι το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά τη παροχή υπηρεσιών υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (67,8%) δήλωσε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης των υπαλλήλων πρέπει να γίνεται σε ατομικό επίπεδο και το 20% σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο τμήματος. Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (79,4%) που δήλωσε την αντικειμενικότητα ως σημαντικότερη αρχή για το σύστημα αμοιβών.

### **Ηθική επιβράβευση προσωπικού**

Το 90,8% του δείγματος απάντησε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επίτευγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας. Το 92,2% του δείγματος απάντησε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η αναγνώριση και επιβράβευση της προσφοράς και της επίδοσης συγκεκριμένων εργαζομένων με ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς στα ενδο-υπηρεσιακά συμβούλια – σεμινάρια. Το 91,6% δήλωσε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα. Το 91,2% δήλωσε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης. Το 63,5% δήλωσε ότι ισχύει στο νοσοκομείο η παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης και το 77,4% το θεωρεί πολύ σημαντικό. Το 83,9% απάντησε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η επιβράβευση της προσπάθειας του προσωπικού με μερική ή ολική επιχορήγηση, για συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια εντός και εκτός Ελλάδας. Το 93,4% απάντησε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η παροχή τιμητικής άδειας σε περιπτώσεις επίτευξης συγκεκριμένων στόχων.

#### 4.4. Συγκριτική Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σύγκριση με: α) τα έτη προϋπηρεσίας, γ) το τομέα εργασίας και δ) την θέση στην ιεραρχία του προσωπικού.

##### Αποτελέσματα σε σύγκριση με τα έτη προϋπηρεσίας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, παρατηρείται ότι όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας αυξάνουν και οι απαντήσεις πολύ (=3) και απόλυτα (=4) σχετικά με τις γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και των γνώσεων – απόψεων για την αξιολόγηση.

**Πίνακας 9: Γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση σε σύγκριση με τα έτη προϋπηρεσίας**

Χρόνια Προϋπηρεσίας σε Νοσοκομείο		Γνωρίζετε με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία;	Είστε ικανοποιημένος από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία;	Θεωρείτε επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία;	Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων;	Υπάρχει σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου
<b>έως 10</b>	Μέση τιμή	1,41	1,46	1,42	1,78	1,61
	N	102,00	99,00	99,00	100,00	100,00
	Τυπική Απόκλιση	0,57	0,72	0,67	0,84	0,76
<b>11-20</b>	Μέση τιμή	1,97	1,73	1,59	1,90	1,75
	N	92,00	93,00	92,00	92,00	91,00
	Τυπική Απόκλιση	0,58	0,57	0,54	0,79	0,66
<b>21-και άνω</b>	Μέση τιμή	2,23	1,83	1,78	2,09	1,88
	N	128,00	127,00	126,00	127,00	126,00
	Τυπική Απόκλιση	0,76	0,55	0,55	0,72	0,68
<b>P value</b>		0.001	0.001	0.001	0.012	0.016

Καθόλου = 1, Λίγο = 2, Πολύ = 3, Απόλυτα = 4

Το 53,9% των ατόμων με προϋπηρεσία 21 και πάνω έτη απάντησαν θετικά στο γεγονός ότι υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων με προϋπηρεσία κάτω των 2<sup>0</sup> ετών (p = 0.001).

Τα άτομα με προϋπηρεσία 21 και άνω έτη απάντησαν ελάχιστα προς μέτρια ότι εφαρμόζεται σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζονται, σε σύγκριση με τα άτομα με προϋπηρεσία κάτω των 20 ετών που απάντησαν καθόλου προς ελάχιστα. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και του πόσο συχνά, εφαρμόζεται το σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο (p = 0.001).

### **Αποτελέσματα σε σύγκριση με το τομέα εργασίας**

Το 90,5% του διοικητικού προσωπικού και το 86,1% των ιατρών απάντησαν θετικά σχετικά με το ότι ο θεσμός της αξιολόγησης είναι απαραίτητος για την παρακίνηση και βελτίωση του προσωπικού, σε σύγκριση με τα λίγο χαμηλότερα ποσοστά του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω ερώτησης (p = 0.016).

**Πίνακας 10: Απαραίτητος για την παρακίνηση και βελτίωση του προσωπικού σε σύγκριση με Τομέα Εργασία**

Απαραίτητος για την παρακίνηση και βελτίωση του προσωπικού		Τομέας Εργασίας			
		Ιατρός	Νοσηλεύτης/ τρια	Διοικητικό Προσωπικό	Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό
Όχι	N	14	25	7	15
	%	13,9%	23,8%	9,5%	27,3%
Ναι	N	87	80	67	40
	%	86,1%	76,2%	90,5%	72,7%

Η πλειοψηφία του δείγματος των νοσηλευτών (41,9%) απάντησαν ότι ο θεσμός της αξιολόγησης είναι γραφειοκρατικός, δαπανηρός, αναποτελεσματικός σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω ερώτησης (p = 0.041).

**Πίνακας 11: Γραφειοκρατικός, δαπανηρός, αναποτελεσματικός σε σύγκριση με Τομέα Εργασία**

Γραφειοκρατικός, δαπανηρός, αναποτελεσματικός		Τομέας Εργασίας			
		Ιατρός	Νοσηλεύτης/ τρια	Διοικητικό Προσωπικό	Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό
Όχι	N	95	92	71	46
	%	31,3%	30,3%	23,4%	15,1%
Ναι	N	6	13	3	9
	%	19,4%	41,9%	9,7%	29,0%

Το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό φάνηκε να γνωρίζει περισσότερο την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία, σε σύγκριση με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι περισσότερο ικανοποιημένο από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης και θεωρεί περισσότερο ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό. Το διοικητικό προσωπικό πιστεύει σε υψηλότερο βαθμό ότι υπάρχει σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό. Στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές μεταξύ των παραπάνω ερωτήσεων και του τομέα εργασίας.

**Πίνακας 12: Γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση σε σύγκριση με τον τομέα εργασίας**

Τομέας Εργασίας		Γνωρίζετε με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία;	Είστε ικανοποιημένος από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία;	Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων;	Υπάρχει σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου
Ιατρός	Μέση τιμή	1,71	1,55	1,79	1,60
	N	101,00	99,00	100,00	100,00
	Τυπική	0,84	0,69	0,80	0,70

	Απόκλιση				
Νοσηλεύτης/ τρια	Μέση τιμή	2,08	1,86	2,11	1,82
	N	103,00	102,00	101,00	100,00
	Τυπική Απόκλιση	0,75	0,61	0,84	0,74
Διοικητικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,91	1,69	1,96	1,95
	N	74,00	74,00	74,00	73,00
	Τυπική Απόκλιση	0,55	0,49	0,67	0,66
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,85	1,65	1,84	1,69
	N	55,00	55,00	55,00	55,00
	Τυπική Απόκλιση	0,62	0,62	0,74	0,63
<b>P value</b>		<i>0,005</i>	<i>0,004</i>	<i>0,024</i>	<i>0,009</i>

Καθόλου = 1, Λίγο = 2, Πολύ = 3, Απόλυτα = 4

Το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει περισσότερο ότι η αξιολόγηση έχει βελτιώσει την απόδοσή του, σε σύγκριση με το υπόλοιπο προσωπικό. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι η αξιολόγηση έχει επηρεάσει περισσότερο τις σχέσεις του με τους συναδέλφους, σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό. Στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές μεταξύ των παραπάνω ερωτήσεων και του τομέα εργασίας.

**Πίνακας 13: Επιρροή αξιολόγησης στην εργασία σε σύγκριση με τον τομέα εργασίας**

Τομέας Εργασίας		Έχει βελτιώσει την απόδοσή μου	Έχει επηρεάσει τις σχέσεις μου με τους συναδέλφους
Ιατρός	Μέση τιμή	1,64	1,64
	N	101,00	101,00
	Τυπική Απόκλιση	0,76	0,86
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	1,98	2,04
	N	99,00	98,00
	Τυπική Απόκλιση	1,02	1,05
Διοικητικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,86	1,81
	N	72,00	74,00
	Τυπική Απόκλιση	0,51	0,72

Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,81	1,75
	N	54,00	55,00
	Τυπική Απόκλιση	0,70	0,64
<b>P value</b>		0,029	0,012

Διαφωνώ απόλυτα = 1, Διαφωνώ = 2, Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ = 3, Συμφωνώ = 4, Συμφωνώ απόλυτα = 5

Η πλειοψηφία του δείγματος των νοσηλευτών (32,7%) απάντησε θετικά στο εάν υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεται σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω ερώτησης ( $p = 0.001$ ).

**Πίνακας 14: Υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεστε σε σύγκριση με τον τομέα εργασίας**

Υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεστε;		Τομέας Εργασίας			
		Ιατρός	Νοσηλεύτης/τρια	Διοικητικό Προσωπικό	Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό
Όχι	N	12	17	2	3
	%	35,3%	50,0%	5,9%	8,8%
Ναι	N	39	65	56	39
	%	19,6%	32,7%	28,1%	19,6%
Δεν ξέρω /Δεν απαντώ	N	49	23	16	13
	%	48,5%	22,8%	15,8%	12,9%

Το διοικητικό προσωπικό φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένο από την αμοιβή του σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες, ενώ λιγότερη ικανοποίηση παρατηρήθηκε στο ιατρικό προσωπικό. Στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές μεταξύ των παραπάνω ερωτήσεων και του τομέα εργασίας.



**Πίνακας 15: Ικανοποίηση από την αμοιβή σε σύγκριση με τον τομέα εργασίας**

Τομέας Εργασίας		Ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα και τις αρμοδιότητες μου.	Είμαι ικανοποιημένος από τα επιδόματα που λαμβάνω.	Είμαι ικανοποιημένος από τις αυξήσεις στο μισθό μου.	Είμαι ικανοποιημένος με το σύστημα αμοιβών του Νοσοκομείου.
Ιατρός	Μέση τιμή	1,40	1,35	1,28	1,36
	N	101,00	101,00	101,00	101,00
	Τυπική Απόκλιση	0,62	0,54	0,51	0,58
Νοσηλεύτρες/τρια	Μέση τιμή	1,74	1,65	1,55	1,71
	N	104,00	105,00	104,00	104,00
	Τυπική Απόκλιση	0,84	0,76	0,68	0,78
Διοικητικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,86	1,77	1,73	1,76
	N	74,00	73,00	74,00	74,00
	Τυπική Απόκλιση	0,65	0,57	0,56	0,57
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,64	1,58	1,47	1,45
	N	55,00	55,00	55,00	55,00
	Τυπική Απόκλιση	0,68	0,60	0,60	0,60
<b>P value</b>		<i>0.001</i>	<i>0.001</i>	<i>0.001</i>	<i>0.001</i>

Διαφωνώ απόλυτα = 1, Διαφωνώ = 2, Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ = 3, Συμφωνώ = 4, Συμφωνώ απόλυτα = 5

**Πίνακας 16: Ικανοποίηση από την αμοιβή σε σύγκριση με τον τομέα εργασίας**

Τομέας Εργασίας		Η αμοιβή μου καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης μου.	Η αμοιβή μου ορίζεται βάση του αποτελέσματος στην εργασία μου.	Η αμοιβή μου είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους μου.
Ιατρός	Μέση τιμή	1,27	1,25	3,16
	N	101,00	101,00	101,00
	Τυπική Απόκλιση	0,56	0,52	1,66
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	1,49	1,46	2,49
	N	104,00	105,00	104,00
	Τυπική Απόκλιση	0,72	0,72	1,33
Διοικητικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,69	1,65	4,01
	N	74,00	74,00	74,00
	Τυπική Απόκλιση	0,57	0,56	1,43
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,45	1,42	3,33
	N	55,00	55,00	54,00
	Τυπική Απόκλιση	0,60	0,60	1,67
<b>P value</b>		<i>0.001</i>	<i>0.001</i>	<i>0.001</i>

Διαφωνώ απόλυτα = 1, Διαφωνώ = 2, Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ = 3, Συμφωνώ = 4, Συμφωνώ απόλυτα = 5

Η πλειοψηφία του δείγματος (17,6%) των νοσηλευτών απάντησε θετικά σχετικά με το εάν ισχύει η κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και του τομέα εργασίας ( $p = 0.007$ ).

Το 15,4% του νοσηλευτικού προσωπικού αποκρίθηκε θετικά σχετικά με το εάν ισχύει η αναγνώριση και επιβράβευση της προσφοράς και της επίδοσης συγκεκριμένων εργαζομένων με ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς στα ενδο-υπηρεσιακά συμβούλια – σεμινάρια, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και του τομέα εργασίας ( $p = 0.016$ ).

Θετικά απάντησε το 17,2% του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το εάν ισχύει η προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και του τομέα εργασίας ( $p = 0.004$ ).

Η πλειοψηφία του δείγματος (16%) των νοσηλευτών απάντησε θετικά σχετικά με το εάν ισχύει η παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και του τομέα εργασίας ( $p = 0.019$ ).

Το 86,7% του ιατρικού προσωπικού αποκρίθηκε θετικά σχετικά με το εάν ισχύει η παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και του τομέα εργασίας ( $p = 0.001$ ).

Θετικά απάντησε το 13,2% του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το εάν ισχύει η παροχή τιμητικής άδειας σε περιπτώσεις επίτευξης συγκεκριμένων στόχων, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και του τομέα εργασίας ( $p = 0.022$ ).

Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό θεωρεί πολύ σημαντική την ηθική επιβράβευση του προσωπικού, σε σύγκριση με τις λίγο χαμηλότερες τιμές του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της ηθικής επιβράβευσης του προσωπικού και του τομέα εργασίας.

**Πίνακας 17: Ηθική επιβράβευση προσωπικού σε σύγκριση με τον τομέα εργασίας**

Τομέας Εργασίας		Προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα	Παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης	Παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης	Επιβράβευση της προσπάθειας
Ιατρός	Μέση τιμή	2,91	2,96	2,93	2,89
	N	96,00	96,00	95,00	96,00
	Τυπική Απόκλιση	0,33	0,20	0,26	0,32
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	2,83	2,85	2,81	2,84
	N	88,00	88,00	90,00	91,00
	Τυπική Απόκλιση	0,43	0,42	0,45	0,45
Διοικητικό Προσωπικό	Μέση τιμή	2,66	2,70	2,73	2,70
	N	73,00	73,00	73,00	74,00
	Τυπική Απόκλιση	0,48	0,46	0,45	0,46
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	2,88	2,90	2,86	2,86
	N	50,00	50,00	50,00	50,00
	Τυπική Απόκλιση	0,44	0,36	0,40	0,40
<b>P value</b>		<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,011</i>	<i>0,030</i>

*Καθόλου σημαντικό = 1, Μέτρια σημαντικό = 2, Πολύ σημαντικό = 3,*

### Αποτελέσματα σε σύγκριση με την θέση στην ιεραρχία

Τα άτομα που κατέχουν θέση στην ιεραρχία φάνηκε να γνωρίζουν περισσότερο την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής που διενεργείτε στην υπηρεσία, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν κατέχουν θέση. Επίσης, τα άτομα που κατέχουν θέση στην ιεραρχία είναι περισσότερα ικανοποιημένα από την διαδικασία της αξιολόγησης-απόδοσης και θεωρούν επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία, σε σχέση με τα άτομα που δεν κατέχουν θέση. Στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές μεταξύ των παραπάνω ερωτήσεων και της θέσης στην ιεραρχία.

**Πίνακας 18: Γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση σε σύγκριση με θέση στην ιεραρχία**

	Θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Γνωρίζετε με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία;	Όχι	277	1,77	0,66	0,001
	Ναι	48	2,56	0,80	
Είστε ικανοποιημένος από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία;	Όχι	275	1,67	0,62	0,039
	Ναι	47	1,87	0,61	
Θεωρείτε επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία;	Όχι	273	1,59	0,59	0,021
	Ναι	47	1,81	0,61	

Καθόλου = 1, Λίγο = 2, Πολύ = 3, Απόλυτα = 4

Η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν θέση στην ιεραρχία (83,3%) απάντησε θετικά στο εάν υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεται σε σύγκριση με το 55,4% των ατόμων που δεν κατέχουν θέση. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της θέσης στην ιεραρχία και της εν λόγω ερώτησης ( $p = 0.001$ ).

Τα άτομα που κατέχουν θέση στην ιεραρχία είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τον τρόπο αξιολόγησης σε σχέση με τα άτομα που δεν κατέχουν θέση ( $p = 0.044$ ). Επίσης τα άτομα που κατέχουν θέση στην ιεραρχία δήλωσαν ότι η συχνότητα της αξιολόγησης είναι ελάχιστη προς μέτρια, ενώ τα άτομα που δεν κατέχουν θέση δήλωσαν ελάχιστη ( $p=0.003$ ).

Τα άτομα που κατέχουν θέση στην ιεραρχία φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένα από το ότι η αμοιβή τους είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους τους. Στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές μεταξύ των παραπάνω ερωτήσεων και της θέσης στην ιεραρχία ( $p=0.024$ ).

Η πλειοψηφία των ατόμων που κατέχουν θέση στην ιεραρχία απάντησε θετικά σχετικά με το εάν ισχύει η παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που δεν κατέχουν θέση στην ιεραρχία. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της παραπάνω ερώτησης και της θέσης στην ιεραρχία ( $p = 0.012$ ).

Το άτομα με θέση στην ιεραρχία θεωρεί πολύ σημαντική την ηθική επιβράβευση του προσωπικού, σε σύγκριση με τις λίγο χαμηλότερες τιμές των ατόμων που δεν κατέχουν θέση την ιεραρχία. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ της ηθικής επιβράβευσης του προσωπικού και της θέσης στην ιεραρχία.

**Πίνακας 19: Κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας σε σύγκριση με θέση στην ιεραρχία**

	Θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας.	Όχι	260	2,58	0,57	0,030
	Ναι	45	2,78	0,47	
Αναγνώριση και επιβράβευση	Όχι	259	2,59	0,55	0,040
	Ναι	44	2,77	0,48	
Προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα	Όχι	255	2,80	0,44	0,029
	Ναι	44	2,93	0,33	
Παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης	Όχι	255	2,84	0,40	0,007
	Ναι	44	2,95	0,21	

*Καθόλου σημαντικό = 1, Μέτρια σημαντικό = 2, Πολύ σημαντικό = 3,*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να εξετάσει εάν και σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται η αξιολόγηση του προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, καθώς και τα συστήματα αμοιβής που επικρατούν σε αυτές και αφορούν τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τον εντοπισμό των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Σχετικά με τις γνώσεις και απόψεις για την αξιολόγηση η πλειοψηφία του δείγματος γνωρίζει λίγο την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής που διενεργείτε στην υπηρεσία, είναι ικανοποιημένη τη διαδικασία της αξιολόγησης, ωστόσο δεν την θεωρεί επαρκή με την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης και θεωρεί λίγο ότι βοηθά τη διοίκηση της υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων και ότι συνδέεται με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Witter et al., (2011) όπου αποδείχθηκε ότι το προσωπικό δεν γνώριζε την διαδικασία και τους δείκτες σύμφωνα με τους οποίους θα αξιολογηθεί. Για τον λόγο αυτό προτείνει την συμμετοχή όλων των εργαζομένων στα κριτήρια και στους δείκτες με βάση τους οποίους εφαρμόζεται η αξιολόγηση.

Όσον αφορά την επιρροή της αξιολόγησης στην εργασία, το δείγμα γενικά διαφωνεί ότι η αξιολόγηση επηρεάζει την εργασία του. Ειδικότερα, το δείγμα διαφωνεί ότι η αξιολόγηση έχει επηρεάσει θετικά την θέση του εργαζόμενου στο νοσοκομείο, έχει επηρεάσει θετικά τον μισθό του, έχει βελτιώσει την απόδοσή του εργαζόμενου ή έχει επηρεάσει τις σχέσεις του εργαζόμενου με τους συναδέλφους. Σχετικά με την αντικειμενικότητα της αξιολόγησης, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν ουδέτερη.

Ως προς τα σφάλματα αξιολόγησης, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι οι κομματικές προκαταλήψεις επηρεάζουν πολύ την αξιολόγηση του εργαζόμενου, ωστόσο η επιείκεια ή αυστηρότητα, η αποφυγή συγκρούσεων και η προτεινόμενη βαθμολογία μέτρια επηρεάζει την αξιολόγηση.

Σημαντικό είναι το εύρημα ότι μόνο οι μισοί συμμετέχοντες γνώριζαν ότι στο Νοσοκομείο που εργάζονται υπάρχει σύστημα αξιολόγησης. Μόνο 2 στους 10 ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από το σύστημα και 3 στους 10 ήταν λίγο ικανοποιημένοι. Επίσης, το δείγμα δήλωσε ότι εφαρμόζεται ελάχιστα το



σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο. Όμως 9 στους 10 απάντησε ότι πρέπει να εφαρμοστεί ένα Ενιαίο Σύστημα Αξιολόγησης για τα Νοσοκομεία.

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την αμοιβή, το δείγμα δεν φάνηκε να είναι ικανοποιημένο από την αμοιβή του. Συγκεκριμένα, πάνω από το 80% διαφωνεί με το ότι ο μισθός είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα και τις αρμοδιότητες του. Επίσης οι συμμετέχοντες δεν είναι ικανοποιημένοι από τα επιδόματα που λαμβάνουν, από τις αυξήσεις στο μισθό του, από το σύστημα αμοιβών του Νοσοκομείου. Ακόμη, η πλειοψηφία διαφωνεί ότι η αμοιβή του εργαζόμενου καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης και ότι η αμοιβή ορίζεται βάση του αποτελέσματος στην εργασία ή ότι η αμοιβή του εργαζόμενου είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους του. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα σε έρευνα των Olafsdottir, et al., (2014) όπου διαπιστώθηκε στο δείγμα υψηλός φόρτος εργασίας, αλλά δεν ήταν ικανοποιημένο από τις αμοιβές και τα επιδόματα προκαλώντας την αποθάρρυνση του προσωπικού.

Σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης, αρνητικά απάντησε το δείγμα για το ότι η σύνδεση της απόδοσης με τις αποδοχές θα βελτιώσει τις οικονομικές απολαβές του εργαζόμενου. Αντίθετο το αυτό το εύρημα, σε έρευνα στο Ην. Βασίλειο το 2004 όπου ακολουθήθηκε το σύστημα αμοιβή με βάση την απόδοση, αποδείχθηκε ότι 8.000 γενικοί ιατροί συμφώνησαν να αυξήσουν τα εισοδήματά τους βάσει 146 δεικτών ποιότητας. Η μελέτη έδειξε ότι αυξήσαν το μέσο εισοδήματος κατά \$ 40.000 (Abduljawad & Al-Assaf, 2011). Θετικές ήταν οι απαντήσεις ως προς το ότι το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά την απόδοσή, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης θα πρέπει να συνδεθούν με την βαθμολογική εξέλιξη του υπαλλήλου, η συνέντευξη πρέπει να διατηρηθεί ως μέσο αξιολόγησης, το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά τη παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιθανόν απάντησε σχετικά με το ότι η σύνδεση της απόδοσης κάθε υπαλλήλου με τις αποδοχές του θα επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σχέσεις των υπαλλήλων. Σε έρευνα των Lindenauer et al. (2007) αναφέρθηκε ότι η αμοιβή με βάση την απόδοση είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να λάβουν 55% περισσότερη φροντίδα ανεξάρτητα από εάν πρόκειται για προληπτική, οξεία ή χρόνια φροντίδα.

Σχεδόν 7 στους 10 δήλωσαν ότι η αξιολόγηση της απόδοσης πρέπει να γίνεται σε ατομικό επίπεδο και ότι η αντικειμενικότητα θα πρέπει να είναι η σημαντικότερη αρχή για το σύστημα αμοιβών. Το εύρημα αυτό διαφωνεί με την έρευνα των Mathauer & Imhoff (2006), όπου το δείγμα τάχθηκε υπέρ των

κινήτρων που βασίζονται στην ομάδα. Ένας από τους λόγους είναι πιθανώς η δυσκολία που εμπλέκονται στον καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης ατομικών επιδόσεων. Επίσης, η αξιολόγηση σε ατομικό επίπεδο ενδέχεται να αποθαρρύνει την ομαδική εργασία ή τη συνεργασία (Miller & Babiarz 2013). Όταν το προσωπικό ανταμείβεται από κοινού για την επίτευξη αποτελεσμάτων, αυτό μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση του ομαδικού πνεύματος (Dambisya 2007).

Επιπλέον, η υφιστάμενη κατάσταση σχετικά με την ηθική επιβράβευση του προσωπικού στο νοσοκομείο δηλώθηκε από την πλειοψηφία του δείγματος ελλιπής. Συγκεκριμένα το 90% και άνω απάντησε ότι δεν ισχύει στο νοσοκομείο η κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας, η αναγνώριση και επιβράβευση της προσφοράς και της επίδοσης συγκεκριμένων εργαζομένων με ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς στα ενδο-υπηρεσιακά συμβούλια – σεμινάρια, η προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα, η παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης, η επιβράβευση της προσπάθειας του προσωπικού με μερική ή ολική επιχορήγηση, για συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια εντός και εκτός Ελλάδας, η παροχή τιμητικής άδειας σε περιπτώσεις επίτευξης συγκεκριμένων στόχων. Ωστόσο 6 στους 10 απάντησαν ότι το νοσοκομείο παρέχει εκπαιδευτική άδεια για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης. Όλα τα ανωτέρω θεωρούνται πολύ σημαντικά από την πλειοψηφία του δείγματος.

Τα ανωτέρω αποτελέσματα συνάδουν και με την διεθνή βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ότι τα εγγενή κίνητρα διαδραματίζουν κάποιο ρόλο, όπως η τόνωση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, η εμπιστοσύνη, η ανατροφοδότηση και να η συμμετοχή στην χάραξη πολιτικής και τον προγραμματισμό ((Rowe et al., 2005, Leonard et al., 2010, Dielemaz et al., 2003). Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχει και το ενδεχόμενο η αξιολόγηση με βάση την απόδοση να επηρεάσει αρνητικά τα ενδογενή κίνητρα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αν, για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι αντιληφθούν ότι δεν μπορούν να επιτύχουν ένα στόχο εξαιτίας παραγόντων εκτός του ελέγχου τους ή εάν αντιληφθούν ότι το σύστημα ανταμοιβής είναι άδικο (Dielemaz et al., 2003,

Van Herpen et al., 2003). Επίσης έρευνα των Ye et al., (2016) βρήκε ότι το 85% των επαγγελματιών υγείας ήταν υπέρ ενός συστήματος οικονομικών κινήτρων το οποίο επιβράβευε την ομάδα. Έρευνα των Mathauer & Imhoff (2006) καταλήγει ότι τα μη οικονομικά κίνητρα για το ανθρώπινο δυναμικό διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως κίνητρο για τους επαγγελματίες υγείας και συμβάλλουν στην αύξηση της απόδοσής τους. Ως παράδειγμα μη οικονομικών κινήτρων αναφέρει την επαγγελματική αναγνώριση και την εκτίμηση των συναδέλφων, την υπερηφάνεια για το έργο και τις ευκαιρίες για επαγγελματική πρόοδο. Ωστόσο άλλες έρευνες των Bocoum et al. (2014) και Chandler et al. (2009) επισήμαναν ότι οι επαγγελματίες υγείας προτιμούσαν τα οικονομικά κίνητρα από τα μη οικονομικά κίνητρα ίσως λόγω των χαμηλών αμοιβών.

Τέλος, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι τα έτη προϋπηρεσίας, ο τομέας εργασίας και η θέση στην ιεραρχία του δείγματος επηρεάζουν τις απόψεις τους σχετικά με την αξιολόγηση, το σύστημα αμοιβής και την σύνδεση αυτών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ**

Ο αριθμός και κατ' επέκταση το κόστος των αναλώσιμων υγειονομικής περίθαλψης (φάρμακα και ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός) αυξάνονται αστρονομικά και τα οποία με τη σειρά τους έχουν ως αποτέλεσμα να αυξήσουν δραστικά το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Σε συστήματα που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, οι δαπάνες σε αυτόν τον τομέα μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα αυτών να μισθώνουν και να διατηρούν αποτελεσματικούς επαγγελματίες υγείας. Τόσο στα συστήματα με δημόσια χρηματοδότηση όσο και στα συστήματα που οι εισφορές καταβάλλονται από εργοδότες, πρέπει να αναπτυχθούν πρακτικές διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων προκειμένου να βρεθεί η κατάλληλη ισορροπία μεταξύ της προσφοράς του εργατικού δυναμικού και της ικανότητας αυτών να εργάζονται αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Η παρούσα εργασία δείχνει ότι η αναπτυξιακή διαδικασία δεν είναι καθόλου εύκολη. Το σύστημα μέτρησης της απόδοσης διαμορφώνεται και σχεδιάζεται από με βάση την επιρροή των παραγόντων σε οργανωτικό πλαίσιο, που ωστόσο είναι δύσκολο να προβλεφθούν. Η εργασία εξέτασε τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού ως παράγοντας επιρροής του συστήματος αμοιβής. Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως χάρτης για την καθοδήγηση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των διαχειριστών υγείας στην ανάπτυξη και εφαρμογή βιώσιμων συστημάτων αξιολόγησης με βάση την απόδοση.

Η πληρωμή με βάση την απόδοση φαίνεται εύκολη και άμεση για εργασίες με συγκεκριμένο στόχο όπου η απόδοση των εργαζομένων μετράτε με την επίτευξη ενός προκαθορισμένου αριθμητικού στόχου, όπως οι πωλήσεις. Στην περίπτωση του τομέα υγείας είναι πιο δύσκολη καθώς οι υπηρεσίες που προσφέρουν δεν συνδέονται με αριθμητικό στόχο. Ωστόσο, η αξιολόγηση της απόδοσης και η σύνδεση της με την πληρωμή παραμένει ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία μέτρησης για τον τομέα της υγείας.

### **Προτάσεις**

Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι η εθνική συναίνεση για την ερμηνεία των δεικτών απόδοσης που σχετίζεται με το σύστημα μέτρησης της απόδοσης είναι δύσκολο να επιτευχθεί, και ότι η τοπική προσαρμογή του

συστήματος είναι απαραίτητη για τη χρήση των δεικτών. Ωστόσο, συζητήσεις σε εθνικό επίπεδο θα συμβάλλουν στη δημιουργία γνώσεων και στην καλύτερη κατανόηση του εν λόγω συστήματος. Επίσης για την καλύτερη εφαρμογή της αξιολόγησης με βάση την απόδοση είναι θεμιτό να συγκεντρωθούν άτομα από διαφορετικούς τομείς και αρμοδιότητας. Ακόμη οι κοινωνικές δεξιότητες δεν πρέπει να υποτιμηθούν, αφού οι εργασίες χαρακτηρίζονται από τη δικτύωση και την αλληλεπίδραση με διάφορους παράγοντες εντός και εκτός των ορίων του οργανισμού. Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσουμε τους διαφορετικούς χρήστες του συστήματος μέτρησης απόδοσης, τις ανάγκες και τις επιθυμίες αυτών.

Υπάρχουν διάφορα θέματα που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση στον τομέα των συστημάτων μέτρησης απόδοσης. Είναι ενδιαφέρον να διερευνήσουμε περαιτέρω πώς εφαρμόζονται τα συστήματα μέτρησης απόδοσης σε κάθε νοσοκομείο της χώρας.

Υπάρχει ανάγκη να εξερευνηθούν βαθύτερα οι συγκεκριμένες δραστηριότητες που εμπλέκονται κατά την ανάπτυξη συστημάτων μέτρησης της απόδοσης. Τι είδους δραστηριότητες προσδιορίζονται όταν αναπτύσσονται δείκτες μέτρησης από τους διαχειριστές; Με ποιον τρόπο οι δραστηριότητες αυτές οδηγούν στη διατήρηση ή βελτίωση της οργανωτικής απόδοσης; Ποιος συγκεκριμένος τύπος ρυθμίσεων διαχείρισης σχετίζεται με την ανάπτυξη μετρήσεων απόδοσης; Επιπλέον, απαιτούνται έρευνες στον τομέα των συστημάτων μέτρησης της απόδοσης και της σχέσης με άλλα υφιστάμενα συστήματα μέτρησης. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω της εκτεταμένης χρήσης διαφορετικών συστημάτων μέτρησης.

Ένα σημαντικό θέμα στις σημερινές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. Είναι γεγονός ότι οι μετρήσεις δεν οδηγούν σε βελτίωση, αλλά πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως οδηγοί. Έτσι, είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί περαιτέρω η σχέση μεταξύ της ανάπτυξης συστημάτων μέτρησης της απόδοσης και της βελτίωσης και των αλλαγών που έγιναν στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης.

Πολλές έρευνες μπορούν να πραγματοποιηθούν σχετικά με τη σχέση μεταξύ του συστήματος μέτρησης της απόδοσης και των διαφόρων τομέων στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Ενδιαφέρον θα ήταν να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο η υγειονομική περίθαλψη σε άλλες χώρες συνεργάζεται με

συστήματα μέτρησης της απόδοσης προκειμένου να δημιουργηθούν νέες γνώσεις για τη βελτίωση της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης.

## **Προβλήματα και Περιορισμοί της έρευνας**

### **Προβλήματα στην συλλογή των ερωτηματολογίων**

Κατά την διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων, σημειώθηκαν διάφορες συμπεριφορές από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρξαν μέχρι και αξιωματικές συμπεριφορές όπως: *«δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με τα δικά σου ερωτηματολόγια»*, *«βαρέθηκα να το κάνω αυτό χρόνια»* και ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης απογοητευτικό ήταν ότι με την συλλογή των ερωτηματολογίων διαπιστώθηκε ότι μπορεί να ήταν συμπληρωμένο μόνο ένα. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί και η πολύ καλή διάθεση των περισσότερων και μάλιστα σε μερικές περιπτώσεις η υπέρμετρη προσπάθεια για την συμπλήρωση όσο γινόταν περισσότερων ερωτηματολογίων προκειμένου να βοηθήσουν στην παρούσα έρευνα.

### **Περιορισμοί της έρευνας**

Ένας περιορισμός της έρευνας είναι η πλήρης κατανόηση από τους συμμετέχοντες των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου καθώς η μέθοδος συμπλήρωσης ήταν η αυτό-συμπλήρωση. Από την μια πλευρά είναι θετικό αυτό το γεγονός καθώς δεν θα υπάρχει παρέμβαση του ερευνητή, από την άλλη όμως υπάρχει πιθανότητα μη κατανόησης κάποιων ερωτήσεων.

Ένας επιπλέον περιορισμός της έρευνας είναι η ανταποκρισιμότητα του δείγματος. Ειδικότερα, επειδή η συμμετοχή στην έρευνα και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι προαιρετική, υπάρχει πιθανότητα ένα ποσοστό του δείγματος να συμμετείχε σε αυτή. Ωστόσο, ο ερευνητής προσπάθησε όσο το δυνατόν περισσότερο για να λάβει επαρκή δείγμα.

Τέλος, η παρούσα έρευνα παρά το γεγονός ότι έχει συλλεχθεί υψηλό δείγμα συμμετεχόντων, ωστόσο τα αποτελέσματα αυτής δεν μπορούν να γενικευθούν στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς διεξήχθη σε ένα μόνο δημόσιο γενικό νοσοκομείο της Αθήνας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abduljawad, A., & Al-Assaf, A. F. (2011). Incentives for better performance in health care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 11(2), 201.
- Adams O & Hicks V (2001). 'Pay and non-pay incentives, performance and motivation', prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO, Geneva.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM (2002). Hospital staffing, organisation and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50:187–194.
- Aitken JM, Kemp J (2003). *HIV/AIDS, equity and health sector personnel in southern Africa*. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa and Oxfam.
- Akao, Y. (1991). *Hoshin Kanri, policy deployment for successful TQM*. Cambridge, Productivity Press.
- Angelo RP, Chambel MJ. The reciprocal relationship between work characteristics and employee burnout and engagement: a longitudinal study of firefighters. *Stress Health*. 2015;31(2):106-14, <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2532>.
- Anthony, Robert N. and Vijay Govindarajan (2001). *Management control systems*. Boston, McGraw-Hill.
- Atwater, L. E., Brett, J. F. and Charles, A. C., (2007). Multisource feedback: Lessons learned and implications for practice. *Human Resource Management*, 46(2), 285-307. doi: 10.1002/hrm.20161.
- Ax, Christian and Trond Bjørnenak (2005). "Bundling and diffusion of management accounting innovations - the case of the balanced scorecard in Sweden." *Management Accounting Research* 16: 1-20.
- Bardach G (2000). *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*, Chatham House, New York.
- Barnes J, Cote J, Cudeck R, Malthouse E. Factor analysis checking assumptions of normality before conducting factor analysis. *J Consum Psychol* 2001, 10:79–81.
- Bergman, Bo and Bengt Klefsjö (2001). *Kvalitet från behov till användning*. Lund, Studentlitteratur.

- Berman EM, Bowman JS, West JP, Van Wart M (2006). *Human resources management in public service: paradoxes, processes and problems*. 2nd edition. London, Sage Publications.
- Bititci, Umit S., Allan S. Carrie and Liam McDevitt (1997). "Integrated performance measurement systems: a development guide." *International journal of operations and production management* 17(No. 5): 552-534.
- Bocoum FY, Kone´ E, Kouanda S, Yame´ogo WME, Bado AR. Which incentive package will retain regionalized health personnel in Burkina Faso: a discrete choice experiment. *Hum Resour Health* 2014; 12(Suppl 1): S7.
- Bourne, Mike, Andy Neely, John Mills and Ken Platts (2003). "Implementing performance measurement systems: a literature review." *International Journal of Business Performance Management* Vol 5(No 1): pp. 1-19.
- Bourne, Mike, John Mills, Mark Wilcox, Andy Neely and Ken Platts (2000). "Designing, implementing and updating performance measurement systems." *International journal of operations and production management* 20(No. 7): 754-771.
- Buchan J (1999). 'Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing healthcare environment' *Journal of Advanced Nursing* vol. 30 Issue 1 pp.100-108.
- Buchan J (2005). 'A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing', *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 10, no. 4, pp. 239-244.
- Buchan J (2005). *Increasing the productivity of an existing "stock" of health workers: review for DFID*. London, Department for International Deveopment.
- Busse, R. (2004) Disease management programs In Germany's statutory health insurance system, *Health Affairs*, 23(3): 56-67.
- Caldwell P & Kingma M (2007). 'Incentives and the recruitment/retention of nurses', a paper presented at *National experiences in assessing and reducing shortcomings and negative trends affecting human resources of the health system: an international symposium on health workforce*,



Lisbon, Portugal 10-12 October, ICN – International Centre for Human Resources in Nursing.

Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):240-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>.

Cashin, C., Chi, Y. L., & Smith, P. (2015). Paying for performance in health care.

Cassel, C. and Jain, S. (2012) Assessing individual physician performance: does measurement suppress motivation, *Journal of the American Medical Association*, 307(24): 2595–6.

Caulkin S (2001). The time is now. *People Management*, 30 August 2001:32–34.

Chaix-Couturier *et al.* (2000). 'Effect of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, no. 2, pp. 133-142.

Chakraborty S, Frick K (2002). Factors influencing private health providers' technical quality of care for acute respiratory infections among under-five children in rural West Bengal, India. *Social Science and Medicine*, 55(9):1579–1587.

Chalker J, Ratanawijitrasin S, Chuc NTK, Petzold M, Tomson G (2005). Effectiveness of a multi-component intervention on dispensing practices at private pharmacies in Vietnam and Thailand: a randomised controlled trial. *Social Science and Medicine*, 60:131–141.

Chandler CIR, Chonya S, Mtei F, Reyburn H, Whitty CJM. Motivation, money and respect: a mixed-method study of Tanzanian non-physician clinicians. *Soc Sci Med* 2009; 68: 207888

Christianson J, Leatherman S, Sutherland K: Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence. London: The Health Foundation; 2007.

- Conrad, D. and Christianson, J. (2004) Penetrating the 'black box': financial incentives for enhancing the quality of physician services, *Medical Care Research and Review*, 61(3 suppl): 37S–68S.
- Courty, Pascal, Carolyn Heinrich and Gerald Marschke (2006). "Setting the Standard in Performance Measurement Systems." *Public Management Review* Vol. 8(Issue 3):pp. 321-347.
- Crigler L, Fort AL, De Diez O, Gearon S, Gyuzalyan H (2006). Training alone is not enough. *Performance Improvement Quarterly*, 19(10):99–116.
- Croasdale M (2005). 'Physician work force estimates far apart', *AMNews*, 20 June,
- Cross, Kelvin F. and Richard L. Lynch (1988/89). "The "SMART" Way to Define and Sustain Success." *National Productivity Review* Vol 8(No 1): pp. 23-32.
- Dahbhilakar, Mandar and Lars Bengtsson (2002). "The role of Balanced scorecard in manufacturing: a tool for strategically alinged work on continuous improvements in production teams?" *Performance Measurement and Management Control* 12: 181-208.
- Dahlgaard, Jens J., Kai Kristensen and Gopal K. Kanji (1998). *Fundamentals of Total Quality Management*. London, Chapman & Hall.
- Dahlgaard, Jens Jörn and Su Mi Park Dahlgaard (2002). "From defect reduction to reduction of waste and customer/stakeholder satisfaction (understanding the new TQM metrology)." *Total Quality Management* 13(8): 1069-1085.
- Dahlgaard, Jens Jörn and SuMi Park Dahlgaard (2006a). "Lean Production, Six Sigma Quality, TQM and Company Culture - a Critical Review." *TQM Magazine* January(1).
- Dambisya Y (2007). 'A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa,' Equinet discussion paper no. 44, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa.
- Dambisya YM. Review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. 2007.

- de Franc, a FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):961-70.
- DeGieter *et al.* (2006). 'Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 15.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis - Quality, Productivity and Competitive position*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Dieleman *et al.* (2003). 'Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 10.
- Dieleman *et al.* (2006). 'The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 2.
- Dieleman M, Harnmeijer JW: Improving health worker performance: in search of promising practices. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006. 33. Benabou R, Tirole J: Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Rev Econ Stud* 2003, 70:489–520.
- Dieleman M, Toonen J, Touré H, Martineau T (2006). The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. *Human Resources for Health*, 4:2
- Disease Control Priorities Project (2006). 'Improving quality of clinical care: incentives for health care workers', DCPD [www.dcp2.org](http://www.dcp2.org).
- Dixon, Robb, Alfred J. Nanni and Thomas E. Vollmann (1990). *The new performance challenge : measuring operations for world-class competition*. Homewood, Dow Jones-Irwin.
- Donabedianm A. Evaluating the Quality of Health Care, Blackwell Publishing. *The Milbank Quarterly* 2005; 83
- Dovlo D (2005). Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 3:6.
- Drucker, Peter F. (1955). *The Practice of Management*. London, The Heinemann Group.

- Dudley, R. A. et al. (1998) The impact of financial incentives on quality of health care, *Milbank Quarterly*, 76(4): 649–86.
- Duffield C, O'Brien-Pallas L (2003). The causes and consequences of nursing shortages: a helicopter view of the research. *Australian Health Review*, 26(1):186–193.
- Dussault G, Franceschini MC (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4:12
- Eichler *et al.* (2007). 'Performance-based incentives for health: six years of results from supply-side programs in Haiti', Center for Global Development working paper #121, CGD, Washington.
- Eichler R: Can pay for performance increase utilisation by the poor and improve the quality of health services? Washington, D.C.: Center for Global Development; 2006, Report No.: Discussion paper.
- Eijkenaar, F. (2011) Key issues in the design of pay for performance programs, *European Journal of Health Economics*, 14(1): 117–31.
- Eldridge C, Palmer N: Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning* 2009, 24(3):160-6.
- Elg, Mattias (2001). Performance Measures and Managerial Work. Division of Quality Technology and Management. Linköping, Linköpings universitet: 222.
- Epstein, M. J. and J. F. Manzoni (1997). "The balanced scorecard and tableau de Bord: Translating strategy into action." *Management Accounting* 79(2): 28-36.
- Etchegaray JM, Jhohn C, Thomas EJ. Measures and measurement of high performance works systems in healthcare settings: propositions for improvement. *Health Care Manage Rev* 2011; 36:38-46.
- Ferrinho P, Omar MC, De Jesus Fernandes M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W (2004). Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2:4.

- Fitzgerald, Lin and Philip Moon (1996). Performance Measurement in Service Industries: Making it Work. London, The Chartered Institute of Management Accountants.
- Flodgren G. E. M. (2011) An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Fort A & Voltero L (2004). 'Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia', *Human Resources for Health*, vol. 2, article 8.
- Franco LM, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 58(2):343–355.
- Frolich, A. et al. (2007) A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*, 80(1): 179–93.
- Garcia-Prado A, Chawla M (2006). The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy and Planning*, 21(2):91–100.
- Gilson *et al.* (2004). 'Exploring the influence of workplace trust over health worker performance. Preliminary national overview report: South Africa', Health Economics and Financing Program working paper 06/04, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Goranitis, I., Siskou, O., & Liaropoulos, L. (2014). Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy*, 117(3), 279-284.
- Gosselin, Maurice (2005). "An empirical study of performance measurement in manufacturing firms." *International Journal of Productivity and Performance Management* 54(5/6): 419 - 437.
- Green MT, Puetzer M (2002). The value of mentoring: a strategic approach to retention and recruitment. *Journal of Nursing Care Quality*, 17(1):67–74.
- Guthrie, B., Auerback, G. and Binman, A. (2010) Competition for Medicaid enrollees based on performance does not improve quality of care, *Health Affairs*, 29(8): 1507–16.

- Hackman, Richard J. and Ruth Wageman (1995). "Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues." *ASQ* 40: 309-342.
- Helm, C., Holladay, C. L., Tortorella, F. R., and Candio, C., (2007). The performance management system: Applying and evaluating a pay-for-performance initiative. *Journal of Healthcare Management*, 52(1), 49-62;
- Homedes N, Ugalde A (2005). Human resources: the Cinderella of health-sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 3:1.
- Hongoro C, Normand C (2006). Health workers: building and motivating the workforce. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd edition. Washington, DC, The World Bank Group:1309– 1322.
- Hornby P, Forte P (2002). *Guidelines for introducing human resource indicators to monitor health service performance*. Keele, Keele University Centre for Health Planning and Management.
- Hughes RL, Ginnett RC, Curphy GJ (2002). *Leadership, enhancing the lessons of experience*. New York, McGraw-Hill/Irwin.
- ICN (2007a). 'Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care', ICN, Geneva,
- ICN (2007b). 'Wellness centres for health care workers in sub-Saharan Africa', in *Biennial report 2004-2006, patient and public safety matter: nurses on the front line*, ICN, Geneva, p. 12.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press
- International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (2008 unpublished). 'International survey on retention incentives for health care professionals', record of responses, ICN, Geneva.
- Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P (2000). Coping strategies of health personnel during economic crisis: a case study from Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*, 5(4):288–292.

- Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P, Mills A (2005). Dual job holding by public sector health professionals in highly resource constrained settings: problem or solution? *Bulletin of the World Health Organization*, 83(10):771–776.
- Johnsen, Åge (2001). "Balanced scorecard: theoretical perspectives and public management implications." *Managerial Auditing Journal*: 319-330.
- Johnson, H. Thomas and Robert S. Kaplan (1987). *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*. Boston, Harvard Business School Press.
- Johnsson, Thomas H. (1981). "Toward a New Understanding of Nineteenth-Century Cost Accounting." *The Accounting Review* Vol 56(No 3): pp. 510-518.
- Joyce C, Veitch C, Crossland L (2003). Professional and social support networks of rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*, 11:7–14.
- Julnes, Patria de Lancer and Marc Holzer (2001). "Promoting the Utilization of Performance Measures in Public Organizations: An Empirical Study of Factors Affecting Adoption and Implementation." *Public Administration Review* 61(6): 693, 16p.
- Juran, J. M. (1964). *Managerial Breakthrough: A New Concept of the Manager's Job*. New York, McGraw-Hill.
- Juran, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality : an executive handbook*. New York, Free Press.
- Kald, Magnus and Fredrik Nilsson (2000). "Performance Measurement At Nordic Companies." *European Management Journal* 18: 113-127.
- Kanji, Gopal and Patrícia Moura e Sá (2003). "Sustaining healthcare excellence through performance measurement." *Total Quality Management & Business Excellence* Vol. 14(Issue 3): pp. 269-290.
- Kaplan, Robert S. and David P. Norton (1993). "Putting the Balanced Scorecard to Work." *Harvard Business Review* 39(September-October): 75-85.

- Kaplan, Robert S. and David P. Norton (2001). *The Strategy-focused Organization*. Boston, Harvard Business School Press.
- Keegan, Daniel P., Robert G. Eiler and Charles R. Jones (1989). "Are your performance measures obsolete?" *Management Accounting* June.
- Kennerley, Mike and Andy Neely (2002). "A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems." *International journal of operations and production management* Vol 22(No. 11): 1222-1245.
- Kingma M (2003). 'Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference?', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 2.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: migration and the global health care economy*, Cornell University Press, Ithaca.
- Kipp *et al.* (2001). 'User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda', *Bulletin of the World Health Organization*, vol.79, no.11, pp. 1032- 1037.
- Kolehmainen-Aitken RL (2004). Decentralization and its impact on the health workforce: perspectives from managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health*, 2:5
- Kruger E & Tennant M (2005). 'Oral health workforce in rural and remote Western Australia: practice perceptions', *Australian Journal of Rural Health*, vol. 13, no. 5, pp. 321-326.
- Kunkel S, Rosenqvist U, Westerling R. The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. *Journal of BMC Health Services Research* 2007;7.
- Kusserow R (1989). *Hospital closure: 1987*, Dept. of Health and Human Services, Washington.
- Kyriakopoulos, G., (2012). Half a century of management by objectives (MBO): A review. *African Journal of Business Management* Vol. 6(5), pp. 1772-1786,8 February, 2012.
- Langenbrunner J & Xingzhu Liu (2004). 'How to pay? Understanding and using incentives', World Bank, Washington.



- Leonard *et al.* (2007). 'Getting clinicians to do their best: ability, altruism and incentives', *Journal of Human Resources*, vol. 42, no. 3, pp. 682-700.
- Leonard KL, Masatu MC: Professionalism and the know-do gap: exploring intrinsic motivation among health workers in Tanzania. *Health Econ* 2010, 19(12):1461–1477.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Roothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New Engl J Med* 2007; 356:486–96
- Lu H, While AE, Barriball KL (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42:211–227.
- Lynn MR, Redman R (2005). Faces of the nursing shortage: influences on staff nurses' intentions to leave their positions or nursing. *Journal of Nursing Administration*, 35(5):264–270.
- MacDuffie JP (2005). Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production systems in the world auto industry. *Industrial and Labor Relations Review*, 48(2):197–221.
- Malmi, Teemu (2001). "Balanced scorecards in Finnish companies: A research note." *Management Accounting Research* 12: 207-220.
- Manongi *et al.* (2006). 'Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 6.
- Manzi *et al.* (2004). 'Exploring the influence of workplace trust over health worker performance: preliminary national overview report Tanzania,' Health Economics and Financing Programme working paper, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Centre for Health Policy, Johannesburg.
- Marquez L, Kean L (2002). *Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems*. Population reports. Maximising Quality and Access Initiative paper no. 4, (Suppl.):1–27.

- Martinez J, Martineau T (2001). *Introducing performance management in national health systems: issues on policy and implementation*. London, Institute for Health Sector Development.
- Mathauer I & Imhoff I (2006). 'Health worker motivation in Africa: the role of nonfinancial incentives and human resource management tools', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 24.
- McGlynn E, Asch SM, Adams J, Nelson DE, Bland S, Powell-Griner E, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Engl J Med* 2003; 348:2635–45.
- McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, Turindi A (1999). Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 49:849–865.
- Mercer LLC, (2013). Global Performance Management Survey Report – Executive Summary.
- Mercer LLC, (2013). Global Performance Management Survey Report – Executive Summary.
- Michael S, West MA. Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations. *International Journal of Management Reviews* 2004;5(6):91-111.
- Miller G, Babiarz KS. Pay-for-performance incentives in low and middle-income country health programs. Report No.: 18932. National Bureau of Economic Research; 2013. Available from: <http://www.nber.org/papers/w18932> [cited 29 July 2013].
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in Fives: Designing effective organizations*. New Jersey, Prentice Hall International.
- Modiba P, Schneider H, Weiner R, Blaauw D, Gilson L, Zondi T, Kunene X, and Brown K (2002). *The integration of HIV/AIDS care and support into primary health care in Gauteng province*. Johannesburg, University of Witwatersrand.
- Morgan C, Deutschmann PW (2003). An evolving model for training and education in resource-poor settings: teaching health workers to fish. *Medical Journal of Australia*, 178:21–25.

- Mumtaz Z, Salway S, Waseem M, Umer N (2003). Gender-based barriers to primary health care provision in Pakistan: the experience of female providers. *Health Policy and planning*, 18(3):261–269.
- Neely, Andy, Chris Adams and Mike Kennerley (2002). *The performance prism*. London, Prentice Hall.
- Neely, Andy, Mike Gregory and Ken Platts (1995). "Performance measurement system design: A literature review and research agenda." *International journal of operations and production management* Vol 15: 80-116.
- Nshuti L, Neuhauser D, Johnson JL, Adatu F, Whalen CC (2001). Public and private providers' quality of care for tuberculosis patients in Kampala, Uganda. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 5(11):1006– 1012.
- OECD (2005). *Performance-related pay policies for government employees. Annex A*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development
- Olafsdottir, A. E., Mayumana, I., Mashasi, I., Njau, I., Mamdani, M., Patouillard, E., ... & Borghi, J. (2014). Pay for performance: an analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC health services research*, 14(1), 392.
- Otley, David (1999). "Performance management: a framework for management control system approach." *Management Accounting Research* 10: 363-382.
- Oxman A, Fretheim A: An overview of research on the effects of resultsbase financing. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten 2008, Report No.: Report Nr 16-2008.
- Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, Ntuli A, Rowson M, Loewenson R (2003). *Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. EQUINET Discussion Paper no. 3*. Harare, EQUINET.
- Petersen *et al.* (2006). 'Does pay-for-performance improve the quality of health care?' *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, no. 4, pp. 265-272.
- Pfeffer J (1998). *The human equation: building profits by putting people first*. Boston, Harvard Business School Press.

- Radnor, Zoe and Bill Lovell (2003). "Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16/2: 99-108.
- Rafferty AM, Ball J, Aiken LH (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(Suppl. 2):1132–1137.
- Record R & Mohiddin A (2006). 'An economic perspective on Malawi's medical "brain drain"', *Globalization and Health*, vol. 2, article12.
- Reid S (2004). *Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals*. Durban: Health Systems Trust,.
- Reid S, Conco D (1999). Monitoring the implementation of community service. *South African Health Review*. Durban, Health Systems Trust:233–248
- Rigoli F & Dussault G (2003). 'The interface between health sector reform and human resources in health', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 9.
- Robinson, J. et al. (2009) Financial incentives, quality improvement programs, and the adoption of clinical information technology, *Medical Care*, 27(4): 411–17.
- Rooney AL, van Ostenberg P (1999). *Licensure, accreditation and certification: approaches to health services quality*. Bethesda, Quality Assurance Project, USAID.
- Rowe A, Savigny D, Lanata C, Victora C: How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005, 366(9490):1026–1035
- Rynes, S. L., Gerhart, B., and Parks, L., (2005). Personnel psychology: performance evaluation and pay for performance. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 571-600.  
doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070254
- Salafsky B, Glasser M, Ha J (2005). Addressing issues of maldistribution of health care workers. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 34:520–525.

- Sempowski IP (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and under-serviced area return-of- service commitments: systematic review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 9(20):82–88.
- Shahabudin SH (2003). Life-long learning and continuing education: assessing their contribution to individual and organisational performance. In: Ferrinho P, Dal Poz MR, eds. *Towards a global health workforce strategy*. Antwerp, ITGPress:347–374.
- Shen J, Cox A, McBride A (2004). Factors influencing turnover and retention of midwives and consultants: a literature review. *Health Services Management Research*, 17(4):249–262.
- Shewhart, W.A (1931). *Economic Control of Quality of Manufactured Products*. New York, Van Nostrand.
- Shields MA, Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20:677–701.
- Simons, R. (1994). "How New Top Managers Use Control Systems as Levers of Strategic Renewal." *Strategic Management Journal* Vol 15(No 3): pp. 169-189.
- Simons, R. (1995). *Levers of Control*. Boston, HBS Press.
- Sims CE (2003). Increasing clinical, satisfaction and financial performance improvement through nurse-driven process improvement. *Journal of Nursing Administration*, 33(2):68–75.
- Smither, J., & Manuel, L., (2009). *Performance management: Putting research into action* (Professional practice series). San Francisco: Jossey-Bass.
- Smither, J.W., (1998). *Performance appraisal: state of the art in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Society for Human Resource Management (SHRM Foundation), (2000). *Performance Management Survey*. Retrieved from <http://www.shrm.org/research/surveyfindings/documents/performance%20management%20survey.pdf>

- Soeters R & Griffiths F (2003). 'Improving government health services through contract management: a case from Cambodia', *Health Policy and Planning*, vol. 18, no. 1, pp. 74-83.
- Standing H, Baume E (2003). Equity, equal opportunities, gender and organisation performance. In: Ferrinho P, Dal Poz MR, eds. *Towards a global health workforce strategy*. Antwerp, ITGPress:301–326.
- Sutton, M. et al. (2012) Reduced mortality with hospital pay for performance in England, *New England Journal of Medicine*, 367: 1821–8.
- Tangen, Stefan (2004). "Performance measurement: from philosophy to practice." *International Journal of Productivity and Performance Management* 53(8): 726- 737.
- Toni, A. De and S. Tonchia (2001). "Performance measurement systems - Models, characteristics and measures." *International Journal of Operations & Production Management* 21(1/2): 46 - 71.
- Urbanetto Jde S, da Silva PC, Hoffmeister E, de Negri BS, da Costa BE, Poli de Figueiredo CE. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(5):1122-31.
- Van Herpen M, Van Praaq M, Cools K: The effects of performance measurement and compensation on motivation: an empirical study. Amsterdam: Tinbergen Institute Amsterdam; 2003.
- Van Lerberghe *et al.* (2002). 'When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, no. 7, pp. 581-584.
- Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P (2003). When staff is underpaid. Dealing with the individual coping strategies of health personnel. In: Ferrinho P, Dal Poz MR, eds. *Towards a global health workforce strategy*. Antwerp, ITGPress:411–420.
- Vander Elst T, Cavents C, Daneels K, Johannik K, Baillien E, Van den Broeck A, et al. Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nurs Outlook*. 2016;64(6):542-56, <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004>


- Vukojevi M, Antunovi A, Petrov B. Difference in the prevalence of burnout syndrome in preclinical and clinical teaching doctors of mostar school of medicine. *Lijec Vjesn.* 2015;137(5-6):150-5.
- WHO (2006). *World health report 2006. Working together for health.* Geneva, World Health Organization
- Wiskow C. (2006). *The effects of reforms on the health workforce.* Geneva, World Health Organization.
- Witter S, Zulfiqur T, Javeed S, Khan A, Bari A. Paying health workers for performance in Battagram district, Pakistan. *Hum Resour Health* 2011; 9: 23.
- Wood K, Jewkes R (2006). Blood blockages and scolding nurses: barriers to adolescent contraceptive use in South Africa. *Reproductive Health Matters*, 14(27):109–118.
- Woolhandler, S. and Ariely, D. (2011) Will pay for performance backfire: insights from behavioral economics, *Health Affairs Blog*.
- World Health Organization & World Bank (2003). 'Improving health workforce performance,' issues for discussion: session 4: high-level forum on the health millennium development goals, WHO, Geneva.
- World Health Organization (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*, WHO, Geneva, p. 61.
- World Health Organization (2006). 'The global shortage of health workers and its impact', fact sheet no. 302, WHO, Geneva,
- World Health Organization (2006). *The world health report 2006 – working together for health*, WHO, Geneva.
- World Health Organization: The World Health Report 2006: Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006
- World Health Organization: *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* Geneva 2000
- Ye, M., Diboulo, E., Kagone, M., Sie, A., Sauerborn, R., & Loukanova, S. (2016). Health worker preferences for performance-based payment schemes in a rural health district in Burkina Faso. *Global health action*, 9(1), 29103.

- Zanatta AB, Lucca SR. Prevalence of burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):253-60.
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias C. B., (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health Care Finance*, 2003: 29, 4.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2:13.
- Zurn P, Dolea L & Stilwell B (2005). 'Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce', ICN, Geneva.
- Ζαβαλανός Μ., (2002), *Οργανωτική Συμπεριφορά*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.
- Κάντας Α., (1998), *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) : Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Εξάντας, Αθήνα.
- Κυριαζόπουλος, Π . & Σαμαντά, Ε. (2011), “*Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*”, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.
- Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 31(2): 172-185.
- Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ. (2011), Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50(2): 231–239.
- Παπαλεξανδρή Ν., Μπουραντάς Δ., (2003), *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα
- Πολυχρονίου Π., (2008), *Διοίκηση Συγκρούσεων (Σημειώσεις)*, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών , Πάτρα
- Τερζίδης Κ., Τζωρτζάκης Κ., (2004), *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*, Εκδόσεις Rosili, Αθήνα
- Φαναριώτη Π., (2003), *Διοίκηση Προσωπικού*, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα
- Χυτήρης Λ., (2001), *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα



Ψαρρού Μ, Ζαφειρόπουλος, Κ. (2001). Τεχνικές δειγματοληψίας.  
Επιστημονική έρευνα: θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες,  
Αθήνα: Μεταίχμιο.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Λ. Μεσογείων 154,  
τ.κ. 11527  
Τμ. Γραμματείας  
Πληρ.: Ε.Τόλη  
Τηλ.:2132032158

Αθήνα, 24-1-18

Αρ. Πρωτ. 2640

Προς: κα Νασιάκου Παρασκευή  
Νοσηλεύτρια Μ.Τ.Ν.

Θέμα: «Έγκριση διενέργειας έρευνας».

Σε απάντηση της αριθμ. 34536/15-11-2017 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στη 13<sup>η</sup>/18.12.2017 τακτική συνεδρίαση του ομόφωνα γνωμοδότησε θετικά και ενέκρινε την υλοποίηση έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Η αξιολόγηση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας ως παράγοντας επιρροής του συστήματος αμοιβής».

Ο σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται η αξιολόγηση του προσωπικού που εργάζεται σε μονάδες υγείας καθώς και τα συστήματα αμοιβής που επικρατούν σε αυτές.

Η διεξαγωγή της έρευνας θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίου στο ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό των ακόλουθων κλινικών και τμημάτων: Νευροχειρουργικής, Νεφρολογικής, Αγγειοχειρουργικής, Γ' Χειρουργικής, Αιματολογικής, Ουρολογικής, Ω.Ρ.Λ., Καρδιολογικής, Α' Πανεπιστημιακής Οφθαλμολογικής και Νευρολογικής όπου και υπάρχει η αντίστοιχη έγκριση για τη διεξαγωγή της έρευνας των Διευθυντών των τμημάτων και κλινικών.

Για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σύμφωνη η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κα Γιαννούλα Νταβώνη. Για το διοικητικό προσωπικό η Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας, κα Παπαχρήστου Αργυρώ καθώς και για το ιατρικό προσωπικό είναι σύμφωνος ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, κ. Δημοσθένης Τσούτσος.

Επισημαίνεται, ότι θα πρέπει να τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας κατά τη συλλογή των δεδομένων. Θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και με την ολοκλήρωση της πλωματικής σας εργασίας θα κατατεθεί αντίγραφο στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Η Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας  
Αργυρώ Παπαχρήστου



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΤ

*[Signature]*  
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"  
Χ. ΚΟΛΩΝΗ - ΜΑΝΟΥΣ  
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΟΙΚ  
ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡ

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΜΟΙΒΗΣ**

Αξιότιμοι κυρίες και κύριοι,

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Στόχος της διπλωματικής είναι να συγκρίνει την ύπαρξη αξιολόγησης και την σύνδεση αυτής με το σύστημα αμοιβής του ανθρώπινου δυναμικό στο δημόσιο τομέα υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής.

Δεν θα γίνει αναφορά στο Νοσοκομείο ή στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική. Θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων της έρευνας. Δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο ή τους συμμετέχοντες. Η συνεργασία σας και η ειλικρίνεια στις απαντήσεις σας είναι απαραίτητη και πολύτιμη.

Με εκτίμηση,

Νασιάκου Παρασκευή

## A. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. **Φύλο:** Άνδρας  Γυναίκα

2. **Ηλικία:** 18-35  36-50  51και άνω

3. **Οικογενειακή κατάσταση:** Έγγαμος/η  Άγαμος/η   
Διαζευγμένος/η  Χήρος/α

4. **Εκπαίδευση:** Υποχρεωτική  Λύκειο  ΑΕΙ/ΤΕΙ   
Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

5. **Χρόνια Προϋπηρεσίας σε Νοσοκομείο:** έως 10  11-20  21-και άνω

6. **Τομέας Εργασίας:** Ιατρός  Νοσηλεύτης/τρια  Διοικητικό Προσωπικό

Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό

7. **Θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία:** Γενικός Δ/ντής  Διευθυντής

Προϊστάμενος Τμήματος  Υπάλληλος

8. **Η σχέση εργασίας με το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε είναι:**

Ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης

Ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης

Αορίστου χρόνου πλήρους απασχόλησης

Αορίστου χρόνου μερικής απασχόλησης

## **B. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

### **1. Ο θεσμός της αξιολόγησης είναι (πολλαπλές απαντήσεις):**

Απαραίτητος για την παρακίνηση και βελτίωση του προσωπικού

Εντοπίζει τις ανάγκες/ αδυναμίες του προσωπικού

Δημιουργεί καλές σχέσεις με τους συναδέλφους

Γραφειοκρατικός, δαπανηρός, αναποτελεσματικός

### **2. Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις :**

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Απόλυτα</b>
Γνωρίζετε με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία;				
Είστε ικανοποιημένος από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία;				
Θεωρείτε επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία;				
Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων;				
Υπάρχει σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου				

### **3. Σε ποιο βαθμό Διαφωνείτε ή Συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:**

<b>Η αξιολόγησή μου:</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>

<b>Η αξιολόγηση μου:</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>
Είναι αντικειμενική					
Έχει επηρεάσει θετικά την θέση μου στο Νοσοκομείο.					
Έχει επηρεάσει θετικά τον μισθό μου					
Έχει βελτιώσει την απόδοσή μου					
Έχει επηρεάσει τις σχέσεις μου με τους συναδέλφους					

**4. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι τα παρακάτω οδηγούν σε σφάλματα αξιολόγησης;**

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
Κομματικές προκαταλήψεις					
Επιείκεια ή αυστηρότητα					
Αποφυγή συγκρούσεων					
Προτεινόμενη βαθμολογία					

**5. Υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεστε;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

**6. Αν ΝΑΙ, πόσοι ικανοποιημένοι είστε από τον τρόπο που γίνεται η αξιολόγηση;**

(παρακαλώ, κυκλώστε τον βαθμό, όπου 1 = καθόλου, 2 = λίγο, 3= μέτρια, 4 = πολύ, 5 = πάρα πολύ)

**1      2      3      4      5**

**7. Πόσο συχνά, εφαρμόζεται το σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζομαι;**

(παρακαλώ, κυκλώστε τον βαθμό, όπου 1= καθόλου, 2 = ελάχιστα, 3 = σε μέτρια συχνότητα, 4=αρκετά συχνά, 5 πολύ συχνά)

1      2      3      4      5

**8. Θεωρείτε πως πρέπει να εφαρμοστεί ένα Ενιαίο Σύστημα Αξιολόγησης για τα Νοσοκομεία;**

ΝΑΙ     ΟΧΙ     Δεν ξέρω /Δεν απαντώ

**Γ. ΑΜΟΙΒΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

**1. Σε ποιο βαθμό Διαφωνείτε ή Συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα και τις αρμοδιότητες μου.					
Είμαι ικανοποιημένος από τα επιδόματα που λαμβάνω.					
Είμαι ικανοποιημένος από τις αυξήσεις στο μισθό μου.					
Είμαι ικανοποιημένος με το σύστημα αμοιβών του Νοσοκομείου.					
Η αμοιβή μου καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης μου.					
Η αμοιβή μου ορίζεται βάση του αποτελέσματος στην εργασία μου.					



	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η αμοιβή μου είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους μου.					

**2. Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με το τι σας εκφράζει καλύτερα.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΙΘΑΝΟΝ
Η σύνδεση της απόδοσης με τις αποδοχές θα βελτιώσει τις οικονομικές απολαβές μου.			
Το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά την απόδοσή μου.			
Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης θα πρέπει να συνδεθούν με την βαθμολογική εξέλιξη του υπαλλήλου.			
Η συνέντευξη πρέπει να διατηρηθεί ως μέσο αξιολόγησης.			
Η σύνδεση της απόδοσης κάθε υπαλλήλου με τις αποδοχές του θα επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σχέσεις των υπαλλήλων.			
Το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά τη παροχή υπηρεσιών υγείας.			

**3. Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης των υπαλλήλων πρέπει να γίνεται:**

Σε ατομικό επίπεδο

Σε επίπεδο τμήματος

**4. Ποιά από τις ακόλουθες αρχές θεωρείτε ότι είναι σημαντικότερη για το σύστημα αμοιβών;**

Περιοδικότητα

Σταθερότητα

Αντικειμενικότητα

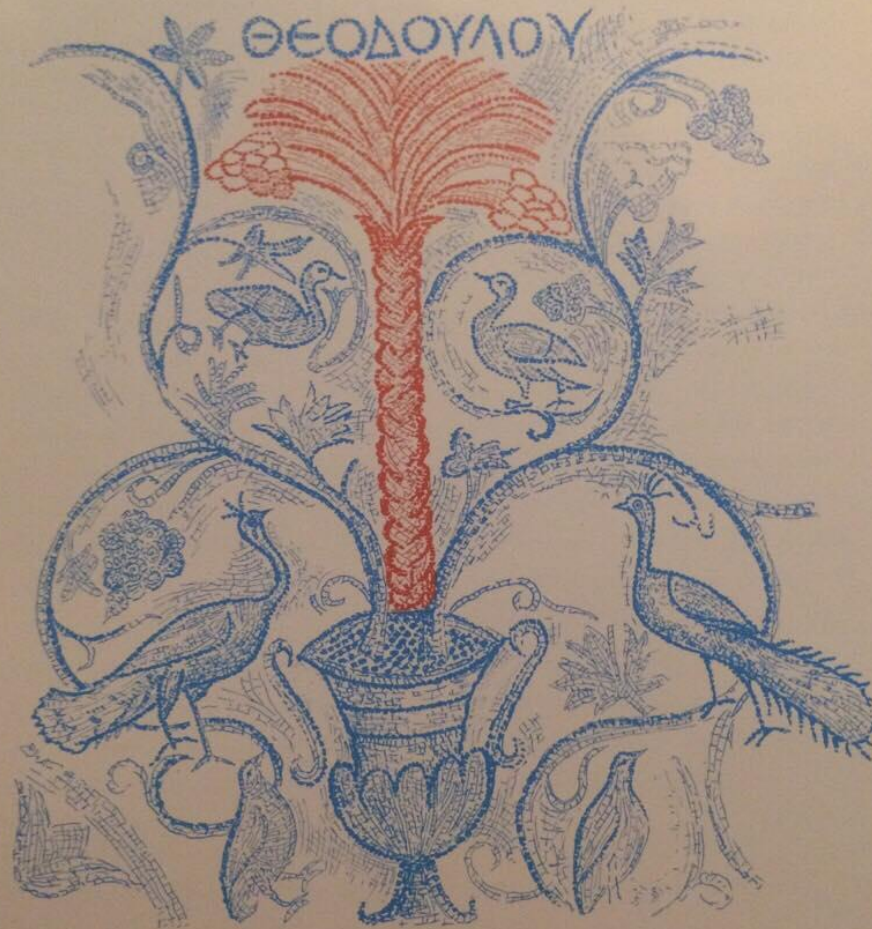
## Δ. ΗΘΙΚΗ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Παρακαλώ σημειώστε **Ν** για Ναι και **Ο** για Όχι εάν ισχύει στο νοσοκομείο σας αυτός ο τρόπος επιβράβευσης και δηλώστε πόσο σημαντικός είναι:

Τρόποι Επιβράβευσης	N/O	Καθόλου Σημαντικό	Μέτρια	Πολύ σημαντικό
Κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας.				
Αναγνώριση και επιβράβευση της προσφοράς και της επίδοσης συγκεκριμένων εργαζομένων με ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς στα ενδο-υπηρεσιακά συμβούλια – σεμινάρια.				
Προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα				
Παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης				
Παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης				
Επιβράβευση της προσπάθειας του προσωπικού με μερική ή ολική επιχορήγηση, για συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια εντός και εκτός Ελλάδας				
Παροχή τιμητικής άδειας σε περιπτώσεις επίτευξης συγκεκριμένων στόχων				

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!**

το δένδρο



Εικόνα 2

*"Περί των εν παραδείσω ξύλων, του της ζωής ξύλου καί της γνώσεως"*

Σχολάριος, Γ. Γεμιστός, 15<sup>ος</sup> αιώνας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΠΙΝΑΚΕΣ

**Πίνακας 20: Γνωρίζετε με λεπτομέρειες την διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσής σας που διενεργείτε στην υπηρεσία;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	101	30,1
Λίγο	175	52,2
Πολύ	52	15,5
Απόλυτα	5	1,5
Καμία απάντηση	2	0,6

**Πίνακας 21: Είστε ικανοποιημένος από την διαδικασία της αξιολόγησης απόδοσης που διενεργείτε στην υπηρεσία;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	127	37,9
Λίγο	180	53,7
Πολύ	20	6,0
Απόλυτα	3	0,9
Καμία απάντηση	5	1,5

**Πίνακας 22: Θεωρείτε επαρκή την παρούσα μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των υπαλλήλων που υπάρχει στην υπηρεσία;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	142	42,4
Λίγο	172	51,3
Πολύ	11	3,3
Απόλυτα	3	0,9
Καμία απάντηση	7	2,1

**Πίνακας 23: Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης βοηθά τη διοίκηση της Υπηρεσίας στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	100	29,9
Λίγο	164	49,0
Πολύ	54	16,1
Απόλυτα	12	3,6
Καμία απάντηση	5	1,5

**Πίνακας 24: Υπάρχει σύνδεση της αξιολόγησης της απόδοσης με τους στόχους που θέτονται κάθε φορά από τη Διοίκηση του νοσοκομείου**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	122	36,4
Λίγο	171	51,0
Πολύ	27	8,1
Απόλυτα	8	2,4
Καμία απάντηση	7	2,1

**Πίνακας 25: Είναι αντικειμενική**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	38	11,3
Διαφωνώ	115	34,3
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	146	43,6
Συμφωνώ	26	7,8
Συμφωνώ απόλυτα	5	1,5
Καμία απάντηση	5	1,5

**Πίνακας 26: Έχει επηρεάσει θετικά την θέση μου στο Νοσοκομείο.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	115	34,3
Διαφωνώ	150	44,8
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	47	14,0
Συμφωνώ	15	4,5
Συμφωνώ απόλυτα	1	0,3
Καμία απάντηση	7	2,1

**Πίνακας 27: Έχει επηρεάσει θετικά τον μισθό μου**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	147	43,9
Διαφωνώ	150	44,8
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	23	6,9
Συμφωνώ	4	1,2
Συμφωνώ απόλυτα	2	0,6
Καμία απάντηση	9	2,7

**Πίνακας 28: Έχει βελτιώσει την απόδοσή μου**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	123	36,7
Διαφωνώ	153	45,7
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	36	10,7
Συμφωνώ	13	3,9
Συμφωνώ απόλυτα	1	0,3
Καμία απάντηση	9	2,7

**Πίνακας 29: Έχει επηρεάσει τις σχέσεις μου με τους συναδέλφους**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	134	40,0
Διαφωνώ	140	41,8
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	40	11,9
Συμφωνώ	8	2,4
Συμφωνώ απόλυτα	6	1,8
Καμία απάντηση	7	2,1

**Πίνακας 30: Κομματικές προκαταλήψεις**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	10	3,0
Λίγο	7	2,1
Μέτρια	25	7,5
Πολύ	167	49,9
Πάρα πολύ	123	36,7
Καμία απάντηση	3	0,9

**Πίνακας 31: Επιείκεια ή αυστηρότητα**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	3	0,9
Λίγο	19	5,7
Μέτρια	156	46,6
Πολύ	109	32,5
Πάρα πολύ	43	12,8
Καμία απάντηση	5	1,5

**Πίνακας 32: Αποφυγή συγκρούσεων**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	5	1,5
Λίγο	23	6,9
Μέτρια	151	45,1
Πολύ	103	30,7
Πάρα πολύ	49	14,6
Καμία απάντηση	4	1,2

**Πίνακας 33: Προτεινόμενη βαθμολογία**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	11	3,3
Λίγο	22	6,6
Μέτρια	164	49,0
Πολύ	85	25,4
Πάρα πολύ	45	13,4
Καμία απάντηση	8	2,4

**Πίνακας 34: Υπάρχει σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζεστε;**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	34	10,1
ΝΑΙ	199	59,4
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	101	30,1
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 35: Αν ΝΑΙ, πόσοι ικανοποιημένοι είστε από τον τρόπο που γίνεται η αξιολόγηση;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	26	7,8
Λίγο	116	34,6
Μέτρια	73	21,8
Πολύ	6	1,8
Πάρα πολύ	1	0,3
Καμία απάντηση	113	33,7

**Πίνακας 36: Πόσο συχνά, εφαρμόζεται το σύστημα αξιολόγησης στο Νοσοκομείο που εργάζομαι;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	44	13,1
Ελάχιστα	129	38,5
Σε μέτρια συχνότητα	69	20,6
Αρκετά συχνά	15	4,5
Πολύ συχνά	3	0,9
Καμία απάντηση	75	22,4

**Πίνακας 37: Θεωρείτε πως πρέπει να εφαρμοστεί ένα Ενιαίο Σύστημα Αξιολόγησης για τα Νοσοκομεία;**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	14	4,2
ΝΑΙ	294	87,8
Δεν ξέρω /Δεν απαντώ	25	7,5
Καμία απάντηση	2	0,6

**Πίνακας 38: Ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα και τις αρμοδιότητες μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	160	47,8
Διαφωνώ	140	41,8
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	26	7,8
Συμφωνώ	8	2,4
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 39: Είμαι ικανοποιημένος από τα επιδόματα που λαμβάνω.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	169	50,4
Διαφωνώ	142	42,4
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	20	6,0
Συμφωνώ	3	0,9
Καμία απάντηση	1	0,3



**Πίνακας 40: Είμαι ικανοποιημένος από τις αυξήσεις στο μισθό μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	189	56,4
Διαφωνώ	126	37,6
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	18	5,4
Συμφωνώ	1	0,3
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 41: Είμαι ικανοποιημένος με το σύστημα αμοιβών του Νοσοκομείου**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	175	52,2
Διαφωνώ	129	38,5
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	28	8,4
Συμφωνώ	2	0,6
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 42: Η αμοιβή μου καθορίζεται από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	204	60,9
Διαφωνώ	109	32,5
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	18	5,4
Συμφωνώ	3	0,9
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 43: Η αμοιβή μου ορίζεται βάση του αποτελέσματος στην εργασία μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	212	63,3
Διαφωνώ	105	31,3
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	15	4,5
Συμφωνώ	3	0,9

**Πίνακας 44: Η αμοιβή μου είναι δίκαιη σε σχέση με τους συναδέλφους μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	71	21,2
Διαφωνώ	71	21,2
Ούτε διαφωνώ- ούτε συμφωνώ	43	12,8
Συμφωνώ	27	8,1
Συμφωνώ απόλυτα	121	36,1
Καμία απάντηση	71	21,2

**Πίνακας 45: Η σύνδεση της απόδοσης με τις αποδοχές θα βελτιώσει τις οικονομικές απολαβές μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	39	11,6
ΝΑΙ	140	41,8
Πιθανόν	155	46,3
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 46: Το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά την απόδοσή μου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	57	17,0
ΝΑΙ	140	41,8
Πιθανόν	138	41,2

**Πίνακας 47: Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης θα πρέπει να συνδεθούν με την βαθμολογική εξέλιξη του υπαλλήλου.**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	28	8,4
ΝΑΙ	218	65,1
Πιθανόν	86	25,7
Καμία απάντηση	3	0,9

**Πίνακας 48: Η συνέντευξη πρέπει να διατηρηθεί ως μέσο αξιολόγησης.**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	43	12,8
ΝΑΙ	223	66,6
Πιθανόν	67	20,0
Καμία απάντηση	2	0,6

**Πίνακας 49: Η σύνδεση της απόδοσης κάθε υπαλλήλου με τις αποδοχές του θα επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σχέσεις των υπαλλήλων.**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	29	8,7
ΝΑΙ	94	28,1
Πιθανόν	211	63,0
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 50: Το σύστημα αξιολόγησης θα επηρεάσει θετικά τη παροχή υπηρεσιών υγείας.**

	Αριθμός	Ποσοστό
ΟΧΙ	27	8,1
ΝΑΙ	189	56,4
Πιθανόν	118	35,2
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 51: Θεωρείτε ότι η αξιολόγηση της απόδοσης των υπαλλήλων πρέπει να γίνεται:**

	Αριθμός	Ποσοστό
Σε ατομικό επίπεδο	227	67,8
Σε επίπεδο τμήματος	38	11,3
Και τα δύο	67	20,0
Καμία απάντηση	1	0,3

**Πίνακας 52: Ποια από τις ακόλουθες αρχές θεωρείτε ότι είναι σημαντικότερη για το σύστημα αμοιβών;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Περιοδικότητα	6	1,8
Σταθερότητα	59	17,6
Αντικειμενικότητα	266	79,4
Καμία απάντηση	3	0,9

**Πίνακας 53: Κοινοποίηση σε όλο το προσωπικό ενός επιτεύγματος ως αποτέλεσμα ομαδικής ή ατομικής προσπάθειας.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	12	3,6
Μέτρια	98	29,3
Πολύ σημαντικό	202	60,3
Καμία απάντηση	23	6,9

**Πίνακας 54: Αναγνώριση και επιβράβευση της προσφοράς και της επίδοσης συγκεκριμένων εργαζομένων με ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς στα ενδο-υπηρεσιακά συμβούλια – σεμινάρια.**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	9	2,7
Μέτρια	102	30,4
Πολύ σημαντικό	200	59,7
Καμία απάντηση	24	7,2

**Πίνακας 55: Προαγωγή του προσωπικού που εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις της θέσης και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	5	1,5
Μέτρια	45	13,4
Πολύ σημαντικό	257	76,7
Καμία απάντηση	28	8,4

**Πίνακας 56: Παροχή υποτροφιών για εμπλουτισμό γνώσεων και ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	3	0,9
Μέτρια	38	11,3
Πολύ σημαντικό	266	79,4
Καμία απάντηση	28	8,4

**Πίνακας 57: Παροχή εκπαιδευτικής άδειας για απόκτηση επαγγελματικών τίτλων, σχετικών με τα καθήκοντα της θέσης ως αποτέλεσμα εξαιρετικής απόδοσης**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	3	0,9
Μέτρια	45	13,4
Πολύ σημαντικό	260	77,6
Καμία απάντηση	27	8,1

**Πίνακας 58: Επιβράβευση της προσπάθειας του προσωπικού με μερική ή ολική επιχορήγηση, για συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια εντός και εκτός Ελλάδας**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	4	1,2
Μέτρια	47	14,0
Πολύ σημαντικό	260	77,6
Καμία απάντηση	24	7,2

**Πίνακας 59: Παροχή τιμητικής άδειας σε περιπτώσεις επίτευξης συγκεκριμένων στόχων**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου Σημαντικό	13	3,9
Μέτρια	48	14,3
Πολύ σημαντικό	249	74,3
Καμία απάντηση	25	7,5