



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Οικονομική κρίση στην Ελλάδα:

Συγκρούσεις στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Άννα Ελευθεριάδου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κατερίνα Φαμέλη

Ιούνιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Οικονομική κρίση στην Ελλάδα:
Συγκρούσεις στα Δημόσια Νοσοκομεία.*

Άννα Ελευθεριάδου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Κατερίνα Φαμέλη

Ιούνιος, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	6
Ελληνική περίληψη	7
Αγγλική περίληψη	9
Εισαγωγή	
1 Εισαγωγή	11
1.1 Καταγραφή προβλήματος	11
1.2 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	12
1.3 Σκοποί και στόχοι	13
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	
2.1 Εισαγωγή	14
2.1.1 <i>Εικόνα:</i> Άνθρωπος, Εσωτερικό και Εξωτερικό περιβάλλον της επιχειρήσεις και οι παράγοντές τους	15
2.2 Στατιστικό προφίλ της Ελλάδας (2007-2012)	18
2.2.1 Πίνακας: Στατιστικό προφίλ Ελλάδας με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2013)	18
2.2.1 <i>Γράφημα:</i> Γραφική αναπαράσταση πληθυσμού της Ελλάδας, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 13/11/2013	19
2.2.2 <i>Γράφημα:</i> Γραφική αναπαράσταση πληθωρισμού και ανεργίας στην Ελλάδα, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 13/11/2013	20
2.3 Πώς η οικονομική κρίση επηρεάζει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	20
2.3.1 Τι είναι ένα σύστημα Υγείας	20
2.3.2 Που κατατάσσεται το σύστημα υγείας της Ελλάδας	21
2.3.2.1 Πίνακας: Στατιστικά στοιχεία για την Υγεία για τις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο χώρες ΟΟΣΑ, με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2013)	22
2.3.2.1 <i>Γράφημα:</i> Γραφική αναπαράσταση Συνολικών δαπανών υγείας της Ελλάδας και κατά μέσο όρο χωρών ΟΟΣΑ βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013	23
2.3.2.2 <i>Γράφημα:</i> Γραφική αναπαράσταση των ιδιωτικών και δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 13/11/2013	24
2.3.2.3 <i>Γράφημα:</i> Γραφική αναπαράσταση δημοσίων δαπανών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013	24

2.3.2.4	<i>Γράφημα: Γραφική αναπαράσταση γιατρών (πυκνότητα ανά 1000 κατοίκους) στις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013</i>	25
2.3.2.5	<i>Γράφημα: Γραφική αναπαράσταση των νοσηλευτών (πυκνότητα ανά 1000 κατοίκους) στις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013</i>	26
2.3.3	Τι είναι ένα Δημόσιο Νοσοκομείο	27
2.3.4	Πώς η οικονομική κρίση επηρεάζει το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα	28
2.3.5	Η οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία	30
2.3.5.1	Πίνακας: Συνέπιες αύξησης ανεργίας κατά 1%	30
2.3.5.2	Πίνακας: Ποσοστιαία αύξηση ανεργίας σε σχέση με την ποσοστιαία αύξηση Αυτοκτονιών	31
2.4	Συγκρούσεις	31
2.4.1	Πίνακας: Μορφές σύγκρουσης	32
2.4.2	Πίνακας: Τέσσερις κατηγορίες ανθρώπων οι οποίοι αναμεγνύονται στην σύγκρουσης	32
2.4.3	Πίνακας: Ταξινόμηση σύγκρουσης	33
2.4.4	Πίνακας: Ταξινόμηση ενδογενών συγκρούσεων	33
2.4.1	Ιστορική αναδρομή των ερευνών για τις συγκρούσεις	34
2.4.2	Αιτίες των συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον	38
2.4.2.1	Πίνακας: Αιτίες συγκρούσεων	39
2.4.3	Η οικονομική κρίση λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο	40
2.4.4	Η οικονομική κρίση προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο	41
2.4.4.1	Πίνακας: Οικονομική κρίση ως αίτια και παράγοντες	43
2.5	Ανασκόπηση των αιτιών και των παραγόντων οικονομικής κρίσης σε συχνότητα συγκρούσεων σε δημόσιο νοσοκομείο	43
2.5.1	Χαρακτηριστικά εργαζομένων	44
2.5.1.1	Πίνακας: Χαρακτηριστικά εργαζομένων ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	44
2.5.2	Ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία	45
2.5.2.1	Πίνακας: Ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	45
2.5.3	Συχνότητα αντιπαράθεσης στο χώρο εργασίας	46
2.5.3.1	Πίνακας: Αντιπαράθεση στο χώρο εργασίας ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	46

2.5.4	Εκδήλωση είδους συμπεριφοράς στην αντιπαράθεση και ευτυχία στο χώρο εργασίας	46
2.5.4.1	Πίνακας: Συμπεριφορά στην αντιπαράθεση και βαθμός ευτυχίας στην εργασία ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	47
2.5.5	Διερεύνηση συνθηκών εργασίας	47
2.5.5.1	Πίνακας: Συνθήκες εργασίας ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	48
2.5.6	Διερεύνηση αποτελεσματικότητας στο χώρο εργασίας	49
2.5.6.1	Πίνακας: Αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	50
2.5.7	Διερεύνηση αιτιών αντιπαράθεσης μέσα στο χώρο εργασίας από εξωτερικούς παράγοντες	50
2.5.7.1	Πίνακας: Εξωτερικοί παράγοντες ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης	51
2.6	Συμπεράσματα - Συζήτηση	51

Μεθοδολογία

3	Μεθοδολογία	53
3.1	Γενικά για τη μεθοδολογία της μελέτης	53

Συζήτηση

4	Συζήτηση	54
4.1	Περιορισμοί της μελέτης	54
4.2	Συμπεράσματα	55
4.3	Πρόταση για μελλοντική μελέτη	55

Βιβλιογραφία

5	Βιβλιογραφία	56
5.1	Ελληνική βιβλιογραφία	56
5.2	Ξένη βιβλιογραφία	62

Ευχαριστίες

Θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω τόσο τον σύζυγό μου, τον κ. Πιλαφίδη Δημήτριο, όσο και τα τρία μικρά παιδιά, την Αικατερίνη – Κοσμαή, τη Βασιλεία – Ηρακλεία και τον Αλέξανδρο που μου έδωσαν την απεριόριστη αγάπη, την κατανόηση, τη δυνατότητα να σπουδάσω, την παρακίνηση και την απεριόριστη βοήθεια καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Και, φυσικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της μεταπτυχιακής μου εργασίας την κ. Κατερίνα Φαμέλη, για τον πολύτιμο χρόνο της, τον οποίο μου διέθετε με πολύ προθυμία, για τις μεγάλες αξίας κύριες καθοδηγήσεις και συμβουλές της κατά την πρόοδο της εργασίας.

Χωρίς τη βοήθεια των ανθρώπων που αναφερθήκαν παραπάνω η ολοκλήρωση της εργασίας θα ήταν εξαιρετικά δύσκολη.

Περίληψη

Εισαγωγή:

Τα άτομα της σύγχρονης κοινωνίας κτίζουν τη ζωή τους με βάση την εργασία και την οικονομική τους κατάσταση. Η βάση αυτή διαμορφώνει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το επίπεδο μόρφωσης, τον τρόπο, χώρο και χρόνο διαβίωσης και την υγεία των ανθρώπων. Η ζωή ενός ανθρώπου αλληλοεπιδράται και αλληλοεξαρτάται από τις σχέσεις (οικονομικές και προσωπικές), την επικοινωνία σε αυτές και από τις δραστηριότητες του Κράτους.

Η Ελλάδα περνάει την περίοδο της οικονομικής κρίσης μέσα σε νέα μορφή οικονομικής πραγματικότητας. Ο Δημόσιος τομέας είναι μεγάλος και άκαμπτος με μεικτό σύστημα υγείας. Ένα ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο λειτουργεί με σκοπό την παροχή φροντίδας υγείας ισότιμα για κάθε πολίτη, απασχολεί πολλά άτομα με διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης, διαφορετικές ηλικίες, διαφορετικό εισόδημα, είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός δημοσίου δικαίου.

Η περικοπή Κρατικών δαπανών για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, ως ένα από τα μετρά αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης σε συνδυασμό με την ανεπαρκή διαχείριση μέσα στις υπηρεσίες αυτές, έχει, ως αποτέλεσμα, την έλλειψη προσωπικού, υλικών και φαρμάκων, έτσι προσφέρονται Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας χαμηλότερης ποιότητας και λιγότερης ποσότητας. Οι ασθενείς στρέφονται στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας και αυξάνουν τη ζήτηση για τις υπηρεσίες αυτές, λόγω μειωμένου οικογενειακού προϋπολογισμού εξαιτίας της οικονομικής στενότητας.

Σκοπός:

Η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης της οικονομικής κρίσης ως αίτιο των συγκρούσεων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο, της πιθανής επίδρασης του εξωτερικού περιβάλλοντος του Οργανισμού στο εσωτερικό περιβάλλον και στον άνθρωπο ως κύριο, κεντρικό σημείο της επιχείρησης και της κοινωνίας.

Μεθοδολογία:

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της οικονομικής κρίσης συνδυάζεται με την παρουσίαση και την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων, που έχουν αντληθεί από τις βάσεις δεδομένων Eurostat (19/12/2013), ΟΟΣΑ (30/10/13 και 13/10/13) και τη χρήση βιβλιογραφικών αναφορών από τη διεθνή βιβλιογραφία. Η ανάπτυξη της κατάταξης του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας γίνεται με την βοήθεια των βιβλιογραφικών αναφορών

και με τη χρήση των στατιστικών δεδομένων από τις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ (2013). Η ανάπτυξη του θέματος των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας, έγινε με άντληση πληροφοριών από προγενέστερες έρευνες. Τα γενικά συμπεράσματα βγήκαν από τη σύνδεση διαφορετικών μεταξύ τους στοιχείων με βάση το γενικό στόχο του θέματος, των στοιχείων που φαίνονται ότι δεν έχουν σχέση μεταξύ τους, αλλά ασκούν ταυτόχρονη επίδραση έτσι ώστε να προκαλούν ένα αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα:

Η οικονομική κρίση παράγει την ανεργία, η ανεργία παράγει τη φτώχεια, η φτώχεια παράγει την ασθένεια. Η οικονομική κρίση προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις. Οι εργασιακές συγκρούσεις είναι ένα καθημερινό φαινόμενο.

Όλοι οι παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων και τα στοιχεία του χαρακτήρα τους, οι σχέσεις (οικογενειακές, φιλικές, εργασιακές) και επικοινωνία σε αυτές, ο βαθμός της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία, οι συνθήκες και η αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας, οι πολιτικές αντιλήψεις, η συνδικαλιστική πόλωση, η συχνότητα των συγκρούσεων επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων. Όλα αυτά τα στοιχεία μπορεί να δείχνουν εντελώς ανόμοια μεταξύ τους, αλλά συνδέονται μεταξύ τους αποτελώντας ένα σύνολο που μπορεί να προκαλούν τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Εν κατακλείδι, η οικονομική κρίση λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας της υγείας των ατόμων, της συχνότητας εμφάνισης συγκρούσεων, επίσης λειτουργεί ως αίτιο των συγκρούσεων στο εργασιακό χώρο. Η οικονομική κρίση προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο.

Λέξεις –κλειδιά: Οικονομική κρίση της Ελλάδας, Αιτίες Συγκρούσεων, Δημόσιο Νοσοκομείο.

Summary

Background:

The people of modern society build their lives based on the work and financial situation those. This based forming the personality traits, education level, mode, time and place of living and health of people. The life of a human interacting and interdependent relationships of (financial and personal), communicating to them and the activities of the State.

The Greece passes the period of economic crisis in a new form of economic reality. The public sector is large and rigid with mixed health system. A Greek Public Hospital operates with the purpose of providing health care for all citizens equally, employs many people with different education levels, different ages, different income is a non-profit organization governed by public law.

The cut government spending for the Public Health Services, as one of the measures to address the economic crisis combined with inadequate management within these services, has, as a result, lack of personnel, materials and medicines, Public Health Services offered lower quality and less quantity. Patients are turning to public health services and increase the demand for these services due to reduced household budget due to the economic crunch.

Aim:

Investigate the possible impact of the economic crisis as a cause of conflict in a public hospital, the external environment as a influence in the Internal environment and the humans as Centro as most important entity of business and society

Methods:

The research of the economic crisis is done by combined with the presentation and analysis of statistical data from the databases of Eurostat (Eurostat, 19/12/2013) and the International Cooperation and Development (OECD, 30/10/13 and 13/10/13) and the bibliography review. The development of the classification of the health system in Greece is done by means of bibliography references and use of statistics from OECD databases (2013). Conflicts as a matter is developed by gathering information from previous surveys. The general conclusions emerged from the connection between the different elements, based on the overall

objective of the theme, the elements seem to be independently to each other, but simultaneously exert influence so as to produce one result.

Conclusions:

The economic crisis acts as an aggravating factor the health of individuals, the incidence of conflict, also functions as a cause of conflict in the workplace. Labor conflicts are a daily occurrence. The economic crisis causes and affects conflict in a Public Hospital.

All factors such as the characteristics of workers and elements of character, relationships (family, friends, work) and communication to them, a degree of employee satisfaction from work, conditions and an efficiency in the workplace, political beliefs, an trade union polarization, frequency of conflict affect the human health function as aggravating factors the conflicts. All these elements can show quite dissimilar, but are linked together forming a set that can causes a conflict in the Public Hospital as a result of the economic crisis in Greece.

In conclusion, the economic crisis serves as an aggravating factor for the health of individuals, as an aggravating impact of conflicts, also functions as a cause and factor conflict in the workplace. The economic crisis causes and affects conflict in Public Hospital.

Keywords: Economic crisis in Greece, causing conflicts, Public Hospital.

*«Όσο περισσότερο αλλάζουν τα πράγματα, τόσο περισσότερο μένουν τα ίδια»
(Montana & Charnov, 2002).*

*«Η κρίση είναι ευκαιρία για ώθηση προς αλλαγή»
(Οικονόμου και συν., 2012)*

1 Εισαγωγή

1.1 Καταγραφή προβλήματος

«Η ελληνική κρίση ξεκίνησε ως μια δημοσιονομική κρίση, σύντομα μετατράπηκε σε κρίση δημοσίου χρέους, στη συνέχεια μεταλλάχθηκε σε μια γενική ύφεση, πρωτοφανή σε βάθος και διάρκεια» (Matsaganis, 2012).

Η Ελλάδα περνάει περίοδο οικονομικής κρίσης, η οποία ξεκίνησε μετά από λανθασμένες πολιτικές Κυβερνήσεων επί σειρά ετών. Μετά τις κυβερνητικές εκλογές του Οκτωβρίου 2009, η σοσιαλιστική κυβέρνηση ανακοίνωσε ότι οι προηγούμενες δημοσιονομικές στατιστικές είχαν δηλωθεί με εσφαλμένα στοιχεία από την προηγούμενη συντηρητική κυβέρνηση (Matsaganis, 2012) και ζήτησε τη χρηματοδότηση και χρηματοδοτείται από τα κράτη μέλη της ζώνης του Ευρώ και από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Η κυβέρνηση σε ανταλλάγματα της συνεχιζόμενης χρηματοδότησης εφάρμοξε και εφαρμόζει παρεμβατικές αλλαγές στην Οικονομική και Δημοσιονομική Πολιτική της (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ιανουάριος, 2010) με ποσοτικά¹, ποιοτικά² μέσα και τις μεταρρυθμίσεις³.

Σύμφωνα με τον Μακιαβέλι (όπως είπαν οι Montana και Charnov, 2002) η επιβολή μιας νέας τάξης πραγμάτων φέρνει αλλαγές, κάθε αλλαγή συνοδεύεται με κόστη σε αυτόν που αναλαμβάνει να την ηγηθεί, γιατί είναι αβέβαιο το ζητούμενο θετικό αποτέλεσμα. Καμιά αλλαγή δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, κάθε αλλαγή επισύρει μαζί της και τις αλλαγές στις συνήθειες και στις συμπεριφορές των ανθρώπων, όσο στην προσωπική τους ζωή, τόσο και στη διοργάνωση, υλοποίηση και εκτέλεση των εργασιών στην εργασία τους.

Ο δημόσιος τομέας στην Ελλάδα (Αναγνωστόπουλος και συν., 2013) δεν είναι σε καλή κατάσταση. Το κράτος πρόνοιας το ίδιο συνέβαλε στη δημοσιονομική του κρίση, με διάφορες αποτυχίες, συμπεριλαμβανομένων των τεράστιων ελλειμμάτων σε βασικά προγράμματα, όπως στις συντάξεις και στην υγεία (Matsaganis, 2011).

¹ οικονομικά μεγέθη πχ. δημόσιες δαπάνες, δημόσιες επενδύσεις, φόροι κτλ.

² θεσμικοί κανόνες πχ. ρύθμιση των ωρών εργασίας, θέσπιση ή κατάργηση κλειστών επαγγελμάτων

³ οι ριζικές μεταβολές στις διαρθρώσεις πχ. φορολογικές μεταρρυθμίσεις κλπ. (Βαβούρας 2005).

Ένα από τα μέτρα της κυβέρνησης ως αντιμετώπιση δημοσίου ελλείμματος είναι οι περικοπές δημοσίων δαπανών. (Τσαλακοπούλου & Σαράφης, 2013). Οι περικοπές δημοσίων δαπανών έχει έμμεση επίδραση στις ιδιωτικές δαπάνες, οδηγεί τους ανθρώπους, άμεσα, στη ζήτηση των δημοσίων υπηρεσιών και έμμεσα επιβαρύνει ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης, το κόστος, ως αποτέλεσμα περικοπών δημοσίων δαπανών για την υγεία και πολλές ασφάλειες υγείας, μαζί με κακή οργάνωση και διοίκηση του δημοσίου συστήματος έχει μετακληθεί στους ασθενείς και το περίγυρό τους.

Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα (Υφαντής και συν., 2012) είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, παρόλ' αυτά το εθνικό σύστημα υγείας (Βογιατζή, 2011) είναι διασπασμένο σε πολλά τμήματα και είναι ένας από τους λόγους ο οποίος συμβάλλει στην μειωμένη αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

Σε ένα δύσκολο καιρό, όπως η οικονομική κρίση που βιώνουν οι Έλληνες, οι άνθρωποι οδηγούνται στις συγκρούσεις. Για την επίλυση των συγκρούσεων χρησιμοποιείται από τη διοίκηση μεγάλος χρόνος, πάνω από 20% (σε ημερήσιο χρόνο), παρόλα 'αυτά μια σύγκρουση έχει αρνητικά και θετικά χαρακτηριστικά⁴ και πολλές αιτίες. Σε ένα εργασιακό χώρο οι κύριες αιτίες των συγκρούσεων είναι:

1. η προσωπικότητα του ατόμου και ο διαφορετικός τρόπος αντίληψης της πραγματικότητας
2. προσωπικά, οικογενειακά προβλήματα και προβλήματα επικοινωνίας
3. υποκειμενικό σύστημα αξιολόγησης, εξέλιξης και αμοιβών
4. όταν δεν είναι ξεκάθαρα τα όρια της ευθύνης, εξουσίας και εξουσιοδότησης
5. τα προβλήματα της οργάνωσης και ότι συνεπάγεται με αυτά

Στον υγειονομικό τομέα υπάρχει και ένας επιβαρυντικός παράγοντας, το στρεσογόνο περιβάλλον, ιδίως σε ένα Νοσοκομείο, το οποίο είναι υπεύθυνο, με την σειρά του, για της συγκρούσεις στο χώρο αυτό.

Η επίλυση των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας είναι σημαντική για την υγεία των εργαζομένων, για την αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων και τη μείωση των προστριβών μεταξύ τους και για τη βελτίωση της αποδοτικότητάς τους. Η επίλυση των συγκρούσεων μπορεί να γίνει αποτελεσματική και ριζική, εάν βρεθούν οι αιτίες αυτών.

1.2 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Ο δημόσιος τομέας υγείας είναι αντιμετώπος με την αυξημένη ζήτηση, μειωμένη προσφορά, μειωμένο προϋπολογισμό και ο λόγος είναι η οικονομική κρίση. Οι περικοπές των δαπανών για την υγεία είναι ένα από τα μέτρα τα οποία χρησιμοποιεί η κυβέρνηση για την αντιμετώπιση της κρίσης,

⁴ μπορεί οδηγήσει είτε στην καταστροφή, είτε στην ανάπτυξη

αλλά οι περικοπές δαπανών για τη δημόσια υγεία επιδρά στα άτομα και στα συστήματα υγείας με αρνητικό αποτέλεσμα (Τσαλακοπούλου & Σαράφης, 2013).

Οι συγκρούσεις στο υγειονομικό χώρο στην ήδη επιβαρημένη κατάσταση είναι αναπόφευκτες. Οι αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων αυτών οδηγούν στην:

1. χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών με μεγάλες λίστες αναμονής
2. οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και των οικογενειών τους
3. επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων

Οι συγκρούσεις έχουν και θετικά αποτελέσματα, για να τα πετύχουν οι επιχειρήσεις πρέπει να μπορούν να διαχειρισθούν σωστά, για να διαχειρισθούν σωστά πρέπει βρεθούν οι αιτίες τους, για να επιτευχθεί, στην τελική ανάλυση, η ομαλή εξυπηρέτηση της αυξημένης ζήτησης για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε ένα επιβαρημένο περιβάλλον.

1.3 Σκοποί και στόχοι

Οι παρούσα έρευνα θα εστιάσει στην οικονομική κρίση στην Ελλάδα και τη πιθανή επίδραση της, ως αίτιο, στις συγκρούσεις στο Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο. Δηλαδή θα προσπαθήσει να εξετάσει την επίδραση που δέχεται ο άνθρωπος μέσα σε ένα στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον το οποίο δέχεται έντονες πιέσεις από ένα εξωτερικό περιβάλλον το οποίο μεταβάλλεται, αλλάζει και με την σειρά του μεταβάλλει και αλλάζει την ισορροπία στο εργασιακό χώρο.

Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης των αλλαγών σε μορφή 'οικονομικής κρίσης' του εξωτερικού περιβάλλοντος στο εσωτερικό και κατ' επέκταση στον άνθρωπο και η αντίδραση του σε μορφή συγκρούσεων στο εργασιακό χώρο.

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάπτυξη του θέματος: «Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Συγκρούσεις στα Δημόσια Νοσοκομεία», με τη χρήση επιχειρημάτων από τις αξιόπιστες βιβλιογραφικές πηγές, με την τεκμηρίωση του λόγου με υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία και την ανάπτυξη των επιμέρους θεμάτων όπως:

1. Η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία των ανθρώπων
2. Η οικονομική κρίση λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας
3. Η οικονομική κρίση προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις στα Δημόσια Νοσοκομεία

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.1 Εισαγωγή

Η ζωή ενός ανθρώπου υπόκειται σε αλληλοεπιδράσεις και αλληλεξαρτήσεις από τις σχέσεις (εργασιακές, προσωπικές, οικογενειακές, κλπ.) και την επικοινωνία σε αυτές, από τις πεποιθήσεις και την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, και επηρεάζεται, με αμέτρητους τρόπους, από τις δραστηριότητες του κράτους: υγεία, άμυνα, εκπαίδευση, κοινωνική ασφάλιση, προγράμματα πρόνοιας, φορολογικές μεταρρυθμίσεις και άλλες δραστηριότητες (Stiglitz, 1992).

Η εργασία και κατ' επέκταση η οικονομική κατάσταση του σύγχρονου ανθρώπου είναι η βάση της ζωής και της προσωπικότητας του σύγχρονου ανθρώπου (Μούρα & Λύκουρα, 2011). Η εργασία αποτελεί παραγωγική δύναμη, εκεί υπάρχουν σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, εργοδοτών και του κράτους όπως και η σύγκρουση των δυνάμεων στις σχέσεις αυτές. Η οικονομική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει τους δείκτες υγείας⁵ και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Βλαχάκη, 2008).

Σ' όλες τις κοινωνίες, οι άνθρωποι είναι οικονομικά αλληλεξαρτώμενοι (Bowles & Edwards, 2001), οι σχέσεις επαγγελματικής και προσωπικής τους ζωής είναι αμφίδρομες και λειτουργούν μέσω επικοινωνίας για την εξυπηρέτηση των αναγκών τους, όπως η κάλυψη βασικών αγαθών (εύρεση τροφής, στέγης κλπ), η ενίσχυση και η διατήρηση της αίσθησης του εαυτού τους, η ανταλλαγή πληροφοριών, η αυτοανάπτυξη κ.ά. Όταν ένας άνθρωπος θέλει να στείλει μήνυμα σε έναν άλλον άνθρωπο ή στην ομάδα ανθρώπων, όπως λειτουργεί η επικοινωνία, κωδικοποιεί το μήνυμα με την κατάλληλη μορφή των λέξεων, χειρονομιών, εκφράσεων κλπ. και το στέλνει στον τελευταίο, ο τελευταίος δέχεται το μήνυμα και το ερμηνεύει σύμφωνα με τις δικές του αντιλήψεις, επίσης όλη αυτή η λειτουργία επηρεάζεται από 'το επικοινωνιακό πλαίσιο'⁶, από τις συνθήκες όλων των προαναφερομένων, μέσα σε ένα συγκεκριμένο χώρο και χρόνο (Δημητριάδης & Μιχιώτης, 2007).

⁵ π.χ. το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα

⁶ η διάταξη, η οργάνωση, η σχέση

Κάθε επιχείρηση:

1. Χρειάζεται ανθρώπινο δυναμικό, για να λειτουργήσει (Χυτήρης, 2006).
2. Περιβάλλεται από εσωτερικό περιβάλλον, δηλαδή από την κουλτούρα ενός οργανισμού, με πόρους ανθρώπινους, τεχνολογικούς, οικονομικούς και φυσικούς για την επίτευξη των στόχων της κάθε επιχείρησης. Οι πόροι αυτοί είναι περιορισμένοι (Montana & Charnov, 2002).
3. Περιβάλλεται από εξωτερικό περιβάλλον, δηλαδή από τις δυνάμεις οι οποίοι βρίσκονται έξω από ένα οργανισμό και επηρεάζουν την παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών, με παράγοντες όπως: 1) οικονομικοί, δηλαδή λειτουργεί λαμβάνοντας υπόψη ορισμένα χαρακτηριστικά οικονομίας όπως πληθωρισμό, επιτόκια, δείκτες ανεργίας, κλπ., 2) πολιτικοί, δηλαδή λειτουργεί σύμφωνα με νόμους διεθνείς, εθνικούς, τοπικούς κλπ., 3) κοινωνιολογικοί, δηλαδή λειτουργεί σύμφωνα με τις πολιτιστικές αξίες, τη δημογραφική κατάσταση, τις ηθικές αξίες και 3) τεχνολογικοί, δηλαδή λειτουργεί λαμβάνοντας υπόψη το ανθρώπινο κόστος και την πρόοδο με καινοτομίες, τεχνολογία αιχμής, κλπ. (Montana & Charnov, 2002) (εικόνα 2.1.1)



Εικόνα 2.1.1: Άνθρωπος, Εσωτερικό και Εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης και οι παράγοντές τους.

Σε κάθε επιχείρηση συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν οι τυπικές και οι άτυπες ομάδες και λειτουργούν έτσι ώστε να επιτύχουν συγκεκριμένους - προκαθορισμένους στόχους (Χυτήρης, 2006). Στην προσπάθεια αυτή δεν θα υπάρχει πάντα απόλυτη ταύτιση απόψεων, αντιλήψεων και γνώμων, ταύτιση στόχων, πλήρη αποδοχή

σχεδίων δράσεις ή και η συμφωνία ως προς την κατάλληλη συμπεριφορά. Μια τέτοια κατάσταση αναπόφευκτο θα οδηγήσει σε σύγκρουση. Οι συγκρούσεις είναι στη φύση των ανθρώπων και αποτελούν κοινωνικό φαινόμενο (Μάστακα & Φραγκάκη, 2008). Οι σχέσεις μεταξύ εργαζόμενου και εργοδότη συμβαδίζουν με την πάροδο του χρόνου και αναπτύσσονται μέσω των συλλογικών μορφών οργάνωσης, των συλλογικών τους αγώνων και των συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό είναι ένα καθημερινό φαινόμενο (Βλαχάκη, 2008, Ξάθη & Βουλαλέλη, 2009) και απασχολεί τα στελέχη της πάνω από 20% σε ημερήσιο χρόνο. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (η έρευνα έχει γίνει από τους Schmidt και Thomas, 2004) τα στελέχη των επιχειρήσεων καταναλώνουν από 18% έως 26% του χρόνου εργασίας για τη διαχείριση των συγκρούσεων. Ο χρόνος αυτός αποτελεί κόστος για μια επιχείρηση (Σπαθούλας, 2007). Οι συγκρούσεις είναι επιζήμιες για την ανταγωνιστικότητα, παράγωγη και ανάπτυξη μιας επιχείρησης, είναι ένα από τα εργασιακά προβλήματα και (όπως είτε ο Ζησιμόπουλος, 2008) έχει τις ρίζες της στα βασικά χαρακτηριστικά των βιομηχανικών κοινωνιών⁷.

Κατά τη λήψη αποφάσεων (Montana και Charnov, 2002) τα στελέχη των επιχειρήσεων πρέπει να υπολογίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά της οικονομίας, ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα τρία οικονομικά μεγέθη του εξωτερικού περιβάλλοντος:

1. πραγματικό ακαθάριστο προϊόν (ΑΕΠ)⁸
2. πληθωρισμός⁹ και
3. ποσοστό της ανεργίας¹⁰.

Το ΑΕΠ είναι ένα μέτρο της οικονομικής δραστηριότητας (Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), 2013). Το ΑΕΠ ορίζεται ως αξία όλων των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται, μείον την αξία των αγαθών και υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία τους.

Υπάρχουν επαναλαμβανόμενες περιόδους κατά τη διάρκεια των οποίων το πραγματικό ΑΕΠ μειώνεται και συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά ανεργίας, περιόδους πτώσεις των τιμών και αποπληθωρισμό. Η οικονομική κρίση χαρακτηρίζεται (depressions) από τη σοβαρή μείωση του ΑΕΠ με υψηλά ποσοστά ανεργίας, με περιόδους πτώσεις των τιμών και αποπληθωρισμό (Mankiw, 2002). Η επιδείνωση των οικονομικών μεγεθών έχει επιπτώσεις όχι μόνο στην καταναλωτική ευχέρεια των ατόμων της κοινωνίας, αλλά και στην υγεία τους, στις εκπαιδευτικές τους επιλογές, στον οικονομικό τους προγραμματισμό, στη πίστη τους στο κράτος και στους θεσμούς (Αναγνωστόπουλος & Καμινιώτης, 2013). Επίσης η οικονομική κρίση άμεσα μειώνει τα

⁷ όπως η τεχνολογία, το μέγεθος, η δομή, η ιεραρχία, η οργάνωση της αποδοτικότητας, η πειθαρχία των εργαζομένων, ο ρόλος του κράτους και κυρίως η αβεβαιότητα και η μη προβλεψιμότητα των οικονομικών γεγονότων. (Ζησιμόπουλος, 2008)

⁸ μετρά συνολικό εισόδημα όλων των μελών της οικονομίας και είναι ανάλογο με το απόθεμα χρήματος (Mankiw, 2002)

⁹ μετρά το ρυθμό αύξησης των τιμών (Mankiw, 2002)

¹⁰ μετρά το ποσοστό εργατικού δυναμικού που δεν απασχολείται (Mankiw, 2002).

έσοδα και αυξάνει τα έξοδα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και έμμεσα επιβαρύνει τη λειτουργία των δημοσίων μονάδων υγείας (Καραϊσκάκη και συν., 2012).

Με ένα νέο σκηνικό στο παγκόσμιο περιβάλλον έρχεται η παγκοσμιοποίηση ή μια νέα μορφή οικονομικής πραγματικότητας με μεγάλο ρεύμα αλλαγών σε όλο το φάσμα σχέσεων που διασταυρώνονται και αλληλεξαρτώνται μεταξύ των χρηματικών και παραγωγικών σχέσεων μέσα σε μια διαδικασία ολοκλήρωσης και οικονομικής αλληλεξάρτησης (Αργεΐτης, 2002), με μορφή: διεθνών συμφωνιών, κατάργησης φραγμών και δασμών του διεθνούς εμπορίου, άμεσων διεθνών επενδύσεων, Διάφορων Διεθνών οργανώσεων εργαζομένων και εργοδοτών, Ευρωπαϊκής Ένωσης, Διεθνές Νομισματικού Ταμείου, Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου, Παγκόσμιας Τράπεζας, Πολυεθνικών εταιριών κλπ. Οι αλλαγές στη διαδικασία ανάπτυξης και στην επίτευξη ανταγωνιστικότητας στο νέο περιβάλλον ταυτόχρονα μεταβάλουν τις εργασιακές ή βιομηχανικές σχέσεις, με αποτελέσματα (όπως αναφέρει ο Ζησιμόπουλος, 2008) την αύξηση της ανεργίας και μείωση της αναποτελεσματικότητας, τη μείωση της συνδικαλιστικής πυκνότητας και κατ' επέκταση τη μείωση της προάσπισης και διεύρυνσης των δικαιωμάτων των εργαζομένων, τη συρρίκνωση των δικαιωμάτων των εργαζομένων (πλήρους απασχόλησης και αορίστου χρόνου, δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης), η δημιουργία 'πολλαπλών ταχυτήτων' εργαζομένων ως προς το περιεχόμενο της απασχόλησης τους και η εξατομίκευση των εργασιακών σχέσεων, η αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια ως αποτέλεσμα της απελευθέρωσης των αγορών προϊόντος μακροπρόθεσμα, τη μείωση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων και οι αρνητικές επιδράσεις στην κατανάλωση λόγω απώλειας εισοδημάτων.

Οι συνδικαλιστική οργάνωση εργαζομένων στο παγκόσμιο επίπεδο, ως μορφή υπεράσπισης συμφερόντων των εργαζομένων, έρχεται με μορφές αντίδρασης μέσω των διαπραγματεύσεων και απεργιακών πιέσεων. Όμως, όπως είπε ο Ζησιμόπουλος (2008)¹¹, η συνδικαλιστική πυκνότητα έχει τη φθίνουσα τάση όπως και οι απεργιακές κινητοποιήσεις. Αυτή η φθίνουσα τάση της συνδικαλιστικής πυκνότητας και απεργιακών κινητοποιήσεων είναι ένα φαινόμενο το οποίο υπάρχει τώρα σε παγκόσμιο επίπεδο.

¹¹ Ο λόγος του αριθμού των πραγματικών - εγγεγραμμένων μελών των συνδικάτων προς τον αριθμό των δυνητικών μελών των συνδικάτων (Ζησιμόπουλος, 2008).

2.2 Στατιστικό προφίλ της Ελλάδας (2007-2012)

Ο μόνιμος συνολικός πληθυσμούς (όπως προκύπτει από την απογραφή πληθυσμού κατοίκων για έτος 2011 και σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ, 2013) στην Ελλάδα είναι 10.815.197 άτομα και αυξάνεται συνεχώς, για το έτος 2012 είναι 11.338.130 άτομα, με προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, κατά μέσο όρο, είναι 80,8 έτη.

Πίνακας 2.2.1 Στατιστικό προφίλ Ελλάδας με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2013)

Στατιστικό προφίλ της Ελλάδας, στοιχεία ΟΟΣΑ 2013						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΑΕΠ (προσέγγιση δαπάνης), Ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης, %	3,536178	-0,21511	-3,13664	-4,9437	-7,10582	-6,37337
ΑΕΠ – προβλέψεις, % μεταβολής από το προηγούμενο διάστημα	3,537972	-0,21433	-3,13611	-4,94242	-7,10484	-6,40298
Ποσοστό ανεργίας.	8,2763	7,653084	9,460314	12,53058	17,65239	24,23744
Δείκτης τιμών καταναλωτή (CPI) % μεταβολή από το προηγούμενο χρόνο	2,988506	4,232456	1,348772	4,700509	3,118561	1,036924
Αποπληθωριστής του ΑΕΠ, % μεταβολή από το προηγούμενο χρόνο	3,315423	4,722565	2,299396	1,135033	1,048082	-0,79828
Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών, % του ΑΕΠ	37,92888	38,61621	30,72591	31,519	33,14549	32,02772
Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών, % του ΑΕΠ	23,78905	24,13024	19,26339	22,24331	25,05493	26,99847
Δημόσιο χρέος, ως % του ΑΕΠ	117,7603	121,2847	137,874	130,2143	108,8175	164,1562
Δημόσιο Έλλειμμα, ως % του ΑΕΠ	-6,76151	-9,92591	-15,6257	-10,8273	-9,58991	-9,01992
Έσοδα γενικής κυβέρνησης, ως % του ΑΕΠ	40,73937	40,67236	38,35361	40,60157	42,41034	44,58347
Δαπάνες γενικής κυβέρνησης, ως % του ΑΕΠ	47,50088	50,59828	53,97929	51,42887	52,00025	53,60339
Συνολικά φορολογικά έσοδα	32,531	32,134	30,42	30,876	31,242	..
Συνολικός πληθυσμός, '000 άτομα	11192,76	11237,09	11282,76	11307,5	11299,98	11338,13
Συνολικά ποσοστά γονιμότητας, παιδιά	1,41	1,51	1,52	1,51		
Πληθυσμός νέων, ηλικίας μικρότερης των 15, % πληθυσμού	14,28302	14,30173	14,34559	14,37507	14,37985	14,14724
Ηλικιωμένοι πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω, % πληθυσμού	18,60301	18,65635	18,80871	19,09879	19,47107	19,50217
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, έτη	79,5	80	80,3	80,6	80,8	..
Δημόσιες δαπάνες για την υγεία, ως % του ΑΕΠ	5,9204	6,0704	6,9733	6,3666	5,9391	..
Ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, ως % του ΑΕΠ	3,8901	4,0563	3,0628	3,0167	3,0501	..
Δημόσιες κοινωνικές δαπάνες, ως % του ΑΕΠ	21,6	22,2	23,9	23,329	24,407	24,123
Συνολικός πληθωρισμός, ετήσιος ρυθμός αύξησης, %	2,895001	4,152796	1,210074	4,712982	3,32987	1,50152
Πληθωρισμός: είδη εκτός τροφίμων και ενέργειας, ετήσιος ρυθμός αύξησης, %	2,905149	2,869602	2,600467	3,34373	1,241043	-0,28109
Πληθωρισμός: τροφίμων, ετήσιος ρυθμός αύξησης, %	3,240945	5,364443	1,906247	0,062236	3,114145	1,50546
Πληθωρισμός: ενέργειας ετήσιος ρυθμός αύξησης, %	2,063327	13,32915	-11,7897	28,79737	16,15989	12,412
ΟΟΣΑ, Τελευταία ενημέρωση: 13 Νοέμβρη του 2013, http://oe.cd/disclaimer						
.. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία						

Ο πληθυσμός στην Ελλάδα είναι γερασμένος και οι στατιστικές του ΟΟΣΑ δείχνουν το 2012 οι νέοι κάτω των 15 ετών είναι 14,15 %, ενώ οι ηλικιωμένοι των 65 και άνω, είναι 19,5% του συνολικού πληθυσμού (πίνακας 2.2.1, γράφημα 2.2.1).



Γράφημα 2.2.1: Γραφική αναπαράσταση πληθυσμού της Ελλάδας, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 13/11/2013

Η οικονομική κατάσταση των ανθρώπων (Mankiw, 2002) εξαρτάται από τις σχετικές τιμές, δηλαδή από το μέγεθος και την αξία¹². Έτσι στην Ελλάδα (Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), 2012) το 2008 η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών ήταν 2.401,44 ευρώ και το 2012 μειώθηκε στα 1.637,10 ευρώ. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα το μεγαλύτερο μερίδιο του μέσου προϋπολογισμού οι άνθρωποι δαπανούν στα είδη διατροφής (20,1%), στη στέγαση (13,9%) και στις μεταφορές (12,8%) και το μικρότερο ποσοστό δαπανούν στην εκπαίδευση (3,5%). Το 2008 η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία ήταν 142,10€ (6,7%) και το 2012 μειώθηκε στα 104,71€ (6,4%). Η ετήσια συνολική δαπάνη ίσα με 6.822,72 €, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, είναι το κατώφλι τις φτώχειας και ανέρχεται σε 15% του πληθυσμού. Το 15% του πληθυσμού βρίσκετε σε κίνδυνο της φτώχειας. Η μειωμένη μέση δαπάνη των νοικοκυριών κατά 10,2%, επίσης καταγράφεται, σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος, αλλά εάν υπολογιστεί στη σύγκριση η επίδραση του πληθωρισμού τότε η μέση μηνιαία δαπάνη νοικοκυριών είναι μειωμένη κατά 11,6%. Ο πληθωρισμός είναι ποσοστιαία μεταβολή του μέσου επιπέδου των τιμών και είναι ένα νομισματικό φαινόμενο, όπως έγραφε ο Νομπελίστας της Οικονομικής το 1976 Milton Friedman. «*Η ρευστότητα του συστήματος σε όρους μετρημένων μονάδων (χρήματος) νομίσματος καθορίζει το επίπεδο των τιμών και ο ρυθμός αύξησης της ποσότητας του χρήματος καθορίζει το ρυθμό του πληθωρισμού*» (Mankiw, 2002). Στην Ελλάδα η τιμή του πληθωρισμού το 2009 πέφτει απότομα στα 1,2%, το 2010 ανεβαίνει απότομα και μετά φθίνει και το 2012 η τιμή του είναι 1,5%.

Η ανεργία στην Ελλάδα αυξάνεται με συνεχείς ρυθμούς. Το 2007 η ανεργία ήταν στα 8,28% και το 2012 έφτασε να είναι 24,24% του εργατικού δυναμικού. Για πολλούς ανθρώπου (οπως αναφερει ο

¹² προσδιορίζεται από συγκρίσεις και μετράται με πολλούς δείκτες.

Mankiw, 2002) χάσιμο, απώλεια και μη εύρεση εργασίας σημαίνει μείωση του βιοτικού τους επιπέδου, άλλα και η θλίψη, η μελαγχολία, η κατάθλιψη. Το 2013 εποχιακά προσαρμοζόμενος δείκτης ανεργίας για το Ιανουάριο 2013 κυμαίνεται με ποσοστά ανεργίας με 27,2%, με μεγαλύτερη ανεργία να σημειώνεται για τις ηλικίες 15-24 ετών με 59,3% και για τις ηλικίες 25-34 ετών με 34,5%, με ανεργία στον γυναικείο πληθυσμό με 31,4%, με ανέργους 1.348.742 (άτομα) και με 3.346.423 οικονομικά μη ενεργά άτομα και με απασχολούμενους 3.617.771 (άτομα) (δελτίο τύπου της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ, 11 Απριλίου 2013) (γράφημα 2.2.2, πίνακας 2.2.1).



Γράφημα 2.2.2: Γραφική αναπαράσταση πληθωρισμού και ανεργίας στην Ελλάδα, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 13/11/2013

2.3 Πώς η οικονομική κρίση επηρεάζει τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

«Η οικονομική κρίση πλήττει τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα.

Δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.

Απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών.

Επιβαρύνει τη λειτουργία δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών λόγω αυξημένης ζήτησης»

(Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

2.3.1 Τι είναι ένα Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιοριστεί και ως ένα σύστημα με τρία υποσυστήματα:

1. επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του,
2. παραγωγή υπηρεσιών υγείας και
3. μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Και τα τρία παραπάνω υποσυστήματα βρίσκονται σε σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης (Θεοδώρου και συν., 2001).

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός από τους Murray και συν. (2000) (όπως τον αναφέρει ο Μόσιαλος, 2010) είναι: τα άτομα, οι θεσμοί και οι πόροι βρίσκονται μαζί έτσι ώστε να αποτελούν ένα σύνολο και λειτουργούν έτσι ώστε ο πιο σημαντικός σκοπός αυτών των δράσεων να είναι η βελτίωση υγείας.

Σε κάθε αναπτυγμένη χώρα υπάρχουν συστήματα υγείας τα οποία διαχρονικά σχηματίζονται από την επιρροή του συγκεκριμένου ιστορικού, κοινωνικού, οικονομικού και πολιτιστικού πλαισίου και γι' αυτό οι λειτουργίες συστήματος υγείας είναι οικονομικές, κοινωνικές, τεχνικές και πολιτικές. Τα συστήματα υγείας εξελίσσονται και αλλάζουν στη δημιουργία πόρων, στη χρηματοδότηση, στην παροχή υπηρεσιών και στη διαχείριση. Η μορφή συστήματος υγείας προσδιορίζεται από οργανωτικά χαρακτηριστικά όπως: ο βαθμός ισότητας, η έκταση της κάλυψης, το είδος των υπηρεσιών, η σχέση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, η ελευθερία επιλογών, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007). Οι στόχοι των συστημάτων υγείας είναι συγκεκριμένοι, με ποσοτικά διακριτικά γνωρίσματα, είναι μετρήσιμοι και έχουν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια πραγματοποίησης (Θεοδώρου και συν., 2001). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) προσδιορίζει και χωρίζει τους στόχους των συστημάτων Υγείας σε τελικούς και σε διαμεσολαβητικούς ή ενδιάμεσους στόχους (Μόσιαλος, 2010). Τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να μπορούν να συντελούν στην πραγματοποίηση της καταπολέμησης αρρώστιας, την προστασία και την παραγωγή υγείας (Τούντας, 2006).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (όπως το ανέγραψαν οι Θεοδώρου και συν., 2001) το σύστημα υγείας ορίζεται ως νοητές, με επίγνωση προσπάθειας, με διαχείριση γνώσεις για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού, την προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση υγείας. Η ταξινόμηση των μορφών των συστημάτων υγείας γίνεται με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας. Οι προτεραιότητες των συστημάτων υγείας της κάθε χώρας εξαρτώνται από τις πολιτικές των κυβερνήσεων σε σχεδιασμό πολιτικής για την υγεία.

2.3.2 Που κατατάσσεται το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, όσο αφορά τον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησής παρουσιάζεται πολυσύνθετο, περίπλοκο και αντισυμβατικό (Θεοδώρου και συν., 2001). Είναι ένα μικτό σύστημα υγείας με αναποτελεσματικές διοικητικές δομές, με πρόχειρη οργάνωση, με συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, με άνιση περιφερειακή κατανομή ανθρώπινων πόρων και υποδομών υγείας, με ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες (Economidou, 2010). Είναι ένα σύστημα το οποίο 'σέρνεται' μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού, χωρίς ευκρινείς και σαφείς κανόνες δράσης, όπως για τον δημόσιο έτσι και για τον ιδιωτικό τομέα (Θεοδώρου και συν., 2001).

Οι παθογένειες και ιδιαιτερότητες του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας είναι η απουσία των κριτήριων και μηχανισμών χρηματοδότησης, ελλείμματα του δημόσιου τομέα, η ανορθολογική κατανομή πόρων και υπηρεσιών, η υψηλή παραοικονομία, η προκλητή ζήτηση και υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας είναι τρεις: νοσοκομειακές, εξωνοσοκομειακές και φαρμακευτικές¹³. Οι συνολικές δαπάνες υγείας εκφραζόμενες σε ποσοστά του ΑΕΠ έχουν καταγράψει για την Ελλάδα στις βάσεις δεδομένων του διεθνή Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 1970 (πρώτη παρατήρηση) με τη τιμή 5,5% και μετά από 10 χρόνια (δεύτερη παρατήρηση) με την τιμή 5,9% του ΑΕΠ. Η συστηματική καταγραφή των δεδομένων από τον οργανισμό για τις συνολικές δαπάνες υγείας γίνεται από το 1987. Οι συνολικές δαπάνες υγείας αυξάνονται διαρκώς και κυμαίνονται κατά μέσο όρο κατά 8,4% του ΑΕΠ (πίνακας 2.3.2.1, γράφημα 2.3.2.1).

Πίνακας 2.3.2.1 Στατιστικά στοιχεία για την Υγεία για τις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο χώρες ΟΟΣΑ, με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2013)

	Στοιχεία για την Υγεία του ΟΟΣΑ				
	2007	2008	2009	2010	2011
Συνολικές δαπάνες υγείας, % ΑΕΠ					
Ελλάδα	9,8104	10,1268	10,1957	9,5277	9,1296
Μεσος ορος των χωρων ΟΟΣΑ	8,562064	8,864664	9,711813	9,525516	9,493903
Γερμανία	10,4771	10,7042	11,7516	11,5495	11,3323
Πορτογαλία	9,9942	10,2189	10,8137	10,797	10,2345
Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας, % συνολικών δαπανών υγείας					
Ελλάδα	60,3481	59,9445	68,3942	66,8219	65,0528
Μεσος ορος των χωρων ΟΟΣΑ	71,31849	72,03446	72,65255	72,33368	72,85384
Γερμανία	76,3791	76,4434	76,7941	76,7425	76,4524
Πορτογαλία	66,6759	65,3028	66,5274	65,9416	65,0141
Σύνολο νοσοκομειακών κλινών, ανά 1 000 κατοίκους					
Ελλάδα	4,81	4,77	4,85
Μεσος ορος των χωρων ΟΟΣΑ	5,169063	5,073333	4,892059	4,855313	5,047778
Γερμανία	8,24	8,21	8,24	8,25	8,27
Πορτογαλία	3,41	3,37	3,35	3,36	3,38
Γιατροί, ανά 1 000 κατοίκους					
Ελλάδα	5,56	6,03	6,12	6,13	6,14
Μεσος ορος των χωρων ΟΟΣΑ	3,047586	3,110968	3,192581	3,109333	3,181333
Γερμανία	3,5	3,56	3,64	3,73	3,84
Πορτογαλία	3,5	3,59	3,7	3,84	3,98
Νοσηλεύτες, ανά 1 000 κατοίκους					
Ελλάδα	3,19	3,22	3,31
Μεσος ορος των χωρων ΟΟΣΑ	8,305862	8,491	8,843871	8,907241	8,355357
Γερμανία	10,49	10,72	11,03	11,16	11,37
Πορτογαλία	4,92	5,15	5,4	5,67	6,11
Φαρμακευτική κατανάλωση, αντιβιοτικά, ημερήσια δόση					
Ελλάδα	43,1	45,3	38,6	39,4	34,9
Μεσος ορος των χωρων ΟΟΣΑ	20,86154	20,81429	20,69286	20,48889	20,5963
Γερμανία	13,3	13,5	14,2	14	13,9
Πορτογαλία	25,6	25,6	25,2	22,5	22,4
ΟΟΣΑ, Ιούνιος 2013					
.. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία					

¹³ Στην Ελλάδα δημόσιες δαπάνες υγείας είναι από τις χαμηλότερες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



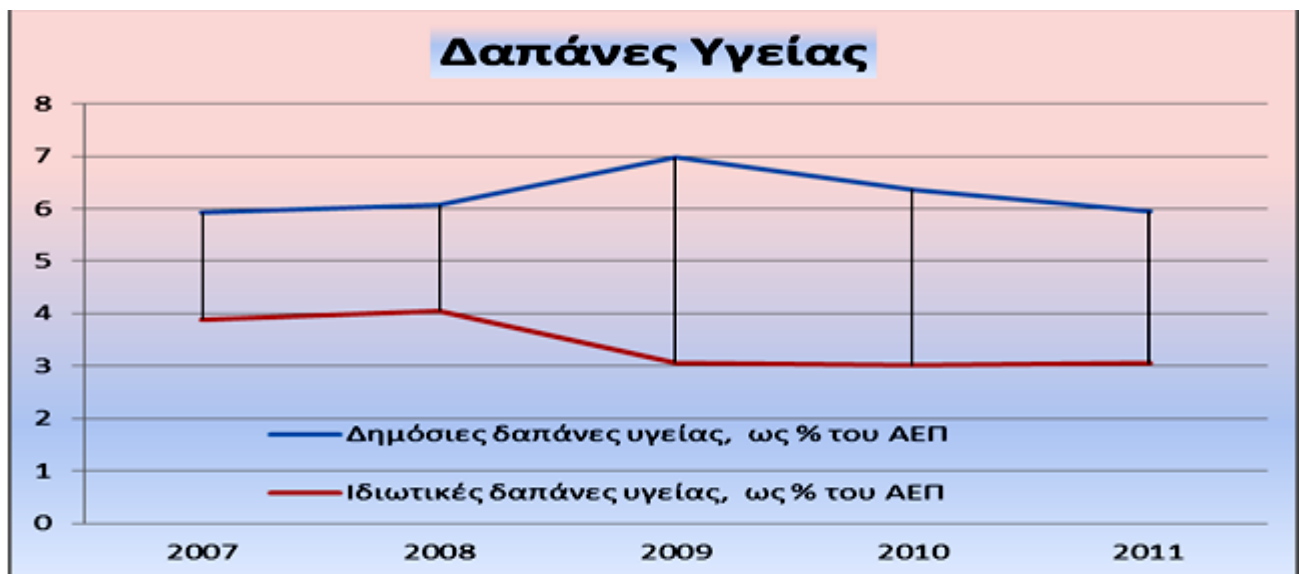
Γράφημα 2.3.2.1: Γραφική αναπαράσταση Συνολικών δαπανών υγείας της Ελλάδας και κατά μέσο όρο χωρών ΟΟΣΑ βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013

Από το 2009 έως 2011 η Ελλάδα (με βάση τα στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ) μειώνει τις συνολικές δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) και το 2011 είναι λιγότερες από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ κατά 0,35%. Το 41% των περικοπών που έχουν γίνει στην νοσοκομειακή δαπάνη (σύμφωνα με Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012) και όπως παρουσιάζει Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011) οφείλεται στην μείωση των μισθών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (43%) και στη συνταξιοδότηση (8%) (Οικονόμου και συν., 2012).

Η ανεπαρκής χρηματοδότηση του δημοσίου συστήματος υγείας στην Ελλάδα εδώ και τελευταία 20 χρόνια οδήγησε στην αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα (Economou, 2010). Το ελληνικό σύστημα υγείας, από την πλευρά της προσφοράς, έχει καθολική κάλυψη, δηλαδή δεν επιδέχεται περιορισμούς, εξαιρέσεις, αποκλεισμούς από το σύστημα κλπ., είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge. Από την πλευρά της ζήτησης λειτουργεί μέσω πολλών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Bismarck (Σίσκου και συν., 2008).

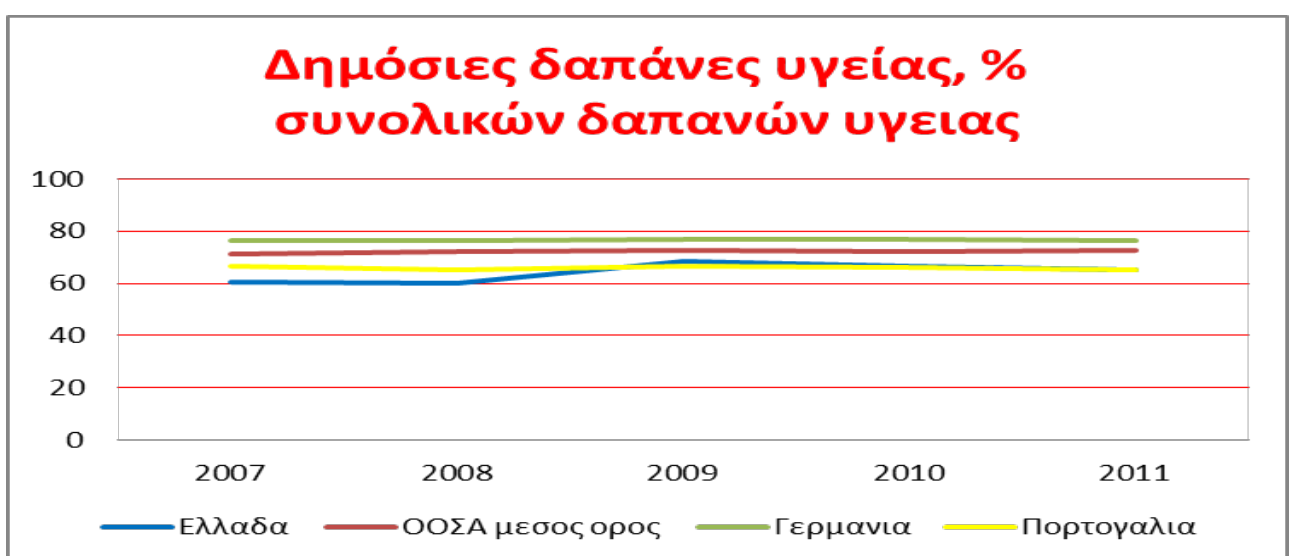
Οι πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση, οι ιδιωτικές δαπάνες και οι δωρεές από φιλανθρωπικά και άλλα ιδρύματα (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009). Όπως δείχνουν τα στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, το 2007 είναι 5,92% για τις δημόσιες και 3,89% για τις ιδιωτικές δαπάνες. Το 2008 αυξάνονται στο 6% για τις δημόσιες και στο 4% για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το 2009 οι δημόσιες δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται, φτάνοντας στα 6,97%, ενώ οι δημόσιες δαπάνες μειώνονται απότομα,

φτάνουν στο 3% του ΑΕΠ και συνεχίζουν να μειώνονται και το 2011 φτάνουν στο 5,9% του ΑΕΠ. Ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας για τα ίδια χρόνια παραμένουν σταθερές με 3% του ΑΕΠ (γράφημα 2.3.2.2, πίνακας 2.3.2.1).



Γράφημα 2.3.2.2: Γραφική αναπαράσταση των ιδιωτικών και δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 13/11/2013

Κατά μέσο όρο (1987-2011) τα ποσοστά των συνολικών δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα κυμαίνεται κατά 56,6% και τα ποσοστά του μέσου όρου των ιδιωτικών συνολικών δαπανών κυμαίνεται κατά 43,4%. Για τη Γερμανία ο μέσος όρος κυμαίνεται κατά 78,4% για τις δημόσιες δαπάνες και μόλις 21,6% για τις ιδιωτικές δαπάνες. Ποσοστά για την Πορτογαλία είναι 64,2% δημόσιες και 35,8% ιδιωτικές δαπάνες. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 71,9% για τις δημόσιες και 28,1% για τις ιδιωτικές συνολικές δαπάνες για την υγεία (γράφημα 2.3.2.3, πίνακας 2.3.2.1).

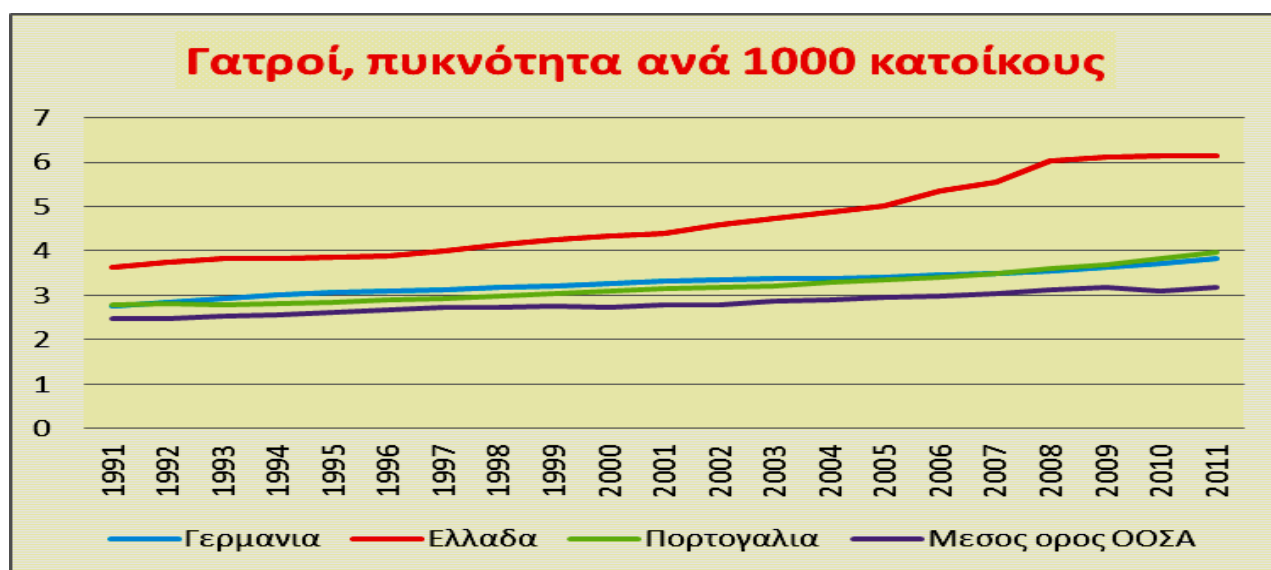


Γράφημα 2.3.2.3: Γραφική αναπαράσταση δημοσίων δαπανών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013

Το 2009 οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι 68,4% του ΑΕΠ και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι 31,6% του ΑΕΠ. Το 2011 η Ελλάδα δαπανούσε το 65,1% του ΑΕΠ για τις δημόσιες δαπάνες υγείας και 34,9% του ΑΕΠ για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Η Ελλάδα έχει διαχρονικά μικρότερα ποσοστά δημοσίων δαπανών για την υγεία (% ΑΕΠ) από τις χώρες όπως η Γερμανία, η Πορτογαλία και από το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ.

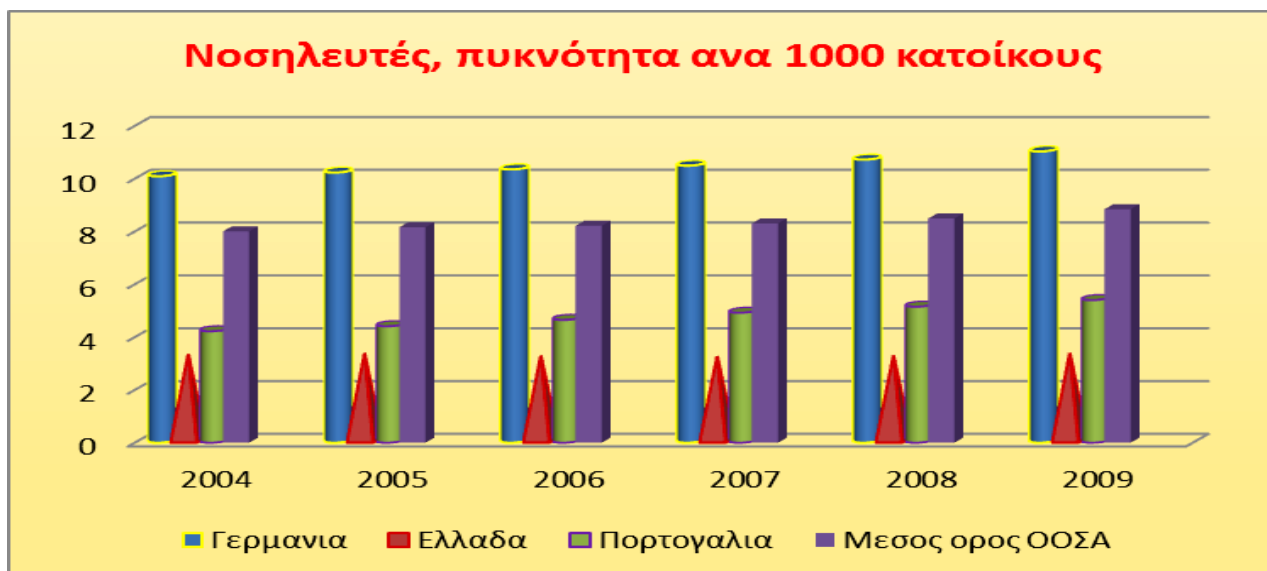
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα αποτελείται από τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, πολυιατρεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και δημοτικά ιατρεία. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη γίνεται στα δημόσια ή στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Οι γιατροί στην Ελλάδα αυξάνονται συνεχώς, το 2011 φτάνουν να είναι 6,14 γιατροί (σε πυκνότητα ανά 1000 κατοίκους), έχει τη μεγαλύτερη πυκνότητα σε γιατρούς κατά 2,3 από τη Γερμανία, κατά 2,16 από την Πορτογαλία και κατά 2,96 από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (γράφημα 2.3.2.4, πίνακας 2.3.2.1).



Γράφημα 2.3.2.4: Γραφική αναπαράσταση γιατρών (πυκνότητα ανά 1000 κατοίκους) στις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013

Το 2009 η Ελλάδα είχε 3,3 νοσηλευτές (πυκνότητα ανά 1000 κατοίκους), η Γερμανία αντίστοιχα είχε 11,03 άτομα, για το μέσο όρο του ΟΟΣΑ - 8,6 άτομα, για στην Πορτογαλία - 5,4 άτομα. Κατά μέσο όρο για τα έτη 2004-2009, περίπου, στην Ελλάδα έχουμε 3, στην Πορτογαλία - 5, στο μέσο όρο ΟΟΣΑ - 8, στη Γερμανία - 10 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (γράφημα 2.3.2.5, πίνακας 2.3.2.1).



Γράφημα 2.3.2.5: Γραφική αναπαράσταση των νοσηλευτών (πυκνότητα ανά 1000 κατοίκους) στις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Πορτογαλία και κατά μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ, βάση δεδομένων: ΟΟΣΑ, 2013

Τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται εκ των υστέρων με μέθοδο αποζημίωσης από τον κρατικό προϋπολογισμό και από πολλά ασφαλιστικά ταμεία. Η χρηματοδότηση γίνεται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο, το κόστος του οποίου είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό κόστος. Εδώ προκύπτει το έλλειμμα, το οποίο καλύπτεται με έκτακτη επιχορήγηση από το κράτος και φτάνει ως και 50%. Άλλες πηγές χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι έσοδα από τις δωρεές, τις κληρονομίες και τις προσόδους της περιουσίας και τις εφάπαξ καταβολές ενός μικρού ποσού κατά την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Από τα έσοδα από τα νοσήλια καλύπτονται οι δαπάνες για τρόφιμα και για λειτουργικά έξοδα. Οι δαπάνες προμηθειών και τις μισθοδοσίας προσωπικού καλύπτονται από κρατική επιχορήγηση (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Οι σχέσεις οι οποίες υπάρχουν σε ένα Δημόσιο Οργανισμό Υγείας είναι οι σχέσεις εξάρτησης μεταξύ των εργαζόμενων, του Εθνικού Κράτος ως εργοδότης και τους Υπερεθνικούς Οργανισμούς (πχ. ΔΝΤ, Ευρωπαϊκή ένωση). Σε τοπικό επίπεδο υπάρχει σχέση μεταξύ των εργαζομένων μεμονωμένα ή με εργασιακό σωματείο και της διοίκησης επιχειρήσεις (σύμφωνα με το ιεραρχικό της επίπεδο). Ο εργατικός συνδικαλισμός στην Ελλάδα, ως οργανώσεις υπεράσπισης και προώθησης οικονομικών και εργασιακών συμφερόντων εργαζόμενων αναπτύχθηκε με κομματικό προσανατολισμό, με μεθοδεύσεις, με κρατικό παρεμβατισμό, με κρατική χρηματοδότηση. Η λειτουργία των συνδικάτων σύμφωνα με πολιτικές αντιλήψεις των εργαζομένων καθορίζει τις πολιτικές τάσεις, κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις και δημιουργεί στρεβλώσεις του σκοπού λειτουργίας τους. Οι στρεβλώσεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα την πτωτική τάση της συνδικαλιστικής πυκνότητα, τη μείωση των συμμετεχόντων ατόμων στις απεργιακές κινητοποιήσεις (Ζησιμόπουλος, 2008) και την εκτόνωση των αντιδράσεων των εργαζόμενων με μορφή αύξησης ενδογενών συγκρούσεων.

2.3.3 Τι είναι Δημόσιο Νοσοκομείο

Το Δημόσιο Νοσοκομείο είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός δημοσίου δικαίου ο οποίος παρέχει την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, πάντα σύμφωνα με τις κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης. Όπως κάθε μη κερδοσκοπικός οργανισμός θα πρέπει να λειτουργεί με βάση κριτήρια οικονομικότητας και αποτελεσματικότητας¹⁴, σε αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται ελλείμματά τα οποία καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Μαντζάρης, 2011)

Οι διαδικασία πρόσληψης εργαζομένων στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας τα τελευταία περίπου 20 χρόνια γίνεται μέσω του Ανώτατου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού¹⁵.

Ένα Δημόσιο Νοσοκομείο αποτελείται από πολλά άτομα οι οποίοι έχουν διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, διαφορετική ηλικία, διαφορετικό εισόδημα, με πολλά τμήματα, όπως: νοσηλευτικό, τεχνικό, διοικητικό, ιατρικό, τεχνολογικό με τους προϊσταμένους και τους διευθυντές τους. Τα σύνολα όλων των τμημάτων λειτουργούν ταυτόχρονα, με ταυτόχρονο σκοπό των υπολοίπων, με επικεφαλίδα τη διοίκηση, το Διοικητικό Συμβούλιο, τον Υποδιοικητή και Διοικητή. Σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο υπάρχουν σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων μεμονωμένα, με εργασιακό σωματείο και με τη διοίκηση σύμφωνα με το ιεραρχικό του επίπεδο.

Η πληροφοριακή οργάνωση στο Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι σε μέτριο επίπεδο με υψηλό επίπεδο εργαζομένων στα τμήματα πληροφορικής (Σταμούλη και συν., 2009).

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ενός Δημόσιου Οργανισμού Υγείας είναι η μεγάλη ενεργειακή κρατική συμμετοχή σε όλα τα επίπεδα, στον τρόπο επιμερισμού τις εξουσίας και της ευθύνης (Μωραΐτη & Γκολέμη, 2012). Ο κάθε πελάτης - ασθενής του δεν έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει ο ίδιος τις αποφάσεις για την εξέλιξη της υγείας του. Λειτουργεί με πολύ προσωπικό, είναι εντάσεως εργασίας και εντάσεως οργανωτικής του διαχείρισης.

Μεγάλα Δημόσια Νοσοκομεία προσφέρουν καλύτερες και πληρέστερες υπηρεσίες σε σχέση με μικρά και έτσι συγκεντρώνουν και εξυπηρετούν μεγαλύτερο αριθμό των περιστατικών (Θανάσας, 2012) με εργαζόμενους να εργάζονται σε στρεσσογόνες καταστάσεις και να έχουν χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση (Πελεχας & Αντωνιάδης, 2013).

¹⁴ Δηλ. επίτευξη του βέλτιστου (ή μέγιστου ή άριστου) αποτελέσματος με τη χρήση της ελάχιστης ποσότητας πόρων, να παράγει δημόσιες υπηρεσίες με ανταγωνιστικές τιμές, είτε σε σύγκριση με αυτά του ιδιωτικού τομέα, είτε σε σύγκριση με άλλους ποιο ανταγωνιστικούς δημόσιους τομείς των αναπτυγμένων χωρών (Μαντζάρης, 2011)

¹⁵ Το ΑΣΕΠ, συστάθηκε με το Ν. 2190/1994 ως ανεξάρτητη αρχή επιφορτισμένη με τον έλεγχο της ορθής εφαρμογής των διατάξεων που διέπουν τις προσλήψεις στο δημόσιο τομέα.

2.3.4 Πώς η οικονομική κρίση επηρεάζει το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση άμεσα επηρεάζει το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα αναγκάζοντας τις Κυβερνήσεις να προβαίνουν στις περικοπές των δημοσίων δαπανών και στις μεταρρυθμίσεις. Στις αρχές του Ιανουαρίου του 2011 παρουσιάστηκε το τελικό σχέδιο νόμου από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με μέτρα των παρεμβάσεων και αναδιάταξης του ΕΣΥ: «η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων του ίδιου ή εικονίζον Νοσοκομείου, με μετατροπή των μικρών μονάδων σε μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας ή εξειδικευμένης νοσηλείας, με συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων με ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων». Με αποτέλεσμα τη μείωση από 35.000 σε 33.000 κλίνες και την κάλυψη κλεινών από περίπου 70% σε και περίπου 80% σε περίπου 400 νοσοκομειακά συγκροτήματα. Τα μέτρα των παρεμβάσεων είναι σε εξέλιξη και δε μπορούν να αξιολογηθούν ακόμα. Επίσης η Ελλάδα βρίσκεται σε φάση σχεδιασμού συμπράξεις του δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων (Κονδύλη, Αντωνόπουλο & Μπένο, 2008).

Μερικά από τα μέτρα παρεμβάσεων αναφορικά με τα φάρμακα σύμφωνα με το νόμο 3918/2011 είναι: «η καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ο καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης και ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιριών προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα δημόσια νοσοκομεία, η αύξηση ωρών λειτουργίας των φαρμακείων με δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με μορφή ομόρρυθμης εταιρίας, η προμήθεια των φαρμακείων στη νοσοκομειακή τιμή, η μείωση του μεικτού ποσοστού κέρδους των εμπορών φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης από 7,8% σε 5,4%». Στον τομέα φαρμάκων προώθηση και ενδυνάμωση της αγοράς των γνώσιμων (αντιγράφων) φαρμάκων και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με βάση την ουσία (Οικονόμου και συν., 2012).

Ο χώρος παροχής υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από χρόνια υψηλή συναισθηματική φόρτιση και έντονο συναισθηματικό άγχος, από αίσθηση μη επιτυχημένης παρέμβασης και υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις. Διαπροσωπική επαφή με τους ασθενείς και το περίγυρό τους, από έλλειψη δυνατότητας αποφυγής της άμεσης επαφής με τους ασθενείς και έντονη ευθύνη για την κατάσταση των ασθενών, από δυσκολία αντιμετώπισης προβλημάτων του ασθενή, επίσης από έλλειψη υποστήριξης από την πλευρά του οργανισμού και χαμηλές αμοιβές προσωπικού.

Το εργασιακό άγχος (όπως είπαν οι Berg & Newman (1978 στο Ασημομύτη, 2007) έτσι όπως αναφέρει ο Σουλιώτης, 2011) είναι «μία κατάσταση αλληλεπίδρασης σχετικών με την εργασία παραγόντων και

εργαζομένου, που βιώνεται ως απειλή, μέσα από την οποία διαφοροποιείται η σωματική ή/και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και αποκλίνει του φυσιολογικού». Το άγχος είναι μια κατάσταση ή παροδικής ή συνεχής ανησυχίας και οφείλεται σε αγωνία, αβεβαιότητα, ανασφάλεια, ένταση, ψυχική πίεση και φόβο.

Ο φόβος της απώλειας κάνει τους ανθρώπους να δουλεύουν πιο σκληρά για αρκετά μικρά ημερομίσθια, γιατί η απώλεια εργασίας σημαίνει απώλεια εισοδήματος, ασφαλιστικής κάλυψης και ιατρικής κάλυψης, σημαίνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, στις εκπαιδευτικές του επιλογές και στις προοπτικές καριέρας, επίσης προκαλεί άγχος και απώλεια αυτοσεβασμού και φαινόμενα αβεβαιότητας.

Όσο πιο χαμηλό είναι το εισόδημα τόσο πιο υψηλός είναι ο μέσος όρος της συναισθηματικής και τις επαγγελματικής εξουθένωσης, με χαρακτηριστικά όπως η αποτυχία, η φθορά η εξάντληση, η κατάσταση κόπωσης η οποία συνοδεύεται με την κατάθλιψη και η απογοήτευση για ανταμοιβές και τελικά η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται, η απώλεια σεβασμού και της συμπάθειας στους πελάτες ή ασθενείς (Σουλιώτης, 2011). Στη μακροοικονομική μελέτη του Billings και συν. (1993) στις ΗΠΑ (όπως είπε ο Οικονόμου, 2008) ισχυρίζονται ότι το επίπεδο του εισοδήματος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ατομική ζήτηση για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και δεν επιβαρύνει το άτομο που την χρησιμοποιεί, αλλά το κράτος. Η ζήτηση, όπως προκύπτει από τη μελέτη η οποία έγινε στην Αυστραλία από τον Schofeld (2000) (όπως είπε ο Οικονόμου, 2008) από τα άτομα με χαμηλό εισόδημα για υπηρεσίες υγείας οφείλεται στα σοβαρά προβλήματα υγείας του αντιμετωπίζουν και στη μικρή πιθανότητα να έχουν την ιατρική ασφαλιστική κάλυψη.

Τα ελλείμματα Δημοσίων Νοσοκομείων σε συνδυασμό με τη μείωση των δημοσίων δαπανών, τα ελλείμματα των ασφαλιστικών οργανισμών λόγω αύξησης ανασφάλιστων ατόμων, ανεργίας και ανασφάλιστης εργασίας και τη μείωση ιδιωτικών ασφαλιστήριων υγείας λόγω μείωσης διαθέσιμου εισοδήματος έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην εξυπηρέτηση της αυξημένης ζήτησης για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω περικοπών της χρηματοδότησης τους (μειωμένος προϋπολογισμός) αργούν να εξοφλήσουν τους προμηθευτές του μαζί με την κακή διαχείριση και των κακών διαδικασιών προμήθειας εξοπλισμού και αναλωσίμων υλικών μαζί με την έλλειψη προσωπικού οδηγεί μεγάλα Νοσοκομεία της χώρας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων λειτουργίας τους και εδώ τίθεται θέμα 'επικινδυνότητας' της δημόσιας υγείας (Ανθυπατόπουλος, 2012). Έτσι τα Δημόσια Νοσοκομεία προσφέρουν υπηρεσίες με χαμηλότερη ποιότητα, με ελλείψεις υλικών, φαρμάκων και προσωπικού. Η χαμηλή χρηματοδότηση δημιουργεί μεγάλες λίστες αναμονής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με αποτέλεσμα την οικονομική μετακύληση ενός μέρους σε βάρος των ασθενών και του περίγυρού τους. Παρ' όλων των προβλημάτων των Δημοσίων Νοσοκομείων οι άνθρωποι αναγκάζονται να χρησιμοποιούν τις υποβαθμισμένες υπηρεσίες δημόσιας περίθαλψης λόγω έλλειψης ρευστότητας με αποτέλεσμα τη μειωμένη εισροή ασθενών στις ιδιωτικές κλινικές (Ευκαρπίδης, 2011). Τα ελλείμματα του προϋπολογισμού που αντιμετωπίζουν τα Νοσοκομεία οφείλονται στην αδυναμία

προβλέψεις των εισόδων και των εξόδων τους, δηλαδή υπάρχει οικονομική αβεβαιότητα και αυτό οφείλεται στις συγκεκριμένες εντολές των ιατρών, γιατί το κάθε περιστατικό έχει ιδιαιτερότητες της αντιμετώπισης του. Αλλά, πλέον τόσο η διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όσο οι διάφορες διοικήσεις των Νοσοκομείων της Ελλάδας είναι σε θέση να προσδιορίσουν το λειτουργικό τους κόστος, έχουν άμεσης πληροφόρησης για καθετί που ασκεί μεταβολή του κόστους και με τους κατάλληλους χειρισμούς και αποφάσεις προσπαθούν να το συγκρατούν και να το μειώνουν (Θανάσας, 2012).

Εντέλει, τα χαρακτηριστικά του χώρου παροχής υγείας μαζί με επιβαρυντικά χαρακτηριστικά (κοινωνικά και ψυχικά) της οικονομικής κρίση (Οικονόμου, 2008) οδηγούν αναπόφευκτα τους ανθρώπους στις συγκρούσεις στους χώρους παροχής Δημόσιας Υγείας, ειδικά σε μεγάλα Δημόσια Νοσοκομεία.

2.3.5 Η οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία

Η ανεργία, η ανασφάλιστη εργασία και η μετανάστευση, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων με αύξηση των ψυχικών διαταραχών, με πρόβλημα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Στη διάρκεια των οικονομικών υφέσεων η απώλεια εργασίας κάνει τους ανθρώπους να αυτοκτονούν και η αύξηση της κατά 1% έχει αρνητικά αποτελέσματα (Bowles & Edwards, 2001) (πίνακες 2.3.5.1 και 2.3.5.2).

Πίνακας 2.3.5.1 Συνέπειες αύξησης ανεργίας κατά 1%

Συνέπειες αύξησης ανεργίας κατά 1%	
Θάνατοι από καρδιόπαθειες	1,9%
Δολοφονίες	5,7%
Αύξηση των τροφίμων σε κρατικά ψυχοθεραπευτήρια	3,4%
Αύξηση των φυλακισμένων σε κρατικές φυλακές	4,0%
Αύξηση αυτοκτονιών	0,8%

Η ανεργία επιβαρύνει την υγεία και μάλιστα η ιστορική επιρροή της ανεργίας επιδρά συσσωρευτικά πάνω στην υγεία. Όταν η ανεργία ξεπερνά το 3% οι αυτοκτονίες αυξάνονται πάνω από 4,5% (Μούρας & Λύκουρας, 2011) (πίνακας 2.3.5.2).

\

Πίνακας 2.3.5.2. Ποσοστιαία αύξηση ανεργίας σε σχέση με την ποσοστιαία αύξηση αυτοκτονιών

Ποσοστιαία αύξηση ανεργίας σε σχέση με την ποσοστιαία αύξηση αυτοκτονιών			
Αύξηση ανεργίας κατά	1%	Αύξηση ανεργίας πάνω από	3%
Αύξηση αυτοκτονιών κατά	0,8%	Αύξηση αυτοκτονιών πάνω από	4,5%

Η οικονομική κρίση είναι υπεύθυνη για την πρόωρη θνησιμότητα, την υψηλή νοσηρότητα στους ευπαθείς ομάδες και στους χρόνια πάσχοντες ασθενείς. Αυξάνεται η φτώχεια και η ενδοοικογενειακή βία τα οποία συνοδεύονται με την εμφάνιση ασθενειών. Έχει αρνητική επίδραση και στην υγεία των εργαζομένων (Μαλλιάρου & Σαράφης, 2012). Επίσης, οι νοσηλευτές παρουσιάζουν σημεία κατάθλιψης και άγχους λόγω της οικονομικής κρίσης και της φύσης του επαγγέλματος, όχι όμως σε μεγάλα ποσοστά (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

2.4 Συγκρούσεις

Σε ένα Μεγάλο Δημόσιο Νοσοκομείο οι συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες και συνεχόμενες, μέσα σε ένα περιβάλλον το οποίο έχει να κάνει με πολλούς ανθρώπους με διαφορετικούς χαρακτήρες, διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης, διαφορετικές ηλικίες, συνάμα διαφορετικές αντιλήψεις των πραγμάτων, έχει να κάνει με πελάτες οι οποίοι έχουν διαφορετικά προβλήματα υγείας, συνάμα ο καθένας έχει την ιδιαιτερότητα της αντιμετώπισης. Όπως είπε ο Barbash το 1984 (όπως το αναφέρει ο Γιάννης Ζησιμόπουλος, 2008) η σύγκρουση είναι φυσική και έμφυτη κατάσταση ανάμεσα στην εργασία και στην διοίκηση. Η ένταση των συγκρούσεων στην εργασία και ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων σε είναι σημαντική για την επίλυση της.

Η πίεση του εξωτερικού περιβάλλοντος στην περίπτωση οικονομικής κρίσης στην υγεία των ανθρώπων και στα συστήματα υγείας έχει ως αποτέλεσμα την πίεση του εσωτερικού περιβάλλοντος μιας επιχειρήσεις πχ. ενός Δημοσίου Νοσοκομείου, μαζί με ιδιαίτερα επιβαρυντικά χαρακτηριστικά του, πιέζει τους εργαζόμενους και αυτή η πίεση τους οδηγεί σε συγκρούσεις. Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί το άγχος, το υπερβολικό φόρτο εργασίας, η κουλτούρα της επιχείρησης, ο ανταγωνισμός τμημάτων και υποσυστημάτων στην επιχείρηση, η ασάφεια ρόλων και των αρμοδιοτήτων, η οργανωσιακή αλλαγή, η ανασφάλεια και η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης, το χαμηλό αίσθημα εργασιακής δικαιοσύνης, η ηγεσία, η ανομοιότητα και η διαφορετικότητα του κάθε εργαζομένου (Παπάνης & Μπαλάσα, 2011).

Η απαραίτητη προϋπόθεση αντιμετώπισης των συγκρούσεων είναι η κατανόηση των αιτιών και η εξάλειψή τους, όσο είναι δυνατών, χρησιμοποιώντας τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων. Η επίλυση της σύγκρουσης είναι εφικτότερη όταν διαπραγματεύεται την ώρα της γέννησης της, γιατί όσο καθυστερεί η αντιμετώπιση της, τόσο τα περισσότερα πρόσωπα εμπλέκονται, και η δυναμική της επίλυση μετατρέπονται σε

«γόρδιο δεσμό», η κατάσταση παίρνει χαοτική μορφή, εξαιτίας λειτουργίας της επικοινωνίας με μια μορφή πληροφόρησης και παραπληροφόρησης (Παπάνης & Μπαλάσα, 2011). Η μεταχείριση της σύγκρουσης με τελικό σκοπό της επίλυσής της πρέπει να είναι ολοκληρωτική, άμεση, αποφασιστική και καθοριστική.

Η σύγκρουση, είναι ένα παθολογικό σύμπτωμα της ‘κοινωνικής ασθένειας’, δηλαδή είναι η κατάσταση συμπλοκής και η αντίθεσης (Αποστολοπούλου, 2008). Μέσα σε μια οργάνωση, ως σύγκρουση ορίζεται η διαφωνία στον τρόπο πραγματοποίησης των στόχων ενός οργανισμού μεταξύ δυο ή περισσότερων πλευρών ή θέσεων (Montana & Charpon, 2002). Η σύγκρουση ορίζεται ως κατάσταση της μη συνεργασίας, της διαφωνίας, της αντίθεσης ή και του ανταγωνισμού και προσθέτει ότι η σύγκρουση μεταξύ των αντίθετων πλευρών γίνεται εμπόδιο για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης και μάλιστα συνειδητά (Χυτήρης, 2006). Ένας άλλος, παλιότερος ορισμός, όπως το είπε ο Μπουράντας το 1992 (όπως αναφέρει η Μαρία Πίζη - Αναστασίου, 2004), ορίζει τη σύγκρουση ως μια κατάσταση όπου η συμπεριφορά ενός ατόμου ή ομάδας σκόπιμα γίνεται εμπόδιο στην επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Είναι ένα σύμπτωμα το οποίο προκύπτει από διάφορα προβλήματα από τις σχέσεις απασχόλησης.

Οι συγκρούσεις μπορούν να παίρνουν διάφορες μορφές (Ζησιμόπουλος, 2008 & Παπαδοπούλου, 2012) (πίνακας 2.4.1).

Πίνακας 2.4.1 Μορφές σύγκρουσης

Μορφές σύγκρουσης
Εμφανείς (διακηρυγμένες)
Αφανείς (υποβόσκουσες)
Αποπροσανατολισμένες (δημιουργούν ψευδείς εντυπώσεις)

Στις συγκρούσεις αναμειγνύονται διάφορες κατηγορίες ανθρώπων και μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες (πίνακας 2.4.2)

Πίνακας 2.4.2 Τέσσερις κατηγορίες ανθρώπων οι οποίοι αναμειγνύονται στην σύγκρουση

Τέσσερις κατηγορίες ανθρώπων οι οποίοι αναμειγνύονται στην σύγκρουση
Εργοδότες και εργαζόμενοι
Εργαζόμενοι και εργαζόμενοι
Ενώσεις εργατών και εργαζομένων
Μη άμεσα και έμμεσα ενδιαφερόμενοι

Οι αντιπαράθεσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε ενδογενείς (εντός μιας επιχείρησης) και εξωγενείς (μεταξύ δυο ή περισσότερων οργανώσεων) (Ζησιμόπουλος, 2008 & Παπαδοπούλου, 2012) (πίνακας 2.4.3)

Πίνακας 2.4.3 Ταξινόμηση σύγκρουσης

Ενδογενείς (εντός μιας επιχείρησης)	Εξωγενείς (μεταξύ δυο ή περισσότερων οργανώσεων)
Ισοτιμίας (επιλογή ενός στόχου μεταξύ διαφορετικών στόχων με ισοδύναμη ωφέλεια)	Κατανομής (ανεπάρκεια για την κάλυψη αναγκών των συμμετεχόντων)
Διπλής εκτίμησης (υποχρεωτική επιλογή στόχου ο οποίος συμπεριλαμβάνει και την ωφέλεια και την απώλεια)	Ανταλλαγής (όταν 'ένας' ή πιο πολλοί θεωρούν ότι προσφέρουν περισσότερο από την ωφέλεια τους)
Επιλογής αρνητικών συνεπειών (υποχρεωτική επιλογή στόχου ο οποίος έχει μόνο τις αρνητικές συνέπειες)	Συντονισμού (όταν 'ένας' ή πιο πολλοί διαφωνούν στον τρόπο υλοποίησης των στόχων)
	Συνεργασίας (διαφωνία στον τρόπο αντιμετώπισης αντίπαλης οργάνωσης)
	Όχλησης (όταν μόνο ένας από τους συμμετέχοντες αισθάνεται σύγκρουση)

Οι ενδογενείς συγκρούσεις μπορούν επίσης να ταξινομηθούν (Βογιατζή, 2011) (πίνακας 2.4.4).

Πίνακας 2.4.4 Ταξινόμηση ενδογενών συγκρούσεων

Ταξινόμηση ενδογενών συγκρούσεων
Λειτουργικές (μεταξύ των τμημάτων ή λειτουργιών επιχείρησης)
Ιεραρχικές (σε ιεραρχικό επίπεδο διοίκησης)
Επιτελικών - γραμμικών στελεχών
Μεταξύ τυπικής και άτυπης οργάνωσης

2.4.1 Ιστορική αναδρομή των ερευνών για τις συγκρούσεις

Οι συγκρούσεις μεταξύ των ανθρώπων είναι ένα φαινόμενο το οποίο υπάρχει από προϊστορική περίοδο και σύμφωνα με τη μελέτη των αρχαίων γλωσσών (όπως είπαν οι Montana και Charvon, 2002) ακόμα πριν αρχίσουν οι άνθρωποι να κρατούν τα γραπτά αρχεία. Οι κλασικοί φιλόσοφοι, ο Πλάτωνας (427-347π.χ) και ο Αριστοτέλης (384-322π.χ) όριζαν την κοινωνική σύγκρουση (όπως είπε η Κωνσταντακοπούλου, 2007) ως μια παθολογική κατάσταση και έβλεπαν την σύγκρουση ως μια απειλή για την επιτυχία του κράτους, θεωρούσαν ότι η απουσία της σύγκρουσης είναι εντελώς αναγκαία και απαραίτητη για την επιτυχή λειτουργία του κράτους. Πολύ μεταγενέστερα, ο Thomas Hobbes (1588-1679) και ο Johan Lock (1632-1704) υποστηρίζουν τους κλασσικούς φιλόσοφους και συμπληρώνουν ότι, για την αποφυγή των συγκρούσεων στις κοινωνικές σχέσεις η κυβέρνηση είναι αυτή η όποια πρέπει να έχει ως σκοπό της την επιβολή της τάξης (Κωνσταντακοπούλου, 2007).

Από τη δεκαετία του 1920 αναπτύχθηκε η θεωρία συμπεριφορών η οποία επικεντρώθηκε στην τεχνική και στην ανθρώπινη διάσταση της σύγκρουσης, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στις άτυπες σχέσεις εξουσίας και στις ανάγκες των εργαζομένων στο εργασιακό χώρο. Οι αντιπρόσωποι της θεωρούσαν ότι η ύπαρξη των αντιπαραθέσεων στην ομάδα είναι φυσική και πρότειναν στους οργανισμούς να μάθουν να συνυπάρχουν με αυτήν.

Η από τη δεκαετία 1930 και κατά τη δεκαετία του 40 αναπτύχθηκε η θεωρητική προσέγγιση, με τους εκπροσώπους τους τον Merton (1949) και τον Talcott Pearson (1951) (όπως είπε η Κωνσταντακοπούλου, 2007). Οι αντιπρόσωποι της θεωρούσαν τις συγκρούσεις μη φυσιολογικές, δυσλειτουργικές και ζημιογόνες για την επιχείρηση επιμένοντας ότι πρέπει να μειώνονται οι συγκρούσεις με κάθε δυνατό τρόπο. Ο Mary Parker Follett (1868 - 1933), ο πρώτος θεωρητικός μάνατζερ, ο οποίος ασχολήθηκε με συγκρούσεις στο εργασιακό χώρο. Ο Parker πρότεινε προσέγγιση της συνεργασίας (όπως αναφέρει ο Χυτήρης, 2006) στην επίλυση των συγκρούσεων στα στελέχη και στους αμέσους προϊστάμενους και μάλιστα με τη συμμετοχή των υφισταμένων και όχι βίαια επιβολή της τάξης.

Το 19^ο αιώνα μια νέα έννοια έρχεται στο παρασκήνιο των φιλοσοφικών προσεγγίσεων, η έννοια: η προτσές αλλαγών, η ιμπεριαλιστική προσέγγιση. Η προτσές αλλαγών είναι μέσω της σύγκρουσης των αντίθετων δυνάμεων (Reese, 1982), ο Karl Marx ένας από τους εκπροσώπους της. Ο Karl Marx θεωρούσε (όπως αναφέρει η Κωνσταντακοπούλου, 2007), η 'οικονομικές ανισότητες' δημιουργούν τη σύγκρουση των τάξεων, δηλαδή τη σύγκρουση της αστικής τάξης με την εργατική. Οι συγκρούσεις αυτές είναι η κινητήρια δύναμη αλλαγών και ανάπτυξης, παρόλο αυτά η σύγκρουση επιδρά αρνητικά στην κοινωνική ευημερία. Η ιμπεριαλιστική προσέγγιση έρχεται σε αντίθεση με τις προαναφερθέντες θεωρίες, με τους εκπρόσωπους της τον Simmel (1955), τον Coser (1956), τον Rose (1977) και θεωρεί τις συγκρούσεις λειτουργικές (όπως είπε η

Κωνσταντακοπούλου, 2007). Οι αντιπρόσωποι της θεωρούν τη σύγκρουση απολύτως αναγκαία, τη βλέπουν ως θετικό παράγοντα, ως κινητήρια δύναμη της επίτευξης του τελικού σκοπού της επιχείρησης και λειτουργεί έτσι ώστε να παρακινεί για την λήψη ποιοτικών αποφάσεων.

Με το θέμα των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας έχουν ασχοληθεί πολλοί ερευνητές.

Το 1990 ο αμερικανός καθηγητής Richard Pascale στην θεωρία της αξιοποίηση των συγκρούσεων¹⁶ υποστήριξε ότι, οι επιχειρήσεις πρέπει να γίνονται 'μηχανές έρευνας' και να ενεργούν έτσι ώστε να δημιουργούν μηχανισμούς για συνεχή μάθηση και ανανέωση. Η επιχείρηση για να είναι βιώσιμη, δηλαδή να έχει δυνατότητα να διατηρηθεί σε διάρκεια χρόνου, για να είναι αποτελεσματική και αποδοτική πρέπει να αυτοαμφισβητείται, να αμφισβητεί πρότυπα και να χρησιμοποιεί νέες ιδέες, να κρατά τις συγκρούσεις σε ορισμένα όρια μην αφήνοντας τους να ξεφύγουν και να τις χρησιμοποιεί για την ανάπτυξη και την πρόοδο.

Το 1991 οι Pascale και Athos θέτουν στη συζήτηση τα πολιτιστικά ζητήματα (όπως αναφέρει ο Χυτήρης, 2006) ζητήματα κουλτούρας, συνήθειων, παραδόσεων των εργαζομένων ατόμων της επιχείρησης. Και υποστηρίζουν ότι η διοίκηση των επιχειρήσεων πρέπει να γίνεται σύμφωνα με όλα αυτά τα προαναφερθέντα ζητήματα. Το 1993 οι Goss, Pascale και Athos, θέτουν ζητήματα των ψυχικών διακυμάνσεων των εργαζομένων. Υποστηρίζουν ότι ο οργανισμός βρίσκεται συνέχεια αντιμέτωπος με διακυμάνσεις στην ηθική και στη ψυχική ευεξία του εργατικού δυναμικού. Οι ψυχικές διακυμάνσεις των εργαζομένων προκαλούν τις συγκρούσεις επιβαρύνοντας το έργο εργατικού δυναμικού και κατ' επέκταση την παραγωγική διαδικασία.

Το 2001 ο Lewin εξετάζει τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας σε σχέσεις εργοδότη με εργαζόμενο και εργαζόμενο με εργαζόμενο και υποστηρίζει ότι: 1) η σύγκρουση η οποία πηγάζει από τη σχέση εργοδότη και εργαζόμενο είναι διαρκής, συχνά απαιτεί θεσμικές παρεμβάσεις με μορφές συνδικαλισμού και νομοθεσίας, για να διορθώσει την ανισορροπία δύναμης, αυτή η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική, ακόμη και όταν αντιμετωπίζεται με αντιδικία 2) η σύγκρουση η οποία πηγάζει από τη σχέση εργαζόμενου με εργαζόμενο πηγάζει από την κακή διαχείριση και μπορεί να μειωθεί, εν μέρει, από την οργάνωση, τις καινοτομίες και με τη χρησιμοποίηση των τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, έτσι χτίζεται η ενότητα εργοδότη-εργαζόμενου και των συμφερόντων τους.

Το 2004 ο Porter-O'Grade ασχολείται με την επίλυση των συγκρούσεων και υποστηρίζει ότι, οι ηγέτες πρέπει να αναγνωρίζουν την ανάγκη προσέγγισης σύγκρουσης ως μια οικοδομική μορφή μάθησης και διαχείρισης των συγκρούσεων, η αντιμετώπιση των συγκρούσεων σε ένα οργανισμό απαιτεί προγραμματισμό, δηλαδή το σχεδιασμό, την κατασκευή, την εφαρμογή και την αξιολόγησή του.

¹⁶ Σύγχρονες θεωρίες του μάνατζμεντ7

Το 2006 οι Hyde, Jappinen, Theorell και Oxenstierna βάζουν στη συζήτηση νέες έννοιες. Υποστηρίζουν ότι νέες μορφές εργασίας, η παγκοσμιοποίηση της παραγωγής και η εισαγωγή νέων τεχνολογιών αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο εργαζόμαστε, το νέο περιβάλλον εργασίας έχει εξαλείψει κάποιους κινδύνους, ενώ εισάγει κάποιους άλλους, έτσι η επίλυση των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας είναι σημαντική. Επίσης, θέτουν ζητήματα υγείας των εργαζομένων σε σχέση με τις συγκρούσεις και υποστηρίζουν ότι η επίλυση των συγκρούσεων πρέπει να γίνεται μέσω της συζήτησης, γιατί οι εργαζόμενοι αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη εξάντληση ή η απουσία της η οποία οφείλεται σε υπερκόπωση ή κόπωση, χαμηλότερα επίπεδα στρες και γενικής κακής κατάσταση της υγείας.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει γύρω από τις συγκρούσεις και στο χώρο υγείας. Οι συγκρούσεις απασχολούν και αποσπούν πολύ πολύτιμο χρόνο σε εργάσιμες ώρες στους εργαζόμενους της υγειονομικής περίθαλψης. Ο Kathleen B. Cox (2004) υποστηρίζει ότι οι διευθυντές των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης δαπανούν κατά μέσο όρο 20% του χρόνου τους για την απασχόληση με τις συγκρούσεις.

Οι Lambert και συν. (2004) εξετάζουν στις χώρες όπως οι Ιαπωνία, Νότια Κορέα, Ταϊλάνδη και ΗΠΑ (Χαβάνη) στα νοσοκομεία τους το στρεσογόνο παράγοντα της εργασίας στους νοσηλευτές, τους τρόπους αντιμετώπισής του και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα των ερευνητών ήταν παρόμοια σε όλες τις εξεταζόμενες χώρες, δηλαδή την ύπαρξη της πίεσης στο χώρο εργασίας και αυτή η πίεση αντιμετωπίζεται με τους παρόμοιους τρόπους σε όλες τις εξεταζόμενες χώρες. Επίσης η σωματική και η ψυχική υγεία στους νοσηλευτές ήταν σε παρόμοια επίπεδα. Και με αυτόν τον τρόπο αποδεικνύουν ότι, ανεξάρτητα από τις χωρικές διαφορές ο στρεσογόνος παράγοντας είναι ένα χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης.

Η Kelly, J. (2006) θέτει ζήτημα της κυριαρχίας φύλου και υποστηρίζει ότι η κυριαρχία του γυναικείου φύλου στο νοσηλευτικό επάγγελμα και του ανδρικού φύλου στις διοικητικές θέσεις και το ιατρικό επάγγελμα έχει ως αποτέλεσμα επιλογή της διαχείρισης των συγκρούσεων ως αποφυγή και μάλιστα παραδοσιακά.

Το 2013 οι Gravelle και Minnotte είπαν ότι, τα προσωπικά χαρακτηριστικά, προσωπικές, φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις σε συνδυασμό με στρεσογόνο παράγοντα, προκαλούν τους εργαζομένους σε συγκρούσεις στον ιατρικό τομέα.

Το 2013 οι Leineweber και συν. θέτουν ζητήματα οργανωτικών παραγόντων με δυο στοιχεία: το εργασιακό περιβάλλον και την επάρκεια στελέχωσης των Νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό. Ερευνούν κατά πόσο οι οργανωτικοί παράγοντες σχετίζονται με τις εργασιακό-οικογενειακές συγκρούσεις και υποστηρίζουν ότι υπάρχει σημαντική επίδραση στον κίνδυνο της επαγγελματικής και της οικογενειακής σύγκρουσης μεταξύ του ανθρώπινου δυναμικού.

Οι Tengiliglou και Kisa (2005) στην πιλοτική μελέτη ‘*Conflict management in public University Hospitals in Turkey*’ στο Gazi University Hospital στην Τουρκία εφάρμοσαν ερωτηματολόγιο για τη διεξαγωγή της έρευνας τους και υποστήριξαν ότι τα κύρια αίτια των συγκρούσεων είναι τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ διάφορων επαγγελματικών ομάδων τα οποία δημιουργούνται από τις διαφορές στην εκπαίδευση, η άδικη κατανομή πόρων μεταξύ των τμημάτων, η έλλειψη ευκαιριών για την εξέλιξη και η μεγάλη γραφειοκρατία.

Οι Κοντογιάννη και συν. (2011) στην ερευνά τους, η οποία πραγματοποιήθηκε στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία και στα παιδιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα το 2007 διάρκειας 12 μηνών, χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο τους Tengilimoglu και Kisa (2005). Τα αποτελέσματα της έρευνας τους ήταν παρόμοια με των προηγούμενων ερευνητών, δηλαδή οι περισσότερες συγκρούσεις γίνονται μεταξύ των συναδέλφων, η στρατηγική για την αντιμετώπιση τους είναι η αποφυγή, η πηγή των συγκρούσεων να είναι η αποδοχή εντολών από περισσότερους του ενός προϊστάμενου, με θεσμοποιημένους κανονισμούς που δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα των εργαζομένων και έτσι μειώνουν την απόδοση των εργαζομένων συνάμα με χαμηλή ικανοποίηση από τις αποδοχές σε σχέση με φόρτο εργασίας, επίσης περικυκλώνονται με εμπόδιο στη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων τη διαφορετική εκπαίδευση.

Οι Moissoglou και συν. (2014) χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο τους Tengilimoglu και Kisa (2005) και τους Κοντογιάννη και συν. (2011) στο επαρχιακό γενικό νοσοκομείο της Ελλάδας, με κύρια ευρήματα ή συμπεράσματα τους τα εξής: οι συγκρούσεις είναι ένα καθημερινό φαινόμενο με σημαντικότερα αίτια τους το μεγάλο φόρτο εργασίας, η χαμηλή αμοιβή¹⁷, η άδικη κατανομή πόρων και η χαμηλή αναγνώριση.

Οι Παυλάκης και Ρούσου (2011) στην ερευνητική εργασία με θέμα την αξιολόγηση των συγκρούσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των δημοσίων νοσηλευτριών της Κύπρου και χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο του Health and Safety Executive, του Οργανισμού Ασφάλειας και Υγείας της Αγγλίας στα πέντε μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ). Τα κύρια συμπεράσματα τους: οι αντιπαραθέσεις είναι ένα συχνό φαινόμενο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και γίνονται σε μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ τους γιατρούς και οι συγκρούσεις οφείλονται σε προβλήματα οργανωτικής δομής και σε οργανωτικές ασάφειες. Και προσθέτουν ότι εμπλέκονται στις αντιπαραθέσεις και οι εργαζόμενοι με τους ασθενείς και τους συγγενείς και φίλους τους ασθενών.

¹⁷ Η ακόμα και αν πληρώνονται αρκετά καλά, δεδομένου του φόρτου εργασίας τους, πιστεύουν ότι οι απολαβές τους δεν είναι αρκετές ούτως ώστε να αποτελούν ένα κίνητρο στο επάγγελμά τους.

2.4.2 Αιτίες των συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον

Οι αιτίες των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας είναι πολλές (πίνακας 2.4.2.1). Η κακή επικοινωνία μεταξύ ατόμων και ομάδων μπορεί η οποία προκύπτει από την κακή συμβατότητα χαρακτήρων, κακές συνθήκες στο χώρο εργασίας κλπ., (Αντωνάκης, 2012). Η μη αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ατόμων και ομάδων, δηλαδή η ελλιπής ή μη ολοκληρωμένη πληροφορία, κακή μετάδοση της πληροφορίας, κακή σύλληψη και κακή μετάφραση μηνύματος δημιουργεί παρεξηγήσεις και συγκρούσεις.

Οι Παπάνης και Μπαλάσα (2011) υποστηρίζουν ότι, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας προκαλούνται από τα προσωπικά προβλήματα κάθε εργαζομένου, πχ. η ανεργία του συζύγου, οι διαμάχες του ζευγαριού, ο ανταγωνισμός των συζύγων, η συμβίωση με αλλιά μελή της ευρύτερης οικογενείας, οι ποιοτικές στιγμές της οικογένειας, ο αριθμός των παιδιών μικρής ηλικίας κλπ. Οι άνθρωποι εμπλέκονται στις αντιπαραθέσεις στο χώρο εργασίας μεταφέροντας τη φορτωμένη ψυχολογική πίεσης των εξωτερικών παραγόντων.

Οι ατομικές διαφορές και οι διαφορετικότητες των πολλών εργαζομένων στην υγεία όπως οι διαφορετικές ανάγκες εργαζομένων, οι διαφορετικές ικανότητες εργαζομένων, το διαφορετικό σύστημα αξιών του κάθε ατόμου, η προσωπικότητα του κάθε ατόμου και η διαφορετική αντίληψη της πραγματικότητας, το διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων, οι αποκλείσεις μεταξύ προσωπικών στόχων και στόχων της επιχείρησης και μεταξύ τμημάτων ή ομάδων κλπ. προκαλούν συγκρούσεις στο χώρο αυτό (Βλαχάκη, 2008)

Ο Νικόλαου (2013) θέτει ως έμμεσο αίτιο των συγκρούσεων μεταξύ των συναδέλφων την ανασφάλεια και τη γενικότερη ανησυχία για το μέλλον της εργασίας την οποία βιώνουν οι άνθρωποι την περίοδο της κρίσης, Γενικά το άγχος και το στρες είναι σοβαρά αίτια των αντιπαραθέσεων (Κούρτη και συν., 2011).

Οι Παπάνης και Μπαλάσα (2011) υποστηρίζουν ότι, οι ώρες εργασίας εκτός κανονικού και οι υπερωρίες, η χαμηλή κινητικότητα εργαζομένων λόγω ειδικευμένης εργασίας και οι ελλείψεις προσωπικού είναι τα αίτια των προστριβών στην υπηρεσία και προκαλούν συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα προβλήματα οργάνωσης της εργασίας και η οργανωσιακή αλλαγή, οι αλλαγές στις συνθήκες εργασίας πχ. στενότητα αγαθών και οι περιορισμένοι πόροι με ελλείψεις προσωπικού, υλικών και τεχνικών πόρων και οι τεχνικές εξελίξεις επίσης προκαλούν προστριβές στο εργασιακό χώρο όπως και τη δυσαρέσκεια από την πλευρά του προσωπικού από κάποια λειτουργία ή κάποια υπηρεσία (Σταθοπούλου, 2006).

Ως αίτια των συγκρούσεων θέτουν οι Σπυράκη και Σπυράκη (2002) την αδυναμία συνεργασίας και συμμόρφωσης στους κανόνες, τη διαφωνία των εργαζομένων στην πολιτική και στην κουλτούρα της επιχείρησης, τον ανταγωνισμό μεταξύ τμημάτων ή ομάδων και των υποσυστημάτων της επιχείρησης, την

αναζήτηση δύναμης ενός εις βάρος άλλων ή αλλιώς του 'ζωτικού χώρου' ή σφαίρα επιρροής με στόχο τη δύναμη και την εξουσία.

Οι ελλείψεις οργάνωσης και τα προβλήματα διοίκησης (Μπόρου και συν., 2013), οι διακρίσεις από την πλευρά τις διοίκησης και οι λανθασμένες αποφάσεις της διοίκησης (Ξάθη & Βουλαλέλη, 2009), οι λανθασμένοι χειρισμοί του προϊστάμενου και η αμφισβήτηση του από τους υφιστάμενους του και κατά συνέπεια αμφιβολία για την ηγεσία¹⁸, τα ασαφή όρια της εξουσίας, της ευθύνης και της εξουσιοδότησης, η γενική ασάφεια, η σύγκρουση (Υφαντή και συν., 2012) είναι τα αίτια των προστριβών. Η σύγχυση ρόλων και η επικάλυψη των αρμοδιοτήτων (Παπάνης & Μπαλάσα, 2011), η άρνηση ευθυνών (Μπόρου και συν., 2013), υποκειμενικό σύστημα αμοιβών και εξέλιξης έχουν ως αποτέλεσμα το χαμηλό αίσθημα εργασιακής δικαιοσύνης και την έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης εργαζομένων και κατ' επέκταση την δημιουργία συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

Η Πολιτική και η συνδικαλιστική πόλωση και η ταξική πάλη είναι επίσης σοβαρά ζητήματα και οι αιτίες των προστριβών στο εργασιακό χώρο. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι η ιδιαιτερότητα δημοσίου τομέα, η ανομία και η πελατειακή κουλτούρα (Παπάνης & Μπαλάσα, 2011) είναι επίσης σοβαρά αίτια των αντιπαραθέσεων.

Πίνακας 2.4.2.1 Αιτίες συγκρούσεων

Αιτίες συγκρούσεων
Μη αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ατόμων και ομάδων
Προσωπικά προβλήματα κάθε εργαζομένου
Ανασφάλεια και γενικότερη ανησυχία για το μέλλον της εργασίας
Ατομικές διαφορές και οι διαφορετικότητες
Άγχος και στρες
Υπερβολικός φόρτος εργασίας
Προβλήματα οργάνωσης της εργασίας και η οργανωσιακή αλλαγή
Αμφισβήτηση του από τους υφιστάμενους τον προϊστάμενο και κατά συνέπεια αμφιβολία για την ηγεσία
Αναζήτηση δύναμης ενός εις βάρος άλλων με στόχο δύναμη και εξουσία
Κακές αποφάσεις της διοίκησης σε επιμέρους ζητήματα
Χαμηλή κινητικότητα εργαζομένων λόγω ειδικευμένης εργασίας
Αντιθέσεις μεταξύ ομάδων
Αδυναμία συνεργασίας και συμμόρφωσης στους κανόνες, στην πολιτική και στην κουλτούρα επιχείρησης

¹⁸«Ένας συνασθηματικά νοήμων ηγέτης συμβάλει στην καλύτερη επικοινωνία μέσα στην ομάδα και έτσι ενισχύει την αποτελεσματικότητα» (Φραγκούλη, 2006).

Άρνηση ευθύνων
Διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων
Άσαφη όρια εξουσίας, ευθύνης και εξουσιοδότησης
Σύγχυση ρόλων και επικάλυψη των αρμοδιοτήτων
Ελλείψεις οργάνωσης και προβλήματα διοίκησης
Υποκειμενικό σύστημα αμοιβών και εξέλιξης
Χαμηλό αίσθημα εργασιακής δικαιοσύνης
Έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης
Στενότητα αγαθών και περιορισμένοι πόροι (ελλείψεις προσωπικού, υλικών και τεχνικών πόρων)
Ώρες εργασίας και ωράρια εκτός του κανονικού
Ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων
Διακρίσεις από την πλευρά της διοίκησης
Αποκλείσεις μεταξύ προσωπικών στόχων και στόχων της επιχείρησης ή μεταξύ τμημάτων ή ομάδων
Ανταγωνισμός μεταξύ τμημάτων ή ομάδων και των υποσυστημάτων της επιχείρησης
Συνθήκες εργασίας και τεχνικές εξελίξεις
Πολιτική και συνδικαλιστική πόλωση
Ταξική πάλη

2.4.3 Η οικονομική κρίση λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο

Η παγκοσμιοποίηση, σαν ένας νέος τρόπος οργάνωσης, πιέζει τα κράτη σε μετάβαση σε μια νέα μορφή οργάνωσης, σε μια οικονομία αγοράς με μειωμένο ρόλο του κράτους, με όλα τα κόστη που συνεπάγονται με αυτό. *«Η νέα, παγκόσμια, φιλελεύθερη δομή δύναμης έχει δραματικά υπονομεύσει την αυτονομία του μηχανισμού άσκησης οικονομικής πολιτικής και έχει καταστήσει την εφαρμογή πολιτικής πλήρους απασχόλησης, κοινωνικής πολιτικής καθώς επίσης και εθνικά ανεξάρτητης μακροοικονομικής πολιτικής πολύ δύσκολη επιλογή και ίσως αδύνατη χωρίς διεθνή συνεργασία»* (Αργείτης, 2002).

Το 2009 στην Ελλάδα ο Δημόσιος Τομέας υπέρβαινε το 50% με πολλές παθογένειες με αποτέλεσμα την επέμβαση των Διεθνών Οργανισμών (ΔΝΤ, Ευρωπαϊκή Ένωση) στη χρηματοδότηση και στις μεταρρυθμίσεις, κατόπιν του αιτήματος του Ελληνικού Κράτους. Οι

επεμβάσεις αυτές έφεραν αλλαγές και στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας οι οποίες εφαρμόζονται έως και τώρα, τα αποτελέσμα τους είναι δύσκολο να αξιολογηθούν γιατί βρίσκονται σε εξέλιξη.

Ένα Δημόσιο Νοσοκομείο είναι ένα μέρος Δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας. Έχει να κάνει με ανθρώπους ασθενείς και μη, οι οποίοι έχουν ένα χαρακτηριστικό τη 'θλίψη'. Η Διοίκηση ενός Δημοσίου Νοσοκομείου γίνεται από τους Δημοσίους υπαλλήλους και τους τοποθετημένους από την Κυβέρνηση Διοικητές και Υποδιοικητές.

Η οικονομική κρίση αλλάζει τη συμπεριφορά των ατόμων. Ένα μεγάλο Δημόσιο Νοσοκομείο είναι ένας ιδανικός τόπος για τη διερεύνηση των συμπεριφορών αυτών γιατί εκπροσωπεί ένα καλό δείγμα της κοινωνίας. Οι αλλαγές τις οποίες κουβαλά μαζί της η οικονομική κρίση είναι πολύ επίπονες για τους ανθρώπους, όσο και για την 'τσέπη' τους, τόσο και για την υγεία τους, αλλά οι άνθρωποι δεν δέχονται εύκολα τις αλλαγές και η κάθε αλλαγή μπορεί να προκαλέσει αντίδραση και με τη σειρά της τις συγκρούσεις. Οι δυσαρέσκεια των ατόμων της κοινωνίας υπό τη διαδικασία των αλλαγών κάνει τους ανθρώπους να ζουν με αμφιβολία για το μέλλον της εργασίας τους και κατ' επέκταση για τη ζωή τους, την υγεία τους, ζουν σε συνθήκες αβεβαιότητας, κατηγορούν το κράτος, τον πλησίον του και τους δημοσίους υπαλλήλους για την κατάσταση στην οποία ζουν, αγνοώντας τον παράγοντα παγκοσμιοποίησης και αποτραβώντας από τη συλλογική συμμετοχή στις κινητοποιήσεις.

Οι συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο χώρο υγείας είναι αναπόφευκτες, το κατά πόσο συχνά γίνονται και με τι ένταση σε περίοδο οικονομικής κρίσης θα πρέπει να διερευνηθούν.

2.4.4 Η οικονομική κρίση προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο

Τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης μαζί με τα χαρακτηριστικά του χώρου παροχής δημόσιας υγείας λειτουργούν πειστικά στον άνθρωπο. Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης οι άνθρωποι πιέζονται πολύ και ζουν σε ένα περιβάλλον το οποίο δε μπορεί να χαρακτηριστεί υγιές. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946, πρώτη απόπειρα ορισμού) η υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία επιτρέπει σε κάθε άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική»*.

Οι συζητήσεις γύρω από τον ορισμό της υγείας γίνεται συνεχώς, κατά των Τούντα, Γ. (2000) (όπως είπε ο Σακελλαρίου, 2013) η υγεία του ανθρώπου και κατ' επέκταση του πληθυσμού εξαρτάται

κατά 20% από βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από ανθρώπινη συμπεριφορά. Σύμφωνα με το νόμο 1397/1983 Άρθρο 1, «1. το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση...». Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000) (όπως είπαν οι Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου, 2011) η αμοιβαία εξάρτηση μεταξύ της οικονομίας και της υγείας είναι πολύ στενή. Η ανεργία είναι ένα από τα αίτια της φτώχειας, η φτώχεια παράγει την αρρώστια και ο πλούτος προφυλάσσει και προάγει την υγεία. Όπως είπε ο Khush G., (2007) (όπως αναφέρει ο Σακελλαρίου, 2013) η ασθένεια θεωρείται ως μια διαταραχή του ανθρώπου, δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο σωματικά ή ψυχικά, γιατί η αντιμετώπιση της πρέπει να περιλαμβάνει σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση και κυρίως τον τρόπο που αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Το κράτος προσφέρει κάποια ισορροπία, αλλά στην περίοδο της κρίσης αυτή καταρρέει. Το οικονομικό σύστημα αλληλοεξαρτάται από το ποιητικό σύστημα και τις κοινωνικές δομές (Αργείτης, 2002). Η οικονομική κρίση είναι η ασθενής διαταραχή, διαταραχή της ισορροπίας του Κράτους και όπως είπαν οι Παπάνης και Μπαλάσα (2011) είναι η αρρωστημένη κατάσταση της κοινωνίας.

Ο άνθρωπος ως κέντρο της κοινωνίας, εργασίας, οικογένειας πιέζεται, αλληλοεπιδράται και αλληλοεξαρτάται μέσα από τις σχέσεις του περιβάλλοντός του και λειτουργεί μέσω της επικοινωνίας σε αυτές. Κάθε διαταραχή επικοινωνίας μέσα στις σχέσεις αυτές λειτουργεί, πρώτα ως έκπληξη και σοκ, με πρώτες αντιδράσεις αποσπασματικού και σπασμωδικού χαρακτήρα, μετά συσσώρευση δυσαρέσκειας και τέλος εκτόνωση με μορφή της σύγκρουσης.

Οι συγκρούσεις είναι ένα παθολογικό φαινόμενο κοινωνικής δυσλειτουργίας. Κάθε σύγκρουση πηγάζει στους οικονομικούς παράγοντες, στη διαφορετική αντίληψη των ιδανικών και των αξιών ή στην πάλη για την εξουσία και τα αίτια αυτά ανακατεύονται και αλληλοεξαρτώνται ως ετερόκλητα στοιχεία τα οποία αποτελούν ένα σύνολο.

Πίνακας 2.4.4.1 Οικονομική κρίση ως αίτια και παράγοντες

Επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων	Χαρακτηριστικά εργαζομένων	Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένων από την εργασία	Συχνότητα αντιπαράθεσης στο χώρο εργασίας.	Στοιχεία του χαρακτήρα	Συνθήκες εργασίας	Αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας	Σχέσεις (φιλικές, οικογενειακές, εργασιακές), πολιτικές αντιλήψεις και συνδικαλιστική πόλωση
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Χαρακτηριστικά εργαζομένων	Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένων από την εργασία	Συχνότητα αντιπαράθεσης στο χώρο εργασίας.	Στοιχεία του χαρακτήρα	Συνθήκες εργασίας	Αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας	Σχέσεις (φιλικές, οικογενειακές, εργασιακές), πολιτικές αντιλήψεις και συνδικαλιστική πόλωση
Προκαλούν και επηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Χαρακτηριστικά εργαζομένων	Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένων από την εργασία	Συχνότητα αντιπαράθεσης στο χώρο εργασίας.	Στοιχεία του χαρακτήρα	Συνθήκες εργασίας	Αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας	Σχέσεις (φιλικές, οικογενειακές, εργασιακές), πολιτικές αντιλήψεις και συνδικαλιστική πόλωση

Το ερώτημα είναι εάν η οικονομική κρίση προκαλεί τη σύγκρουση στο Δημόσιο Νοσοκομείο; Η σύγκρουση αυτή υπάρχει σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο, γιατί η σύγκρουση είναι κάτι το οποίο υπάρχει σε όλες υπηρεσίες και οργανισμούς ή υπάρχει σε μια υποβόσκουσα κατάσταση και μεταφέρεται σε άλλους χώρους και σχέσεις.

2.5 Ανασκόπηση των αιτιών και των παραγόντων οικονομικής κρίσης σε συχνότητα συγκρούσεων σε δημόσιο νοσοκομείο

Κάθε σύγκρουση πηγάζει είτε στους οικονομικούς λόγους και στις διαμάχες για την εξουσία, είτε στη διαφορετική αντίληψη των ιδανικών και των αξιών και όλα αυτά τα αίτια περιπλέκονται μεταξύ τους σαν ετερόκλιτα στοιχεία και αποτελούν ένα σύνολο (Παπάνης και Μπαλάσα, 2011). Οι οικονομική κρίση προκαλεί τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας.

2.5.1 Χαρακτηριστικά εργαζόμενων

Τα χαρακτηριστικά εργαζομένων παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά του δείγματος και επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ερευνών(πίνακας 2.5.1.1). Οι Gravelle και Minnotte (2013) υποστηρίζουν ότι, στα προσωπικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη συχνότητα των συγκρούσεων. Είναι σημαντικά και πρέπει να αντιπροσωπεύουν εργαζόμενους ανάλογα και εξαρτώμενα από το ερευνητικό ερώτημα. Τα χαρακτηριστικά εργαζομένων είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, την ποσότητα οικονομικά εξαρτωμένων ατόμων στην οικογένεια, η επάγγελμα, η επαγγελματική εκπαίδευση και τα χρόνια υπηρεσίας στον τομέα υγείας. Οι διαφορές στην επαγγελματική εκπαίδευση, φύλο, η ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας είναι σημαντικές αντιπροσωπευτικές μεταβλητές του δείγματος και έχουν κατηγορηθεί πολλές φορές ως εμπόδια στην επικοινωνία. Η οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, αριθμός οικονομικά εξαρτωμένων ατόμων στην οικογένεια είναι οι σχέσεις οι οποίες υπάρχουν έξω από το εργασιακό περιβάλλον. Τα χαρακτηριστικά και οι σχέσεις που προκύπτουν από τις μεταβλητές αυτές επιδρούν στις σχέσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος και επιδρούν στη μεταβλητή συχνότητα αντιπαραθέσεων. Η Το ζήτημα της κυριαρχίας φύλου θέτει η Kelly, J. (2006) και υποστηρίζει ότι, η κυριαρχία του γυναικείου φύλου στο νοσηλευτικό επάγγελμα ενώ του ανδρικού φύλου στις διοικητικές θέσεις και το ιατρικό επάγγελμα έχει ως αποτέλεσμα επιλογή της διαχείρισης των συγκρούσεων ως αποφυγή και μάλιστα παραδοσιακά. Στην πρόσφατη ερευνά τους Παυλάκης και Ρούσου (2011) αναφέρουν ότι, η συχνότητα των αντιπαραθέσεων δεν επηρεάζεται σημαντικά ούτε από το φύλο, την ηλικία και ούτε από το επάγγελμα, παρ όλ' αυτά συμφωνούν ότι οι εργαζόμενοι προσπαθούν να αποφύγουν τη σύγκρουση.

Πίνακας 2.5.1.1 Χαρακτηριστικά εργαζομένων ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης

Επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων	Φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ποσότητα οικονομικά εξαρτωμένων ατόμων στην οικογένεια, επάγγελμα, επαγγελματική εκπαίδευση και χρόνια υπηρεσίας στον τομέα υγείας.
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ποσότητα οικονομικά εξαρτωμένων ατόμων στην οικογένεια, επάγγελμα, επαγγελματική εκπαίδευση και χρόνια υπηρεσίας στον τομέα υγείας.
Προκαλούν και επηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ποσότητα οικονομικά εξαρτωμένων ατόμων στην οικογένεια, επάγγελμα, επαγγελματική εκπαίδευση και χρόνια υπηρεσίας στον τομέα υγείας.

2.5.2 Ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία

Η ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία εξαρτάται από τους συναδέλφους, τις υλικές συνθήκες εργασίας, την ελευθερία επιλογής της μεθόδου εργασίας, την αναγνώριση που παίρνετε από τη δουλειά, την έκταση της ευθύνης που δίδεται, το ύψος του μισθού, τις ευκαιρίες χρησιμοποίησης των ικανοτήτων των εργαζομένων, τις σχέσεις μεταξύ των προϊσταμένων και των συναδέλφων στο χώρο εργασίας, τον τρόπο που διοικείται (ο θάλαμος, η κλινική ή το τμήμα), την προσοχή που δίδεται στις εισηγήσεις που υποβάλλονται, το ωράριο της εργασίας, την έκταση της ποικιλίας στη δουλειά και τη σιγουριά στη δουλειά. Οι Παυλάκης και Ρούσου (2011) μετρούν την ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία. Η ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία άμεσα εξαρτάται και αλληλοεπιδράται από τους εσωτερικούς παράγοντες ενός οργανισμού όπως, ανθρώπινους, τεχνολογικούς, οικονομικούς και φυσικούς και έμμεσα από τις λειτουργίες του κράτους και εξωτερικούς παράγοντες όπως, οικονομικούς, πολιτικούς, κοινωνιολογικούς και τεχνολογικούς. Η μεγαλύτερη εξάρτηση από τους εξωτερικούς παράγοντες έχουν οι Δημόσιες Υπηρεσίες, εφόσον είναι οι κρατικοί οργανισμοί και ρυθμίζονται από τους κανόνες και νόμους του Κράτους. Η διερεύνηση, η μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων παρουσιάζει την εικόνα και το βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων από τις λειτουργίες αυτές. Ο βαθμός ικανοποίησης έχει άμεση επίδραση στη συχνότητα των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας. Οι ψυχικές διακυμάνσεις των εργαζόμενων προκαλούν τις συγκρούσεις επιβαρύνοντας το έργο εργατικού δυναμικού (Goss, Pascale & Athos, 1993).

Πίνακας 2.5.2.1 *Ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης*

Επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων	Υλικές συνθήκες εργασίας, ελευθερία επιλογής της μεθόδου εργασίας, την αναγνώριση στη δουλειά, έκταση της ευθύνης, ύψος μισθού, ευκαιρίες χρησιμοποίησης ικανοτήτων των εργαζομένων, σχέσεις μεταξύ των προϊσταμένων και των συναδέλφων στο χώρο εργασίας, τρόπο που διοικείται (ο θάλαμος, η κλινική ή το τμήμα), προσοχή στις εισηγήσεις που υποβάλλονται, ωράριο εργασίας, έκταση της ποικιλίας στη δουλειά και σιγουριά στη δουλειά
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Υλικές συνθήκες εργασίας, ελευθερία επιλογής της μεθόδου εργασίας, την αναγνώριση στη δουλειά, έκταση της ευθύνης, ύψος μισθού, ευκαιρίες χρησιμοποίησης ικανοτήτων των εργαζομένων, σχέσεις μεταξύ των προϊσταμένων και των συναδέλφων στο χώρο εργασίας, τρόπο που διοικείται (ο θάλαμος, η κλινική ή το τμήμα), προσοχή στις εισηγήσεις που υποβάλλονται, ωράριο εργασίας, έκταση της ποικιλίας στη δουλειά και σιγουριά στη δουλειά
Προκαλούν και επηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Υλικές συνθήκες εργασίας, ελευθερία επιλογής της μεθόδου εργασίας, την αναγνώριση στη δουλειά, έκταση της ευθύνης, ύψος μισθού, ευκαιρίες χρησιμοποίησης ικανοτήτων των εργαζομένων, σχέσεις μεταξύ των προϊσταμένων και των συναδέλφων στο χώρο εργασίας, τρόπο που διοικείται (ο θάλαμος, η κλινική ή το τμήμα), προσοχή στις εισηγήσεις που υποβάλλονται, ωράριο εργασίας, έκταση της ποικιλίας στη δουλειά και σιγουριά στη δουλειά

2.5.3 Συχνότητα αντιπαράθεσης στο χώρο εργασίας

Η συχνότητα των συγκρούσεων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και πηγάζει στις σχέσεις και στην επικοινωνία σε αυτές και επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων (πίνακας 2.5.3.1).

Η επίλυση των συγκρούσεων απασχολεί 20%, σε ημερήσιο χρόνο, τους διευθυντές της υγειονομικής περίθαλψης και είναι το επιπρόσθετο κόστος για κάθε επιχείρηση, αλλά είναι σημαντική για την υγεία των εργαζομένων και όσο γρήγορα επιλυθεί τόσο μεγαλύτερο και καλύτερο αποτέλεσμα καταφέρνει. Η αντιπαράθεση στο χώρο εργασίας των Δημοσίων Νοσοκομείων γίνεται μεταξύ τριών ομάδων εργαζομένων, δηλαδή εργαζόμενο με εργαζόμενο, εργαζόμενο με τα μέλη της διοίκησης και εργαζόμενο με ασθενείς/ή και συγγενείς των ασθενών και αναμιγνύονται στις αντιπαραθέσεις αυτές οι τυπικές και οι άτυπες ομάδες σχετικές ή άσχετες με την αντιπαράθεση οι οποίες όμως έχουν σχέση με άμεσο αποτέλεσμα της σύγκρουσης.

Πολύ ερευνητές (Κοντογιάννη & συν., 2011, Moisoglou & συν., 2014, Παυλάκης & Ρούσου, 2011, Tengilimoglou & Kisa, 2005) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγκρούσεις στο χώρο υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα καθημερινό φαινόμενο. Αρκετές έρευνες έχουν απόδειξη (Βλαχάκη, 2008, Ξάθη & Βουλαλέλη, 2009, Schmidt & Thomas, 2004) ότι το θέμα των συγκρούσεων απασχολεί τα στελέχη της κάθε επιχείρησης πάνω από 20% σε ημερήσιο χρόνο.

Πίνακας 2.5.3.1 Αντιπαράθεση στο χώρο εργασίας ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης

Επιρεάζει την υγεία των ανθρώπων	Σχέσεις και επικοινωνία σε αυτές
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Σχέσεις και επικοινωνία σε αυτές
Προκαλούν και επηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Σχέσεις και επικοινωνία σε αυτές

2.5.4 Εκδήλωση είδους συμπεριφοράς στην αντιπαράθεση και η ευτυχία στο χώρο εργασίας

Η διερεύνηση του είδους συμπεριφοράς και του βαθμού ευτυχίας στο χώρο εργασίας παρουσιάζει των χαρακτήρα των εργαζομένων (πίνακας 2.5.4.1). Τα στοιχεία του χαρακτήρα είναι σημαντικά για τη διερεύνηση των αιτιών αντιπαράθεσης στο εργασιακό χώρο παρουσιάζουν των χαρακτήρα των ατόμων οι οποίοι εμπλέκονται στην αντιπαράθεση και αναμφισβήτητα επηρεάζουν τη συχνότητα των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας (Παυλάκης & Ρούσου, 2011).

Πίνακας 2.5.4.1 Συμπεριφορά στην αντιπαράθεση και βαθμός ευτυχίας στην εργασία ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης

Επιηρεάζει την υγεία των ανθρώπων	Συμπεριφορά στην αντιπαράθεση και βαθμός ευτυχίας στην εργασία
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Συμπεριφορά στην αντιπαράθεση και βαθμός ευτυχίας στην εργασία
Προκαλούν και επιηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Συμπεριφορά στην αντιπαράθεση και βαθμός ευτυχίας στην εργασία

2.5.5 Διερεύνηση συνθηκών εργασίας

Από το 2010 η Ελλάδα χρηματοδοτείται έως και τώρα από τα κράτη μέλη της ζώνης του Ευρώ και το ΔΝΤ μαζί με την υποχρέωση για σταδιακές παρεμβατικές αλλαγές στην Οικονομική και Δημοσιονομική Πολιτική της την ταυτόχρονη καθοδήγηση και έλεγχο. Οι νέες μορφές εργασίας, η παγκοσμιοποίηση της παραγωγής και η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο εργαζόμαστε. Ο φόβος και η ανασφάλεια για παραμονή στη θέση εργασίας κάνει τους ανθρώπους να δουλεύουν ποιο σκληρά (Νικόλαου, 2013).

Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η πίεση στη δουλειά πέρα από τα όριά (εξουθενωτικούς ρυθμούς εργασίας, πιεστικές προθεσμίες) και ο συχνός εξαναγκασμός των εργαζομένων να εργάζονται υπερωρίες οδηγούν στις αντιπαραθέσεις στο νοσοκομειακό χώρο (Moisoglou και συν., 2014). Οι Leineweber και συν. (2013) υποστηρίζουν ότι, το κακό εργασιακό περιβάλλον και η υποστελέχωση των Νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό οδηγούν στις αντιπαραθέσεις στο νοσοκομειακό χώρο. Η διερεύνηση των παραπάνω θεμάτων ερευνά την αποτελεσματικότητα της μείωσης προσωπικού και αξιολογεί τις παρεμβατικές αλλαγές, γιατί ο κάθε Δημόσιος Οργανισμός θα πρέπει να λειτουργεί με βάση τα κριτήρια οικονομικότητας και αποτελεσματικότητας, γιατί τα ελλείμματα καλύπτονται από τους φόρους και από τον κρατικό εξωτερικό δανεισμό.

Από την ερευνητική εργασία του Κοντογιάννη και συν. (2011) χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο τους Tengiliglou και Kisa (2005), το οποίο συμπληρώθηκε από 286 άτομα, οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες τύπου likert με πεντάβαθμη κλίμακα έντασης (καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ, πάρα πολύ). Το 73,4% ερωτηθέντων απάντησαν ότι, δεδομένου του φόρτου εργασίας δεν πιστεύουν καθόλου ότι οι απολαβές είναι αρκετές ούτως ώστε να αποτελούν ένα κίνητρο. Το 68,7% πιστεύουν ότι, οι επιβραβεύσεις/ ανταμοιβές δεν είναι καθόλου δίκαια κατανεμημένες μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων. Το 56% θεωρούν ότι δεν λαμβάνουν καθόλου τις επιβραβεύσεις/ ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία τους (πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κλπ.). Το 68,7% θεωρούν ότι, δεν υπάρχουν καθόλου δίκαιες ανταμοιβές και

εξελιξίσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων. Τα αποτελέσματα της έρευνας του Κοντογιάννη και συν. (2011) ταυτίστηκαν με τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνητών. Οι Moisoglou και συν. (2014) υποστηρίζουν ότι, σημαντικότερα αίτια των συγκρούσεων είναι η χαμηλή αμοιβή¹⁹, η άδικη κατανομή πόρων και η χαμηλή αναγνώριση. Οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι, η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να γνωρίζει για τη συνεισφορά τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο Παυλάκης και η Ρούσου (2011) είπαν η δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων και με τη διοίκηση επιβαρύνει το εργασιακό κλίμα. Τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων οφείλονται στις διαφορές στην εκπαίδευση (Φραγκούλη, 2006, Κοντογιάννη και συν., 2011, Παυλάκη και Ρούσου, 2011, Αντωνάκη, 2012).

Εν κατακλείδι, όπου υπάρχει δυσaráεσκεια από τις συνθήκες εργασίας μεγαλώνει η αντιπαράθεση και το αντίθετο. Επίσης είναι αποδεδειγμένο από πολλούς ερευνητές ότι οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν την ικανοποίηση και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων (πίνακας 2.5.5.1).

Πίνακας 2.5.5.1 Συνθήκες εργασίας ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης

Επιηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων	Φόβος και ανασφάλεια παραμονής στη θέση εργασίας, μεγάλος φόρτος εργασίας, πίεση στη δουλειά (εξουθενωτικούς ρυθμούς εργασίας, πιεστικές προθεσμίες) και συχνός εξαναγκασμός των εργαζομένων να εργάζονται υπερωρίες, κακό εργασιακό περιβάλλον και υποστελέχωση, κακές επιβραβεύσεις/ ανταμοιβές, χαμηλή αμοιβή, άδικη κατανομή πόρων και χαμηλή αναγνώριση, δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης, προβλήματα επικοινωνίας λόγω διαφορών στην εκπαίδευση.
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Φόβος και ανασφάλεια παραμονής στη θέση εργασίας, μεγάλος φόρτος εργασίας, πίεση στη δουλειά (εξουθενωτικούς ρυθμούς εργασίας, πιεστικές προθεσμίες) και συχνός εξαναγκασμός των εργαζομένων να εργάζονται υπερωρίες, κακό εργασιακό περιβάλλον και υποστελέχωση, κακές επιβραβεύσεις/ ανταμοιβές, χαμηλή αμοιβή, άδικη κατανομή πόρων και χαμηλή αναγνώριση, δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης, προβλήματα επικοινωνίας λόγω διαφορών στην εκπαίδευση.
Προκαλούν και επιηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Φόβος και ανασφάλεια παραμονής στη θέση εργασίας, μεγάλος φόρτος εργασίας, πίεση στη δουλειά (εξουθενωτικούς ρυθμούς εργασίας, πιεστικές προθεσμίες) και συχνός εξαναγκασμός των εργαζομένων να εργάζονται υπερωρίες, κακό εργασιακό περιβάλλον και υποστελέχωση, κακές επιβραβεύσεις/ ανταμοιβές, χαμηλή αμοιβή, άδικη κατανομή πόρων και χαμηλή αναγνώριση, δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης, προβλήματα επικοινωνίας λόγω διαφορών στην εκπαίδευση.

¹⁹ ή ακόμα και αν πληρώνονται αρκετά καλά, δεδομένου του φόρτου εργασίας τους, πιστεύουν ότι οι απολαβές τους δεν είναι αρκετές ούτως ώστε να αποτελούν ένα κίνητρο στο επάγγελμά τους.

2.5.6 Διερεύνηση αποτελεσματικότητας στο χώρο εργασίας

Ο Ευκαρπίδης (2011) υποστηρίζει ότι η οικονομική κρίση είναι υπεύθυνη για τις ελλείψεις των αγαθών και των πόρων και κατ' επέκταση προσφέρει τις υπηρεσίες με χαμηλότερη ποιότητα σε ένα παραβάλλον αυξημένης ζήτησης για τις δημοσιές υπηρεσίες.

Τα δημόσια νοσοκομεία προσφέρουν υπηρεσίες με χαμηλότερη ποιότητα από τα ιδιωτικά λόγω ελλείψεις υλικών και φαρμάκων και λόγω έλλειψης προσωπικού. Η χαμηλή χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων δημιουργεί μεγάλες λίστες αναμονής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η στενότητα αγαθών και περιορισμένοι πόροι (ελλείψεις προσωπικού, υλικών και τεχνικών πόρων) καθυστερούν την έξοδο ασθενών από το νοσοκομείο.

Ο μεγάλος φόρτος εργασίας προκαλεί την αίσθηση ανασφάλειας στους εργαζόμενους κατά την εκτέλεση της εργασίας. Οι Moisoglou και συν. (2014) υποστηρίζουν ότι, σημαντικότερα αίτια των συγκρούσεων είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας. Οι Παυλάκη και Ρούσου (2011) είπαν ότι, η θετική αντιμετώπιση, η κατανόηση και συμπαράσταση από τη διοίκηση και τους συναδέλφους όσον αφορά τον φόρτο εργασίας και το περιβάλλον έχει θετικό αποτέλεσμα στη μείωση αντιπαραθέσεων στο χώρο αυτό, γιατί η αντιπαραθέση επηρεάζει πολύ την απόδοση των εργαζομένων.

Η εκδήλωση των συγκρούσεων έχει αρνητική επίδραση στην παραγωγικότητα, στην αποτελεσματικότητα των τμημάτων, όπως και στην ικανότητα προσαρμογής των εργαζομένων στις διάφορες αλλαγές. Η αντιπαραθέση συμβάλει στη μείωση του χρόνου της απασχόληση, γιατί αποσπά από την εργασία τα εμπλεκόμενα μέλη και αποτελεί κόστος για κάθε επιχείρηση. Η παραγωγικότητα των μελών των τμημάτων πρέπει να είναι μέγιστη δυνατή, όπως και η ικανότητα προσαρμογής των εργαζομένων στις διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτό (Κωνσταντοπούλου, 2007).

Η Θεοφίλου (2009) υποστηρίζει ότι, η απογοήτευση για ανταμοιβές (οικονομικές και ποιοτικές) στην εργασία κάνει τους εργαζόμενους του υγειονομικού τομέα να μην ενδιαφέρονται για τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται και προκαλεί απώλεια σεβασμού και της συμπαθείας στους ασθενείς.

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της φύσης του επαγγέλματος ζουν καθημερινά σε κατάσταση συνεχούς έντασης και εντόνου στρες. Έτσι, συμπεραίνοντας από τα παραπάνω, οι αιτίες μη αποτελεσματικότητας στο χώρο εργασίας μπορούν να οδηγήσουν τους εργαζόμενους στην επαγγελματική εξουθένωση και στις έντονες αντιπαραθέσεις.

Οι ψυχικές διακυμάνσεις των εργαζόμενων προκαλούν τις συγκρούσεις επιβαρύνοντας το έργο του εργατικού δυναμικού και κατ' επέκταση την παραγωγική διαδικασία (Goss, Pascale & Athos, 1993) (πίνακας 2.5.6.1).

Πίνακας 2.5.6.1 Αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης

Επιηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων	Κατάσταση συνεχούς έντασης και εντόνου στρες, ελλείψεις προσωπικού, υλικών, φαρμάκων και τεχνικών πόρων, χαμηλότερης ποιότητα προσφερόμενες υπηρεσίες, αυξημένη ζήτηση για δημοσιές υπηρεσίες, μεγάλος φόρτος εργασίας, αίσθηση ανασφάλειας στους εργαζόμενους κατά την εκτέλεση της εργασίας, χαμηλή παραγωγικότητα, χαμηλή αποτελεσματικότητα των τμημάτων και χαμηλή ικανότητα προσαρμογής εργαζομένων στις διάφορες αλλαγές, απογοήτευση για ανταμοιβές (οικονομικές και ποιοτικές), ελάχιστο ενδιαφέρον για το συνάδελφο, απώλεια σεβασμού και της συμπαθείας στους ασθενείς.
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Κατάσταση συνεχούς έντασης και εντόνου στρες, ελλείψεις προσωπικού, υλικών, φαρμάκων και τεχνικών πόρων, χαμηλότερης ποιότητα προσφερόμενες υπηρεσίες, αυξημένη ζήτηση για δημοσιές υπηρεσίες, μεγάλος φόρτος εργασίας, αίσθηση ανασφάλειας στους εργαζόμενους κατά την εκτέλεση της εργασίας, χαμηλή παραγωγικότητα, χαμηλή αποτελεσματικότητα των τμημάτων και χαμηλή ικανότητα προσαρμογής εργαζομένων στις διάφορες αλλαγές, απογοήτευση για ανταμοιβές (οικονομικές και ποιοτικές), ελάχιστο ενδιαφέρον για το συνάδελφο, απώλεια σεβασμού και της συμπαθείας στους ασθενείς.
Προκαλούν και επιηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Κατάσταση συνεχούς έντασης και εντόνου στρες, ελλείψεις προσωπικού, υλικών, φαρμάκων και τεχνικών πόρων, χαμηλότερης ποιότητα προσφερόμενες υπηρεσίες, αυξημένη ζήτηση για δημοσιές υπηρεσίες, μεγάλος φόρτος εργασίας, αίσθηση ανασφάλειας στους εργαζόμενους κατά την εκτέλεση της εργασίας, χαμηλή παραγωγικότητα, χαμηλή αποτελεσματικότητα των τμημάτων και χαμηλή ικανότητα προσαρμογής εργαζομένων στις διάφορες αλλαγές, απογοήτευση για ανταμοιβές (οικονομικές και ποιοτικές), ελάχιστο ενδιαφέρον για το συνάδελφο, απώλεια σεβασμού και της συμπαθείας στους ασθενείς.

2.5.7 Διερεύνηση αιτιών αντιπαράθεσης μέσα στο χώρο εργασίας από εξωτερικούς παράγοντες

Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις ή διενέξεις υπάρχουν μεταξύ ομάδων εργαζομένων (πίνακας 2.5.7.1). Οι συγκρούσεις στον οικογενειακό (πχ. ανεργία του συζύγου, διαμάχες του ζευγαριού, ανταγωνισμός των συζύγων, συμβίωση με αλλά μέλη της ευρύτερης οικογένειας, ποιοτικές στιγμές τις οικογένειας, ο αριθμός των παιδιών μικρής ηλικίας κλπ.) και στον φιλικό περιβάλλον οδηγούν στις συγκρούσεις στο εργασιακό χώρο. Οι φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις προκαλούν τους

εργαζομένους σε συγκρούσεις στο ιατρικό τομέα (Παπάνης & Μπαλάσα, 2011, Gravelle & Minnotte, 2013, Leineweber & συν., 2013). Επίσης, οι πολιτικές αντιλήψεις και η συνδικαλιστική πόλωση των συναδέλφων οδηγούν στις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, είναι ένα από τα αίτια των αντιπαραθέσεων στο χώρο εργασίας (Παπάνης & Μπαλάσα, 2011)

Πίνακας 2.5.7.1 Εξωτερικοί παράγοντες ως αίτια και παράγοντες οικονομικής κρίσης

Επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων	Φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις, πολιτικές αντιλήψεις και συνδικαλιστική πόλωση
Λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας	Φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις, πολιτικές αντιλήψεις και συνδικαλιστική πόλωση
Προκαλούν και επηρεάζουν τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο	Φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις, πολιτικές αντιλήψεις και συνδικαλιστική πόλωση

2.6 Συμπεράσματα – Συζήτηση

Η ζωή ενός σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένη πάνω στην εργασία και στην οικονομική του κατάσταση, αλληλοεπιδράται και αλληλοεξαρτάται από τις σχέσεις (επαγγελματικές και προσωπικές κλπ.) και την επικοινωνία σε αυτές, από τις λειτουργίες του κράτους, επίσης επηρεάζει τους δείκτες υγείας και κτίζει την προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου. Ο άνθρωπος είναι το βασικό, κεντρικό στοιχείο της κάθε επιχείρησης, προβάλλεται, αλληλοεξαρτάται και αλληλοεπιδράται από εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον της και οργανώνεται σε τυπικές και άτυπες ομάδες.

Το εξωτερικό περιβάλλον θα μπορούσε να χωριστεί σε εξωτερικό περιβάλλον εντός μιας χώρας και εξωτερικό περιβάλλον μιας νέας παγκοσμιοποιημένης πραγματικότητας, γιατί οι λειτουργίες του κάθε Κράτους είναι περιορισμένες από νέο περιβάλλον παγκοσμιοποιημένης πραγματικότητας. Τα οικονομικά μεγέθη του εξωτερικού περιβάλλοντος μιας χώρας είναι ιδιαίτερα σημαντικά στις σχέσεις αλληλεξάρτησης, γιατί η σοβαρή, η απότομη μείωση του πραγματικού ΑΕΠ μαζί με την υψηλή ανεργία και αποπληθωρισμό προκαλεί την κρίση.

Η Ελλάδα περνάει την περίοδο της οικονομική κρίση. Ένα από τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι η περικοπή των δημοσίων δαπανών. Η περικοπή των δαπανών του δημόσιου τομέα έχει γίνει και στη νοσοκομειακή δαπάνη, αυτή η μείωση κατά πολύ οφείλεται στην περικοπή των μισθών και στις συνταξιοδοτήσεις. Επίσης η περικοπή δαπανών σαν αποτέλεσμα των περικοπών των

δημοσίων δαπανών έκανε και τα νοικοκυριά να έχουν περικόψει τις ιδιωτικές δαπάνες, όπως και τη δαπανεί για την υγεία. Οι χαμηλές δαπάνες για την Δημόσια Υγεία έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλότερη ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, λόγω ελλείψεων φαρμάκων, υλικών, ελλείψεων προσωπικού. Και το απασχολούμενο προσωπικό έχει χαμηλές υποδοχές.

Τα χαρακτηριστικά που διακρίνονται στους εργαζόμενους στη Δημόσια Υγεία είναι ο φόβος της απόλυσης από την εργασία τους και η αβεβαιότητα, χρόνια συναισθηματική φόρτωση, άγχος απαιτήσεις, μεγάλη ευθύνη για την κατάσταση υγείας των ασθενών, χωρίς τη δυνατότητα αποφυγής της άμεσης διαπροσωπικής επαφής με τον ασθενή και τον περίγυρο του και η δυσκολία στην αντιμετώπιση προβλημάτων του ασθενή.

Η οικονομική κρίση λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας ταυτόχρονα για τους παράγοντες όπως: τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων και τα στοιχεία του χαρακτήρα τους, τις σχέσεις (οικογενειακές, φιλικές, εργασιακές) και επικοινωνία σε αυτές, τον βαθμό της ικανοποίησης, τις συνθήκες και την αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας, τις πολιτικές αντιλήψεις, τη συνδικαλιστική πόλωση, τη συχνότητα των συγκρούσεων και άλλους.

Η περικοπή δαπανών από το προϋπολογισμό των ανθρώπων τους αναγκάζει να χρησιμοποιούν τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, έτσι αυξάνεται η ζήτηση γι' αυτές, επίσης επιβαρύνεται και η βιωσιμότητα των ασφαλειών υγείας. Επίσης τα άτομα με χαμηλό εισόδημα έχουν μικρή πιθανότητα να έχουν ασφάλεια υγείας και μεγάλη πιθανότητα να έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας.

Έτσι η οικονομική κρίση γεννά αρρώστια όσο στους εργαζόμενους τόσο και στους ανέργους, επιβαρύνει την υγεία των ανθρώπων. Η υγεία των ανθρώπων επηρεάζεται ταυτόχρονα και από τους παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων, τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία, τα στοιχεία του χαρακτήρα του κάθε εργαζόμενου, από τις συνθήκες εργασίας, από την αποτελεσματικότητα στο χώρο αυτό, από τις σχέσεις (φιλικές, οικογενειακές, εργασιακές) και η επικοινωνία σε αυτές, από τις πολιτικές αντιλήψεις, την συνδικαλιστική πόλωση, τη συχνότητα συγκρούσεων και άλλους.

Η σύγκρουση είναι μια παθολογία του κοινωνικού περιβάλλοντος και έχει αντίθετη έννοια της συνεργασίας. Οι συγκρούσεις είναι ένα φαινόμενο το οποίο υπάρχει από την προϊστορία έως και τώρα. Με το θέμα των συγκρούσεων έχουν ασχοληθεί πολλοί ερευνητές, έχουν γίνει πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις του θέματος. Έχουν γίνει έρευνες με θέμα των συγκρούσεων στο εργασιακό χώρο, δηλαδή την επίδραση του εσωτερικού περιβάλλοντος στη συχνότητα των συγκρούσεων, στη διερεύνηση των αιτιών και την αντιμετώπιση τους σε επιχειρησιακό επίπεδο, αγνοώντας την αλληλεπίδραση και την αλληλεξάρτηση του εξωτερικού περιβάλλοντος στο εσωτερικό και στον άνθρωπο ως κύριο, κεντρικό σημείο της επιχείρησης και της κοινωνίας.

Η συχνότητα αντιπαράθεσης σε ένα δημόσιο νοσοκομείο επηρεάζεται ταυτόχρονα από τους παράγοντες όπως: τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων, από τα στοιχεία του χαρακτήρα των εμπλεκόμενων, το είδος συμπεριφοράς κατά την αντιπαράθεση, από την ικανοποίηση από συνθήκες εργασίας, από τις συνθήκες εργασίας, από τους παραμέτρους της αποτελεσματικότητας στο χώρο εργασίας, από οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, από τις πολιτικές αντιλήψεις και τη συνδικαλιστική πόλωση των συναδέλφων, από τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ή διενέξεις μεταξύ ομάδων εργαζόμενων και από την ποσότητα οικονομικά εξαρτωμένων μελών στην οικογένεια και άλλους.

Όλοι οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων, λειτουργούν ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων, προκαλούν τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, όλα αυτά τα στοιχεία είναι εντελώς ανόμοια μεταξύ τους, αλλά περιπλέκονται μεταξύ τους έτσι ώστε αποτελούν ένα σύνολο.

Τελικά αποδεικνύεται η οικονομική κρίση είναι ένας παράγοντας ο οποίος ταυτόχρονα επηρεάζει τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων, τα στοιχεία του χαρακτήρα τους, τον βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων, τις φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις και την επικοινωνία σε αυτές, τις πολιτικές αντιλήψεις και την συνδικαλιστική πόλωση, τις συνθήκες εργασίας, την αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας και την συχνότητα αντιπαράθεσης ασκώντας ταυτόχρονη επίδραση στην υγεία των ανθρώπων, λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων και προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο.

Μεθοδολογία

3 Μεθοδολογία

3.1 Γενικά για τη μεθοδολογία της μελέτης

Η μεθοδολογία της παρούσας μελέτης αναπτύχθηκε με κύριο γνώμονα την εξασφάλιση της εγκυρότητας, η οποία χρησιμοποιείται για την αναζήτηση των ισχυρών πληροφοριών, εξασφάλιση της πληρότητας και της αξιοπιστίας για να είναι χρήσιμα τα αποτελέσματα για τις μεταγενέστερες έρευνες.

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ανάπτυξη του θέματος «Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Συγκρούσεις στα Δημόσια Νοσοκομεία» με τη χρήση επιχειρημάτων από τις αξιόπιστες πηγές και τεκμηρίωση του λόγου με υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία. Με σκοπό την ανάπτυξη των επιμέρους θεμάτων όπως:

- Η οικονομική κρίση:
1. επηρεάζει την υγεία των ανθρώπων;
 2. λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων;
 3. προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο;

Ο δειγματικός χώρος της μελέτης ορίστηκε η χώρα Ελλάδα η οποία περνά την περίοδο της οικονομικής κρίσης με κύριο πάσχοντα το δημόσιο τομέα με επίκεντρο τον άνθρωπο και ειδικά το Δημόσιο Νοσοκομείο το οποίο είναι τόπος εντάσεως εργασίας (υπερτερεί το εργατικό κόστος), έχει στενή επαφή με όλες τις κοινωνικές ομάδες ανθρώπων της χώρας.

Η παρούσα μελέτη καταπιάνεται με τη θεωρητική, βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος με την προσπάθεια άντλησης των στατιστικών δεδομένων και αποτελεσμάτων των προγενεστέρων ερευνητικών εργασιών όπως των βιβλιογραφικών έτσι και των ποσοτικών μεθοδολογιών. Η ανάπτυξη της οικονομικής κρίσης συνοδεύεται με την παρουσίαση και ανάλυση των στατιστικών στοιχείων που αντλήθηκαν από τις βάσεις δεδομένων Eurostat (19/12/2013), του ΟΟΣΑ (30/10/13 και 13/10/13) και με την παρουσίαση των δεδομένων οι οποίοι αντλήθηκαν από τη διεθνή βιβλιογραφία. Η ανάπτυξη της κατάταξης του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας γίνεται με βάση των βιβλιογραφικών αναφορών και με την συγκριτική παρουσίαση και ανάλυση των στατιστικών στοιχείων οι οποίοι αντλήθηκαν από τις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ (2013). Το θέμα των συγκρούσεων αναπτύχθηκε με την άντληση πληροφοριών από τις προγενέστερες ερευνητικές εργασίες.

Τα γενικά συμπεράσματα βγήκαν από την αποκόμιση κοινών σημείων από τα παραπάνω θέματα έτσι ώστε να αποτελούν ένα αρμονικό σύνολο συμπερασμάτων.

Συζήτηση

4 Συζήτηση

Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης των αλλαγών σε μορφή ‘οικονομικής κρίσης’ του εξωτερικού περιβάλλοντος στο εσωτερικό και κατ’ επέκταση στον άνθρωπο και η αντίδραση του σε μορφή συγκρούσεων στο εργασιακό χώρο.

4.1 Περιορισμοί της μελέτης

Μεγάλες δυσκολίες πρόέκυψαν, παρόλο που η συγκέντρωση των στοιχείων αντλήθηκαν κατά πλειοψηφία από δευτερογενή στοιχεία, δηλαδή από τα στοιχεία και τις πληροφορίες των προγενεστέρων ερευνών και μελετών, στην ανεύρεση των άρθρων και βιβλιογραφικών αναφορών λόγω πρωτοτυπίας του θέματος.

4.2 Συμπεράσματα

Στην περίπτωση της Ελλάδας η παθογένεια και ένα από τα αίτια της οικονομικής κρίσης είναι ένας μεγάλος και άκαμπος Δημόσιος τομέας. Τα άτομα της κοινωνίας, στις συνθήκες οικονομικής κρίσης, χρησιμοποιούν περισσότερες Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. Ένα Δημόσιο Νοσοκομείο είναι εντάσεως εργασίας. Όσα οι εργαζόμενοι τόσο και οι πελάτες τους έχουν χαρακτηριστικά αντίθετα από το ορισμό της υγείας, και δε μπορούν να χαρακτηριστούν ως υγιείς. Οι συγκρούσεις είναι ένα καθημερινό φαινόμενο. Η οικονομική κρίση επιβαρύνει την υγεία των ατόμων, λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας των συγκρούσεων, επίσης λειτουργεί ως αίτιο των συγκρούσεων στο εργασιακό χώρο. Τελικά, η οικονομική κρίση προκαλεί και επηρεάζει τις συγκρούσεις σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο.

4.3 Πρόταση για μελλοντική μελέτη

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τα θέματα των συγκρούσεων, αλλά κανένας δεν ασχολήθηκε με τον οικονομικό παράγοντα και την επίδραση του στις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Η παρούσα μελέτη καταπιάνεται με τη θεωρητική, βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος.

Υπό αυτές τες συνθήκες είναι αναγκαία η πρόταση για τη μελλοντική εμπειρική μελέτη (ποσοτική) και θα μπορούσε, ως γενικό θέμα, να οριστεί: 'η διερεύνηση των αιτιών και η επίδραση των παραγόντων οικονομικής κρίσης σε συχνότητα των συγκρούσεων σε δημόσιο νοσοκομείο'. Να τεθεί στην έρευνα ως επιμέρους στόχος η συγκέντρωση των στατιστικών δεδομένων (διαστρωματικά δεδομένα) με τη χρήση ερωτηματολογίου σε μια πιλοτική εφαρμογή σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο για της ακόλουθες ομάδες θεμάτων:

1. χαρακτηριστικά εργαζόμενων.
2. ικανοποίηση εργαζομένων από την εργασία.
3. συχνότητα αντιπαράθεσης στο χώρο εργασίας.
4. εκδήλωση είδους συμπεριφοράς στην αντιπαράθεση.
5. διερεύνηση συνθηκών εργασίας.
6. διερεύνηση της αποτελεσματικότητας στο χώρο εργασίας
7. διερεύνηση των αιτιών αντιπαράθεσης μέσα στο χώρο εργασίας από εξωτερικούς παράγοντες.

5 Βιβλιογραφία

5.1 Ελληνική βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2009). Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48(1): 37–49.
- Αναγνωστόπουλος, Κ.Π. & Καμινιώτης Ο. (eds). (2013). Εργασία και απασχόληση στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2012, Ιανουάριος 2013, *Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού*, Αθήνα.
- Ανθυπατόπουλος, Γ. (2012). *Εφαρμογή Project Management στην διαχείριση των Logistics των Δημοσίων Νοσοκομείων. Μελέτη περιπτώσεων*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Αντωνάκης, Ι. (2012). *Οργανωσιακές συγκρούσεις*. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Ηράκλειο.
- Αποστολοπούλου, Α. (2008). *Αποτελεσματική διοίκηση συγκρούσεων στο πλαίσιο των ναυτιλιακών επιχειρήσεων*. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Αργεΐτης, Γ. (2002). *Παγκοσμιοποίηση ΟΗΕ και Οικονομική Προσαρμογή. Η περίπτωση της Ελλάδας*. Αθήνα: τυπωθήτω – Γεώργιος Δάρδανος.
- Βαβούρας, Ι.Σ. (2005). *Οικονομική πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση Α.Ε.Β.Ε.
- Βαρουθάκης, Γ., Πατωκός, Γ., Τσερκέζος, Λ., Κουτσοπέτρος, Χ. κ. συν. (2013). Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, Δεκέμβριος 2011, *Μελέτες (Studies)/17*, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.
- Βλαχάκη, Χ. (2008). *Εργασιακές συγκρούσεις*. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Ηράκλειο.
- Βογιατζή, Σ. (2011). *Η διοίκηση των συγκρούσεων στη διαδικασία αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

- Bowles, S. & Edwards, R. (2001). *Κατανοώντας τον Καπιταλισμό. Ανταγωνισμός, Εντολή και Μεταβολή στην Οικονομία των ΗΠΑ*. Αθήνα: Gutenberg.
- Bowles, S. & Edwards, R. (2002). *Κατανοώντας τον Καπιταλισμό. Ανταγωνισμός, Εντολή και Μεταβολή στην Οικονομία των ΗΠΑ*. Αθήνα: Gutenberg.
- Δημητριάδης, Δ. & Μιχιάτης Σ. (2007). *Επικοινωνία και επίλυση συγκρούσεων*. Απόσπασμα από εκπαιδευτικό υλικό του ΙΝΕΠ ΕΚΔΔΑ, σελ 1-9.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2013). Δελτίο τύπου. Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών 2012. Ελληνική Δημοκρατία. *ΕΛ.ΣΤΑΤ.* Πειραιάς, 29/11/2013.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2013). Δελτίο τύπου. Έρευνα εργατικού δυναμικού: Ιανουάριος 2013. Ελληνική Δημοκρατία. *ΕΛ.ΣΤΑΤ.* Πειραιάς, 11 Απριλίου 2013.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2013). Η Ελλάδα με αριθμούς 2013. Ελληνική Δημοκρατία. *ΕΛ.ΣΤΑΤ.* Πειραιάς.
- European Commission (2010). Πρόγραμμα Οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα (26 Μαΐου 2010). *European Economy Occasional Papers, No. 61*. European Commission, Directorate General for the Economic and Financial Affairs. Luxembourg; Office for Official Publications of the European Communities.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2010). Έκθεση για στατιστικά στοιχεία Δημοσίου Ελλείμματος και χρέους της Ελλάδας (08 Ιανουαρίου 2010), *Ευρωπαϊκή Επιτροπή- Ιανουάριος 2010*, Βρυξέλες.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2011). Ετήσια έκθεση 2011: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Λουξεμβούργο: *Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, 2011.
- Ευκαρπίδης, Α. (2011). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. *Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Τόμος 4 –Τεύχος 3*, σελ. 48-52.
- Ζησιμόπουλος, Γ. (2008). *Οι βιομηχανικές σχέσεις στο πλαίσιο της σύγχρονης επιχείρησης: Προσδιοριστικοί παράγοντες, Πεδία συγκρούσεων, Τάσεις και Προοπτικές*. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

- Θανάσας, Γ.Λ. (2012). *Η δομή του κόστους των νοσοκομείων στην Ελλάδα: Η επίδραση του παράγοντα της εκπαίδευσης (Teaching impact cost) στο κόστος των πανεπιστημιακών νοσοκομείων της Ελλάδας*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Θανασιάς, Ε., Καλλιτσάρη, Σ., Μπάμπαλου, Χ., Ε., Δελιγάς, Μ., Καραγεωργίου, Α. Ερωτηματολόγιο διερεύνησης επαγγελματικού στρες και επαγγελματικής ικανοποίησης. Ανάκτηση 10 Δεκεμβρίου 2014 από www.iatrikiergasias.gr/upload/file/STRESS%20ARTICLE.doc.
- Θεοδωροπούλου, Σ. (2010). Ο ρόλος της εκτόπισης (Crowding Out) στην άσκηση της δημοσιονομικής πολιτικής και τη Περίπτωση της Ελληνικής Οικονομικής Κρίσης. *ΣΠΟΥΔΑΙ, Τόμος 60, Τεύχος 1ο-2ο*, σελ. 97-117.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *e-Περιοδικό Επιστημής & Τεχνολογίας*, σελ. 41-50.
- Καλογεροπούλου, Μ. & Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(5):587-594*.
- Καραισκάκη, Α., Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 2*, σελ. 49-54.
- Κοντογιάννη, Α., Γαλάνης, Π., Σίσκου, Ο., Τσαβαλιάς, Κ., Κούλη, Ε., Μάτζιου, Β. & Καϊτελίδου, Δ. (2011). Διαχείριση Συγκρούσεων στο Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό Παιδιατρικών Τμημάτων. *Νοσηλευτική 50(3): 320-331*.
- Κονδύλης, Η., Αντωνόπουλος, Α. & Μπένος, Α. (2008). Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στη πολιτική υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(4):496-508*.
- Κολοβός, Π., & Σουρτζή, Π. (2006). Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στην οργάνωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική, 45(1):32-40*.
- Κωνσταντακοπούλου, Δ. (2007). *Προσδιορισμός των πηγών αποτελεσματικότητας στο οικονομικό τμήμα των επιχειρήσεων*. Αδημοσίευτη διδακτορική εργασία, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα.

- Κούρτη, Μ., Κατοστάρας, Θ., Φιλιπίσης, Γ., Καλλέργης, Γ., Χριστοφίλου, Ε. & Φλώρος, Ι. (2011). Συγκρούσεις μέσα στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(4):555-560.
- Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Βήτα.
- Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 11ος, Τεύχος 1ο*, σελ. 202-212.
- Mankiw, G.N. (2002). *Μακροοικονομική θεωρία*. Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση. Αθήνα: Gutenberg.
- Μαντζάρης, Γ. (2011). *Σύγχρονο management επιχειρήσεων και οργανισμών*. Θεσσαλονίκη: Printchop.
- Μαριόλης, Θ. & Παπουλής, Κ. (2010). Δυναμική του δημόσιου χρέους, οικονομική πολιτική και κοινωνική συνοχή στην Ελλάδα: Μια σημείωση. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 5(1), σελ. 27-40.
- Μάστακα, Α. & Φραγκαάκη, Μ. (2008). Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις στο χώρο του Νοσοκομείου. *Ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική*, 1, σελ. 51-62
- Montana, P.J. & Charnov, B.H. (2002). *Μανατζμεντ, τριτη αμερικανική έκδοση*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Μόσιαλος, Η. (2010). Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας. *Παρουσίαση*, ΑΠΚΥ.
- Μούρας, Γ. & Λύκουρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* 48, σελ. 54-61.
- Μπόρου, Α., Κορακίδου, Δ., Σαρακατσιάνου, Χ., Ματράκη, Α., Χαρίση, Ε., Κοτρώτσιου, Σ. & Παραλίκας, Θ. (2013). Διερεύνηση των στρατηγικών επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτριών σε δημόσιο νοσοκομείο. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 3*, σελ. 120-129
- Μωραΐτη, Ε. & Γκολέμη, Μ. (2012). *Βασικές αρχές οργάνωσης δημοσίου Νοσοκομείου ή ιδιωτικού. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία*, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Νικόλαου, Δ.Κ. (2013). *Εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού & νοσηλευτικού προσωπικού στον χώρο της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

- Ξάθη, Γ. & Βουλαλέλη, Ι. (2009). *Η διοίκηση των συγκρούσεων*. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Αλεξανδείο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Οικονόμου, Α. Β. (2008). *Κοινωνικές, Οικονομικές και Επαγγελματικές Διαστάσεις στην Κατάσταση της Υγείας και στη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας των μελών του Εργατικού Δυναμικού στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Αδημοσίευτη διδακτορική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Οικονόμου, Χ. (ed.), (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, Μάρτιος 2012, Επιστημονικές Εκθέσεις Reports/7, *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ*, Αθήνα.
- Παναγιώτου, Π. Κ. (2013). *Οι επιπτώσεις των χρηματοοικονομικών εγκλημάτων στις σύγχρονες κοινωνίες*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα.
- Παπαδοπούλου, Ο. (2012). *Διοίκηση συγκρούσεων, επικοινωνία, μοντέλα ηγεσίας και λήψη αποφάσεων*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Παπαθεοδώρου, Χ. & Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περιθάλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, Δεκέμβριος 2011, Μελέτες (Studies)/16, *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ*, Αθήνα.
- Παπάνης, Ε. & Μπαλάσα, Α. (2011). *Συμβουλευτική μέσω διαδικτύου και επικοινωνία*. Θεσσαλονίκη: Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.
- Παυλάκης, Α. & Ρούσου, Ε. (2011). «Αξιολόγηση των συγκρούσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των δημοσίων νοσηλευτριών της Κύπρου: Ερευνητική εργασία». *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*. Τόμος 12, τεύχος 1, σελ. 36-50
- Πέλεχας, Ε. & Αντωνιάδης, Α. (2013). «Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε δυο νοσοκομεία της Ελλάδας.» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 30, τεύχος 3, σελ 325-334.
- Πίζη - Αναστασίου, Μ. (2004). *Διαχείριση των συγκρούσεων στην εργασία*. Αδημοσίευτη διπλωματική εργασία, Νοσηλευτική σχολή του Υπουργείου Υγείας, Νοσηλευτική διοίκηση.
- Πολάκη, Ο., Σκαπινάκης, Π. & Νιάκας, Δ. (2007). Η σχέση των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(3):224-231.

- Σακελλαρίου, Δ.Σ. (2013). *Ηθική και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Σίσκου, Ο., Κατελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5):663-672.
- Σουλιώτης, Χ. (2011). *Δείκτες επαγγελματικής εξουθένωσης, γενική υγεία και τρόποι αντιμετώπισης αγχωγόνων καταστάσεων σε περίοδο οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Πάντοιο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτιστικών Επιστημών, Αθήνα. σελ 191-200.
- Σπαθούλας, Ε. (2007). *Διερεύνηση του προφίλ των στελεχών της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης στη διαχείριση συγκρούσεων, χρησιμοποιώντας το μοντέλο των Thomas – Kilmann*. Αδημοσίευτη εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
- Σπυράκη, Γ. & Σπυράκη, Χ. (2002). Αντιμετώπιση των συγκρούσεων στους οργανισμούς: Από την επίλυση συγκρούσεων στη διαχείριση συγκρούσεων. *Διοικητική ενημέρωση*, σελ 32-50.
- Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 45(1):50-58.
- Σταμούλη, Μ. Α., Τσικρικά, Στ., Τσικρικάς, Σπ., Τσακλακίδου, Δ., Αποστολάκης, Ι., Κυριόπουλος, Γ. (2009). Η πληροφορική στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία: η Αξιοποίηση της από τα στελέχη των νοσοκομείων. *Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Πρακτικά 22ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής*,
- Stiglitz, J. (1992). *Οικονομική του δημοσίου τομέα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική Α.Ε.
- Τοσονίδου, Ε.Μ. (2013). *Διαδικασία Αξιολόγησης του Ανθρωπίνου δυναμικού*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία.
- Τούντας, Γ. (2006). Οικονομικά της Υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(1):72-83
- Τσαλακοπούλου Β. & Σαράφης Π. (2013). Ελληνική Υγεία: Εξε- ληγμένη ή Εξελιγμένη. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 2*, σελ. 49-65.
- Τσίσιος, Γ. (2013). *Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2007). *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2007-2013, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Δεκέμβριος 2007, Αθήνα*, σελ. 1-146.

Υφαντή, Ε., Γκέτσιος, Γ., Νάκα, Φ., Μαστραπά, Ε., Τσιρίγκα, Σ., Πετροπούλου, Ζ. (2012). Ασάφεια και σύγκρουση ρόλων των εργαζομένων σε δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο. *Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 11ος, Τεύχος 2ο*, σελ. 235-247.

Φραγκούλη, Ε. (2006). Σύγχρονος ηγέτης και συναισθηματική νοημοσύνη: Ποια η σχέση της αποτελεσματικότητας παραγωγικότητας του ηγέτη και της συναισθηματικής νοημοσύνης του. *Διοικητική ενημέρωση*, σελ. 5-24.

Χυτήρης, Λ.Σ. (2006). *Μανατζμεντ: Αρχές διοίκησης επιχειρήσεων*. Αθήνα: INTERBOOKS.

5.2 Ξένη βιβλιογραφία

Economou, C. (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, Vol. 12, No. 7*, pp. 1–180.

Cox, B., K. (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nurs Admin, Vol. 27, No. 2*, pp. 153-163.

Cox, B., K. (2004). The intragroup conflict scale: development and psychometric properties. *Journal of Nursing Measurement, Vol. 12, No. 2*, pp. 133-146.

De Dreu, C. K. W., Van Dierendonck, D. & Dukstra, M. T. M. (2007). Conflict at work and individual well-being. *International Journal of Conflict Management Vol. 15, No. 1*, pp. 6-26.

Goss, T., Pascale, R. & Athos, A. (1993). The Reinvention Roller Coaster: Risking the Present for a Powerful Future. *Harvard Business School*. Boston, pp. 95-110.

Goodyear, M. (2006). Conflict management in Health Care Teams: A new paradigm – Safer care: Saving Costs. *Department of Medicine, Dalhousie University*, pp. 1-13.

Hyde, M., Jappinen, P., Theorell, T. & Oxenstierna, G. (2006). Workplace conflict resolution and the health of employees in the Swedish and Finnish units an industrial company. *Social Science & Medicine, Vol. 63*, pp. 2218-2227.

Kelly, J. (2006). An overview of conflict. *Dimensions of clinical care nursing, Vol. 25, No1*, pp. 22-28.

- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Itano, J. et al. (2004). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41, pp. 671–684.
- Leineweber, C., Chungkham, Hs., Westerlynd, H., Tishelman, C. & Lindgvist, R. (2013). Hospital Organizational Factors Influence Work-Family Conflict in Registered Nurses: Multilevel modelling of a nation-wide cross-sectional survey in Sweden, *International Journal of Nursing Studies*, pp. 1-27.
- Lewin, D. (2001). IR and HR perspective on workplace conflict. What can each learn from the other? *Human Resource Management Review*, Vol. 11, pp. 453-485.
- Matsaganis, M. (2011). The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy*, Vol. 21, No5, pp. 501-512.
- Matsaganis, M. (2012). Social policy in hard time: The case of Greece. *Critical Social Policy*, Vol. 32, No 3, pp. 406-421.
- Moisoglou, I., Prezerakos, Π., Galanis, Π., Siskou, O., Maniadakis, H. & Kaitelidou, Δ. (2014). Conflict Management in a Greek Public Hospital: Collaboration or Avoidance? *International Journal of Caring Sciences*, Vol. 7, pp. 75-82.
- Minnotte, K.L., Gravelle, M. & Minnotte, M.C. (2013). Workplace characteristics, work-to-life conflict, and psychological distress among medical workers. *The Social Science Journal*, pp. 1-10.
- Porter-O'Grady, T. (2004). Constructing a conflict resolution program for health care. *Health Care Management Review*, Vol. 29, No 4, pp. 278-283.
- Prodromidis, P. (ed.) (2010). Financial and Economic Crisis: *The Return to Stability, Conference Proceedings, Athens, Greece*, June 21, 2010, Alexander S. Onassis Public Benefit Foundation, 2010.
- Tengilimoglu, D. & Kisa, A. (2005) Conflict management in public University Hospitals in Turkey. A pilot study. *The Health Care Manager*, Vol. 24, No.1, pp. 55-60