

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ  
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ  
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ  
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΜΕΛΕΤΗ  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Επιβλέπουσα:**

**Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου**

**Σπουδάστρια:**

**Μαρία Μπακογιάννη**

**ΑΘΗΝΑ - 2018**

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος: Διερεύνηση της Οργανωσιακής Κουλτούρας σε Δημόσιο Νοσοκομείο.  
Μελέτη περίπτωσης.**

**Επιβλέπουσα: Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου**

**Σπουδάστρια: Μαρία Μπακογιάννη**

**Αθήνα, 2018**

ΕΣΔΔΑ, Μαρία Μπακογιάννη, ©, 2018-Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.»

Αθήνα, 12/12/2018

Υπογραφή

Μαρία Μπακογιάννη

*Η αλλαγή είναι ο νόμος της ζωής.  
Εκείνοι που κοιτούν μόνο το παρόν ή το παρελθόν, σίγουρα θα χάσουν το μέλλον.*

John F. Kennedy

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι μια βασική συνισταμένη για κάθε οργανισμό, καθώς συνδέεται με τις αξίες, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εργαζομένων, ενώ φαίνεται να επιδρά στην απόδοση του. Ειδικά για τον χώρο της υγείας, μέρος του οποίου είναι τα δημόσια νοσοκομεία, η κουλτούρα σχετίζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών (εργαζόμενοι, προμηθευτές, κ.α.) όσο και των εξωτερικών (ασθενείς) πελατών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας της οργανωσιακής κουλτούρας καθώς και η αποτύπωση της εντός του χώρου των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα χρησιμοποιώντας ως θεωρητική βάση το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών, όπως έχει αναπτυχθεί από τους Cameron και Quinn.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και συλλέχθηκαν επιστημονικά άρθρα και μελέτες από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με χρονολογικό κριτήριο τα 15 έτη, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες λέξεις-κλειδιά όπως: οργανωσιακή κουλτούρα, κουλτούρα δημόσιου νοσοκομείου, οργανωσιακή αλλαγή, ηγεσία, παράγοντες προώθησης αλλαγής, αντίσταση αλλαγής, ενώ τέθηκαν ορισμένα ερευνητικά κριτήρια.

**Αποτελέσματα:** Η οργανωσιακή κουλτούρα διαπιστώθηκε ότι είναι σημαντική για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών περίθαλψης, ενώ συνδέεται με την εργασιακή ικανοποίηση και την ασφάλεια του ασθενή. Σύμφωνα με τη θεωρία του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron και Quinn, το μοντέλο κουλτούρας που επικρατεί σήμερα στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο είναι το Γραφειοκρατικό, την ίδια στιγμή που οι εργαζόμενοι επιθυμούν για το μέλλον την μετάβαση σε ένα πιο συμμετοχικό μοντέλο, αυτό των Ανθρωπίνων Πόρων. Παρατηρείται, δηλαδή, διάσταση μεταξύ παρούσας και μέλλουσας οργανωσιακής κουλτούρας. Όσον αφορά στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ως μελέτη περίπτωσης, δεν προέκυψε κυρίαρχο οργανωσιακό μοντέλο ούτε για το παρόν ούτε για το μέλλον, με τους εργαζόμενους να δηλώνουν ότι σήμερα το ΩΚΚ λειτουργεί περισσότερο ως ένας οργανισμός που συνδυάζει στοιχεία τόσο από το Γραφειοκρατικό Μοντέλο όσο και από το Μοντέλο

Στόχων/Αποδοτικότητας, ενώ για το μέλλον επιθυμούν μια οργανωσιακή κουλτούρα στραμμένη περισσότερο προς την ομαδική εργασία και την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού (Μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων) χωρίς, ωστόσο, να παραγνωρίζουν κάποιες αξίες του Γραφειοκρατικού Μοντέλου. Επιβεβαιώνονται, έτσι, οι ανταγωνιστικές κατευθύνσεις στις οποίες μπορεί να οδηγηθεί ένας σύγχρονος οργανισμός, όπως έχει υποστηριχθεί από τους Cameron και Quinn.

**Συμπεράσματα-Προτάσεις:** Συμπεραίνεται μια τάση αλλαγής και μετάβασης προς ένα νέο μοντέλο κουλτούρας, το συμμετοχικό μοντέλο. Η αλλαγή κουλτούρας είναι μια διαδικασία απαιτητική και δύσκολη, ωστόσο, αναγκαία για την επιβίωση και τη βελτίωση της απόδοσης των δημοσίων νοσοκομείων στην παρούσα ιστορική συνθήκη. Προτείνεται, δε, η υιοθέτηση του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας, εμπλουτισμένο από τις Αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ώστε το νοσοκομείο να επαναπροσδιοριστεί ως ένας φορέας που λειτουργεί αποδοτικά και ευέλικτα, δίχως να λησμονεί την ευαίσθητη αποστολή του (hospital rebranding).

Λέξεις-κλειδιά: οργανωσιακή κουλτούρα, νοσοκομείο, Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών

## ABSTRACT

**Introduction:** Organizational culture is a crucial factor in every organization since it is connected to the employees' values, attitudes and behaviors and affects its performance. Specifically, in the health field, including public hospitals, culture is linked to the quality of services offered, and the satisfaction of inside (employees, providers) and outside (patients) customers as well.

**Purpose:** This study aims to designate the importance of organizational culture and depict the culture of public hospitals in Greece, as well, by using the Competing Values Framework developed by Cameron and Quinn as a theoretical basis.

**Material and Method:** Literature review was occurred, including both Greek and international bibliography. Papers and studies were collected from online databases and a research time limit criterion of fifteen years was set. Specific keywords were used in addition to other research criteria. The keywords used are: organizational culture, public hospital culture, organizational change, leadership, factors of change advocacy, change resistance.

**Results:** Organization culture has been discovered as an important parameter for the provision of qualitative healthcare services and it is linked to job satisfaction and patient safety. According to the Competing Values Framework of Cameron and Quinn, the dominant organizational model in the public hospital for the present is the Bureaucratic, while the employees wish for a future transition to a more participatory model such as the Clan Culture model. That is to say, a divergence between the present and the future organizational culture is noticed. As far as the Onassis Cardiac Surgery Center case study is concerned, there is no prevailing organizational model either for the present or the future. The employees declared that, today, the Onassis Cardiac Surgery Center runs as an organization which combines values from both the Bureaucratic and the Market model. At the same time, they wish for a future culture that promotes team work and human resource development (Clan model) without underestimating some merits of the Bureaucratic model.

**Conclusions-Proposals:** The present study concludes that there is a trend of culture change to the Clan model in public hospitals. Although change can be characterized as a tough process, it is necessary for the survival and the performance improvement of Greek hospital institutions at this historical moment. Bottom line, it is suggested the adoption of the Clan model enriched by the principles of Total Quality Management. In that way, it is believed that hospital rebranding will be possible and hospital institutions are going to run more efficiently without forgetting their sensitive mission.

Key-words: organizational culture, hospital, Competing Values Framework



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της τελικής μου εργασίας, κυρία Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου, η οποία με τη συνεχή της καθοδήγηση, τις συμβουλές της και την ηθική της υποστήριξη συνέβαλε αποφασιστικά στην ολοκλήρωση αυτού του πονήματος. Θεωρώ ότι η εμπειρία της και το ζωηρό της ενδιαφέρον με ενθάρρυναν καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής και καλλιέργησαν μέσα μου μια ειλικρινή φιλομαθή περιέργεια γύρω από το θέμα της οργανωσιακής κουλτούρας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με στηρίζει πάντα σε ό,τι κι αν κάνω και με έμαθε από πολύ νωρίς να μην τα παρατάω όσο δύσκολος κι αν μοιάζει ο στόχος.

## Πίνακας περιεχομένων

	<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	5
	<b>ABSTRACT</b> .....	7
	<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	9
	<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ</b> .....	11
	<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ</b> .....	12
1	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	13
2	<b>ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	15
3	<b>ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ</b> .....	15
4	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	16
4.1	Υγεία και Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα .....	16
4.1.1	Ιστορία και Νομοθετικό Πλαίσιο .....	16
4.1.2	Ιδιαίτεροι παράγοντες που επιδρούν στην οργάνωση του νοσοκομείου..	20
4.2	Προσδιορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας.....	24
4.2.1	Εννοιολογική διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας.....	24
4.2.2	Η σημασία της οργανωσιακής κουλτούρας.....	28
4.2.3	Τυπολογία οργανωσιακής κουλτούρας .....	30
4.2.3.1	Εθνική και εταιρική κουλτούρα: το υπόδειγμα του Hofstede.....	31
4.2.3.2	Το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας του Schein .....	35
4.2.3.3	Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron & Quinn ....	38
4.2.4	Το μοντέλο που υιοθετείται στην παρούσα μελέτη.....	42
4.2.5	Το Ερωτηματολόγιο OCAI ως εργαλείο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας.....	44
4.3	Οργανωσιακή κουλτούρα στα ελληνικά νοσοκομεία.....	46
4.3.1	Η σημασία της κουλτούρας στο δημόσιο νοσοκομείο .....	49
4.4	Οργανωσιακή Αλλαγή στο ελληνικό νοσοκομείο .....	51
4.4.1	Ενσωματώνοντας τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας: το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας .....	52
4.4.2	Χτίζοντας εμπιστοσύνη- ο ρόλος του μετασχηματιστικού ηγέτη .....	56
4.5	Μελέτη περίπτωσης: το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ).....	61
4.5.1	Ο φορέας.....	61
4.5.2	Φιλοσοφία οργάνωσης .....	63
4.5.3	Οργανωσιακή Κουλτούρα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο .....	64
5	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	69
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	71

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

Εικόνα 1: Το διάγραμμα του κρεμμυδιού κατά Hofstede .....	34
Εικόνα 2: Μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας κατά Schein.....	36
Εικόνα 3: Τα μοντέλα και οι διαστάσεις κουλτούρας των Cameron & Quinn .....	39
Εικόνα 4: The Trust Matrix, Richard Barrett .....	60
Εικόνα 5: Οργανωτική Δομή ΩΚΚ .....	64
Εικόνα 6: Ποσοστιαία απεικόνιση συμμετοχής ειδικοτήτων.....	66

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ

ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΔΥΠΕ	Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΩΕΜΕΚ	Ωνάσειο Μεταμοσχευτικό Κέντρο
ΩΚΚ	Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

## 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οργανωσιακή κουλτούρα ως έννοια έχει απασχολήσει διαχρονικά την ακαδημαϊκή κοινότητα, με τους περισσότερους μελετητές να καταλήγουν ότι η κουλτούρα είναι ένα σημαντικό συστατικό σε κάθε οργανισμό το οποίο απηχεί τις νόρμες, τις αξίες, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εργαζομένων και εξηγεί «τον τρόπο που γίνονται τα πράγματα εδώ γύρω» (Scott, et al., 2003:923-945).

Η κουλτούρα γίνεται αντιληπτή ως κάτι που έχει ο οργανισμός ή ως κάτι που είναι ο οργανισμός και εξαρτάται από την προσέγγιση την οποία ασπάζεται ο κάθε ερευνητής στην προσπάθειά του να την μελετήσει (Mannion, et al., 2005). Για παράδειγμα, ο Hofstede (1994) αντιλαμβάνεται την κουλτούρα ως ένα περιουσιακό στοιχείο των ομάδων που εκδηλώνεται μέσα από τέσσερα πεδία: τα σύμβολα, τους ήρωες, τις τελετουργίες και τις αξίες. Ο Kotter (2001) θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι ένα σύνολο κανόνων συμπεριφοράς οι οποίοι διδάσκονται στα μέλη μιας ομάδας και επιδρούν στον τρόπο αντίδρασης αυτής. Επιπρόσθετα, ο Schein (2004), διανθίζει περαιτέρω τη συγκεκριμένη έννοια, εντάσσοντας στην έννοια της κουλτούρας και μια άλλη διάσταση, τη διάσταση του κοινωνικού ελέγχου, πιστεύοντας ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το θεμέλιο χειραγώγησης της συμπεριφοράς των μελών ενός οργανισμού.

Η έρευνα της κουλτούρας δεν αφορά μόνο τους οργανισμούς του ιδιωτικού τομέα αλλά και τους αντίστοιχους του δημοσίου. Αυτό συμβαίνει διότι, ο δημόσιος τομέας του 21<sup>ου</sup> αιώνα δεν έχει καμία σχέση με το παρελθόν. Στην εποχή της ύστερης νεωτερικότητας, οι δημόσιοι οργανισμοί έρχονται αντιμέτωποι με την πρόκληση της προσαρμογής στις νέες εξωτερικές συνθήκες προκειμένου να καταφέρουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις οικονομικές και κοινωνικές περιπλοκότητες. Άλλωστε, όπως έχει παρατηρήσει και ο Schein (2004), η κατάλληλη κουλτούρα βοηθά τους οργανισμούς να επιβιώσουν στο διαρκώς μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον και να ολοκληρωθούν εσωτερικά. Η σπουδαιότητα της κουλτούρας στην υπερπήδηση των σύγχρονων απειλών τονίζεται και από τους Azzolini, et. al. (2018), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι ηγέτες των οργανισμών οφείλουν να κατανοούν τη δυναμική της κουλτούρας προκειμένου να επιφέρουν βελτιώσεις στην οργανωσιακή απόδοση.

Από των κυκεώνα των αλλαγών που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν δύναται να απέχουν τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία «αποτελούν οργανισμούς όπου παρέχεται ένα κοινωνικό αγαθό με πρωταρχική θέση στην κλίμακα αξιών-αναγκών του ανθρώπου, αυτό της υγείας» (Γούλα, 2014:179).

Στην Ελλάδα, το κράτος μεριμνά για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού κυρίως μέσω των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Το ΕΣΥ ιδρύθηκε με το νόμο 1397/83 (ΦΕΚ 143Α/7-10-1983) και υποστηρίζεται πρωτίστως από τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία είναι και οι βασικοί πυλώνες του συστήματος υγείας. Από το 2010, οπότε και η χώρα εισήλθε σε τροχιά ύφεσης και βρέθηκε αντιμέτωπη με μια κρίση χρέους, η σημασία του δημόσιου νοσοκομείου και των παρεχόμενων υπηρεσιών του αναδείχθηκαν ακόμη περισσότερο, δεδομένου ότι οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες (πτώση του εισοδήματος και αύξηση της νοσηρότητας λόγω ανεργίας, φτώχειας και εργασιακής επισφάλειας) καλλιέργησαν τη ζήτηση για δημόσιες και δωρεάν υπηρεσίες υγείας (Μπένος, 2012 στο Γούλα, 2014:222).

Τόσο η ανωτέρω συγκυρία όσο και η διαφαινόμενη τάση για κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας του αγαθού «υγεία» σε νοσοκομειακές δομές αλλά και εξωνοσοκομειακά στα επόμενα χρόνια υπό την πίεση που ασκεί στο σύστημα υγείας μια σειρά από αλλαγές όπως είναι η εξέλιξη του δημογραφικού προτύπου ή η διαφοροποίηση του επιδημιολογικού προφίλ μπορούν να χαρακτηριστούν ως οι σύγχρονες προκλήσεις στο χώρο της υγείας. Οι προκλήσεις αυτές φέρνουν στο προσκήνιο την αναγκαιότητα για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου τηρώντας, παράλληλα, τις αρχές της οικονομικής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

Προκειμένου να καταστεί αυτό δυνατό, απαιτείται από τα στελέχη των νοσοκομείων να αντιληφθούν τη σπουδαιότητα υιοθέτησης ενός μοντέλου κουλτούρας που θα δίνει έμφαση στην ποιότητα, την καινοτομία και τη χρηστή διαχείριση και το οποίο θα θεμελιώνεται πάνω στη συνεργασία και την ομαδικότητα, τοποθετώντας τον άνθρωπο στο επίκεντρο (Γούλα, κ.α., 2014).

Ενόψει των ανωτέρω, η παρούσα εργασία αναλύεται στα κάτωθι κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο εκτίθεται ο σκοπός της έρευνας. Στο κεφάλαιο δύο γίνεται λόγος για το υλικό και την μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο χώρος της υγείας και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το τέταρτο κεφάλαιο είναι διαφωτιστικό όσον αφορά το ορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας, καθώς και την τυπολογία της. Το πέμπτο κεφάλαιο αποτυπώνει την οργανωσιακή κουλτούρα στο ελληνικό νοσοκομείο μέσω ανασκόπησης της σχετικής αρθρογραφίας και το έκτο κεφάλαιο καταπιάνεται με ζητήματα οργανωσιακής αλλαγής στους νοσοκομειακούς οργανισμούς. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται εκτενής ανάλυση της οργανωσιακής κουλτούρας του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, ως μελέτη περίπτωσης.

## **2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας της οργανωσιακής κουλτούρας καθώς και η αποτύπωση της εντός του χώρου των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα χρησιμοποιώντας ως θεωρητική βάση το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών, όπως έχει αναπτυχθεί από του Cameron και Quinn.

Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι οι εξής:

- Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας
- Η ανάδειξη της σημασίας της κουλτούρας για τη λειτουργία των ελληνικών νοσοκομείων
- Η διατύπωση μιας ολοκληρωμένης πρότασης οργανωσιακής αλλαγής προς ένα νέο οργανωσιακό μοντέλο περισσότερο ευέλικτο και συμμετοχικό.

## **3 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, ώστε να προσδιοριστεί εννοιολογικά η οργανωσιακή κουλτούρα, να καταγραφεί ο υφιστάμενος και επιθυμητός τύπος κουλτούρας στο ελληνικό νοσοκομείο και να διερευνηθούν οι παράγοντες μετάβασης στο συμμετοχικό μοντέλο του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών.

Συλλέχθηκαν επιστημονικά άρθρα και μελέτες από βάσεις δεδομένων όπως το Scopus, το Sage Journals, το Research Gate και το Elsevier για την αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και το Google Scholar για την αναζήτηση της ελληνικής με χρονολογικό κριτήριο τα 15 έτη. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν για τη διεθνή βιβλιογραφία: (organizational culture OR public hospital culture OR organizational change OR leadership) AND (factors) AND (change advocacy OR change resistance) και όλοι οι πιθανοί τους συνδυασμοί. Για την ελληνική βιβλιογραφία οι αντίστοιχες λέξεις κλειδιά ήταν: (οργανωσιακή κουλτούρα OR κουλτούρα δημόσιου νοσοκομείου OR οργανωσιακή αλλαγή OR ηγεσία) AND (παράγοντες) AND (προώθηση αλλαγής OR αντίσταση αλλαγής) και όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί τους.

Μερικά από τα κριτήρια εισαγωγής των ερευνών στην μελέτη ήταν η προσβασιμότητα σε πλήρες κείμενο, τα κείμενα να είναι γραμμένα είτε στην ελληνική είτε στην αγγλική γλώσσα, ο χώρος εργασίας στον οποίο διερευνάται η κουλτούρα να είναι το νοσοκομείο και να συμπεριλαμβάνεται μια ευρεία γκάμα ειδικοτήτων υγείας, όπως είναι γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι για πληρέστερη αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων.

## **4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **4.1 Υγεία και Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα**

#### **4.1.1 Ιστορία και Νομοθετικό Πλαίσιο**

Η υγεία στην Ελλάδα, ως επιμέρους τομέας χάραξης και υλοποίησης προγραμμάτων δημοσίων πολιτικών, υπέστη, στο πέρασμα των ετών, αρκετές μεταρρυθμίσεις, έτσι ώστε να συμβαδίζει με τις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των πολιτών και να καλύπτει όσο πληρέστερα γίνεται τις απαιτήσεις που προκύπτουν στα διαφορετικά κοινωνικά και ιστορικά πλαίσια.

Η σημασία που αποδίδει, δε, η ελληνική πολιτεία στην υγεία είναι τόσο σπουδαία, ώστε ο συντακτικός νομοθέτης έχει κατοχυρώσει την υγεία στον Καταστατικό Χάρτη της χώρας ως κοινωνικό δικαίωμα. Συγκεκριμένα, στην παράγραφο 3 του άρθρου 21 του



Συντάγματος, προβλέπεται ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την περίθαλψη των απόρων» (Παντελής, 2018:545).

Διαχρονικά, το ελληνικό κράτος, φροντίζει για την εξασφάλιση της υγείας του πληθυσμού του, ιδίως μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Το νοσοκομείο, επομένως, αποτελεί έναν οργανισμό υψίστης σπουδαιότητας, καθώς εκεί «παρέχεται ένα κοινωνικό αγαθό με πρωταρχική θέση στην κλίμακα αξιών-αναγκών του ανθρώπου, αυτό της υγείας» (Γούλα, 2014:179).

Ιστορικά, από το 1830, οπότε και αναγνωρίστηκε η Ελλάδα ως ανεξάρτητο κράτος έως σήμερα, μπορούν να διακριθούν τέσσερις περίοδοι στη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας (Παπαγεωργίου, 2011:25-28):

A) Πρώτη περίοδος (1830-1922): Η Ελλάδα της πρώτης περιόδου ήταν μια χώρα φτωχή, με σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, η οποία αδυνατούσε να υποστηρίξει τη δημιουργία υποδομών προκειμένου να οργανωθεί επαρκώς η υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού. Το θεσμικό αυτό κενό σε κρατικό επίπεδο, προσπάθησε να καλύψει τόσο η τότε κοινωνία των πολιτών, ιδιαίτερα μέσω των δράσεων της εκκλησίας και της ατομικής φιλανθρωπικής πρωτοβουλίας κάποιων εύπορων ανθρώπων, όσο και η τοπική κοινωνία μέσω των δήμων και των κοινοτήτων, οι οποίες παρείχαν κάποιες υπηρεσίες υγείας, αν και περιορισμένες. Παρόλες, ωστόσο, τις δυσκολίες, την εποχή εκείνη αρχίζουν σταδιακά να ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία στις πιο ευημερούσες πόλεις όπως το «Νοσοκομείο Σύρου» (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» (1836) και ο «Ευαγγελισμός» (1884) στην Αθήνα, καθώς και το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1875). Το 1903 ξεκινά τη δραστηριότητά της και η «Πολυκλινική» Αθηνών ως αποτέλεσμα της ιδιωτικής οικονομικής πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας στη χώρα. Σημαντικό γεγονός στα έτη αυτά είναι η ίδρυση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1837. Ένα χρόνο αργότερα θα λειτουργήσει η πρώτη σχολή μαιευτικής, ενώ το 1911 δημιουργείται η πρώτη νοσηλευτική σχολή από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:184-185).

B) Δεύτερη περίοδος (1922-1952): Τα χρόνια αυτά, η Ελλάδα καλείται να διαχειριστεί τις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω

κάποιων ιστορικών γεγονότων μείζονος σημασίας όπως η Μικρασιατική καταστροφή και ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος. Το κράτος παρεμβαίνει ενεργητικά στον τομέα της υγείας ιδρύοντας Κρατικά και Ειδικά νοσοκομεία όπως είναι τα στρατιωτικά και τα προσφυγικά. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι το 1945 άρχισε να λειτουργεί το «Γενικό Νοσοκομείο Ελληνικής Βασιλικής Αεροπορίας» το οποίο μετονομάστηκε είκοσι χρόνια αργότερα σε «251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας» (Πολεμική Αεροπορία, 2018). Οι υγειονομικές συνθήκες αρχίζουν να βελτιώνονται, εντούτοις το επίπεδο περίθαλψης παρέμενε χαμηλό σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Κοντούλη-Γείτονα, 1992 όπως παρατίθεται στο Παπαγεωργίου, 2011:26). Από την παραπάνω συνθήκη εξαιρούνται τα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός Σταυρός» και «Πολιτικών» τα οποία και διακρίθηκαν για τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες περίθαλψης που πρόσφεραν.

Την εποχή αυτή δημοσιεύεται, επίσης, μια σειρά από νόμους που αφορούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με τον αναγκαστικό νόμο 2882/1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης, ενώ με τον νόμο 6298/1934 εγκαινιάζεται η δημιουργία του Ι.ΚΑ. ώστε να προσφέρει υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης στους υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα. Ο αναγκαστικός νόμος 965/1937, ένα νομοθέτημα-σταθμός για την οργάνωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων στην Ελλάδα, καθορίζει την οργανωτική δομή και τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων, και, παράλληλα, προβλέπει τη δημιουργία πανεπιστημιακών κλινικών και εργαστηρίων καθώς και τη χρηματοδότησή τους από κρατικές επιχορηγήσεις (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:186-187). Με τον αναγκαστικό νόμο 1965/1937 ορίζεται ρητά ότι τα κρατικά νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το 1941, στη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου με τον αναγκαστικό νόμο 2769/1941 προβλέπεται η «προσωρινή ίδρυση νοσοκομείων» λόγω των έκτακτων αναγκών για υπηρεσίες υγείας που προκάλεσε η εμπόλεμη κατάσταση. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με αυτό τον νόμο, απεκδύθηκαν κάθε έννοια «προσωρινότητας», καθώς όχι μόνο δεν καταργήθηκαν, αλλά αποτέλεσαν το θεμέλιο της νοσοκομειακής υποδομής της χώρας η οποία βαθμιαία διευρύνθηκε.

Γ) Τρίτη περίοδος (1953-1982): Το 1953 με το Ν.Δ. 2592/1953 «*Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως*» εισάγεται η έννοια της αποκέντρωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας. Το εν λόγω νομοθέτημα προβλέπει τη διαίρεση της χώρας σε δεκατρείς υγειονομικές περιφέρειες, μεταφέροντας ουσιαστικά κάποιες αρμοδιότητες του τομέα

υγείας από την κεντρική διοίκηση στις περιφέρειες αυτές. Η νοσοκομειακή περίθαλψη βελτιώνεται οργανωτικά και παρέχεται κυρίως από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν είτε ως ΝΠΔΔ είτε ως ΝΠΙΔ αλλά και από κάποιες ιδιωτικές κλινικές. Ο καθορισμός των νοσηλίων ήταν αρμοδιότητα των νοσοκομείων μέχρι το 1979, οπότε και καθιερώθηκε το κλειστό-ενοποιημένο νοσήλιο με το ΠΔ 957/79 (Παπαγεωργίου, 2011:27). Αξίζει να σημειωθεί, ότι το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/1961 ο οποίος προέβλεπε τη σύσταση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) προκειμένου να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό της εποχής (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:188).

Δ) Τέταρτη περίοδος (1983 έως σήμερα): Το 1983 αποτέλεσε έτος-σταθμό για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, καθώς ήταν η χρονιά που εγκαινιάστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ, 1397/1983 (ΦΕΚ 143Α/7-10-1983), έθεσε στο πρώτο άρθρο, ως βασικές αρχές του «την κρατική ευθύνη για παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, την ίση μεταχείριση και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και τη σύσταση και οργάνωση ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας». Ακολούθησαν οι νόμοι 2071/1992<sup>1</sup>, 2194/1994<sup>2</sup> και 2519/1997<sup>3</sup> οι οποίοι λειτούργησαν τροποποιητικά ή και συμπληρωματικά στον ιδρυτικό νόμο. Ο νόμος 1397/1983 προώθησε βελτιώσεις στην υποδομή και τη στελέχωση των νοσοκομείων. Σημαντική εξέλιξη που επέφερε ο παρών νόμος ήταν η κρατικοποίηση ιδιωτικών νοσοκομείων και η ένταξή τους στο ΕΣΥ καθώς και η ίδρυση των περιφερειακών γενικών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων (Παπαγεωργίου, 2011:27).

Το 2001 ψηφίζεται ο νόμος 2889/2001<sup>4</sup> ο οποίος έχει ως στόχο τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως προς τα νοσοκομειακά ιδρύματα, καθιερώνεται η εποπτεία τους από το Υπουργείο Υγείας ανεξαρτήτως της νομικής μορφής τους. Εξαίρεση σε αυτή τη ρύθμιση συνιστούν τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Επίσης προβλέπεται η εφαρμογή ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας μέσω της δημιουργίας των

---

<sup>1</sup> (ΦΕΚ 123Α/15-7-1992)

<sup>2</sup> (ΦΕΚ 34Α/16-3-1994)

<sup>3</sup> (ΦΕΚ 165Α/21-8-1997)

<sup>4</sup> (ΦΕΚ 37Α/2-3-2001)

Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία αργότερα μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) με την ψήφιση του νόμου 3106/2003<sup>5</sup>, καταλήγοντας σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) με τον νόμο 3329/2005<sup>6</sup>. Τέλος, ο νόμος 3527/2007<sup>7</sup> επέφερε μειώσεις στον αριθμό των ΔΥΠΕ. Πλέον οι Υγειονομικές Περιφέρειες είναι επτά ώστε να ταυτίζονται γεωγραφικά με τις διοικητικές περιφέρειες (Κακαλέτσης, κ.α., 2013).

Συμπερασματικά, διακρίνεται από τα παραπάνω, η διαχρονική μέριμνα της πολιτείας για την παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης στον γενικό πληθυσμό, η οποία ακολουθεί τις κοινωνικές ανάγκες όπως οι τελευταίες διαμορφώνονται και αλλάζουν αναλόγως των ιστορικών συγκυριών. Επίσης, αποκαλύπτεται μια διαρκής τάση μεταρρύθμισης του χώρου της υγείας, ειδικά σε ό,τι αφορά την περίθαλψη, με σκοπό την πληρέστερη ανταπόκριση στις απαιτήσεις των πολιτών σε κάθε χρονική περίοδο. Έτσι, το νοσοκομείο αναδεικνύεται ως ο βασικός πυλώνας υγείας και αποκατάστασης, προσδίδοντας στο σύστημα υγείας της Ελλάδας έναν νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα. Προκειμένου, ωστόσο, τα νοσοκομειακά ιδρύματα να λειτουργούν εύρυθμα καλύπτοντας αποτελεσματικά τις απαιτήσεις του πληθυσμού, υπάρχουν και άλλοι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι οφείλονται να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία οργάνωσής τους. Οι παράγοντες αυτοί θα εκτεθούν αναλυτικά στην ενότητα που ακολουθεί.

#### 4.1.2 Ιδιαίτεροι παράγοντες που επιδρούν στην οργάνωση του νοσοκομείου

Η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα δημόσιο επενδυτικό αγαθό από το οποίο σχηματίζεται, σύμφωνα με τον Grossman το απόθεμα υγείας (Κυριόπουλος, 2017:19). Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται έχοντας ένα αρχικό κεφάλαιο υγείας το οποίο έχουν κληρονομήσει, κατά βάση, από τους γονείς τους. Με το πέρασμα των ετών το αρχικό αυτό κεφάλαιο υφίσταται διάφορες φθίνουσες επιδράσεις εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, όπως είναι η ηλικία, ο τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης. Έτσι, τα άτομα, προκειμένου να καταφέρουν να συντηρήσουν το απόθεμα υγείας τους, δηλαδή

---

<sup>5</sup> (ΦΕΚ 30Α/10-2-2003)

<sup>6</sup> (ΦΕΚ 81Α/4-4-2005)

<sup>7</sup> (ΦΕΚ 25Α/9-2-2007)

την ποσότητα υγείας τους που παρέμεινε αλώβητη από την επίδραση των ανωτέρω παραμέτρων, επενδύουν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής ή/και καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας, ώστε να επιβραδύνουν την επικείμενη φθορά του.

Επίσης, απαιτούν την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ώστε να αποκαταστήσουν το κεφάλαιο υγείας τους «από τις βλαπτικές επιδράσεις του κοινωνικού και περιβαλλοντικού περιγύρου» (Κυριόπουλος, 2017:20). Η σημασία, λοιπόν, των νοσοκομειακών ιδρυμάτων στη διατήρηση και την εξασφάλιση της υγείας του πληθυσμού είναι καίρια, ειδικά σε μια χώρα όπως η Ελλάδα, της οποίας το σύστημα υγείας, χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό (INE-ΓΣΕΕ, 2012). Για αυτό το λόγο, τα νοσοκομεία απαιτείται να οργανώνονται λαμβάνοντας υπόψη κάποιες ιδιάζουσες παραμέτρους, όπως (Παπαγεωργίου, 2011:29-37):

#### 1. Ευαισθησία στα προβλήματα υγείας

Η υγεία, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι ένα αγαθό μείζονος σημασίας για τα άτομα, καθώς συνδέεται με την ίδια την ύπαρξη του ανθρώπου και τη διατήρησή του στη ζωή. Ως εκ τούτου, οι άνθρωποι επιδεικνύουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας τόσο στο στάδιο της πρόληψης όσο και στα στάδια της θεραπείας και αποκατάστασης μιας νόσου. Απαιτούν, δε, ως οργανωμένο κοινωνικό σύνολο, οι υπηρεσίες στον υγειονομικό τομέα να είναι ποιοτικές και να ανταποκρίνονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες τους.

#### 2. Η υγεία ως υπηρεσία

Μια οικονομία δύναται να παράγει αγαθά και να προσφέρει υπηρεσίες. Η υγεία, ως υπηρεσία ενσωματώνει όλα τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών όπως είναι: η άυλη φύση της, η αδυναμία αποθήκευσης, η δυσκολία τιμολόγησης, η αδιαιρετότητα κατανάλωσης από τον τόπο παραγωγής, καθώς και η ετερογένεια της ποιότητας (Γούναρης, Καραντινού, 2015). Το τελευταίο αυτό χαρακτηριστικό, μπορεί να αναδειχθεί και ως το πιο σημαντικό, δεδομένου ότι ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στο επίπεδο φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Αυτό σημαίνει ότι διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας μπορούν προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε διαφορετικούς ασθενείς με τελείως διαφορετικό τρόπο έχοντας ως αποτέλεσμα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης. Στην περίπτωση, δε, που η παρεχόμενη ποιότητα είναι χαμηλή μπορεί να

αναπτυχθούν αρνητικές επιδράσεις στην πορεία της υγείας του ασθενή αλλά και στην ίδια τη ζωή του (Αλεξιάδης, Σιγάλας, 1999).

### 3. Ασυμμετρία πληροφόρησης

Ο ασθενής που εκπροσωπεί, εν προκειμένω, την πλευρά της ζήτησης δεν διαθέτει τις απαραίτητες πληροφορίες και την τεχνογνωσία προκειμένου να αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας τους και να διεκδικήσει την κατάλληλη θεραπεία. Για αυτό το λόγο απευθύνεται στον γιατρό, δηλαδή στον παραγωγό υπηρεσιών υγείας, ώστε να εκτιμήσει την κλινική του εικόνα, να λάβει αποφάσεις αναφορικά με τις εξετάσεις που πρέπει να γίνουν και να προτείνει, τελικά, την ενδεδειγμένη θεραπεία. Έτσι, όμως ο ασθενής είναι πρακτικά αδύναμος απέναντι στην ιατρική αυθεντία μη μπορώντας να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για κάτι τόσο σημαντικό, όπως η υγεία του. Η κλασική, λοιπόν, οικονομική θεωρία περί κυριαρχίας του καταναλωτή δεν έχει εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Επίσης, πολλές φορές, οι γιατροί εκμεταλλευόμενοι αυτό το γεγονός, είναι δυνατόν να «προκαλούν» ζήτηση για υπηρεσίες υγείας υπερκαταναλώνοντας τους σπάνιους πόρους μιας οικονομίας και προκαλώντας στο σύστημα υγείας ελλείμματα αποδοτικότητας (Κοντοδημόπουλος, 2018).

### 4. Δαπάνες υγείας

Είναι γεγονός ότι η πρόσφατη κρίση χρέους με την οποία ήρθε αντιμέτωπη η Ελλάδα καθώς και τα προγράμματα λιτότητας που εφάρμοσε επέδρασαν αρνητικά στο ΑΕΠ της. Σύμφωνα με στοιχεία της ετήσιας έκθεσης του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, η χώρα «βρίσκεται σε στάσιμη κατάσταση από το 2013 και μετά έχοντας απολέσει περισσότερο από το 25% του εθνικού προϊόντος της σε σχέση με το 2008. Συγκεκριμένα, το γ' τρίμηνο το 2017 το ΑΕΠ είναι κατά 25,6% χαμηλότερο από το α' τρίμηνο του 2008» (ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, 2018).

Η συστατική δημοσιονομική πολιτική που ασκήθηκε την τελευταία δεκαετία είχε επιπτώσεις και στο χώρο της υγείας. Ιδιαίτερα αποκαλυπτική είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον ΟΟΣΑ (2016) στην οποία αναφέρεται ότι η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας δέχτηκε ετήσια μείωση της τάξης του 6,6% από το 2009 έως το 2015, όταν, αντίστοιχα, τα έτη 2005-2009 ο αντίστοιχος δείκτης κατέγραφε ετήσια ανάπτυξη της τάξης του 4,5%.

Όσον αφορά στη δημόσια χρηματοδότηση δαπάνης υγείας, η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ (2016) για τα έτη 2012-2016 καταγράφει μια ετήσια μείωση περί τα ένα με δύο δις ευρώ με εξαίρεση τα έτη 2015 και 2016 οπότε και παρατηρήθηκαν οριακές αυξήσεις. Επιπρόσθετα, η δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων παρουσίασε οριακή ποσοστιαία πτώση από το 2012 έως το 2015 ανά έτος, με το 2015 να φτάνει στα 4.1 δις από 5.9 δις ευρώ που ήταν το 2012. Το 2016 η χρηματοδότηση των νοσοκομείων άγγιξε τα 4.6 δις σημειώνοντας μια ελαφριά αύξηση.

##### 5. Λοιποί παράγοντες

Εκτός από τις προαναφερόμενες παραμέτρους, τα στελέχη ενός νοσοκομείου θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους και μια σειρά από άλλους παράγοντες στο εξωτερικό περιβάλλον, όπως είναι οι δημογραφικές αλλαγές αλλά και η στροφή προς ένα νέο επιδημιολογικό πρότυπο, οι οποίες λειτουργούν θετικά στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας (Γούλα, 2014: 191-192).

Ως προς τις δημογραφικές αλλαγές, μελέτη της Διανέοσις σε συνεργασία με το Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (2016) κατέληξε σε χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με την εξέλιξη της ηλικιακής σύστασης του πληθυσμού της χώρας έως το 2050. Χαρακτηριστικά, σημειώνεται ότι ο πληθυσμός γερνάει, αφού η διάμεση ηλικία που ήταν για το 1951 τα 26 έτη, σήμερα έχει φτάσει τα 44 έτη και πρόκειται να καταλήξει, σύμφωνα με τις προβλέψεις στα 49-52 έτη μέχρι το 2050. Αντίστοιχα, ο πληθυσμός των παιδιών σχολικής ηλικίας (3-17 ετών) θα μειωθεί από 1,6 εκατομμύρια που είναι σήμερα στο 1,4 με 1 εκατομμύριο. (Διανέοσις, ΕΔΚΑ, 2016).

Επίσης, η ανεργία, η γενικότερη επισφάλεια της εποχής και το άγχος έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα στις καρδιαγγειακές και ψυχικές παθήσεις αλλά και την εμφάνιση νέων ασθενειών όπως είναι τα αυτοάνοσα νοσήματα. Παράλληλα, ο τρόπος ζωής και οι αλλαγές στη διατροφή όπως η προτίμηση σε τροφές που έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε κορεσμένα λίπη, αλάτι και σάκχαρα μπορεί να οδηγήσουν στην διόγκωση των νεοπλασιών, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των διαταραχών του μεταβολισμού (Κυριόπουλος, 2017:33).

Συμπερασματικά, η μείωση των δαπανών υγείας συνδυαστικά με τις πιέσεις που ασκεί το δημογραφικό πρόβλημα, οι αλλαγές στο επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού καθώς και η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από τους γιατρούς συνιστούν τις κύριες προκλήσεις της εποχής. Σε συνδυασμό με την απαίτηση του κοινωνικού συνόλου για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αναδεικνύουν την αναγκαιότητα εφαρμογής ενός οργανωσιακού προτύπου που θα στοχεύει στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα φέροντας, ταυτόχρονα, και κοινωνικό πρόσημο. Στο επόμενο κεφάλαιο θα περιγραφεί η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας αλλά και η σημασία της για την επιτυχία των σύγχρονων οργανισμών, μεταξύ των οποίων είναι και τα νοσοκομεία.

## **4.2 Προσδιορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας**

### **4.2.1 Εννοιολογική διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας**

Η έννοια της κουλτούρας ως όρος επιστημονικής μελέτης είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσδιοριστεί με σαφήνεια, αφού έχουν αναδειχθεί διάφορες απόψεις στον ακαδημαϊκό διάλογο αναφορικά με την προέλευσή της.

Σύμφωνα με τον καθηγητή γλωσσολογίας Γιώργο Μπαμπινιώτη (2002: 943), ο όρος «κουλτούρα» έχει τις ρίζες της στη λατινική λέξη *cultura* του ρήματος *colere* που σημαίνει καλλιεργώ και χρησιμοποιείται στην ελληνική γλώσσα για να δηλώσει «το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός λαού αλλά και την πνευματική καλλιέργεια ενός ατόμου». Την έννοια της καλλιέργειας αναδεικνύει και ο Williams (1981) ταυτίζοντάς την ως διαδικασία με την καλλιέργεια της σοδειάς από τον γεωργό και την εκτροφή των ζώων από τον κτηνοτρόφο.

Εν συνεχεία, η κουλτούρα σχετίστηκε με την καλλιέργεια του πνεύματος, παραβάλλοντας την κοινωνική διάπλαση του ανθρώπου από τους θεσμούς όπως η εκπαίδευση ή η οικογένεια με τη φροντίδα της γεωργικής καλλιέργειας μέσω διάφορων αγροτικών μηχανισμών καθώς είναι το όργωμα, η σπορά και το κλάδεμα (Hatch, 1993). Δεν είναι τυχαίο, εξάλλου, πως η λέξη κουλτούρα, θεωρείται ως ένα «γλωσσικό δάνειο που προέκυψε από την αντιστοίχιση του γερμανικού όρου *kultur* που σημαίνει την



καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία, αλλά και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου» (Γούλα, 2014:26).

Στη βιβλιογραφία έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί της έννοιας κουλτούρα, οι οποίοι εστιάζουν τόσο στη συμβολική όσο και στη συμπεριφοριστική της διάσταση.

Σύμφωνα με τον Pettigrew (1979) η κουλτούρα είναι ένα σύστημα σημείων, «σημαίες» όπως ο ίδιος ορίζει, που έχουν γίνει «συλλογικά αποδεκτές από μια δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο. Αυτό το σύστημα, αποτελούμενο από νοήματα, έννοιες, κατηγορίες, φόρμες και εικόνες ερμηνεύει τη συνολική κατάσταση στα μέλη μιας ομάδας». Ο Rijamamprianina (1999), εκτός από τη διάσταση της αλληλεπίδρασης που καταλήγει σε συμφωνία μεταξύ των μελών μιας ομάδας όπως το θέτει ο Pettigrew (1979), αναδεικνύει και μια άλλη παράμετρο της κουλτούρας που είναι η διαχρονική της συνέχεια. Για τον Rijamamprianina (1999), λοιπόν, η κουλτούρα είναι το σύνολο της ανθρώπινης δημιουργίας και ανάπτυξης καθώς κληροδοτείται από την μια ομάδα ατόμων στην επόμενη συνειδητά ή ασυνειδητά. Περιλαμβάνει τη σκέψη της ομάδας, τα ήθη, τα έθιμα, τη γλώσσα, τις κοινές στάσεις, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις τα οποία αποτελούν τη βάση δημιουργίας προτύπων στους ανθρώπους προκειμένου οι τελευταίοι να μπορούν να συνυπάρχουν.

Οι Kroeber και Kluchohn (1963) εντάσσουν ένα ακόμη στοιχείο στην έννοια της κουλτούρας, αυτό της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι η κουλτούρα είναι ένα όλον που «αποτελείται από ρητά ή άρητα πρότυπα συμπεριφοράς που προλαμβάνονται και μεταδίδονται με σύμβολα και τα οποία συνιστούν ιδιαίτερα επιτεύγματα και τεχνήματα ανθρωπίνων ομάδων». Η κουλτούρα ως συμπεριφορά ανιχνεύεται επίσης και στον Shapiro (1957). Ο ίδιος θεωρεί την κουλτούρα μια συμπεριφορά που μαθαίνεται περικλείοντας όλες τις ιδέες, τις αξίες και τις ενέργειες που κατέχουμε και στις οποίες προβαίνουμε έχοντας την ιδιότητα του μέλους μιας συγκεκριμένης και οργανωμένης ομάδας. Επιπρόσθετα, οι Schwartz και Boehnke (2004) στον δικό τους ορισμό περί κουλτούρας συμπεριλαμβάνουν συνολικά τα νοήματα, τις πεποιθήσεις, τις πρακτικές, τα σύμβολα, τα πρότυπα και τις αξίες που αναπτύσσουν οι άνθρωποι εντός της κοινωνικής δομής.

Όσον αφορά στο σύγχρονο περιβάλλον, η έννοια της κουλτούρας έχει διευρυνθεί ως ορισμός προκειμένου να περιλαμβάνει και το φυσικό ή ψυχολογικό πλαίσιο που περιβάλλει μια ομάδα εντός του οποίου περικλείεται ακόμη και ο εργασιακός χώρος (Gjuraj, 2013). Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα της παγκοσμιοποίησης, της διαπερατότητας των εθνικών ορίων και της ευκολίας μετακίνησης και επικοινωνίας, τα άτομα είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν εργασία και να ζήσουν σε ένα διαφορετικό εθνικό κοινωνικό πλέγμα σε σχέση με παλαιότερα. Σε μελέτη που διεξήχθη από τον ΟΟΣΑ το 2014, παρατηρείται ότι από το 2004 έως και τη χρονιά διενέργειας της έρευνας, το 47% του εργατικού δυναμικού στις ΗΠΑ και το 70% αντίστοιχα στην Ευρώπη απαρτιζόταν από μετανάστες (ΟΟΣΑ, 2014). Προκύπτει, λοιπόν, και εμπειρικά το συνονθύλευμα κουλτούρας μέσα στις κοινωνίες αλλά και στα περιβάλλοντα απασχόλησης ως επιμέρους οικονομικές δομές αυτών. Η συνύπαρξη των ανθρώπων που προέρχονται από διαφορετική κουλτούρα ειδικά στο εργασιακό περιβάλλον ενδέχεται να προκαλέσει τριβές εξαιτίας, κυρίως, της ανομοιογένειας των αξιών οι οποίες γίνονται αντικείμενο ενστερνισμού στα διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Αυτό συνιστά υπέρτατη πρόκληση για τους οργανισμούς ως μοχλούς οικονομικής συντήρησης και ανάπτυξης της κοινωνίας.

Σε πολλές περιπτώσεις, αυτή η ανομοιογένεια κουλτούρας είναι δυνατόν να οδηγήσει στη δημιουργία υποκουλτούρων που θα διαφοροποιούνται από το κυρίαρχο πολιτισμικό πλαίσιο. Ως υποκουλτούρα νοείται το σύνολο των ατόμων που διατηρούν κοινές εμπειρίες ή όμοια ενδιαφέροντα και αξίες. Ειδικά για το οργανωσιακό πλαίσιο, εάν οι αξίες της υποκουλτούρας έρχονται σε συμφωνία με αυτές του οργανισμού, τότε σημειώνεται ταύτιση. Στην αντίθετη περίπτωση, όμως, μπορεί να γίνει λόγος για «ασυμφωνία κουλτούρας» (Sullivan, Decker, 2009:28). Φαίνεται ότι, η δόμηση μιας συνεκτικής ομάδας συνεργατών που θα λειτουργεί με εμπιστοσύνη και ανεκτικότητα ωφελεί τόσο τα μέλη της όσο και τον οργανισμό (Gruenfeld, et al., 1996).

Η πρώτη συστηματική απόπειρα καταγραφής της οργανωσιακής κουλτούρας θεωρείται εκείνη που πραγματοποιήθηκε στην εταιρεία Western Electric στις αρχές της δεκαετίας του 1930. Η εν λόγω έρευνα σκόπευε να διερευνήσει αν οι εργαζόμενοι του εργοστασίου θα αύξαναν την παραγωγικότητά τους εάν γνώριζαν ότι συνιστούν αντικείμενο μελέτης κατά τη διάρκεια του ωραρίου τους (Hawthorn effect).

Ακολούθησαν πολλές ερευνητικές προσπάθειες, οι οποίες εστίασαν στην μέτρηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων κάτω από διάφορες συνθήκες φωτισμού, καθαριότητας καθώς και εργασιακού περιβάλλοντος άνευ εμποδίων όπως, λόγου χάρη αντικείμενα πεσμένα στο πάτωμα που εμπόδιζαν τους εργαζόμενους να κινηθούν ελεύθερα στο χώρο. Αφού τα αποτελέσματα των πρώτων ερευνών επιβεβαίωσαν το γεγονός ότι το περιβάλλον ασκεί επίδραση στην παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού, νέες μελέτες σχεδιάστηκαν. Πολύ γνωστή είναι η έρευνα των Mayo και Warner κατά τα έτη 1931-1932 η οποία απέδειξε ότι οι εργαζόμενοι τείνουν να σχηματίζουν κλίκες οι οποίες λειτουργούν με άτυπους κανόνες συμπεριφοράς, ενώ χαρακτηρίζονται από τεράστια υποστήριξη προς τα μέλη τους. Έτσι, τεκμηριώθηκε εμπειρικά ότι οι εργαζόμενοι επηρεάζονται περισσότερο από τις αξίες και την αλληλεπίδραση που αναπτύσσονται σε μια ομάδα όμοιων και ισότιμων μελών, παρά από τον έλεγχο και τις διαταγές των προϊσταμένων τους (Mayo, 1945).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, η ερευνητική μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας που ξεκίνησε τη δεκαετία του 1930, απασχόλησε τους επιστήμονες διαφορετικών κλάδων, όπως είναι η οργανωσιακή ψυχολογία, η κοινωνιολογία και η κοινωνική ανθρωπολογία αλλά και τους ειδικούς του μάνατζμεντ και της διοίκησης ανθρωπίνου δυναμικού (Ροβίθης, 2016). Κάποιοι ακαδημαϊκοί (Peters et al., 1982; Bercovici et. al., 2001) διατύπωσαν την άποψη ότι το μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον της περιόδου αυτής ήταν απότοκο μιας ανάγκης ανάλυσης και καταγραφής των χαρακτηριστικών που έκαναν τις ιαπωνικές εταιρείες περισσότερο ανταγωνιστικές και αποδοτικές σε σχέση με τις αντίστοιχες δυτικές (Ouchi, Wilkins, 1985).

Έκτοτε, η οργανωσιακή κουλτούρα έγινε αντικείμενο προβληματισμού στην ακαδημαϊκή σφαίρα διαπλάθοντας ένα θεωρητικό πλαίσιο που περικλείει διαφορετικές απόψεις και ορισμούς πάνω στο υπό εξέταση ζήτημα.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί η άποψη ότι παρά τη δυσκολία εύρεσης και διατύπωσης ενός κοινά αποδεκτού ορισμού σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα, η τελευταία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού που του δίνει την αίσθηση της ενότητας και της συνέχειας. Είναι εξαιρετικά σπουδαία ως έννοια ειδικά στο σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο επιχειρησιακό περιβάλλον. Οι εργαζόμενοι συνδέονται μέσω της κουλτούρας τόσο

μεταξύ τους όσο και με τον ίδιο τον οργανισμό, προσαρμόζοντας τη συμπεριφορά τους, κατά τρόπο, ώστε να είναι αποδεκτή από τα υπόλοιπα μέλη και να έρχεται σε σύμπτωση με τις αναγνωρισμένες αξίες και πρότυπα, ενώ παράλληλα, προσπαθούν να διαχειριστούν τα διαφορετικά αξιακά πλαίσια όπως εισάγονται στους οργανισμούς από ανθρώπους που προέρχονται από ετερόκλητα πολιτισμικά περιβάλλοντα. Αυτός ο πολιτισμικός πλουραλισμός ενδέχεται να δημιουργήσει προβλήματα στη δόμηση μιας συνεκτικής κουλτούρας, γεγονός που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τα στελέχη των οργανώσεων σε κάθε στάδιο κοινωνικοποίησης και εκμάθησης της κουλτούρας, ειδικά στα νέα μέλη.

Στην ενότητα που ακολουθεί πρόκειται να αναλυθεί η σημασία της κουλτούρας εντός του σύγχρονου επιχειρησιακού περιβάλλοντος.

#### 4.2.2 Η σημασία της οργανωσιακής κουλτούρας

Κατά τη δεκαετία του '60 και του '70 τα επιχειρησιακά περιβάλλοντα χαρακτηρίζονταν από «σχετική σταθερότητα και προβλεψιμότητα» (Γούλα, 2014:55) συμπορευόμενα με το γενικότερο μακροπεριβάλλον της εποχής το οποίο ήταν εξίσου στέρεο.

Από τη δεκαετία του 1980 και έως σήμερα, η ραγδαία ανάπτυξη και διάδοση της τεχνολογίας, η διεθνοποίηση των εθνικών αγορών, η ευκολότερη μετάδοση των οικονομικών κρίσεων, η ανάδυση νέων παιχτών στον παγκόσμιο εμπορικό χάρτη αλλά και οι εξελίξεις σε κοινωνικό επίπεδο όπως είναι αύξηση της ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές είναι μερικά από τα καινούρια δεδομένα που οφείλουν να λάβουν υπόψη τους οι οργανισμοί προκειμένου να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πελατών τους διατηρώντας παράλληλα την κερδοφορία τους. Γνωρίζοντας το περιβάλλον γύρω τους, οι οργανισμοί είναι σε θέση να αναλύσουν τις δυνατότητες, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους που υπάρχουν και να προσαρμοστούν στις σύγχρονες προκλήσεις (Krugman, Obstfeld, Melitz, 2016:29; Κέφης, 2005).

Από την ανωτέρω προσαρμογή δεν μπορεί να λείπει η οργανωσιακή κουλτούρα, καθώς όπως έχει αναφερθεί, η κουλτούρα είναι πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος για έναν οργανισμό (Pfeffer, O'Reilly, 2000; Cameron, 2004) που εξασφαλίζει την μακροπρόθεσμη επιτυχία του (Μπουραντάς, 2002:551) βοηθώντας τον να ανταποκριθεί

στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των κύριων ενδιαφερόμενων μερών του (Παπαδάκης, 2016: 57). Η επίδραση της οργανωσιακή κουλτούρας στην επιτυχία του οργανισμού υποστηρίζεται επίσης και από τους Peters και Waterman (1982), ενώ ο Handy (1993) θεωρεί ότι μια ισχυρή κουλτούρα διαπλάθει έναν ισχυρό οργανισμό. Ως ισχυρή κουλτούρα νοείται εκείνη εντός της οποίας «οι αξίες είναι βαθιές και ευρέως αποδεκτές, μεταβιβάζονται άμεσα μηνύματα για το τι είναι σημαντικό και το τι όχι, τα μέλη ταυτίζονται έντονα με την κουλτούρα και υπάρχει σύνδεση μεταξύ των αξιών και των συμπεριφορών» (Γούλα, 2014:69).

Ιστορικά, τρεις συγκυρίες φαίνεται πως ευθύνονται για την διαμόρφωση της πεποίθησης ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα στοιχείο που βοηθά τον οργανισμό να παραμένει ανταγωνιστικός (Beaumont, 1993):

A) Η επιτυχία των Ιαπωνικών οργανώσεων ως αποτέλεσμα της συμμετοχικής κουλτούρας που είχαν αναπτύξει.

B) Η ανάδειξη στο δημόσιο και ακαδημαϊκό διάλογο της έννοιας της «επιτυχημένης επιχείρησης» και η επικράτηση της άποψης ότι υπάρχουν κάποια ποιοτικά χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν τους ηγέτες των οργανώσεων σε επιτυχημένους και αποτυχημένους (Goodman, Atkin, Schoorman, 1983; Lewin, Minton, 1986; O' Reilly, 1989; Sackmann, 1991;).

Γ) Η ιδέα ότι η αποδοτικότητα του οργανισμού επηρεάζεται από το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας που έχει υιοθετήσει.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η συζήτηση γύρω από τη σχέση κουλτούρας-απόδοσης άνοιξε πριν από αρκετά χρόνια μέσα σε ένα λιγότερο απαιτητικό εξωτερικό περιβάλλον για τις επιχειρήσεις, εντούτοις, ο προβληματισμός αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και την επίδρασή της στην επιτυχία και την αποδοτικότητα ενός οργανισμού αναβιώνει μέχρι σήμερα.

Χαρακτηριστικά, αναφέρεται η άποψη ότι οι ισχυρές κουλτούρες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού (Μπουραντάς 2005), σημειώνοντας, ωστόσο, ότι η ισχυρή κουλτούρα είναι δυνατόν να προωθήσει αλλά και να δημιουργήσει εμπόδια στην αλλαγή. Η τελευταία διαπίστωση είναι απόρροια του γεγονότος ότι εάν σε έναν οργανισμό όλοι οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν την ήδη διαμορφωμένη κουλτούρα, λόγω

ακριβώς της ισχύος της, θα είναι δύσκολο να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα. Προς επίρρωση αυτού, ο Schein, αναφέρει ότι η ισχυρή κουλτούρα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στην επιχειρούμενη αλλαγή εξαιτίας της σταθερότητάς της (Schein, 2004:243). Κι αυτό ενδέχεται να συμβεί την ίδια ώρα που, όπως λένε οι Avison, Myers «οι κουλτούρες βρίσκονται διαρκώς σε μια κατάσταση αμφισβήτησης, μεταβολής και ανάπτυξης· εφευρίσκονται και επανεφευρίσκονται στο πλαίσιο της κοινωνικής ζωής» (Μπέλιας, 2015:31). Η συγκεκριμένη θέση φέρνει στο προσκήνιο την έννοια της οργανωσιακής αλλαγής ως συστατικό στοιχείο των σύγχρονων οργανώσεων, που θα συζητηθεί στο κεφάλαιο 6.

Με βάση τις απόψεις που εκτέθηκαν παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε έναν οργανισμό. Συγκεκριμένοι τύποι κουλτούρας λειτουργούν επιβληθτικά και ενισχύουν την οικονομική απόδοση μιας οργάνωσης μακροπρόθεσμα. Η κουλτούρα, ωστόσο, είναι ένα δυναμικό φαινόμενο και μπορεί να αλλάξει προκειμένου να εξυπηρετήσει την προσαρμογή του οργανισμού στα νέα εξωτερικά δεδομένα. Η διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας, επομένως, μπορεί να ενταχθεί στην προσπάθεια ενός οργανισμού να προσαρμοστεί στο πολύπλοκο περιβάλλον της εποχής παρέχοντας ποιοτικότερες υπηρεσίες, εξασφαλίζοντας την ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών πελατών του και φροντίζοντας για την απόδοση του.

#### 4.2.3 Τυπολογία οργανωσιακής κουλτούρας

Πολλά μοντέλα ανάλυσης και προσδιορισμού της οργανωσιακής κουλτούρας έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά από τους θεωρητικούς της διοικητικής επιστήμης ώστε να εμπεδωθεί σε βάθος η επίδραση της στο επιχειρησιακό περιβάλλον. Στην παρούσα μελέτη θα παρουσιαστούν τρία μοντέλα τα οποία διαπιστώθηκε ότι έχουν τύχει ευρείας ανάλυσης σε ακαδημαϊκές εργασίες, και πιστεύεται ότι θα λειτουργήσουν καταλυτικά στη σύνδεση της οργανωσιακής κουλτούρας με την οργανωσιακή αλλαγή, η οποία ως έννοια θα συζητηθεί σε επόμενο κεφάλαιο.

#### 4.2.3.1 Εθνική και εταιρική κουλτούρα: το υπόδειγμα του Hofstede

Όλοι οι οργανισμοί λειτουργούν ως μέρη της κοινωνικής οργάνωσης μιας χώρας. Όπως αναφέρθηκε ήδη και στην προηγούμενη ενότητα, οι εταιρικές οργανώσεις αναπτύσσονται, παράγουν προϊόντα και προσφέρουν υπηρεσίες λαμβάνοντας υπόψη το εξωτερικό περιβάλλον στο οποίο αποφασίζουν να δραστηριοποιηθούν.

Όσον αφορά στην οργανωσιακή κουλτούρα, η σχέση που δημιουργείται μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος πιστεύεται ότι είναι διαλεκτική και η διαμόρφωσή της εντός της εταιρείας φαίνεται ότι επηρεάζεται από το ευρύτερο εθνικό περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι το πώς οργανώνεται και διοικείται μια οργάνωση διαφέρει από χώρα σε χώρα κι αυτό επειδή η ίδια η οργάνωση εντάσσεται στην κουλτούρα εντός της οποίας αναπτύσσει την παραγωγική της δύναμη (Κόντης, 1994:191).

Η ανωτέρω διαπίστωση επιβεβαιώθηκε και εμπειρικά από τη μελέτη που πραγματοποίησε ο Hofstede (1983) μεταξύ των ετών 1968 και 1973 στην αμερικανική πολυεθνική εταιρεία τεχνολογίας IBM, έχοντας ως κεντρικό ερευνητικό ερώτημα το αν η κουλτούρα του οργανισμού στα διάφορα παραρτήματά της ανά την υφήλιο επηρεάζεται από την εθνική κουλτούρα σε τοπικό επίπεδο. Σκοπός της έρευνάς του ήταν να εντοπίσει διαφορές κουλτούρας στα παραρτήματα της πολυεθνικής και να εξηγήσει κατά πόσο οι εν λόγω διαφορές οφείλονταν στο διαφορετικό εθνικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Ολοκληρώνοντας τη συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια, κατέληξε στο ότι η εθνική κουλτούρα όντως επιδρά στον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι συμπεριφέρονται εντός εργασιακού πλαισίου και κατέγραψε πέντε διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας οι οποίες διαφοροποιούνται αναλόγως του εθνικού περιβάλλοντος στο οποίο εδρεύει ο κάθε οργανισμός (Hofstede, 1991: 139-158; Hofstede, 2001: 373).

Οι διαστάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

A) *Απόσταση δύναμης (power distance)*: Ο συγκεκριμένος δείκτης εκφράζει το βαθμό στον οποίο η εθνική κουλτούρα λειτουργεί υποστηρικτικά στην καλλιέργεια απόστασης μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων. Όσο μεγαλύτερα τα ποσοστά αυτού του δείκτη τόσο πιο ευρεία η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο της άνισης κατανομής εξουσίας

και της ιεραρχίας. Οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται σε εθνικό περιβάλλον στο οποίο η απόσταση δύναμης είναι υψηλή προτιμούν τη γραφειοκρατική οργάνωση με ισχυρή ηγεσία που λειτουργεί, κατά βάση, πατερναλιστικά απέναντι στους εργαζόμενους και αυστηρή διάκριση καθηκόντων όπως προκύπτουν από το οργανόγραμμα. Αντίθετα, οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σε ένα περιβάλλον χαμηλής απόστασης δύναμης είναι πιο πιθανό να διαθέτουν ένα αυτόνομο και υπεύθυνο εργατικό δυναμικό που θα ανταποκρίνεται σε ένα δημοκρατικό στυλ διοίκησης όπως καλλιεργείται μέσα από το διάλογο και την προσωπική έκφραση.

Β) *Αποφυγή αβεβαιότητας (uncertainty avoidance)*: Ο δείκτης αυτός αναφέρεται στο βαθμό στον οποία τα άτομα μιας κοινωνίας προσπαθούν να ξεπεράσουν την αβεβαιότητα γύρω τους. Οργανισμοί σε εθνικά περιβάλλοντα με υψηλή αποφυγή αβεβαιότητας απασχολούν εργαζομένους οι οποίοι ενδιαφέρονται για την ύπαρξη τυπικών κανόνων και τη σταθερότητα στις εργασιακές διαδικασίες. Στον αντίποδα, τα μέλη μιας οργάνωσης που εδρεύει σε χώρα με χαμηλό βαθμό στην εν λόγω διάσταση τείνουν να είναι πιο καινοτόμα και να δέχονται αβίαστα την αλλαγή.

Γ) *Ατομικισμός/Συλλογικότητα (individualism/collectivity)*: Αντανακλά το βαθμό κατά τον οποίο η εθνική κουλτούρα προωθεί την ατομικότητα ή τη συλλογικότητα. Οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σε εθνικά περιβάλλοντα με αυξημένο δείκτη ατομικισμού επικροτούν την ατομική εργασία και πρωτοβουλία. Ωστόσο, σε κουλτούρες με χαμηλό βαθμό ατομικισμού προκρίνεται η συλλογική εργασιακή ενέργεια στο πλαίσιο ομάδων.

Δ) *Αρρενωπότητα/Θηλυκότητα (masculinity/femininity)*: Εκφράζει το βαθμό στον οποίο μια κοινωνία υιοθετεί συγκεκριμένες αξίες βασιζόμενη στην τυπική διάκριση χαρακτηριστικών συμπεριφοράς μεταξύ αντρών και γυναικών. Στις κουλτούρες αρρενωπότητας οι οργανισμοί καλλιεργούν στους εργαζομένους τη φιλοδοξία, το ενδιαφέρον για την επίτευξη των στόχων καθώς και τη συνεπακόλουθη υψηλή αμοιβή. Σε κουλτούρες θηλυκότητας, αντίθετα, οι οργανισμοί οι οργανισμοί στοχεύουν στην ανάπτυξη ανθρωπίνων σχέσεων, στη δημιουργία κλίματος διαλόγου καθώς και στην εξισορρόπηση επαγγελματικής και προσωπικής ζωής για τα μέλη τους.

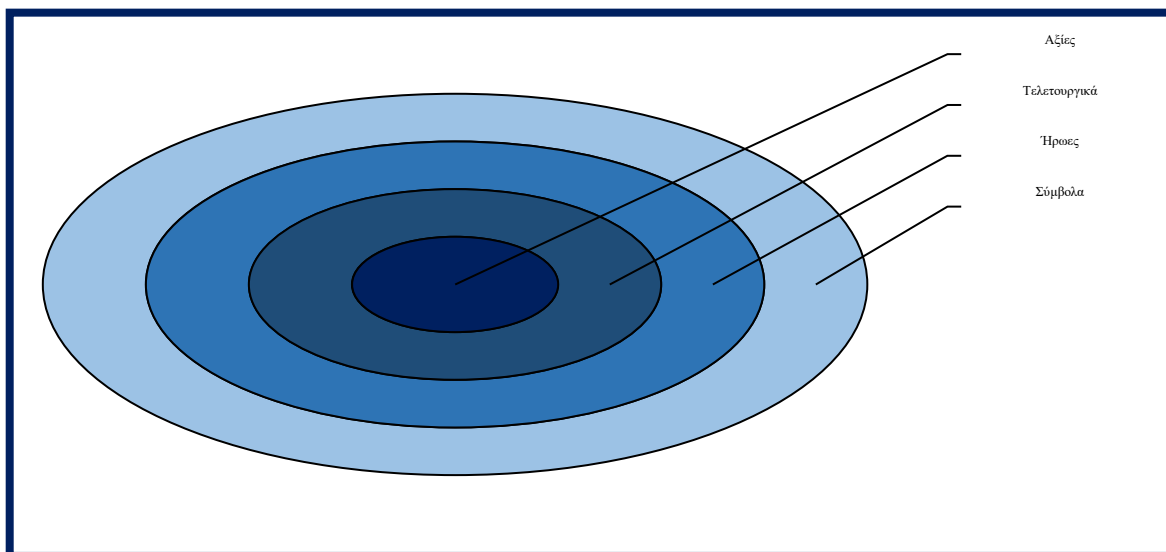


E) *Βραχυπρόθεσμος/Μακροπρόθεσμος προσανατολισμός (long-term/short-term orientation)*: Χαμηλός δείκτης της συγκεκριμένης διάστασης φανερώνει κουλτούρες που ενδιαφέρονται για το παρόν, εμπνέονται από τις παραδοσιακές αρχές και αξίες, ενώ εμφανίζονται διστακτικές στην αλλαγή. Οι οργανισμοί που λειτουργούν σε κουλτούρα βραχυπρόθεσμου προσανατολισμού κυνηγούν το εφήμερο κέρδος και φοβούνται να επιχειρήσουν οργανωσιακές αλλαγές. Από την άλλη μεριά, ο υψηλός δείκτης συνδέεται με κουλτούρες που στοχεύουν στο μέλλον. Σε ένα τέτοιο εθνικό πολιτισμικό περιβάλλον, οι οργανισμοί δίνουν έμφαση στη δημιουργία οράματος και στην καλλιέργεια σχέσεων εμπιστοσύνης τόσο μεταξύ των εργαζομένων όσο και με τους πελάτες.

Ειδικά για την Ελλάδα, ο Hofstede (Hofstede Insights) σημειώνει ότι η εθνική κουλτούρα χαρακτηρίζεται από υψηλό δείκτη απόστασης δύναμης (60%), συλλογικότητας (65%), αρρενωπότητας (57%) και βραχυπρόθεσμου προσανατολισμού (55%). Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι η χώρα έρχεται πρώτη παγκοσμίως στο δείκτη αποφυγή αβεβαιότητας στον οποίο και σημειώνει το υψηλότερο ποσοστό (100%). Κατά τον ερευνητή, ο υψηλός βαθμός στη συγκεκριμένη διάσταση απηχεί τη σπουδαιότητα της γραφειοκρατίας στην ελληνική κοινωνία και τη σημασία που αποδίδουν οι Έλληνες αναφορικά με τη δημιουργία ενός ασφαλούς εξωτερικού περιβάλλοντος. Το ασφαλές εξωτερικό περιβάλλον δίνει τη δυνατότητα στους Έλληνες να ρυθμίζουν την εργασιακή τους καθημερινότητα με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν σύντομες συζητήσεις με συναδέλφους στο διάλειμμα από τα καθήκοντά τους ή να διασκεδάζουν με φίλους στο σπίτι το βράδυ. Τα παραπάνω παραδείγματα είναι, σύμφωνα με τον Hofstede, δείγματα της ελληνικής κουλτούρας όπως εκφράζεται από την προσήλωση των Ελλήνων στη σταθερότητα και την ασφάλεια (Hofstede Insights).

Επιπρόσθετα, στο μικροεπίπεδο του οργανισμού, ο Hofstede (1994) θεωρεί ότι κουλτούρα αναπτύσσεται μέσα από την αλληλεπίδραση των ατόμων στις ομάδες και εκφράζεται από τέσσερα εννοιολογικά πεδία: τα σύμβολα, τους ήρωες, τα τελετουργικά και τις αξίες. Το κάθε πεδίο «επιδρά σε διαφορετικά επίπεδα βάθους μέσα στην οργάνωση, παρουσιάζοντας την κουλτούρα της ως ένα κρεμμύδι και τις εκδηλώσεις της κουλτούρας ως τις φλούδες του κρεμμυδιού» (Γούλα, 2014:38). Στο σχήμα 1 που

ακολουθεί καθίσταται δυνατή και η απεικονιστική αποτύπωση της προβληματικής του θεωρητικού.



**Εικόνα 1: Το διάγραμμα του κρεμμυδιού κατά Hofstede (πηγή: Hofstede, 1994:9)**

Όπως είναι εμφανές από το σχήμα, στον πυρήνα του οργανισμού τοποθετούνται οι αξίες. Πρόκειται για τις «βασικές πεποιθήσεις, τις ιδέες, τα πρότυπα συμπεριφοράς που προτιμώνται έναντι άλλων» (Γούλα, 2014:38) και καλλιεργούνται στον άνθρωπο μέσω της μάθησης στην παιδική ηλικία ασυνείδητα όπως επισημαίνουν και οι ψυχολόγοι της ανάπτυξης (Hofstede, 1994).

Στο αμέσως επόμενο επίπεδο βρίσκονται τα τελετουργικά. Τα τελετουργικά είναι «συλλογικές δραστηριότητες, τεχνικά περιττές, στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων, αλλά που, μέσα σε μια κουλτούρα, θεωρούνται ως κοινωνικά ουσιαστικές» (Γούλα, 2014:38). Σε έναν οργανισμό ως τελετουργικά μπορούν να θεωρηθούν ο τρόπος με τον οποίο οι εργαζόμενοι ανταλλάσσουν χαιρετισμούς, ο τρόπος υποδοχής των νέων συναδέλφων ή διάφορες συνήθειες όπως είναι η καθιέρωση του χαλαρού στυλ ένδυσης κάθε Παρασκευής.

Εξωτερικότερα των τελετουργικών συναντώνται οι ήρωες. Πρόκειται για άτομα που είτε είναι εν ζωή είτε έχουν πεθάνει, μπορεί, δε, να είναι τόσο πραγματικά όσο και φανταστικά και τα οποία λόγω των δυνατοτήτων, των χαρακτηριστικών τους αλλά και των συμπεριφορών που έχουν ή είχαν αναπτύξει λειτουργούν ως πρότυπα και εμπνέουν τα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού. Ο ιδρυτής της Apple, Steve Jobs, μπορεί να

θεωρηθεί ως ένα παράδειγμα ήρωα εντός του οργανισμού που δημιούργησε και διοίκησε ακόμη και μετά τον θάνατό του (Βακόλα, Νικολάου, 2011:331), ενώ σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα ένας ήρωας θα μπορούσε να είναι ο ευεργέτης του. Ο ευεργέτης είναι ο άνθρωπος ο οποίος με την παρουσία του, ουσιαστικά, βοήθησε στην ανέγερση και τη στελέχωση ενός νοσοκομείου προκειμένου τα μέλη μιας τοπικής κοινωνίας να έχουν πρόσβαση σε δομές υγείας.

Τέλος, η επιφάνεια του «κρεμμυδιού» αποτελείται από τα σύμβολα. Τα σύμβολα δημιουργούνται με μεγαλύτερη ευκολία σε σχέση με τα άλλα τρία στοιχεία της οργάνωσης, ενώ είναι δυνατόν να αντικατασταθούν με την ίδια ευχέρεια. Περικλείουν «λέξεις, χειρονομίες, εικόνες, αντικείμενα που αναγνωρίζονται από αυτούς που μοιράζονται την ίδια κουλτούρα.» (Γούλα, 2014:38).

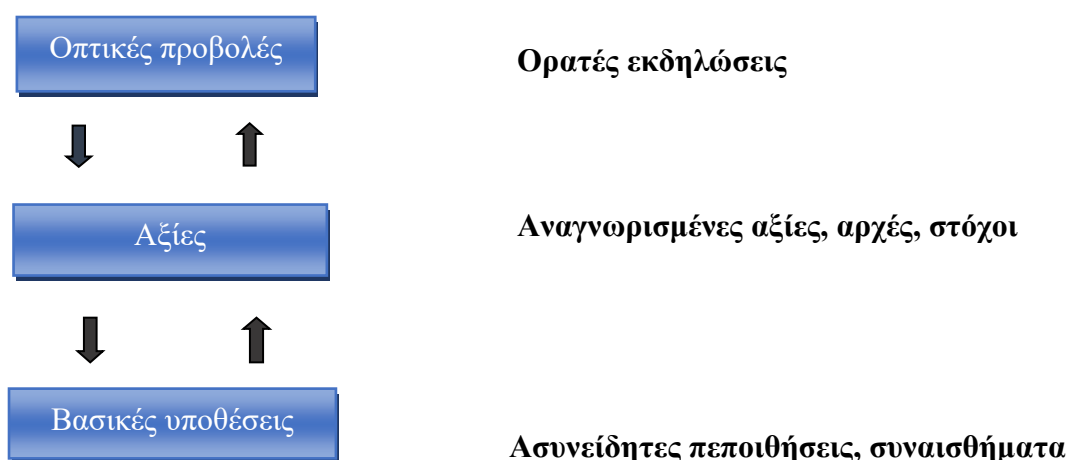
Διαφαίνεται από τα παραπάνω ότι η εθνική κουλτούρα επηρεάζει την οργανωσιακή, αντανακλώντας τις αξίες που ενστερνίζονται οι άνθρωποι αναλόγως του εθνικού πλαισίου στο οποίο έχουν μεγαλώσει. Η οργανωσιακή κουλτούρα, λοιπόν, είναι δυνατόν να θεωρηθεί ως αντανάκλαση της εθνικής κουλτούρας σε μικροεπίπεδο αναπαράγοντας στάσεις και συμπεριφορές που θεωρούνται θεμιτές σε κάθε κοινωνία.

#### 4.2.3.2 Το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας του Schein

Ένα ακόμη μοντέλο που θα αναλυθεί στην παρούσα μελέτη είναι αυτό του Edgar Schein (1992, 1996, 2004). Ο εν λόγω θεωρητικός έχει αναπτύξει τη δική του οπτική αναφορικά με την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, ενώ έχει ασχοληθεί και με το θέμα της ηγεσίας.

Η οργανωσιακή κουλτούρα, κατά τον Schein, ορθώνεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Κάθε επίπεδο αποτελείται από κάποια στοιχεία, άλλα εκ των οποίων είναι περισσότερο ορατά, ενώ μερικά από αυτά δύσκολα μπορούν να διακριθούν και να γίνουν αντιληπτά. Αντιστοιχεί, δηλαδή, και ένας συγκεκριμένος βαθμός ορατότητας της κουλτούρας ανά επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο και πιο αόρατο επίπεδο περικλείονται οι βασικές υποθέσεις και πιστεύω (basic underlying assumptions). Στο δεύτερο επίπεδο περιέχονται οι αξίες (espoused values), ενώ στο τρίτο επίπεδο που μπορεί να οριστεί και ως επιφάνεια, βρίσκονται οι ορατές προβολές (artifacts) της κουλτούρας. (Schein,

1992). Στο σχήμα που ακολουθεί αναπαρίστανται και διαγραμματικά τα επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας του Schein.



**Εικόνα 2: Μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας κατά Schein (πηγή: Schein, 1992:17; Hatch, 1997:211)**

Αναλυτικά, στο πρώτο επίπεδο που θεωρείται και ως πυρήνας κάθε κουλτούρας, εντοπίζονται οι βασικές υποθέσεις οι οποίες δύνανται να οριστούν ως οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την πραγματικότητα. Πρόκειται για πληροφορίες οι οποίες δεν αναγνωρίζονται εύκολα και αυτό διότι έχουν διαμορφωθεί και καταγραφεί στο ασυνείδητο του ανθρώπου. Οι βασικές παραδοχές επιδρούν στη συμπεριφορά και την αντίληψη αλλά και τα συναισθήματα της ομάδας σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον και την οργανωσιακή δραστηριότητα (Mullins, 1999). Για παράδειγμα, σε έναν οργανισμό όπως είναι το νοσοκομείο, τέτοια στοιχεία είναι η υπόθεση ότι ο άνθρωπος είναι ένα ον που λειτουργεί συνεργατικά παραμερίζοντας τον εγωισμό του.

Το δεύτερο επίπεδο αντανακλά τις αξίες, τις αρχές και τους κοινούς στόχους σε οργανωσιακό επίπεδο. Οι αξίες προσδιορίζουν τα θέματα με το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα μέλη ενός οργανισμού, όπως είναι οι αμοιβές, οι αρμοδιότητες, η ισότητα στην παροχή ευκαιριών εξέλιξης και η τήρηση των κανόνων. Θεωρούνται ο «ηθικός κώδικας συμπεριφοράς μιας οργάνωσης» (Καπετανέας, 2015:69), ενώ εντοπίζονται σε ένα πιο συνειδητό στάδιο σε σχέση με τις βασικές παραδοχές. Καθίστανται εύκολα αναγνωρίσιμες από τα μέλη ενός οργανισμού, ειδικά σε περιόδους αλλαγής της κουλτούρας (Hatch, 1997). Για ένα νοσοκομειακό ίδρυμα ως αξίες ενδέχεται να είναι η ομαδικότητα και η διεπιστημονική αντίληψη, η επένδυση στις διαπροσωπικές σχέσεις

τόσο μεταξύ των εργαζομένων όσο και ανάμεσα στο προσωπικό και τους ασθενείς καθώς και η εξασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στο τρίτο και πιο επιφανειακό επίπεδο περιλαμβάνονται τα ορατά στοιχεία, οι ορατές προβολές. Πρόκειται για απτές εκδηλώσεις των στοιχείων τόσο του πρώτου όσο και του δευτέρου επιπέδου όπως είναι οι οργανωτικές δομές και διαδικασίες αλλά και ο τρόπος επικοινωνίας των μελών του οργανισμού (Μακρίδης, 2008). Το στυλ λήψης των αποφάσεων, η χρησιμοποιούμενη ορολογία, ακόμη και ο συνήθης τρόπος ένδυσης είναι παραδείγματα οπτικών προβολών (Παπαγεωργίου, 2011:88). Τα ορατά στοιχεία εκφράζονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον μέσα από την καθιέρωση κλινικών προτύπων και οδηγιών αλλά και από την ιατρική ορολογία που χρησιμοποιεί το προσωπικό κυρίως στην ιατρική και τη νοσηλευτική υπηρεσία.

Μέσω του ανωτέρω υποδείγματος, οι ηγέτες ενός οργανισμού είναι σε θέση να αναλύσουν την παρούσα κουλτούρα και να χαρτογραφήσουν τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των τριών επιπέδων, διαπιστώνοντας, έτσι, εάν η κουλτούρα επιδέχεται αλλαγής.

Εξάλλου, ο Schein (2004) θεωρεί ότι οι οργανισμοί έρχονται αντιμέτωποι με δυο βασικά ζητήματα που είναι: α) η επιβίωση και προσαρμογή στο ρευστό εξωτερικό περιβάλλον που επιτυγχάνεται μέσα από τη διαμόρφωση και εφαρμογή της κατάλληλης στρατηγικής, καθώς και β) η εσωτερική ολοκλήρωση που θα δίνει τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργεί καθημερινά με επιτυχία αλλά και να μαθαίνει μέσα από τη δημιουργία κοινής γλώσσας και κοινών κανόνων και πολιτικών. Και στις δυο συνιστώσες ο ρόλος της κουλτούρας είναι καίριος.

Και οι δυο διαστάσεις τις οποίες καλείται να διαχειριστεί ένας οργανισμός (εσωτερική ολοκλήρωση-εξωτερική προσαρμογή) αποτελούν μέρη της συνολικής του κουλτούρας, η οποία πηγάζει κυρίως από τις πεποιθήσεις των ιδρυτών του οργανισμού, την εμπειρία μάθησης των μελών καθώς και τις νέες θεωρήσεις που φέρνουν μαζί τους τα καινούργια μέλη και ηγέτες (Παπαγεωργίου, 2011:90).

Κλείνοντας, ο ανωτέρω τρόπος καλλιέργειας της κουλτούρας, τόσο με εξωτερικό όσο και με εσωτερικό προσανατολισμό, πιστεύεται ότι βοηθά στη δόμηση μιας δυνατής

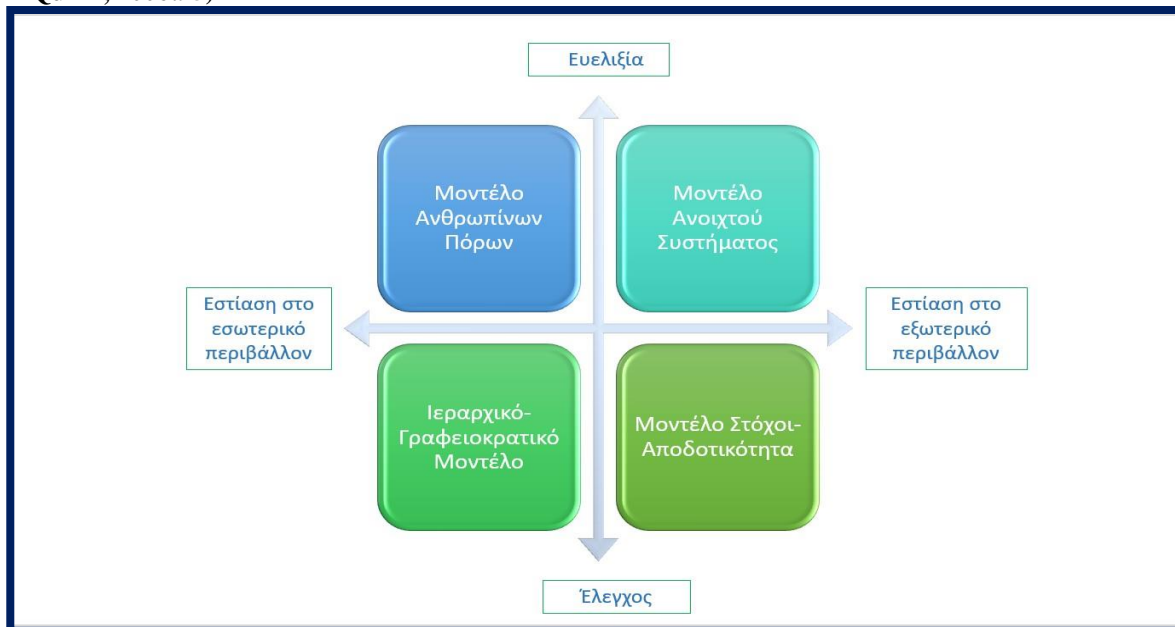
κουλτούρας η οποία θα είναι, παράλληλα, ελαστική στην αλλαγή. Μπορεί, δε, να λειτουργήσει θετικά ως προς την ενσωμάτωση των υποκουλτούρων που αναδεικνύονται συχνά εντός ενός οργανισμού εξομαλύνοντας, έτσι, τις αντιθέσεις μεταξύ των μελών της οργάνωσης και προωθώντας τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη μεταξύ τους.

#### 4.2.3.3 Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron & Quinn

Ο πυρήνας της μελέτης των Cameron & Quinn αφορά στη διαλεκτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της κουλτούρας και της αποτελεσματικότητας σε έναν οργανισμό. Θεωρούν ότι η κουλτούρα είναι το βασικό στοιχείο επιτυχίας ή αποτυχίας των επιχειρήσεων (Καπετανέας, 2015:72). Μελετώντας, οι δυο ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, οι οργανισμοί είναι πολύπλοκοι και χρειάζονται ηγέτες που να μπορούν να διαχειριστούν αυτή την πολυπλοκότητα συμπεριφερόμενοι διαφορετικά σε διαφορετικές καταστάσεις. Αυτό σημαίνει ότι εντός του επιχειρησιακού περιβάλλοντος προκύπτουν ανταγωνιστικές συμπεριφορές (Lawrence, et al, όπως παρατίθενται στο Γούλα, 2014:88). Αυτός ο ανταγωνισμός των κατευθύνσεων μέσα σε έναν οργανισμό αποτυπώνεται στο Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών (Competing Values Framework-CVF) το οποίο είναι γνωστό και ως το παράδοξο μοντέλο επειδή, ακριβώς, λαμβάνει υπόψη την ανωτέρω ιδιορρυθμία των οργανώσεων (Γούλα, 2014).

Το συγκεκριμένο μοντέλο δομείται στη βάση δυο διαστάσεων: την εστίαση στο εσωτερικό/εξωτερικό περιβάλλον και το δίπολο μεταξύ ευελιξίας/ελέγχου. Όπως παρουσιάζεται και στο σχήμα που ακολουθεί, η πρώτη διάσταση εμφανίζεται στον κατακόρυφο άξονα, ενώ η δεύτερη στον οριζόντιο σχηματίζοντας μια μήτρα τεσσάρων τεταρτημόριων, το καθένα από τα οποία αντιστοιχεί και σε ένα διαφορετικό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας.

Εικόνα 3: Τα μοντέλα και οι διαστάσεις κουλτούρας των Cameron & Quinn (πηγή: Cameron, Quinn, 2006:95)



Η διάσταση της εστίασης αφορά τον προσανατολισμό του οργανισμού προς το εσωτερικό ή το εξωτερικό περιβάλλον. Οργανισμοί που στοχεύουν στο εσωτερικό τους είναι οργανισμοί με «ιεραρχική δομή που δίνουν έμφαση στις διαδικασίες και τους ρόλους» (Βακόλα, Νικολάου, 2011). Αντίθετα, η εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον δίνει έμφαση στην καινοτομία, την πελατοκεντρική αντίληψη και την παρακολούθηση των εξελίξεων στο μακροπεριβάλλον (Μπουραντάς, 2002).

Από το συνδυασμό των δυο διαστάσεων προκύπτουν τέσσερα μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας:

- A. Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων
- B. Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος
- Γ. Μοντέλο Στόχων-Αποδοτικότητα
- Δ. Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο

Αναλυτικότερα, τα βασικά χαρακτηριστικά του κάθε μοντέλου συνοψίζονται παρακάτω

ως εξής:

*A. Μοντέλο Ανθρωπίνων Πόρων (Clan Culture):* Αυτός ο τύπος οργανωσιακής κουλτούρας προσανατολίζεται στο εσωτερικό του οργανισμού και χαρακτηρίζεται από ευελιξία. Δίνει έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα, επιδιώκει τη συμμετοχική λήψη των αποφάσεων, την ομαδικότητα και την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων. Είναι ένας «οικογενειακού τύπου οργανισμός» (Γούλα, 2014:91; Βακόλα, Νικολάου, 2011:399).

Όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη αντιμετωπίζονται ανθρώπινα. Ο οργανισμός επιδεικνύει αφοσίωση τόσο στους πελάτες όσο και στους εργαζομένους του. Η ηγεσία υποστηρίζει τον εργαζόμενο, τον ενδυναμώνει και προσπαθεί να καλλιεργήσει ένα υψηλό ηθικό. Οι μάνατζερ σε αυτόν τον τύπο κουλτούρας χαρακτηρίζονται ως «μέντορες», ενώ υιοθετείται ένα συμμετοχικό στυλ διοίκησης όπως είναι η διοίκηση μέσω ομάδων, η διοίκηση διαπροσωπικών σχέσεων και η διοίκηση της ανάπτυξης. Ο ρόλος της συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού είναι σημαντικός. Η ιαπωνική συμμετοχική κουλτούρα αποτελεί πηγή έμπνευσης του συγκεκριμένου μοντέλου (Γούλα, 2014: 91).

*B. Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος (Entrepreneurial-Adhocracy Culture):* Εδώ ο οργανισμός προσανατολίζεται στο εξωτερικό περιβάλλον και λειτουργεί επίσης με ευελιξία. Το μοντέλο αυτό που ονομάζεται και «αναπτυξιακό» (Γούλα, 2014:92) εστιάζει στην καινοτομία και στην ανάληψη πρωτοβουλιών και ρίσκων από την πλευρά των εργαζομένων (Βακόλα, Νικολάου, 2011). Οι διοικητικές δομές δεν είναι σταθερές και απαιτείται αυξημένη προσαρμοστικότητα, ενώ η τάση για δημιουργικότητα και πειραματισμούς είναι ενισχυμένη (Denison, Mishra, 1995). Ο μάνατζερ του Ανοιχτού Συστήματος είναι «οραματιστής» (Γούλα, 2014:92) στρέφοντας την προσοχή του στο μέλλον του οργανισμού. Επιχειρήσεις πληροφορικής και διαστημικής τεχνολογίας αναπτύσσουν συνήθως αυτό το μοντέλο κουλτούρας (Cameron, Quinn, 2006).

*Γ. Μοντέλο Στόχοι/Αποδοτικότητα (Market Culture):* Στον εν λόγω τύπο κουλτούρας οι οργανισμοί εστιάζουν στο εξωτερικό περιβάλλον, ενώ προτεραιότητα δίνεται στον έλεγχο και όχι στην ευελιξία όπως στα προηγούμενα μοντέλα. Στο συγκεκριμένο τεταρτημόριο, ο οργανισμός χαρακτηρίζεται από «στοχοθεσία, έλεγχο δαπανών, μέτρηση των αποτελεσμάτων και σύνδεση των αποτελεσμάτων με κίνητρα» (Βακόλα,



Νικολάου, 2011:400). Η παραγωγικότητα και η κερδοφορία είναι βασικοί στόχοι του οργανισμού που διαπνέεται από την κουλτούρα Στόχων/Αποδοτικότητας. Η ηγεσία είναι απαιτητική και φροντίζει να καλλιεργεί τον ανταγωνισμό μεταξύ των εργαζομένων. Ο μάνατζερ αποκαλείται και «παραγωγικός παρουσιαστής νέων στόχων» (Kinghorn et al, 2007:526-534), ενώ το στυλ διοίκησης είναι «η διοίκηση της ανταγωνιστικότητας, η διοίκηση εξυπηρέτησης πελατών και η ενεργοποίηση των εργαζομένων» επικεντρώνοντας πολύ στους πελάτες (Γούλα, 2014:94).

*Δ. Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό Μοντέλο (Bureaucratic-Hierarchy Culture):* Η κουλτούρα εδώ είναι εσωτερικά προσανατολισμένη και προκρίνει τον έλεγχο. Ο οργανισμός στο Ιεραρχικό-Γραφειοκρατικό μοντέλο χαρακτηρίζεται από ιεραρχία, ξεκάθαρο οργανόγραμμα με σαφείς και διακριτούς ρόλους και καθήκοντα, ενώ λειτουργεί βάσει των αξιών της προσήλωσης στους τυπικούς κανόνες, της τήρησης του ελέγχου και της σταθερότητας (Quinn, Kimberly, 1984). Ο οργανωσιακός αυτός τύπος είναι απόρροια της διανοίας του Max Weber, ο οποίος αφού ερεύνησε κυβερνητικές οργανώσεις στην Ευρώπη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο θεωρείται ιδανικό για αυτόν τον τύπο οργανισμού. Ακόμη και σήμερα, οι περισσότεροι δημόσιοι οργανισμοί δραστηριοποιούνται ενστερνιζόμενοι τις αρχές της γραφειοκρατίας. Το στυλ διοίκησης που εφαρμόζεται είναι «η διοίκηση συντονισμού, η διοίκηση κοινωνικοποίησης και η διοίκηση ελέγχου» (Γούλα, 2014:95). Ο μάνατζερ καλείται και «ελεγκτής-συντονιστής» (Kinghorn et al, 2007:526-534) που οργανώνει και ελέγχει τους υφισταμένους του.

Συμπερασματικά, το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών αξιών συνιστά ένα πρότυπο περιγραφής και κατηγοριοποίησης διαφορετικών μοντέλων οργανωσιακής κουλτούρας, ανάλογα με τις αξίες που ενστερνίζεται ο κάθε οργανισμός, ενώ αναδεικνύει τη σημασία της ηγεσίας ως ένα κεφαλαιώδες συστατικό κάθε επιχειρησιακού περιβάλλοντος. Τελικά, το μοντέλο κουλτούρας και το στυλ ηγεσίας που υιοθετεί ένας οργανισμός είναι δυο αλληλένδετα στοιχεία τα οποία πρέπει να εξετάζονται παράλληλα.

#### 4.2.4 Το μοντέλο που υιοθετείται στην παρούσα μελέτη

Τα τρία μοντέλα της οργανωσιακής κουλτούρας που αναλύθηκαν παραπάνω είναι ενδεικτικά της σημασίας της γνώσης της για έναν οργανισμό προτού προχωρήσει σε προγράμματα αλλαγής.

Το υπόδειγμα του Hofstede φέρνει στο προσκήνιο την επίδραση της εθνικής κουλτούρας στην επιχειρησιακή. Τα στελέχη και οι managers είναι αναγκαίο να καταγράφουν και να λαμβάνουν υπόψη το εθνικό περιβάλλον εντός του οποίου δραστηριοποιείται η οργάνωσή τους προκειμένου να είναι σε θέση να προσαρμόζουν την κουλτούρα στο τοπικό επίπεδο αλλά και να την αλλάζουν σύμφωνα με τις εθνικές αξίες. Για παράδειγμα, σε μια εθνική κουλτούρα που χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αποφυγής αβεβαιότητας, όπως η Ελλάδα, το στοιχείο αυτό θα πρέπει να εξεταστεί σοβαρά προτού επιχειρηθεί αλλαγή κουλτούρας προς ένα οργανωσιακό μοντέλο που θα προωθεί τη συχνή εναλλαγή ρόλων και θέσεων εντός του οργανισμού.

Στο ίδιο μήκος κύματος, ο Schein, κάνει λόγο για τις βασικές υποθέσεις, τις αξίες και τις ορατές προβολές της κουλτούρας ενός οργανισμού. Το πλαίσιο αυτό δύναται να δημιουργήσει προσκόμματα στις επερχόμενες αλλαγές, καθώς, όσο πιο γερές είναι οι ρίζες της κουλτούρας τόσο πιο δύσκολο είναι να «ενσωματωθούν οι αλλαγές στον οργανισμό» (Oram, Wellins, 1995).

Ως προς το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron και Quinn εξετάζεται, η οργανωσιακή κουλτούρα σε μια πιο ρεαλιστική βάση αναδεικνύοντας τις ανταγωνιστικές κατευθύνσεις στις οποίες πορεύεται ένας οργανισμός. Για τους δυο ερευνητές, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα πολύπλοκο και πολυσυλλεκτικό φαινόμενο και μπορεί να αλλάξει με μικρά βήματα κάθε φορά. Έτσι, ο οργανισμός ενσωματώνει σταδιακά τις απαιτούμενες αλλαγές, ενώ μειώνεται η αντίσταση στην αλλαγή που παρατηρείται συχνά όταν οι οργανώσεις αποφασίζουν να οδεύσουν προς ένα νέο μοντέλο κουλτούρας.

Στην παρούσα εργασία, υιοθετείται, δε, η τυπολογία των Cameron και Quinn, καθώς το μοντέλο κουλτούρας που έχουν διατυπώσει έχει εκτιμηθεί ιδιαίτερα από την

ακαδημαϊκή κοινότητα για τη χρησιμότητά του, καθότι συνθέτει προγενέστερες προσεγγίσεις, ενώ αναδεικνύει την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού ως απότοκο των αξιών του (Μπουραντάς, 2002:89). Κατά άλλους ερευνητές συνιστά μια αξιόπιστη μεθοδολογική τεχνική διερεύνησης της κουλτούρας (Kwan, Walker, 2004), του οποίου η σπουδαιότητα έγκειται στο γεγονός ότι ασχολείται με την πολυπλοκότητα και τις αντιθετικές κατευθύνσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό (O'Neill, Quinn, 1993). Τέλος, θεωρείται ότι συνδυάζει ταυτόχρονα όλους τους παράγοντες που επιδρούν στην αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού εξάγοντας παράλληλα τόσο το ρόλο όσο και τη σημασία της ηγεσίας εντός του πολύπλοκου εταιρικού περιβάλλοντος, παρέχοντας κατά αυτόν τον τρόπο ένα πιο ολιστικό συμπέρασμα αναφορικά με την κουλτούρα ενός οργανισμού (Lawrence, Lenk, Quinn, 2009).

Επιπρόσθετα, το εν λόγω μοντέλο διαθέτει ένα συγκεκριμένο τρόπο αξιολόγησης της κουλτούρας, το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI), το οποίο συνιστά το ποσοτικό εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας, όπως, έχει αναπτυχθεί από τους Cameron και Quinn (2006). Το παρόν ερωτηματολόγιο θεωρείται ότι «αποτυπώνει αξιόπιστα τις αξίες και τα πιστεύω, δυο μεταβλητές που διαμορφώνουν τις απόψεις των μελών ενός οργανισμού» (Γούλα, 2014:103).

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο σταθερού αθροίσματος το οποίο μετρά την απόκλιση μεταξύ της υφιστάμενης και της μελλοντικής κουλτούρας εντός ενός οργανισμού. Ως μελλοντική κουλτούρα νοείται η κουλτούρα που θα επιθυμούσαν οι ερωτώμενοι να καλλιεργηθεί στην οργάνωση μέσα στα επόμενα πέντε έτη. Το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο είναι ευρέως διαδεδομένο στον επιχειρησιακό κλάδο, αφού έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 10.000 οργανισμούς παγκοσμίως με σκοπό την διερεύνηση της οργανωσιακής τους κουλτούρας (Cameron, 2004). Επίσης έχει γίνει χρήση του από μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας (Γούλα, κ.α., 2014; Κελαϊδίτου, 2012; Δρακάκη, 2016; Μεσσήνης, 2017; Gavrilescu, Barbul, 2010; Acar, et al., 2014;), καθιστώντας το ως ένα από τα πιο πολυχρησιμοποιημένα μεθοδολογικά εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας στα νοσοκομειακά ιδρύματα, αφού πιστεύεται ότι μπορεί να διαγνώσει την υφιστάμενη αλλά και την επιθυμητή οργανωσιακή κατάσταση στους οργανισμούς περίθαλψης με πιο αντικειμενικό και έγκυρο τρόπο. Χαρακτηρίζεται, δε, ως το πιο ταιριαστό εργαλείο

καταγραφής και ανάλυσης της κουλτούρας των οργανισμών υγείας και φροντίδας (Γούλα, 2014). Προς επίρρωση του επιχειρήματος ότι είναι ένα ερωτηματολόγιο απλό το οποίο προσφέρει, ταυτόχρονα, ολιστικά αποτελέσματα, θα επιχειρηθεί η ανάλυσή του στην αμέσως επόμενη ενότητα.

#### 4.2.5 Το Ερωτηματολόγιο OCAI ως εργαλείο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας

Το ερωτηματολόγιο OCAI αποτελείται από έξι διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας τις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να εκτιμήσουν τόσο για το παρόν όσο και για το μέλλον. Οι διαστάσεις αυτές είναι: τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του οργανισμού, η ηγεσία, η διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού, η οργανωτική ενότητα, η στρατηγική εστίαση και τα κριτήρια επιτυχίας (Cameron, Quinn, 2006; Cameron, 2004).

Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά (dominant characteristics) αφορούν στις συνθήκες που επικρατούν μέσα στον οργανισμό, κάτω από τις οποίες οι εργαζόμενοι απασχολούνται προσπαθώντας να υλοποιήσουν τους βασικούς επιχειρησιακούς στόχους.

Η διάσταση της ηγεσίας (organizational leadership) ασχολείται με την καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της, όπως εμφανίζονται μέσα στον οργανισμό. Εξετάζεται η δράση και η κατεύθυνση που δίνει η ηγεσία στους εργαζόμενους, οι προτεραιότητες στις οποίες δίνει έμφαση, καθώς και η γενικότερη φιλοσοφία που την διαπνέει.

Ως προς την παράμετρο της διοίκησης ανθρωπίνου δυναμικού (management of employees), εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο ο οργανισμός διαχειρίζεται τους ανθρώπινους πόρους τους. Ουσιαστικά ερευνάται το σύστημα που εφαρμόζει η οργάνωση προκειμένου να προσελκύσει, να επιλέξει, να εκπαιδεύσει, να αξιολογήσει και τελικά να αναπτύξει το ανθρώπινο δυναμικό της.

Ο τέταρτος σημαντικός παράγοντας που μελετάται, είναι η οργανωτική ενότητα (organizational glue). Πρόκειται για τα κυρίαρχα συστατικά που βοηθούν τον

οργανισμό να παραμείνει ενωμένος. Μπορεί να ερμηνευθεί ως η «κόλλα» που δημιουργεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στα άτομα και τον οργανισμό.

Η αμέσως επόμενη διάσταση που εμφανίζεται στο ερωτηματολόγιο είναι η στρατηγική εστίαση (strategic emphases). Εδώ, αποτυπώνεται η στρατηγική κατεύθυνση και ο προσανατολισμός που αναπτύσσει κάθε οργανισμός σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

Τέλος, διερευνάται η παράμετρος των κριτηρίων επιτυχίας (criteria of success). Τα κριτήρια επιτυχίας αντανακλούν τα στοιχεία βάσει των οποίων ορίζεται η επιτυχία ενός οργανισμού. Συνιστούν το θεμέλιο λίθο πάνω στον οποίο θα παρθούν αποφάσεις για την επιτυχή λειτουργία της οργάνωσης, όπως η τελευταία προσδιορίζεται από τα μέλη της.

Η λογική συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι σχετικά απλή. Η κάθε διάσταση απαρτίζεται από τέσσερις δηλώσεις, καθεμιά από τις οποίες αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο τύπο οργανωσιακής κουλτούρας, όπως απαντώνται στο Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών που εκτέθηκε παραπάνω. Ο ερωτώμενος διαθέτει εκατό μονάδες ανά διάσταση τις οποίες πρέπει να μοιράσει σε κάθε απάντηση αναλόγως του πόσο η τελευταία αντιπροσωπεύει τον οργανισμό στον οποίο απασχολείται στο παρόν. Σε ξεχωριστή στήλη μοιράζει πάλι τους βαθμούς ανά παράμετρο ώστε να δηλώσει την κατάσταση που θα ήθελε να επικρατεί στον οργανισμό στα επόμενα πέντε έτη. Από την επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων προκύπτει το μοντέλο κουλτούρας που κυριαρχεί στην οργάνωση τώρα αλλά και το μοντέλο το οποίο επιθυμούν οι ερωτώμενοι για το μέλλον.

Συμπερασματικά, το ερωτηματολόγιο OCAI είναι ιδιαίτερα χρήσιμο ως εργαλείο, αφού καθιστά τη χαρτογράφηση της διάστασης κουλτούρας μεταξύ παρόντος-μέλλοντος. Η χρήση του είναι σημαντική, καθώς βοηθά τα στελέχη να έρθουν σε επαφή με τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με την κουλτούρα και να κινητοποιηθούν προς τη δόμηση ενός σχεδίου αλλαγής σύμφωνα με την ανατροφοδότηση που έλαβαν από τα αποτελέσματα της έρευνας.

### 4.3 Οργανωσιακή κουλτούρα στα ελληνικά νοσοκομεία

Η παρούσα ενότητα συνιστά μια βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που διεξήχθησαν στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, και συγκεκριμένα σε ελληνικά νοσοκομεία χρησιμοποιώντας διαφορετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Μέσα από τη συνοπτική παρουσίαση των ευρημάτων τους θα επιχειρηθεί η σκιαγράφηση της οργανωσιακής κουλτούρας στα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας.

Η πρώτη έρευνα που θα εκτεθεί στην εν λόγω ενότητα είναι εκείνη που πραγματοποιήθηκε το 2014 από τους Γούλα, Κέφη, Σταμούλη, Πιερράκο και Σαρρή. Η μελέτη διεξήχθη σε είκοσι γενικά δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο OCAI. Για την ολοκλήρωση της έρευνας χρειάστηκαν εννέα μήνες, ενώ το δείγμα αποτελούνταν από 541 άτομα, από τα οποία τα 231 (42,7%) ήταν άνδρες και τα 310 (57,3%) ήταν γυναίκες. Συνολικά διανεμήθηκαν 700 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 541, διαμορφώνοντας ένα αξιόπιστο ποσοστό ανταπόκρισης της τάξης του 78% (Γούλα, κ.α., 2014).

Ως προς τα λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά, σημειώνεται ότι το 57,3% του δείγματος ήταν στελέχη της ανώτερης διοικητικά ιεραρχίας (προϊστάμενοι και τομεάρχες) και το υπόλοιπο 42,7% εκπροσωπούσαν από στελέχη της ανώτατης διοικητικής ιεραρχίας (υποδιευθυντές, αναπληρωτές διευθυντές και διευθυντές). Ως προς την ηλικιακή ομάδα, πιο συχνή εκπροσώπηση σημείωσαν οι συμμετέχοντες που βρίσκονταν στην ηλικία των 45-54 ετών (45,1%) και μεταξύ 35-44 ετών (30,7%). Όσον αφορά το επίπεδο της εκπαίδευσης, το 51% του δείγματος είχε λάβει πτυχίο από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 19,6% είχε κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο και στο 28,7% είχε απονεμηθεί διδακτορικός τίτλος σπουδών. Η πλειονότητα των ερωτώμενων (58%) είχε εργασιακή εμπειρία σε δημόσιο νοσοκομείο  $\geq 25$  ετών, ενώ το 42% δήλωσε πως διαθέτει αντίστοιχη εμπειρία  $< 25$  ετών (Γούλα, κ.α., 2014).

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το μοντέλο κουλτούρας που κυριαρχεί στον οργανισμό απασχόλησής του είναι το γραφειοκρατικό σε ποσοστό 47,05%. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων με ποσοστό 23,7%, ενώ τα μοντέλα τόσο του ανοιχτού συστήματος όσο και των

στόχων/αποδοτικότητας έφτασαν το 11,79% και 17,30% αντίστοιχα. Στην μελλοντική, επιθυμητή κατάσταση καταγράφηκε μια διάθεση αλλαγής με το 31,11% του δείγματος να δείχνει μια προτίμηση στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων. Ακολουθούν διαδοχικά το μοντέλο του ανοιχτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας (24,42%) και τέλος, το γραφειοκρατικό μοντέλο με ποσοστό 19,4% μόλις (Γούλα, κ.α., 2014).

Συμπληρωματικά, μια αντίστοιχη μελέτη που έλαβε χώρα σε ελληνικό νοσοκομείο είναι της Δρακάκη (2016). Η εν λόγω ερευνήτρια είχε ως σκοπό να καταγράψει την οργανωσιακή κουλτούρα στο δημόσιο νοσοκομείο, όπως παρουσιάζεται από τις αντιλήψεις των εργαζομένων σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, αλλά και να διερευνήσει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κουλτούρας και της επαγγελματικής εξουθένωσης των ερωτώμενων επαγγελματιών υγείας. Ως μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε και εδώ το ερωτηματολόγιο OCAI, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση εξετάστηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου της Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI). Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» και στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» με το δείγμα να αποτελείται από 76 συμμετέχοντες. Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν ως κυρίαρχο μοντέλο και σε αυτή την περίπτωση το γραφειοκρατικό (35,1%). Έπονται, κατά σειρά, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων (29,3%), το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας (19%) και το μοντέλο του ανοιχτού συστήματος (16,6%). Τέλος, εντοπίστηκε ότι «η κλίμακα της ανταγωνιστικότητας σχετίζεται με την συναισθηματική εξουθένωση και οριακά με την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων» (Δρακάκη, 2016).

Η οργανωσιακή κουλτούρα στο ελληνικό νοσοκομείο διερευνήθηκε και από τους Καστανιώτη, Σιουρούνη, Μαυριδόγλου, Πολύζο (2011), οι οποίοι διεξήγαγαν μελέτη σε δέκα νοσοκομεία της 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ). Στην έρευνα πήραν μέρος 500 εργαζόμενοι. Ως εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας προτιμήθηκε το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile (OCP) των O'Reilly και Chatman (1986), ενώ διανεμήθηκαν 500 ερωτηματολόγια. Από αυτά επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 332 (66% ποσοστό ανταπόκρισης). Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το 44% κατείχαν διευθυντική θέση στην ιατρική υπηρεσία, το 34% στη νοσηλευτική υπηρεσία και το 22% στη διοικητική υπηρεσία. Το

62% των ερωτώμενων ήταν γυναίκες και το 60% όλου του δείγματος ξεπερνούσε τα 45 έτη. Το 65% δήλωσε ότι διαθέτει πτυχίο πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής κατεύθυνσης, ενώ ένα 19% διαθέτει και μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Το 76% του δείγματος είχε συνολική προϋπηρεσία που υπερέβαινε τα 20 έτη και μόνο ένα 10% είχε προηγούμενη εργασιακή εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα (Καστανιώτη, κ.α., 2011).

Ως προς τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε χάσμα μεταξύ πραγματικής και επιθυμητής κουλτούρας. Στην υφιστάμενη κατάσταση τα κύρια χαρακτηριστικά της κουλτούρας αποδείχθηκε πως είναι η προσαρμοστικότητα, η προβλεψιμότητα, η ανεκτικότητα και το να είναι ο εργαζόμενος βολικός και πρόθυμος να απασχοληθεί για πολλές ώρες. Αντίθετα, στην επιθυμητή κατάσταση οι εργαζόμενοι δήλωσαν πως θα ήθελαν το νοσοκομείο να διακατέχεται από κάποιες αξίες όπως είναι η δικαιοσύνη, η προσδοκία για υψηλή απόδοση, η έμφαση στην ποιότητα, η καινοτομία και η πρωτοβουλία. Το παραπάνω εύρημα πιθανολογείται από τους ερευνητές ότι αντανάκλα την αδυναμία των στελεχών να «δημιουργήσουν ένα κοινό όραμα, που αποτελεί τη συνεκτική δύναμη της ομάδας αλλά και την κινητήρια δύναμή της για δράση και αποτέλεσμα» (Καστανιώτη, κ.α., 2011).

Τέλος, η έρευνα που διενεργήθηκε από τους Rovithis, Linardakis, Merkouris και Philalithis (2016) στο νησί της Κρήτης είναι εξίσου διαφωτιστική αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα στα νοσοκομειακά ιδρύματα. Η μελέτη στόχευε στη διερεύνηση της κουλτούρας όπως γίνεται αντιληπτή από τους εργαζομένους στον ιατρικό κλάδο αποκλειστικά. Ως δείγμα επιλέχθηκαν 75 γιατροί από τέσσερα γενικά νοσοκομεία, ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο και επτά κέντρα υγείας από τα συνολικά δεκατέσσερα που υπάρχουν στο νησί. Ως μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Inventory (OCI) των Cooke, Rousseau και Lafferty (1988). Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέγραψαν ως κυρίαρχο οργανωσιακό μοντέλο του ιατρικού προσωπικού την επιθετική/αμυντική κουλτούρα το οποίο ευνοεί αντιδραστικά συμπεριφορικά πρότυπα και την επιβολή μέσω εξουσίας. Αντίθετα, συμπεριφορές που καλλιεργούν εποικοδομητική κουλτούρα στο νοσοκομειακό οργανισμό όπως είναι η ανθρωπιστική συμπεριφορά και η συμπεριφορά διαπροσωπικών σχέσεων κατέγραψαν χαμηλή βαθμολογία. Οι ερευνητές θεωρούν ότι «μια στροφή προς περισσότερο εποικοδομητικές οργανωσιακές συμπεριφορές θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα, και στην επίτευξη αποτελεσματικότερης



και περισσότερο ποιοτικής απόδοσης σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο και απαιτητικό περιβάλλον υγείας» (Rovithis, et al., 2016).

Συμπερασματικά και από τις τέσσερις μελέτες προκύπτει μια δυσαρέσκεια σχετικά με τον τύπο οργανωσιακής κουλτούρας ο οποίος υιοθετείται από τα νοσοκομειακά ιδρύματα σήμερα. Κυρίαρχο μοντέλο θεωρείται το γραφειοκρατικό, ενώ ως βασικές αξίες καταγράφονται η πίστη τους κανόνες, ο έλεγχος και η προβλεψιμότητα. Τέλος, προκύπτει μια διαφαινόμενη τάση υποστήριξης της αλλαγής της κουλτούρας από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να γίνει η μετάβαση σε ένα πιο ανοιχτό και συμμετοχικό πρότυπο που θα ευνοεί την ομαδικότητα, τη δημιουργικότητα και την προσήλωση στην ποιότητα.

#### 4.3.1 Η σημασία της κουλτούρας στο δημόσιο νοσοκομείο

Στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία έχει αναγνωριστεί η επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην παραγωγικότητα των οργανισμών, στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στην αύξηση των κινήτρων των εργαζομένων για την επίτευξη των συμφερόντων του οργανισμού. Στο περιβάλλον των συστημάτων υγείας, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών. Έρευνες σχετικές σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, έδειξαν ότι η κουλτούρα διαμορφώνει την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα, τη διασφάλιση ποιότητας, την ποιότητα φροντίδας των ασθενών, την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων, την ικανοποίηση ασθενών, τη συνεργασία και τις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών του οργανισμού, καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου (Tyagi, et al., 2013; Davies, et al., 2000, Glickman, et al., 2007).

Ειδικά στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, την εποχή των διαρκών μεταβολών, της ρευστότητας και της αβεβαιότητας σε όλα τα επίπεδα, ο υγειονομικός τομέας, πρέπει να προσαρμοστεί στις συντελούμενες αλλαγές μεταξύ των οποίων είναι η διαφοροποίηση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών υγείας καθώς και η εξέλιξη της ασθένειας ως ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που απαιτεί ομαδική συνεργασία και διεπιστημονική προσέγγιση (Μουμτζόγλου, 2018).

Προκειμένου, λοιπόν, το σύγχρονο νοσοκομείο να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις του παρόντος, να βελτιώσει την απόδοσή του και να προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη η κοινωνία σήμερα, οφείλει να επαναπροσδιορίσει το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας το οποίο υιοθετεί, κατά τρόπο, ώστε να τίθεται ο ανθρώπινος παράγοντας στο επίκεντρο κάθε επιχειρησιακής διαδικασίας. Η κουλτούρα, εξάλλου, φαίνεται να είναι το «κλειδί» για την εξέλιξη των οργανισμών υγείας και την αποδοτικότερη λειτουργία τους (Azzolini, et al., 2018).

Τόσο οι μελέτες περίπτωσης που εκτέθηκαν κριτικά ανωτέρω, όσο και η βιβλιογραφία φαίνεται να προκρίνουν το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας, ως ένα μοντέλο που εστιάζει στην ανάδειξη του σημαντικότερου συντελεστή παραγωγής, που δεν είναι άλλος από το ανθρώπινο δυναμικό ενός νοσοκομείου, αλλά και στην αρμονική συνύπαρξη και συνεργασία όλων των παραγωγικών συντελεστών (Σαρρής, Χρυσάκης, Σούλης, 2003:31-52). Τελικός σκοπός αυτής της προσέγγισης είναι η τοποθέτηση του ασθενή στο κέντρο της νοσοκομειακής φιλοσοφίας, αφού για εκείνον ουσιαστικά σχεδιάζονται και υλοποιούνται όλες οι διαδικασίες και πολιτικές υγείας μέσα σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, άλλωστε, κατέδειξαν θετικά αποτελέσματα σε νοσοκομεία που υιοθετούν ένα συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας. Οι Shortell, et al. (2004:1040-1048) συμπεραίνουν ότι η ομαδική εργασία των επαγγελματιών υγείας επιδρά θετικά στην ικανοποίηση των ασθενών και στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας, προσφέροντας, παράλληλα, μια πιο αποτελεσματική ανακούφιση και ποιοτικότερα κλινικά αποτελέσματα σε ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της συμμετοχικής κουλτούρας επισημαίνει και η Gerrish (1999:367-375) αποδεικνύοντας εμπειρικά την αύξηση της εργασιακής απόδοσης των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Βρετανία όταν οι τελευταίοι εργάζονται ομαδικά και επικοινωνούν ανοιχτά μεταξύ τους. Τέλος, σε μελέτη που διεξήχθη σε 125 νοσοκομεία της Υπηρεσίας Υγείας Βετεράνων (Veterans Health Administration) στην Αμερική καταγράφηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης μεταξύ του συμμετοχικού μοντέλου κουλτούρας και της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και η στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του γραφειοκρατικού μοντέλου και της ικανοποίησης των ασθενών ως προς την φροντίδα που έλαβαν εντός του νοσοκομείου (Meterko, et al., 2004:492-498).

Εν κατακλείδι, η σημασία της κουλτούρας στο δημόσιο νοσοκομείο είναι κεφαλαιώδης, αφού είναι δυνατόν να συμβάλει στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας καθώς και στο αίσθημα ικανοποίησης και ασφάλειας των ασθενών. Η εμπειρική έρευνα αναδεικνύει το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας ως φορέα θετικών αποτελεσμάτων στους παραπάνω παράγοντες και για αυτό το λόγο τα στελέχη των νοσοκομειακών ιδρυμάτων οφείλουν να λάβουν σοβαρά υπόψη τους την πιθανότητα μετάβασης προς το συγκεκριμένο οργανωσιακό πρότυπο. Η επόμενη ενότητα είναι διαφωτιστική αναφορικά με τον βέλτιστο τρόπο πραγματοποίησης της αλλαγής στο ελληνικό νοσοκομείο.

#### **4.4 Οργανωσιακή Αλλαγή στο ελληνικό νοσοκομείο**

Η αλλαγή της κουλτούρας μπορεί να είναι σε πολλές περιπτώσεις σωτήριο για έναν οργανισμό. Κι αυτό διότι, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, η προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον δύναται να λειτουργήσει θετικά στην απόδοση ενός οργανισμού. Για να διευκολύνεται η αλλαγή, τα στελέχη οφείλουν να μελετήσουν την υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα, ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσουν πληρέστερα τις παρούσες διαδικασίες, αντιδράσεις και συμπεριφορές στο εσωτερικό του οργανισμού και να τις αποτιμήσουν. Με αυτό τον τρόπο, μπορούν να σχεδιάσουν στοχευμένα προγράμματα οργανωσιακής αλλαγής που θα αντιμετωπιστούν με την ελάχιστη δυνατή αντίσταση από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Αξιοσημείωτο είναι ότι, σε πολλές περιπτώσεις, επιχειρήσεις οι οποίες προσπάθησαν να υιοθετήσουν ένα διαφορετικό διοικητικό μοντέλο, απέτυχαν εξαιτίας της μη συμπερίληψης της οργανωσιακής κουλτούρας που κυριαρχούσε μέχρι πρότινος στον οργανισμό (Cameron & Quinn, 2006:1).

Για αυτό το λόγο, τα στελέχη θα πρέπει να γνωρίζουν τους λόγους για τους οποίους οι εργαζόμενοι αντιστέκονται στην αλλαγή και να προσπαθούν να τους κινητοποιούν ιδίως μέσω κινήτρων προς την κατεύθυνση της αλλαγής. Μερικοί από τους τρόπους επίτευξης αυτού του πλάνου είναι οι εξής (Bahrololoom, et. al. όπως παρατίθεται στο Μπέλιας, 2015:31):

A) Οι ηγέτες οφείλουν να έχουν κατά νου τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές επιδράσεις μιας αλλαγής.

Β) Θα πρέπει, επίσης, να επικοινωνήσουν στους εργαζομένους το λόγο της αλλαγής καθώς και τη σημασία της τόσο για τον οργανισμό όσο και για τα μέλη του στοχευμένα και αποτελεσματικά προκειμένου να καμφθούν οι αντιστάσεις.

Γ) Τα στελέχη μπορούν να ξεχωρίσουν κάποια μέλη του οργανισμού τα οποία είναι πιο δεκτικά στην αλλαγή και να τους παρέχουν κίνητρα ώστε να επηρεάσουν ενδεχομένως προς την κατεύθυνση της αλλαγής τους συναδέλφους τους. Με άλλα λόγια, η ηγεσία ψάχνει για συμμάχους.

Δ) Όσο το πρόγραμμα αλλαγής είναι σε εξέλιξη, παρακολουθείται η πρόοδος της εφαρμογής, ενώ οι εργαζόμενοι ενημερώνονται και κινητοποιούνται σε κάθε στάδιο για το ποιες ενέργειες και συμπεριφορές αναμένονται εντός της νέας κουλτούρας. Σε κάθε περίπτωση, το πλάνο της αλλαγής μπορεί να τροποποιηθεί ώστε να επεκταθεί σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου εάν οι εργαζόμενοι δεν νιώθουν άνετα με τις συντελούμενες αλλαγές.

Η αλλαγή, ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνει, σε κάθε περίπτωση, υπόψη την υπάρχουσα κουλτούρα ώστε να αντιμετωπίζεται με την ελάχιστη δυνατή αντίσταση από τους εργαζομένους. Με αυτό τον τρόπο ενισχύονται οι πιθανότητες επιτυχούς μετάβασης σε ένα νέο οργανωσιακό πρότυπο.

#### 4.4.1 Ενσωματώνοντας τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας: το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας

Βασική πρόταση της παρούσας μελέτης, προκειμένου να καταστεί δυνατή η αλλαγή κουλτούρας από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο, στο ελληνικό νοσοκομείο, είναι η εισαγωγή αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στη διοικητική πρακτική. Έτσι, θα δομηθεί σταδιακά μια κουλτούρα ολικής ποιότητας. Ως κουλτούρα ολικής ποιότητας ορίζεται «η ολοκληρωμένη δέσμευση για συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των διαδικασιών, η οποία εκδηλώνεται με τη συμμετοχή όλων, ώστε να ικανοποιούνται απόλυτα οι διαπιστωμένες σημερινές και μελλοντικές ανάγκες των πελατών» (Κέφης, 2005:34).

Η επιχειρούμενη αλλαγή εστιάζει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ενώ δίνεται έμφαση τόσο στους εσωτερικούς (προσωπικό) όσο και στους εξωτερικούς πελάτες (ασθενείς, προμηθευτές, κ.α.). Η βελτίωση είναι αργή και σταδιακή προκειμένου να

κάμπτεται βήμα-βήμα η όποια αντίσταση στη σχεδιαζόμενη αλλαγή, έχει μακροπρόθεσμο προσανατολισμό και στοχεύει κυρίως στην απλοποίηση των διαδικασιών, στην εισαγωγή πρότυπων συστημάτων ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην εγκαθίδρυση μιας κουλτούρας ποιότητας που θα αφορά στο σύνολο του οργανισμού (ολιστική προσέγγιση). Προκρίνεται η παρακίνηση των εργαζομένων, η συμμετοχική εργασία και λήψη των αποφάσεων καθώς και η ροή της επικοινωνίας από και προς όλες τις κατευθύνσεις ανεξαρτήτως ιεραρχικού επιπέδου (Κέφης, 2014; Deming, 1986).

Οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας αντανakλούν, λοιπόν, και συνδέονται με το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων ή συμμετοχικό μοντέλο του Πλαισίου των Ανταγωνιστικών Αξιών, κι αυτό διότι η έμφαση που δίνεται και στις δυο περιπτώσεις είναι στον ανθρώπινο παράγοντα και στην καλλιέργεια σχέσεων υποστήριξης μεταξύ των εργαζομένων ώστε να παραχθούν ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας (Allscheid, 1995:521-536).

Με αυτόν τον τρόπο, κατασκευάζεται εντός του νοσοκομείου μια κουλτούρα ανοιχτή όπου ο κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα να εκφράσει τη γνώμη του αναφορικά με τη στοχοθεσία και την υλοποίηση των συμφωνηθέντων σκοπών, να ανταλλάξει απόψεις με τους συναδέλφους του αλλά και να λάβει ανατροφοδότηση για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς. Σταδιακά, λοιπόν, δημιουργείται γνώση η οποία διαχέεται μέσω της κάθετης, οριζόντιας και διαγώνιας ροής της επικοινωνίας προς ολόκληρο τον νοσοκομειακό οργανισμό μετατρέποντας το νοσοκομείο σε μια οργάνωση μάθησης. Ως οργάνωση μάθησης ορίζεται κατά τον Senge (1990) «ο οργανισμός όπου οι άνθρωποι διαρκώς επεκτείνουν την ικανότητά τους να δημιουργούν τα αποτελέσματα που επιθυμούν, καλλιεργούνται νέοι και διευρυμένοι τρόποι σκέψης, απελευθερώνεται η συλλογική φιλοδοξία και προωθείται η συλλογική μάθηση». Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι η ποιότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την μάθηση κι αυτό διότι η μάθηση συνιστά τη βάση για την υιοθέτηση των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Δερβιτσιώτης, 1993).

Η μετεξέλιξη του νοσοκομείου σε οργανισμό μάθησης έχει υπογραμμιστεί και από τον ΠΟΥ, ήδη από το 1996, οπότε και εκδόθηκε ο Χάρτης Υγείας. Στο εν λόγω κείμενο εξάιρεται, μεταξύ άλλων, η αναγκαιότητα χρηστής διοίκησης των νοσοκομειακών

ιδρυμάτων ιδίως μέσω της ανάδειξης του ανθρώπινου παράγοντα ως τον κύριο πόρο για την παραγωγή υπηρεσιών περίθαλψης και της ενδυνάμωσης των ικανοτήτων τους προκειμένου οι εργαζόμενοι να καταστούν περισσότερο αποτελεσματικοί και αποδοτικοί κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η νέα αυτή κατάσταση προϋποθέτει και μια νέα οργανωσιακή κουλτούρα η οποία θα αναδεικνύει την ποιότητα ως μια διάσταση κομβικής σημασίας για τη λειτουργία του νοσοκομειακού οργανισμού (ΠΟΥ, 2002:214-215).

Σε ευρωπαϊκό έδαφος, πρωτοπόρος της ενσωμάτωσης της έννοιας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην υπάρχουσα νοσοκομειακή κουλτούρα, μπορεί να θεωρηθεί η Μεγάλη Βρετανία, όταν το 1997 η κυβέρνηση των Εργατικών κατάφερε να αναδείξει τα θέματα ποιότητας στο National Health System (NHS) ως το βασικό κορμό μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας, προωθώντας με αυτόν τον τρόπο μια αναμόρφωση στην υπάρχουσα κουλτούρα (Davies, Nutley, Mannion, 2000). Η νέα στρατηγική ποιότητας διατυπώθηκε με σαφήνεια σε διάφορα έγγραφα, αλλά, κυρίως στη Λευκή Βίβλο του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας (1998). Στην παράγραφο 5.6 διακηρύσσεται «η απαίτηση για μια εκ θεμελίων αλλαγή κουλτούρας που θα στοχεύει στην υποβοήθηση και την παρακίνηση των εργαζομένων, ώστε να επιτευχθεί μια σπουδαία και βιώσιμη βελτίωση ποιότητας στο NHS σε τοπικό επίπεδο» (Secretary of State for Health, 1998).

Στην Ελλάδα, με τον νόμο 2880/2001 επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η ένταξη στη δημόσια διοίκηση των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ενώ με τον νόμο 2889/2001, διαφάνηκε η πρόθεση επέκτασης των αρχών αυτών και στα νοσοκομειακά ιδρύματα. Επίσης, ο νόμος 3230/2004<sup>8</sup> εισήγαγε ένα σύστημα διοίκησης μέσω στόχων και μέτρησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, έννοιες οι οποίες χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα σημαντικές για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις, ωστόσο, δεν φάνηκε να καρποφόρησαν. Αυτό συνέβη διότι, παρόλο που τα προγράμματα ολικής ποιότητας στρέφουν το ενδιαφέρον τους στην ομαδικότητα, από το σχεδιασμό μέχρι και την υλοποίηση ενός συγκεκριμένου στόχου, στην Ελλάδα δόθηκαν αντίστοιχες κατευθύνσεις από την ανώτατη διοικητική ιεραρχία προς τα κάτω (top-down) με τη μορφή εντολών, χωρίς

---

<sup>8</sup> (ΦΕΚ 44Α/11-2-2004)

ουδέποτε να ζητηθεί η ανάμειξη των εργαζομένων στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων (Γκολντστάιν, 2003). Λειτουργώντας διορθωτικά προς την ανωτέρω διαπίστωση, η ψήφιση του νόμου 4369/2016<sup>9</sup> συνδέει τη διοίκηση στόχων με την ατομική απόδοση και εμπλέκει τους εργαζόμενους στη στοχοθεσία του φορέα τους.

Η πρακτική top-down που αναφέρθηκε ανωτέρω, απορρέει και από τη γενικότερη εθνική κουλτούρα της χώρας, βασικά χαρακτηριστικά της οποίας είναι το έλλειμμα παιδείας, η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτογνωσία των πολιτών, αλλά και η απουσία ενθάρρυνσης πρωτοβουλιών και άσκησης ανεξάρτητης και αποφασιστικής ηγεσίας ως απότοκο της καθιέρωσης μιας κουλτούρας νομικισμού, η οποία απαγορεύει τη διοικητική δράση έξω από τα στενά όρια των κανονιστικών πράξεων (Αλμπάνης, 2005:73-75; Διανέοσις, 2017:41). Επίσης, παρόλο που το νομοθετικό πλαίσιο υποδείκνυε την αλλαγή κουλτούρας, δεν υπήρξε η αντίστοιχη εφαρμογή του από πλευράς διοίκησης, επιτρέποντας έτσι να παραμένει η αποτελεσματικότητα σε χαμηλά επίπεδα (Γούλα, 2014). Η τελευταία παρατήρηση απηχεί το συνολικό θεσμικό περιβάλλον της πλημμελούς εφαρμογής των κανόνων δικαίου ως αποτέλεσμα της πολυνομίας, των γραφειοκρατικών καθυστερήσεων και της κακονομίας (Διανέοσις, 2017:43).

Από τα παραπάνω, καθίσταται φανερό το γεγονός ότι η μετάβαση από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο μέσα στο νοσοκομείο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη το εθνικό πολιτισμικό υπόβαθρο, ενώ μπορεί να συντελεστεί μόνο εάν έρθει στο προσκήνιο ο κάθε εργαζόμενος και αν πειστεί για την ανάγκη αλλαγής νοοτροπίας και συμπεριφοράς συλλήβδην, αφού όπως προαναφέρθηκε ο ανθρώπινος παράγοντας είναι η πιο σημαντική μεταβλητή στην εξίσωση της οργανωσιακής αλλαγής. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, είναι χρήσιμη η δόμηση στοχευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας ώστε να κατανοήσουν την αναγκαιότητα της στροφής προς ένα διαφορετικό μοντέλο κουλτούρας και να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τα συμπεριφοριστικά πρότυπα που ενθαρρύνονται στο συμμετοχικό μοντέλο (Γούλα, 2013). Τέλος, η δημιουργία και καθιέρωση ενός νέου ηγετικού προφίλ, το οποίο θα ενορχηστρώνει και θα κατευθύνει την αλλαγή είναι το πιο σπουδαίο συστατικό επιτυχίας της συγκεκριμένης προσπάθειας (Γούλα, 2014:304). Η ηγεσία πρόκειται να αναλυθεί στην ενότητα που ακολουθεί.

---

<sup>9</sup> (ΦΕΚ 33Α/27-2-2016)

#### 4.4.2 Χτίζοντας εμπιστοσύνη- ο ρόλος του μετασχηματιστικού ηγέτη

Η ηγεσία είναι μια διοικητική λειτουργία η οποία συνιστά σημαντική παράμετρο επιτυχίας ενός οργανισμού (Μπουραντάς, 2005:195). Σύμφωνα με τον ακαδημαϊκό η ηγεσία είναι «μια διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μια μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη), με τέτοιο τρόπο ώστε εθελοντικά και πρόθυμα και με την κατάλληλη συνεργασία να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό για να υλοποιούν αποτελεσματικούς στόχους που απορρέουν από την αποστολή της ομάδας και τη φιλοδοξία της για πρόοδο ή ένα καλύτερο μέλλον» (Μπουραντάς, 2005:197). Ο Schein (2004:11) δεν διστάζει να συνδέσει την ηγεσία με την αλλαγή κουλτούρας, υποστηρίζοντας ότι «η ηγεσία δημιουργεί και αλλάζει την κουλτούρα», ενώ, τέλος, ο Drucker (1996:192) θεωρεί ότι βασικός στόχος των ηγετών είναι να καταφέρουν «συνηθισμένους ανθρώπους να κάνουν ασυνήθιστα πράγματα».

Μία από τις πιο σύγχρονες μορφές ηγεσίας θεωρείται η μετασχηματιστική ηγεσία (transformational leadership). Ως έννοια εισήχθη για πρώτη φορά στον ακαδημαϊκό διάλογο από τον Burns (1978) και σύμφωνα με τον Yukl (2002) ο συγκεκριμένος τύπος ηγεσίας αφορά ηγέτες οι οποίοι αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για τους υφισταμένους τους εμπνέοντάς τους και παρακινώντας τους να εργαστούν ομαδικά για τον οργανισμό. Οι Howell και Frost (1989) αναδεικνύουν, επίσης, τη θετική συσχέτιση μεταξύ μετασχηματιστικής ηγεσίας και εργασιακής ικανοποίησης και απόδοσης, ενώ σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και ο Bass (1985) ο οποίος συνδέει τη μετασχηματιστική ηγεσία με την ανάπτυξη ατομικών πρωτοβουλιών και την αυτοδιοικούμενη εργασία συμβάλλοντας, έτσι, στη μεγαλύτερη απόδοση και ικανοποίηση των εργαζομένων.

Το 1998, ο ίδιος ερευνητής, κατάφερε να αποτυπώσει τα βασικά χαρακτηριστικά της μετασχηματιστικής ηγεσίας, συνθέτοντας, έτσι, το προφίλ του μετασχηματιστικού ηγέτη. Συγκεκριμένα ο μετασχηματιστικός ηγέτης δημιουργεί το όραμα, καλλιεργεί την εμπιστοσύνη και το σεβασμό στην ομάδα δημιουργώντας ένα πρότυπο προς μίμηση από τους υπόλοιπους εργαζομένους, ενώ παράλληλα είναι σύμβουλος-coach για τον κάθε ένα εργαζόμενο συμβάλλοντας στην ατομική τους εξέλιξη. Μέσα από αυτή την αλληλεπιδραστική διεργασία ενισχύεται η καινοτομία και η δημιουργικότητα των



εργαζομένων, καθώς και η ανάληψη πρωτοβουλιών και ρίσκων. Παράλληλα καλλιεργεί υψηλούς στόχους στους υφισταμένους του παρακινώντας τους στην υιοθέτηση συμπεριφοράς κατά τρόπο αποτελεσματικό προς την επίτευξη του στόχου (Bass, 1998).

Όσον αφορά στο χώρο του νοσοκομείου, η καθιέρωση της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως γέφυρα μεταξύ ποιότητας και αλλαγής κουλτούρας προς την κατεύθυνση του συμμετοχικού μοντέλου (Γούλα, 2014:306). Είναι επιθυμητή η ανάπτυξη χαρισματικής ηγεσίας, που θα εστιάζει τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον, θα υποστηρίζει την ανάπτυξη πρωτοβουλιών και τη συμμετοχική λήψη των αποφάσεων και θα δίνει τη δυνατότητα στους εργαζομένους να είναι δυναμικοί, αποτελεσματικοί και καινοτόμοι καθ' όλη τη διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους. Επίσης, θα συμβάλει με τις αποφάσεις της στην ανάδειξη του νοσοκομείου ως ένας οργανισμός που ενδιαφέρεται να είναι ανταγωνιστικός, να καινοτομεί και να αναλαμβάνει ρίσκο στο πλαίσιο της συμμετοχικής διοίκησης (Γούλα, 2014).

Ο μετασχηματιστικός ηγέτης του νοσοκομείου στο συμμετοχικό μοντέλο το οποίο επιδιώκεται, είναι ο άνθρωπος που διακρίνεται τόσο για τις τεχνικές του γνώσεις όσο και για τις κοινωνικές του δεξιότητες και μπορεί να δημιουργήσει ένα νέο όραμα στον οργανισμό, να μεταλαμπαδεύσει τις αξίες που απορρέουν από αυτό το όραμα στους εργαζομένους, να τους εμπνεύσει και να τους παρακινήσει και να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ανοιχτής επικοινωνίας μέσα στη νοσοκομειακή δομή προκειμένου τα μέλη να καταφέρουν να συνεργαστούν αρμονικά σε ομάδες (Γούλα, 2013; Cameron, Quinn, 2006:88-89). Εφαρμόζοντας τη θεωρία του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών συνδυαστικά με τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, προκύπτει ένα πρότυπο ηγέτη εντός των οργανισμών περίθαλψης, που προσπαθεί να ενδυναμώσει τους υφισταμένους του, να δημιουργήσει επιτυχημένες ομάδες εργασίας στις οποίες θα ενθαρρύνεται η μέγιστη συμμετοχή όλων και θα προωθείται η ελεύθερη ροή επικοινωνίας, ενώ δεν θα διστάζει να υποβοηθά τους εργαζομένους να αναπτύξουν πλήρως τις δυνατότητές τους φθάνοντας ακόμη και στην αυτοπραγμάτωση (Cameron, Quinn, 2006:50; Γούλα, 2014:306; Γούλα, κ.α., 2014).

Προκειμένου να επιτύχει τα ανωτέρω, ο μετασχηματιστικός ηγέτης του νοσοκομειακού περιβάλλοντος θα μπορούσε να αντλήσει στοιχεία και από τον ηγέτη των βιώσιμων

επιλογών, μερικά από τα οποία είναι η επιδίωξη της μάθησης, η δημιουργικότητα, η ακεραιότητα, η αποδοχή της διαφορετικότητας, η αυτοπεποίθηση, η ανάληψη ευθύνης και η προσαρμοστική ικανότητα σχεδιασμού και οργάνωσης (Γκέκας, 2012).

Επιπρόσθετα, ο ηγέτης του νοσοκομείου, για να καταφέρει να δημιουργήσει ένα κλίμα συνεργασίας και ομαδικότητας μέσα στον οργανισμό, είναι απαραίτητο να εντοπίσει τις ανάγκες των εργαζομένων, να καταγράψει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να κατανοήσει, εν τέλει, τις ιδιαιτερότητες της προσωπικότητας καθενός στον οποίο απευθύνεται. Για να κάνει τους ανθρώπους να εκφράσουν όσα τους προβληματίζουν αλλά και όσα θα επιθυμούσαν να αλλάξουν μέσα στο νοσοκομειακό ίδρυμα, χρειάζεται να καλλιεργήσει την εμπιστοσύνη στους εργαζόμενους, πρώτον απέναντι στο πρόσωπό του και δεύτερον απέναντι στους συναδέλφους τους εντός της ομάδας. Η εμπιστοσύνη είναι πολύ σπουδαία, αφού θεωρείται ως «η κόλλα που συγκρατεί τη ζωή στη θέση της, δημιουργεί εσωτερική συνοχή και είναι το πιο κεφαλαιώδες συστατικό της αποτελεσματικής επικοινωνίας» (Μπουλούγαρη, Ασημακοπούλου, 2018:7).

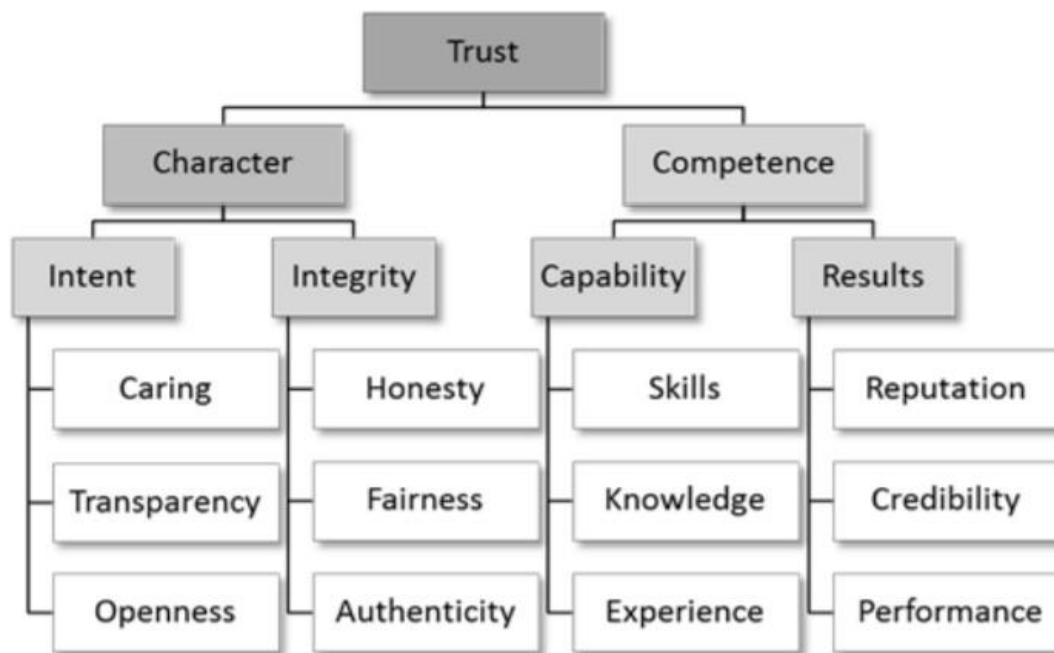
Για την εμπιστοσύνη και τη σημασία της στους οργανισμούς έχει επιχειρηματολογήσει μια πλειάδα μελετητών. Ο Yukl (1989) σημειώνει ότι οι εργαζόμενοι εμπνέονται από τους μετασηματιστικούς ηγέτες και καταγράφουν υψηλή εργασιακή απόδοση, κυρίως επειδή τους εμπιστεύονται και τους σέβονται. Επιπρόσθετα, οι Kouzes και Posner (1987) υπογραμμίζουν ότι τα πιο αξιόλογα χαρακτηριστικά ενός ηγέτη είναι η ειλικρίνεια, η ακεραιότητα και η εμπιστοσύνη την οποία αποπνέουν. Τέλος, οι Bennis και Nanus (1985), τονίζουν ότι επιτυχημένοι θεωρούνται οι ηγέτες που έχουν κερδίσει την εμπιστοσύνη των υφισταμένων τους.

Μια πιο σύγχρονη προσέγγιση γύρω από τη σπουδαιότητα της εμπιστοσύνης στις οργανώσεις και τον τρόπο με τον οποίο ο ηγέτης μπορεί να την αναπτύξει μέσα στις ομάδες έχει αναπτυχθεί από τον Richard Barrett (Μπουλούγαρη, Ασημακοπούλου, 2018). Η εμπιστοσύνη οικοδομείται από την ηγεσία στη βάση δυο κυρίαρχων συστατικών: το χαρακτήρα και την αξιοσύνη/επάρκεια (Barrett, 2014). Ο χαρακτήρας (character) φέρνει στην επιφάνεια στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου τα οποία «κρύβονται» μέσα του, υποδηλώνοντας την πρόθεση και την ακεραιότητα που επιδεικνύει κάποιος όταν σχετίζεται με άλλους ανθρώπους. Αυτά τα στοιχεία εξαρτώνται από το επίπεδο της συναισθηματικής αλλά και κοινωνικής νοημοσύνης του

ατόμου. Η πρόθεση εξωτερικεύεται μέσα από τη φροντίδα, τη διαφάνεια και την ανοιχτότητα (εξωστρέφεια) ενός ανθρώπου, ενώ η ακεραιότητα αντανακλά αξίες όπως η δικαιοσύνη, η ειλικρίνεια και η αυθεντικότητα.

Η αξιοσύνη (competence), από την άλλη πλευρά, είναι μια αντανάκλαση της επιδεξιότητας και των αποτελεσμάτων που μπορεί να πετυχαίνει ένα άτομο ανάλογα με το ρόλο που έχει αναλάβει. Επηρεάζεται από την εκπαίδευση και τα πράγματα που έχει μάθει εμπειρία το άτομο κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του πορείας. Η ικανότητα είναι αποδεικτικό στοιχείο των δεξιοτήτων, των γνώσεων και της εμπειρίας και τα αποτελέσματα σχετίζονται με τη φήμη, την αξιοπιστία και την απόδοση (Μπουλούγαρη, Ασημακοπούλου, 2018:8).

Μεταξύ των δυο αυτών συστατικών, του χαρακτήρα και της αξιοσύνης, ως πιο σπουδαίο αναδεικνύεται ο χαρακτήρας και αυτό διότι, αφενός ευθύνεται σε μεγαλύτερο βαθμό για την καλλιέργεια σχέσεων εμπιστοσύνης, μιας και στοχεύει απευθείας στο συναισθηματικό κόσμο και στο θυμικό των ανθρώπων, συγκριτικά με την αξιοσύνη, και αφετέρου, είναι πιο δύσκολο να αναπτυχθεί (Barrett, 2014). Η στόχευση στο συναίσθημα είναι σημαντική, αφού σύμφωνα με τους Kotter και Cohen (2002:27) «οι άνθρωποι αλλάζουν αυτό που κάνουν πιο πολύ επειδή τους έδειξαν μια αλήθεια που επηρεάζει τα συναισθήματά τους και λιγότερο επειδή τους παρουσίασαν μια ανάλυση που αλλάζει τον τρόπο σκέψης τους». Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται διαγραμματικά η θεωρία του Barrett περί εμπιστοσύνης.



Εικόνα 4: The Trust Matrix, Richard Barrett (πηγή: Μπουλούγαρη, Ασημακοπούλου, 2018)

Η στόχευση στο συναισθηματικό κόσμο των ανθρώπων που αναφέρθηκε ανωτέρω, είναι μια ικανότητα η οποία συνδέεται με τη συναισθηματική νοημοσύνη και χαρακτηρίζεται ως ζωτικής σημασίας κατά την άσκηση ηγεσίας (Goleman, 1999; Goleman, Boyatzis, Mckee, 2002). Μελετώντας, μια σειρά προσωπικών χαρακτηριστικών ηγετών στις επιχειρήσεις, ο Goleman (1999), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσο μεγαλύτερες ήταν οι ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης τους τόσο υψηλότερα βρισκόνταν τα στελέχη στη διοικητική ιεραρχία.

Συμπερασματικά, ο μετασχηματιστικός ηγέτης είναι αυτός που έχουν ανάγκη οι οργανισμοί σήμερα, μεταξύ των οποίων και τα νοσοκομεία. Η έννοια αυτή αφορά την ηγεσία που λειτουργεί ως κινητήριος μοχλός για την ανάπτυξη των εργαζομένων, υποστηρίζει τις πρωτοβουλίες τους και ενθαρρύνει τη δημιουργικότητά τους. Ο μετασχηματιστικός ηγέτης αρθρώνει ένα όραμα και εμπνέει τους υφισταμένους του καθιστώντας τον εαυτό του ένα πρότυπο μίμησης για τους άλλους, αποδέχεται τον καθένα για αυτό που είναι, προωθεί την ομαδική εργασία και προσπαθεί να εμφυσήσει σε όλους τους εργαζομένους τις αρχές της αριστείας, της ποιότητας και της υπεροχής. Συμπεριφέρεται σε κάθε άτομο με σεβασμό, κατανοώντας τις προσωπικές του ιδιαιτερότητες και φροντίζοντας να λαμβάνει υπόψη τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Τέλος, προσπαθεί να καλλιεργήσει την εμπιστοσύνη μεταξύ των εργαζομένων,

αναζητώντας έναν κοινό τόπο στον αξιακό τους κώδικα και τις αντιλήψεις τους και στοχεύοντας στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων. Αυτή η κατακλείδα, αναδεικνύει το μετασχηματιστικό ηγέτη σε ένα πρόσωπο που αποδίδει σημασία στο γνωσιακό αλλά, πολύ περισσότερο, στο συναισθηματικό επίπεδο των μελών ενός οργανισμού, φέρνοντας στο νου τη ρήση της βραβευμένης Αφροαμερικανής ποιήτριας Maya Angelou αναφορικά με το ότι «οι άνθρωποι μπορεί να μην θυμούνται τι τους έκανες ή τι τους είπες, όμως πάντα θα θυμούνται πώς τους έκανες να αισθανθούν».

#### 4.5 Μελέτη περίπτωσης: το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ)

##### 4.5.1 Ο φορέας

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ), είναι ένα νοσοκομείο εξειδικευμένο στα νοσήματα καρδιάς, το οποίο ιδρύθηκε ως κοινωφελές, μη κερδοσκοπικό Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) με τον νόμο 2012/1992<sup>10</sup>, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Σύμφωνα με το λειτουργικό κριτήριο διάκρισης της δημόσιας διοίκησης<sup>11</sup>, το ΩΚΚ ως ΝΠΙΔ εντάσσεται στον δημόσιο τομέα εν τη ευρεία έννοια κι αυτό διότι, παρέχει δημόσια υπηρεσία. Επιπροσθέτως, επιχορηγείται από τον τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας σε ποσοστό 20% του ετήσιου προϋπολογισμού δαπανών του, σύμφωνα με το άρθρο 5 του νόμου 2012/1992, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, ενώ από το 2016 είναι υποχρεωμένο να παρέχει υπηρεσίες υγείας και σε ανασφάλιστους ή οικονομικά αδύναμους πολίτες όπως ορίζει το άρθρο 33 του νόμου 4368/2016<sup>12</sup>. Το 1992, το νοσοκομείο παραχωρήθηκε έτοιμο στο Δημόσιο με την μορφή δωρεάς και «έκτοτε τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, από το

<sup>10</sup> (ΦΕΚ 28Α/27-09-1992)

<sup>11</sup> Κατά το οργανικό κριτήριο διάκρισης της δημόσιας διοίκησης, τη δημόσια διοίκηση «αποτελούν όλοι οι φορείς άσκησης δημόσιας διοίκησης που διαθέτουν την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου», ενώ αντίθετα, κατά το λειτουργικό κριτήριο «τη δημόσια διοίκηση την αποτελούν όλα τα νομικά πρόσωπα που επιτελούν δημόσια υπηρεσία ή εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον ανεξάρτητα από το αν αυτά διαθέτουν την μορφή Νομικών Προσώπων του Δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου» (Ακριβοπούλου, Ανθόπουλος, 2015:42). Στο ίδιο πνεύμα, οι Μακρυδημήτρης και Πραβίτα (2012:624) συμπεριλαμβάνουν στον δημόσιο τομέα, μεταξύ άλλων, «τις κάθε είδους κρατικές ή δημόσιες και παραχωρηθείσες επιχειρήσεις και οργανισμούς, όπως επίσης τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που έχουν δημόσιο χαρακτήρα και επιδιώκουν κοινωφελείς ή άλλους δημόσιους σκοπούς».

<sup>12</sup> (ΦΕΚ 21Α/21-02-2016)

οποίο διορίζεται η Διοίκηση, εγκρίνεται ο απολογισμός και ασκείται διαχειριστικός έλεγχος» (ΩΚΚ, 2018). Τα ανωτέρω στοιχεία αιτιολογούν την επιλογή του ως υποκείμενο μελέτης υπό τον όρο «δημόσιο νοσοκομείο».

Σκοπός του ΩΚΚ είναι, σύμφωνα με το άρθρο 4 του νόμου 2012/1992, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει:

- 1) Η λειτουργία του ως καρδιολογικό, καρδιοχειρουργικό και μεταμοσχευτικό «κέντρο αριστείας» και αναφοράς σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
- 2) Η παροχή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλείας, στον τομέα καρδιολογίας και καρδιοχειρουργικής, ενδοαγγειακής και επεμβατικής αποκατάστασης και απεικονιστικής και επεμβατικής διαγνωστικής ενηλίκων και παιδιών και συναφείς δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στην αποστολή ενός σύγχρονου καρδιολογικού, καρδιοχειρουργικού κέντρου.
- 3) Η παροχή υπηρεσιών στις μεταμοσχεύσεις καρδιάς και πνευμόνων και κάθε άλλου συμπαγούς (ή άλλου) οργάνου σε ενήλικες και παιδιά.
- 4) Η ιατρική έρευνα, ο σχεδιασμός, προγραμματισμός και υλοποίηση ιατρικών ερευνητικών προγραμμάτων, καθώς και η συλλογή και αξιοποίηση επιστημονικών πληροφοριών στον τομέα της καρδιοχειρουργικής και καρδιολογίας, συμπεριλαμβανομένης της μεθόδου σύγχρονης πληροφοριακής αξιοποίησης των πληροφοριών αυτών, κυρίως από τη διασύνδεση του ΩΚΚ με αντίστοιχες τράπεζες πληροφοριών, που λειτουργούν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Από το 2018 το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο εισέρχεται σε μια νέα εποχή, καθώς με τον νόμο 4565/2018<sup>13</sup>, ο οποίος τροποποίησε για τελευταία φορά τον ιδρυτικό νόμο του ΩΚΚ, δηλαδή τον 2012/1992, προβλέπεται η ανέγερση νέας πτέρυγας στην οποία θα λειτουργήσουν το Ωνάσειο Μεταμοσχευτικό Κέντρο (Ω.Ε.ΜΕ.Κ.) καθώς και το Ωνάσειο Παίδων. Τόσο το Ω.Ε.ΜΕ.Κ. όσο και το Ωνάσειο Παίδων δεν θα έχουν αυτοτελή νομική προσωπικότητα, αλλά θα υπάγονται στο ΩΚΚ ως οργανικό τμήμα του.

---

<sup>13</sup> (ΦΕΚ 173Α/2-10-2018)

Σκοπός του Ω.Ε.ΜΕ.Κ. είναι «η διενέργεια μεταμοσχεύσεων όλων των συμπαγών οργάνων σε συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων και τις αντίστοιχες κλινικές ελληνικών και αλλοδαπών πανεπιστημιακών κλινικών, καθώς και η έρευνα επ' αυτών».<sup>14</sup> Αντίστοιχα, το Ωνάσειο Παίδων αποσκοπεί στη «λειτουργία σύγχρονης και πλήρως εξοπλισμένης παιδιατρικής κλινικής εξειδικευμένης στην παιδική καρδιολογία και καρδιοχειρουργική, καθώς και η έρευνα επ' αυτών».<sup>15</sup>

#### 4.5.2 Φιλοσοφία οργάνωσης

Το ΩΚΚ, βάσει του ιδρυτικού του νόμου 2012/1992, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει είναι, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, ένα σύγχρονο νοσοκομείο εξειδικευμένο στα νοσήματα καρδιάς, στελεχωμένο από έμπειρο και εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων (ΩΚΚ, 2018).

Η ίδια ευλάβεια στην τήρηση των κριτηρίων πρόσληψης παρατηρήθηκε και για την νοσηλευτική υπηρεσία. Συγκεκριμένα, το νοσοκομείο δηλώνει περήφανο για τους νοσηλευτές που διαθέτει χαρακτηρίζοντάς τους ως επαγγελματίες «υψηλότετου επιπέδου» (ΩΚΚ, 2018).

Όσον αφορά τη διοίκηση του ΩΚΚ, το νοσοκομείο σύμφωνα με τον νόμο 2012/1992, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, διοικείται από επταμελές ΔΣ τετραετούς θητείας που αποτελείται από τον Πρόεδρο τον Αντιπρόεδρο και πέντε μέλη οι οποίοι διορίζονται με τους νόμιμους αναπληρωτές τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας.

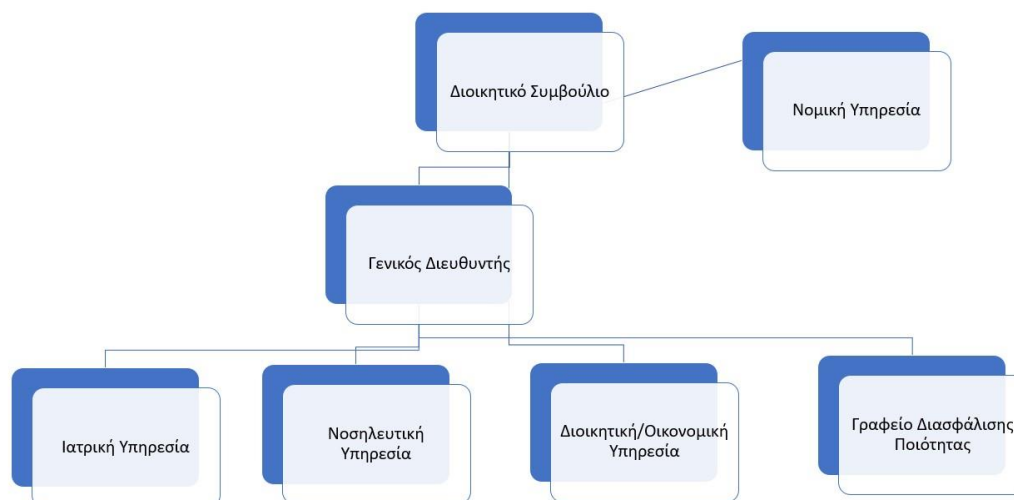
Η διοικητική δομή του νοσοκομείου στοχεύει στη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας στην παρεχόμενη περίθαλψη, μέσα από σύγχρονες μεθόδους και συστήματα (λειτουργία διπλογραφικού λογιστικού συστήματος), όσο και αντίστοιχα καινοτομικών τμημάτων όπως είναι το γραφείο διασφάλισης ποιότητας, το τμήμα οργάνωσης πληροφοριακών συστημάτων, το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας, το γραφείο εκπαίδευσης αλλά και ενός άριστα καταρτισμένου διοικητικού προσωπικού (ΩΚΚ, 2018).

---

<sup>14</sup> Άρθρο 4Α του νόμου 2012/1992 όπως τροποποιήθηκε από την παράγραφο 5, του άρθρου 2 του νόμου 4565/2018

<sup>15</sup> όπως παραπάνω

Συνοπτικά, η οργανωτική δομή του ΩΚΚ παρουσιάζεται στο ακόλουθο σχήμα:



**Εικόνα 5: Οργανωτική Δομή ΩΚΚ (πηγή: Κελαϊδίτου, 2012:43)**

Στο νοσοκομείο λειτουργούν, επίσης, οι αντίστοιχες μη αμειβόμενες επιτροπές (ΩΚΚ, 2018):

1. Συντονιστική Επιτροπή
2. Επιστημονική Επιτροπή
3. Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας
4. Επιτροπή Ελέγχου Ποιότητας και Αξιολόγησης
5. Επιτροπή Ελέγχου Λοιμώξεων
6. Επιτροπή Ιατρικής των Μεταγίσεων
7. Επιτροπή Εσωτερικού Ελέγχου
8. Επιτροπές Προαγωγών Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Τόσο το έμπυχο όσο και το άψυχο δυναμικό του ΩΚΚ εργάζονται, προκειμένου να καλλιεργούν στον νοσηλευόμενο όσο και στους οικείους του συναισθήματα σιγουριάς και ασφάλειας, αποτελώντας, με αυτόν τον τρόπο, ένα πρότυπο νοσοκομειακό ίδρυμα που μπορεί να ανταγωνιστεί με ίσους όρους αντίστοιχα νοσοκομεία του εξωτερικού (ΩΚΚ, 2018).

#### 4.5.3 Οργανωσιακή Κουλτούρα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

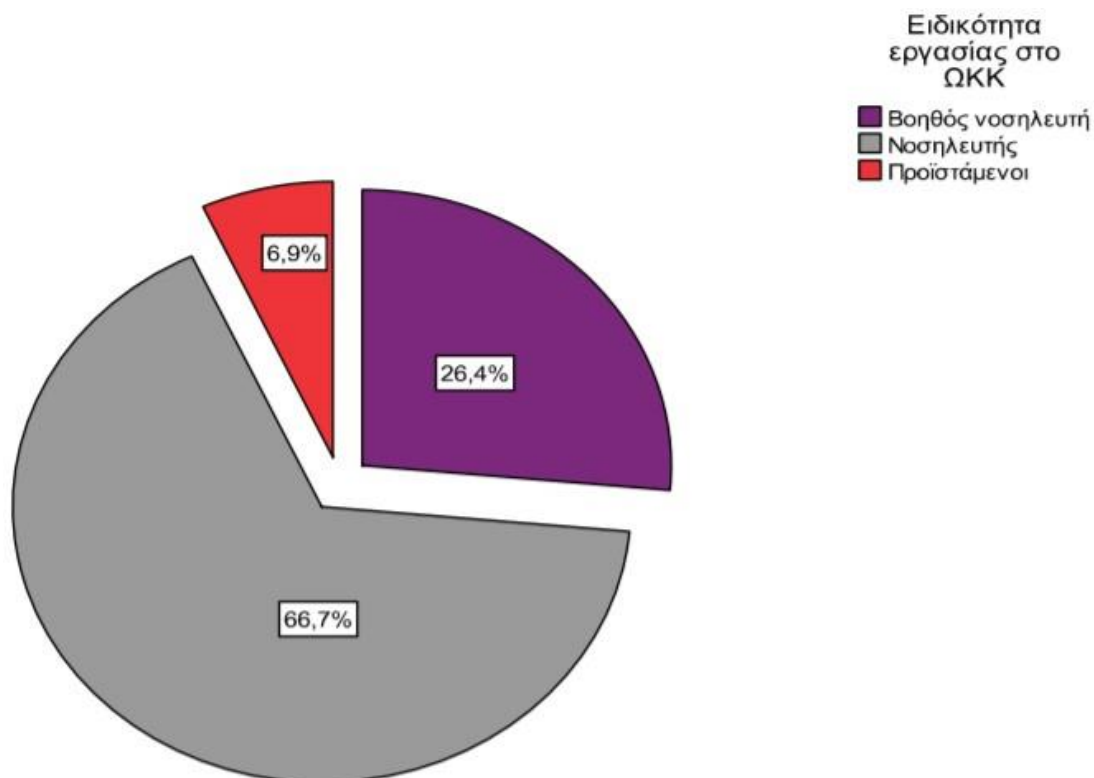


Το 2012 πραγματοποιήθηκε έρευνα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο από την Κελαϊδίτου, η οποία θέλησε να καταγράψει τόσο την οργανωσιακή κουλτούρα που κυριαρχεί εντός του νοσοκομείου όσο και την κουλτούρα που θα επιθυμούσαν οι εργαζόμενοι να αναπτυχθεί στον οργανισμό σε βάθος πενταετίας. Η διερεύνηση των ανωτέρω παραμέτρων έγινε χρησιμοποιώντας ως εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) (Κελαϊδίτου, 2012).

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από 98 άτομα από τα συνολικά 128 στα οποία διανεμήθηκαν αρχικά. Τα άτομα αυτά απασχολούνταν στη νοσηλευτική υπηρεσία, η οποία είναι και η «μεγαλύτερη υπηρεσία του νοσοκομείου» (Κελαϊδίτου, 2012:46). Ο δείκτης ανταπόκρισης άγγιξε το 76,6%. Το ποσοστό αυτό χαρακτηρίζεται ως ισχυρό, οπότε και τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν στο συνολικό πληθυσμό τον οποίο αφορά η έρευνα.

Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, η μέση ηλικία των ατόμων που ανταποκρίθηκαν στην ερευνητική προσπάθεια είναι τα 36,9 έτη, ενώ το 80,6 % των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Το 87,6% όλου του δείγματος ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ/ΤΕΙ/ΑΕΙ και η μέση προϋπηρεσία ήταν τα 15,5 έτη. Το 66,7% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος εργαζόταν σε κλινικό τμήμα σε ποσοστό 82,4% (Κελαϊδίτου, 2012:47).

Ακολουθεί γράφημα όπου απεικονίζεται η ειδικότητα των συμμετεχόντων.



**Εικόνα 6: Ποσοστιαία απεικόνιση συμμετοχής ειδικοτήτων (πηγή: Κελαϊδίτου, 2012:48)**

Ως προς τα αποτελέσματα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι απασχολούνται στο παρόν σε έναν οργανισμό, ο οποίος είναι οργανωμένος και ελεγχόμενος, λειτουργεί στη βάση επίσημων διαδικασιών, ενδιαφέρεται για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ωστόσο, δεν καλλιεργεί το ομαδικό κλίμα και τη δόμηση ανθρώπινων σχέσεων σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Για το μέλλον, δήλωσαν ότι θα ήθελαν έναν οργανισμό που να είναι πιο δυναμικός, να χαρακτηρίζεται περισσότερο ως προσωπικός χώρος και να είναι, αντίθετα, λιγότερο προσανατολισμένος στα αποτελέσματα, αλλά και λιγότερο ελεγχόμενος σε σχέση με το παρόν (Κελαϊδίτου, 2012).

Σε επίπεδο ηγεσίας, πιστεύουν ότι στο παρόν δίνεται έμφαση στην παραγωγικότητα και την ανάληψη ρίσκου, ενώ διατύπωσαν την επιθυμία, στο μέλλον, ο οργανισμός να είναι ένα πρότυπο καθοδήγησης, προστασίας και διευκόλυνσης και λιγότερο ένα παράδειγμα επιχειρηματικότητας, καινοτομίας και ανάληψης κινδύνου σε σύγκριση με την παρούσα κατάσταση. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες θα ήθελαν για το μέλλον λιγότερο ανταγωνισμό, περισσότερο ομαδικό πνεύμα, ενώ αναδεικνύουν την νομιμοφροσύνη, την αμοιβαία εμπιστοσύνη, τη δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη ως τον

επιθυμητό συνδετικό κρίκο εντός του οργανισμού, αποδίδοντας μικρότερη σημασία στα επιτεύγματα, την υλοποίηση στόχων και τους επίσημους κανόνες και πολιτικές (Κελαϊδίτου, 2012:51).

Επίσης, για τους συμμετέχοντες είναι σημαντικό ο οργανισμός να επενδύει στην ανάπτυξη των ανθρώπων και στην απόκτηση νέων πόρων, παρά στην ανταγωνιστικότητα, την επίτευξη αποτελεσμάτων και τη σταθερότητα, αξίες τις οποίες θεωρούν ότι προωθεί στο παρόν. Τέλος, οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι επιθυμούν για το μέλλον έναν οργανισμό που θα στηρίζει την επιτυχία του περισσότερο στην ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού του, την ομαδική εργασία, τη δέσμευση των εργαζομένων και την κοινωνική φροντίδα, παραγκωνίζοντας την επικράτηση στην αγορά, την υπερκέραση του ανταγωνισμού και την ανταγωνιστικότητα (Κελαϊδίτου, 2012:51).

Έπειτα, και αφού υπολογίστηκαν οι τέσσερις συνολικές βαθμολογίες που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο σαν μέσοι όροι των ερωτήσεων Α,Β,Γ και Δ, η ερευνήτρια κατέληξε σε κάποια αποτελέσματα αναφορικά με την παρούσα και μελλοντική κουλτούρα του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα στο ΩΚΚ, φαίνεται να συνυπάρχουν, στο παρόν, τα μοντέλα κουλτούρας Γραφειοκρατικό (Hierarchy culture) και Στόχων-Αποδοτικότητας (Market culture), με τους ερωτώμενους να δηλώνουν, επίσης, πως προτιμούν για το μέλλον υιοθέτηση περισσότερων στοιχείων από τα μοντέλα τόσο των Ανθρωπίνων Πόρων (Clan culture), όσο και του Ανοιχτού Συστήματος (Adhocracy culture), χωρίς, όμως, να απορρίπτεται η ασφάλεια και η σταθερότητα που προσφέρουν οι παγιωμένοι κανόνες του γραφειοκρατικού μοντέλου.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι, από τη συσχέτιση των τύπων κουλτούρας με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, με εξαίρεση την επαγγελματική ομάδα των βοηθών νοσηλευτών οι οποίοι φάνηκε ότι επιθυμούν λιγότερο στην κουλτούρα στόχων/αποδοτικότητας σε σχέση με τους νοσηλευτές. Μάλιστα, το ανωτέρω εύρημα χαρακτηρίζεται ως στατιστικά σημαντικό ( $p=0,001$ ).

Εξάγεται, λοιπόν, το συμπέρασμα ότι υπάρχει μερική διάσταση μεταξύ υπάρχουσας και επιθυμητής κουλτούρας εντός του οργανισμού, δίχως, ωστόσο, να παρουσιάζεται μια κυρίαρχη κουλτούρα τόσο για το παρόν όσο και για το μέλλον. Τέλος, η ερευνήτρια

θεωρεί ότι οι εργαζόμενοι προτιμούν για το μέλλον έναν οργανισμό ο οποίος συνταιριάζει στοιχεία από το Γραφειοκρατικό μοντέλο και το μοντέλο των Ανθρωπίνων Πόρων, επιβεβαιώνοντας έτσι τις ανταγωνιστικές κατευθύνσεις στις οποίες μπορεί να οδηγηθεί ένας σύγχρονος οργανισμός (Κελαϊδίτου, 2012).

Συνοψίζοντας, η ερευνήτρια διαπίστωσε ότι το ΩΚΚ είναι ένας οργανισμός ο οποίος λειτουργεί συντονισμένα, υιοθετώντας πρακτικές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας που στοχεύουν στην αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας. Ωστόσο, οφείλει να λάβει υπόψη του τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των εργαζομένων του αναφορικά με την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού, όπως εκφράζεται μέσα από την εργασία σε ομάδες, την καλλιέργεια εμπιστοσύνης και τη δημιουργία οικογενειακού κλίματος στο εσωτερικό του. Τα στελέχη, λοιπόν, δύναται να ενσωματώσουν στην κουλτούρα του οργανισμού αξίες που εκπορεύονται τόσο από το συμμετοχικό μοντέλο όσο και από το μοντέλο του ανοιχτού συστήματος χωρίς να απορρίπτουν τα θετικά στοιχεία του γραφειοκρατικού μοντέλου, όπως αναδείχθηκαν από τις απαντήσεις των εργαζομένων. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύεται ότι το ΩΚΚ θα βελτιωθεί ακόμη περισσότερο ως προς το εσωτερικό του περιβάλλον, ώστε να καταστεί «Κέντρο Αριστείας» υγείας τόσο στις καρδιές των Ελλήνων ασθενών του όσο και των εργαζομένων του (Κελαϊδίτου, 2012:76).

## 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα εργασία πραγματεύτηκε την έννοια και τη σημασία της οργανωσιακής κουλτούρας στους οργανισμούς περίθαλψης της χώρας όπως είναι τα νοσοκομειακά ιδρύματα. Η οργανωσιακή κουλτούρα αποδείχθηκε ότι είναι ένας παράγοντας εξαιρετικά σημαντικός για την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων, ενώ συνδέεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών και εργαζομένων.

Στο ελληνικό νοσοκομείο σήμερα καταγράφεται διάσταση μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας με τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας να συμφωνούν στην κυριαρχία του γραφειοκρατικού μοντέλου του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών στο παρόν, εντός των νοσοκομειακών οργανισμών, όπως τεκμηριώνεται εμπειρικά από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με αυτό το ζήτημα. Το συγκεκριμένο εύρημα απηχεί τη γενικότερη εθνική κουλτούρα της σταθερότητας και της αποφυγής της αβεβαιότητας όπως έχει παγιωθεί ιστορικά στην ελληνική πραγματικότητα.

Ωστόσο, θεμελιώνεται επίσης και μια τάση αλλαγής και μετάβασης προς ένα νέο μοντέλο κουλτούρας, το συμμετοχικό μοντέλο. Το εν λόγω μοντέλο δίνει έμφαση στην συνεργασία, την ελεύθερη επικοινωνία, την ανάληψη πρωτοβουλιών και στην ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού, ενώ αναδεικνύει τον καταλυτικό ρόλο που παίζει η μετασχηματιστική ηγεσία αλλά και η διαρκής εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να αφομοιωθούν οι θεμιτές στάσεις και συμπεριφορές στη νέα οργανωσιακή κατάσταση, ιδίως μέσω προσωπικής εμπλοκής σε γνωσιακό και συναισθηματικό επίπεδο αλλά και θετικής παρακίνησης, δομώντας σταδιακά έναν οργανισμό μάθησης.

Η αλλαγή κουλτούρας είναι μια έννοια πολυδιάστατη και χρονοβόρα, που χαρακτηρίζεται συνήθως από δυσκολία αποδοχής και αντίσταση των εργαζομένων. Ειδικά για τον χώρο της υγείας, η αλλαγή οφείλει να προσανατολιστεί στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών που θα βασίζονται στην διεπιστημονική προσέγγιση της ασθένειας και την ομαδική εργασία των διαφόρων ειδικοτήτων υγείας με σκοπό τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών πελατών ενός νοσοκομείου στοχεύοντας, παράλληλα, και στην οικονομική αποδοτικότητα. Για

να επιτευχθεί αυτό, προτείνεται η μετάβαση στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων του Πλαισίου Ανταγωνιστικών Αξιών, όπως έχει εμπλουτιστεί από τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η συγκεκριμένη πρόταση πιστεύεται ότι θα επαναπροσδιορίσει το δημόσιο νοσοκομείο προβάλλοντάς το ως έναν οργανισμό ο οποίος ανταποκρίνεται στις σύγχρονες κοινωνικές απαιτήσεις και μπορεί να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες προκλήσεις της εποχής με επιτυχία δίχως να λησμονεί την ευαίσθητη αποστολή του (hospital rebranding).

Εν τέλει, ο ανθρώπινος παράγοντας τίθεται στο επίκεντρο του οργανισμού και η οργανωσιακή κουλτούρα δομείται με τέτοιο τρόπο ώστε να προωθείται η ανοιχτή συνεργασία, η εργασιακή ικανοποίηση και η κάλυψη των απαιτήσεων του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο, το νοσοκομείο μετατρέπεται σε μια ανοιχτή και συνεργατική δομή από όλους για όλους, ένα πρότυπο δημοκρατικών αξιών και ποιοτικών αποτελεσμάτων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Acar, A.Z, Acar, P. (2014). Organizational Culture Types and their Effects on Organizational Performance in Turkish Hospitals. *Emerging Markets Journal*, 3:16-30.

Allscheid, S.P. (1995). Employee attitudes and customer satisfaction: making theoretical and empirical connections. *Personal Psychology*, 48:521-536.

Azzolini, E., Ricciardi, W., Gray, M. (2018). Healthcare organizational performance: why changing the culture really matters. *Annali dell' Istituto Superiore di Sanita*, 54(1):6-8.

Barrett, R. (2014). *Building Trust in your Team: The Trust Matrix*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: <<https://richardbarrettblog.net/2014/04/11/building-trust-in-your-team-the-trust-matrix/>> [Προσπελάστηκε στις 4 Δεκεμβρίου 2018].

Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: The Free Press.

Bass, B.M. (1998). *Transformational Leadership: Industrial, military and educational impact*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Beaumont, P.B. (1993). *Human Resource Management Key Concepts and Skills*. London: Sage Publications.

Bellou, V. (2007). Identifying employees' perceptions on organizational obligations: A comparison between the Greek public and private sector. *International Journal of Public Sector Management*, 20(7):608-621.

Bennis, W., Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.

Bercovici, D., Grandy, G., Mills, A.J. (2001). Organizational Culture as a Framework for Organizational analysis: Renewed fad or enduring heuristics? In: *Annual Conference*. Mount Allison: University Halifax.

Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.

Cameron, K., Quinn, R. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on competing values framework*. San Francisco: Jossey-Bass.

Cameron, J. (2004). A three-factor model of social identity. *Self and Identity*, 3(3):239-262.

Davies, H., Nutley, S., Mannion, R. (2000). Organizational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9(2):111-119.

Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: Institute of Technology-Center of Advanced Engineering Study.

Denison, D., Mishra, A. (1995). Toward a theory of organizational culture and effectiveness. *Organizational Science*, 6: 204-223.

Drucker, P.F. (1996). The Shape of Things to Come. *Leader to leader*, 1996(1):12-18.

Gavrilesco, L., Barbul, C. (2010). Assessment of the organizational culture of the county emergency hospitals. *Annals of Faculty of Economics, University of Oradea, Faculty of Economics*, 1(1):663-666.

Gerrish, K. (1999). Teamwork in primary care: an evolution of the contribution of integrated nursing teams. *Health Social Care Community*, 7:367-375.

Gjuraj, E. (2013). The importance of national cultural studies in the organizational context. *European Scientific Journal*, 9(11):160-180.



Glickman, S.W., Baggett, K.A., Krubert, C.G., Peterson, E.D., Schulman, K.A. (2007). Promoting Quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6):341-348.

Goleman, D. (1999). *Working with emotional intelligence*. London, UK: Bloomsbury.

Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A. (2002). *Primal leadership: realizing the power of emotional intelligence*. Boston: Harvard Business School Press.

Goodman, P.S., Atkin, R.S., Schoorman, F.D. (1983). On the demise of organizational effectiveness studies. In K.S. Cameron & D.A. Whetten (eds.). *Organizational effectiveness: A comparison of multiple models*. New York: Academic Press, Inc.

Grossman, M. (1972). *The demand of health: a theoretical and empirical investigation*. New York: National Bureau of Economic Research.

Gruenfeld, D.H., Mannix, E.A., Williams, K.Y., Neale, M.A. (1996). Group composition and decision making: how member familiarity and information distribution affect process and performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 67:1-15.

Handy, C. (1993). *Understanding Organizations*. London: Penguin.

Hatch, M. (1993). The dynamics of organizational culture. *Academy of Management Review*, 18(4):657-694.

Hatch, M.J. (1997). *Organizational Theory: Modern, Symbolic and Post Modern Perspectives*. UK: Oxford University Press.

Hofstede, G. (1983). Culture Dimensions: An Independent Validation Using Rokeach's Value Survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, December 15:417-433.

Hofstede, G. (1991). *Culture and Organizations. Software of the mind*. Maidenhead: McGrawHill.

Hofstede, G. (1994). Cultural constraints in management theories. *International Review of Strategic Management*, 5:27-48.

Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences. Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Hofstede Insights. (2018). Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/greece/>> [Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].

Howell, J.M., Frost, P.J. (1989). A Laboratory Study of Charismatic Leadership. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 43(2):243-269.

Kinghorn, B., et al. (2007). *Leadership roles and Organizational Environment: Relationships between competing values framework, leader roles and context for learning*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<http://www.swdsi.org/>> [Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].

Kotter, J.P. (2001). What Leaders Really Do. *Harvard Business Review*, 79:85-98.

Kotter, J.P., Cohen, D.S. (2002). *The Heart of Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Kouzes, J.M., Posner, B.Z. (1987). *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*. 1<sup>st</sup> edition. San Francisco: Jossey-Bass.

Kroeber, A.L., Kluckhohn, C.K.M., Mayer, A. (1963). *Culture: a critical review of concepts and definitions*. New York: Vintage Books.

Kwan, P., Walker, A. (2004). Validating the competing values model as a representation of organizational culture through inter-institutional comparisons. *International Journal of Organizational Analysis*, 12:21-39.

Lawrence, K.A., Lenk, P., Quinn, R. (2009). Behavioral complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire. *The Leadership Quarterly*, 20:87-102.

Lewin, A.Y., Minton, J.W. (1986). Determining Organizational Effectiveness: Another Look and an Agenda for Research. *Management Science*, 32(5):514-538.

Mannion, R., Davies, H., Marshall, M.N. (2005). Cultural characteristics of “high” and “low” performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 19(6):431-439.

Mayo, E. (1945). *Social Problems of an industrial civilization*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Meterko, M., Mohr, D.C., Young, G.J. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*, 42(5):492-498.

Mullins, L.J. (1999). *Management and organizational behavior*. 5<sup>th</sup> edition. Financial Times Prentice Hall.

OECD. (2014). *Migration Policy Debates and Briefs*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<http://www.oecd.org/migration/migration-policy-debates.htm>> [Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].

OECD/EU. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU cycle*. Paris: OECD Publishing.

O’Neill, R.M., Quinn, R. (1993). Editor’s note: Applications of the competing values framework. *Human Resource Management*, 32:1-7.

Oram, M., Wellins, R. (1995). *Re-engineering’s Missing Ingredient: The Human Factor*. London: Institute of Personnel and Development.

O’Reilly, C. (1989). Corporations, Culture and Commitment: Motivation and Social Control in Organizations. *California Management Review*, 31(4):9-25.

Ouchi, W., Wilkins, A. (1985). Organizational Culture. *Annual Reviews Inc*, 11:457-483.

Peters, T., Waterman, R. (1982). *In search of excellence: lessons from America's best-run companies*. New York: Harper & Row Publishers.

Pettigrew, A. (1979). On studying organizational culture. *Administration Science*, 24:570-581.

Pfeffer, J., O' Reilly, C.A. (2000). *Hidden Value: How Great Companies Achieve Extraordinary Results with Ordinary People*. Boston: Harvard Business School Press.

Quinn, R.E., Kimberly, J.R. (1984). Paradox, planning and perseverance: Guidelines for managerial practice. In Kimberly, J.R. and Quinn, R.E. (eds.). *Managing Organizational Transitions*, 295-313. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Rijamampianina, R. (1999). *Developing Core Competence through Multicultural Learning*. Universal Publishers.

Rovithis, M., Linardakis, M., Merkouris, A., Philalithis, A., (2016). Organizational culture of physicians on the island of Crete. *Archives of Hellenic Medicine*, 33(2):207-2016.

Sackmann, S.A. (1991). Uncovering Culture in Organizations. *Journal of Applied Behavioral Science*, 27(3):295-317.

Schein, E. (1992). Three cultures of management: the key to organizational learning. *Sloan Management Review*, 38(1):9-20.

Schein, E. (1996). Culture: The Missing Concept in Organizational Studies. *Administrative Science Quarterly*, 41:229-240.

Schein, E. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, CA: Jossey Bass A Wiley Imprint.

Schwartz, S.H., Boehnke, K. (2004). Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 38:230-255.

Williams, R. (1981). *Culture*. Glasgow: Fontana.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M (2003). The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Services Research*, 38(3):923-945.

Secretary of State for Health. (1989). *Working for Patients*. Διαθέσιμο στη Διεύθυνση <<https://navigator.health.org.uk/content/working-patients-1989>> [Προσπελάστηκε στις 3 Δεκεμβρίου 2018].

Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.

Shapiro, H.L. (1957). *Aspects of culture*. New Brunswick, USA: Rutgers University Press.

Shortell, S.M., Marsteller, J.A., Lin, M., Pearson, M.L., Wu, S., Mendel, P., Cretin, S., Rosen, M. (2004). The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. *Medical Care*, 42(11):1040-1048.

Tyagi, R.K., Cook, L., Olson, J., Belohlav, J. (2012). Healthcare technologies, quality improvement programs and hospital organizational culture in Canadian hospitals. *BMC Health Services Research*, 13:413.

Yukl, G. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15(2):251-289.

Yukl, G. (2002). *Leadership in organizations*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

## Ελληνόγλωσσα βιβλιογραφία

Ακριβοπούλου, Χ., Ανθόπουλος, Χ. (2015). *Εισαγωγή στο Διοικητικό Δίκαιο. Στοιχεία Διοικητικού Δικαίου και Διοικητικής Οργάνωσης του Κράτους*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<https://repository.kallipos.gr/handle/11419/2532>> [Πρόσβαση στις 8 Δεκεμβρίου 2018].

Αλεξιάδης, Δ., Σιγάλας, Ι. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Τόμος Δ. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αλμπάνης, Ε. (2005). *Ελλάδα και παγκοσμιοποίηση*. Αθήνα: Libro.

Βακόλα, Μ., Νικολάου, Ι. (2011). *Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Rosili.

Γκέκας, Α. (2012). *Προς ένα νέο μοντέλο ηγεσίας. Ο ηγέτης των βιώσιμων επιλογών*. Διπλωματική εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Γκολντστάιν, Τ. (2003). *Η Επιχείρηση χωρίς Δεσμά-Η Διαχείριση της Διαρκούς Αλλαγής*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Γούλα, Α. (2013). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Δημοσίου Νοσοκομείου: Παράγοντες Μετάβασης από το Γραφειοκρατικό σε ένα νέο Μοντέλο Διοίκησης*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμη στη διεύθυνση <<http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&lang=el&pid=iid:6343>> [Προσπελάστηκε στις 8 Δεκεμβρίου 2018].

Γούλα, Α. (2014). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. (2014). Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημοσίων νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(4):452-460.

Γούναρης, Σ., Καραντινού, Κ. (2015). *Μάρκετινγκ Υπηρεσιών*. 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Rosili.

Δερβιτσιώτης, Κ. (1993). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα: Σταμούλη.

Διανέοσις, ΕΔΚΕ. (2016). *Η πληθυσμιακή εξέλιξη της Ελλάδας (2015-2050). Συνοπτική Παρουσίαση των Αποτελεσμάτων*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <[https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/10/demographics\\_epiteliki\\_synopsi\\_14\\_10\\_16\\_final\\_version.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/10/demographics_epiteliki_synopsi_14_10_16_final_version.pdf)> [Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].

Διανέοσις, Σωτηρόπουλος, Δ., Χριστόπουλος, Λ. (2017). *Πολυνομία, Κακονομία και Γραφειοκρατία στην Ελλάδα. Ανάλυση Αποτυχιών του Παρελθόντος και Προτάσεις Βελτιωτικών Παρεμβάσεων*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <[https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2017/12/Polynomia\\_Main\\_UPD\\_41217.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2017/12/Polynomia_Main_UPD_41217.pdf)> [Προσπελάστηκε στις 3 Δεκεμβρίου 2018].

Δρακάκη, Κ. (2016). *Η επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών*. Δημοσιευμένη Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2016). *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2016*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<http://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE35/->> [Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. (2018). *Η ελληνική οικονομία και απασχόληση*. Ετήσια Έκθεση 2018. Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2):223-240.

Καπετανέας, Ν. (2016). *Παράγοντες οργανωσιακής κουλτούρας στα γραφεία προμηθειών των νοσοκομείων του ΕΣΥ της Ελλάδας που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος προμηθειών*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Διαθέσιμη στη διεύθυνση <[https://www.didaktorika.gr/eadd/browse?type=author&order=ASC&sort\\_by=2&rpp=20&value=Kapetaneas%2C+Nikolaos+G.](https://www.didaktorika.gr/eadd/browse?type=author&order=ASC&sort_by=2&rpp=20&value=Kapetaneas%2C+Nikolaos+G.)> [Προσπελάστηκε στις 3 Δεκεμβρίου 2018].

Καστανιώτη, Α., Σιουρούνη, Ε., Μαυριδόγλου, Γ., Πολύζος, Ν. (2011). Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1):70-78.

Κελαϊδίτου, Θ. (2012). *Αξιολόγηση Οργανωσιακής Κουλτούρας Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διαθέσιμη στη διεύθυνση < <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/6145>> [Προσπελάστηκε στις 9 Δεκεμβρίου 2018].

Κέφης, Β. (2005). *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Κριτική.

Κέφης, Β. (2014). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. 2<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Κριτική.

Κόντης, Θ. (1994). *Διοικητική Ψυχολογία, Η ψυχολογία των ανθρωπίνων και εργασιακών σχέσεων*. Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή.

Κοντοδημόπουλος, Ν. (2018). *Σημειώσεις Διαλέξεων στο μάθημα των Οικονομικών Υγείας*. Ταύρος: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Krugman, P., Obstfeld, M., Melitz, M. (2016). *Διεθνής Οικονομική Θεωρία και Πολιτική*. 4<sup>η</sup> βελτιωμένη έκδοση. Αθήνα: Κριτική.

Κυριόπουλος, Γ. (2017). *Υγεία και Ιατρική Περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαδόπουλος.



Μακρίδης, Σ. (2008). *Ο ρόλος της οργανωτικής κουλτούρας στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων από τις δημόσιες επιχειρήσεις*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμη στη διεύθυνση

<<http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&lang=el&pid=iid:557>>

[Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].

Μακρυδημήτρης, Α., Πραβίτα, Μ.Η. (2012). *Διοικητική Επιστήμη Ι: Δημόσια Διοίκηση Στοιχεία Διοικητικής Οργάνωσης*. Ε΄ έκδοση. Αθήνα: Σάκκουλα.

Μεσσήνης, Ν. (2017). *Η οργανωσιακή κουλτούρα στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο της Κέρκυρας*. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμη στη διεύθυνση <<https://apothesis.eap.gr/handle/repo/36320?mode=full>> [Προσπελάστηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2018].

Μουμτζόγλου, Α. (2018). *Σημειώσεις διαλέξεων στο μάθημα Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Ταύρος: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Β΄ έκδοση. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.

Μπέλιας, Δ. (2015). *Ηγεσία, οργανωσιακή κουλτούρα και επαγγελματική ικανοποίηση εργαζομένων σε τραπεζικό οργανισμό*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Διαθέσιμη στη διεύθυνση <<https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/36931>> [Προσπελάστηκε στις 8 Δεκεμβρίου 2018].

Μπουλούγαρη, Κ., Ασημακοπούλου, Β. (2018). *Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο Εργαστηρίου Βελτίωση Δεξιοτήτων Επικοινωνίας, Συνεργασίας, Διαχείρισης Συγκρούσεων και Κρίσεων «Χτίζοντας Εμπιστοσύνη»*. Ταύρος: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Μπένου.

Μπουραντάς, Δ. (2005). *Ηγεσία*. Αθήνα: Κριτική.

N. 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 143Α/7-10-1983).

N. 2017/1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 123Α/15-7-1992).

N. 2012/1992. Κύρωση συμβάσεων μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος «Κοινοφελές Ίδρυμα Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης» και ίδρυση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ». *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 28Α/27-0-1992).

N. 2194/1994. Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (ΕΣΥ). *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 34Α/16-3-1994).

N. 2519/1997. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 165Α/21-8-1997).

N. 2880/2001. Πρόγραμμα «Πολιτεία» για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 9Α/30-1-2001).

N. 2889/2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 37Α/2-3-2001).

N. 3106/2003. Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 30Α/10-2-2003).

N. 3230/2004. Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 44Α/11-2-2004).

N. 3329/2005. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 81Α/4-4-2005).

N. 3527/2007. Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 25Α/9-2-2007).

N. 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 21Α/21-2-2016).

N. 4369/2016. Εθνικό Μητρώο Επιτελικών Στελεχών Δημόσιας Διοίκησης, βαθμολογική διάρθρωση θέσεων, συστήματα αξιολόγησης, προαγωγών και επιλογής προϊσταμένων (διαφάνεια, αξιοκρατία και αποτελεσματικότητα της Δημόσιας Διοίκησης) και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 33Α/27-2-2016).

N. 4565/2018. Κύρωση σύμβασης δωρεάς μεταξύ του Κοινοφελούς Ιδρύματος «ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ. Σ. ΩΝΑΣΗΣ», του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (Ω.Κ.Κ.) και του Ελληνικού Δημοσίου και λοιπές διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. (ΦΕΚ 173Α/2-10-2018).

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2002). *Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Παντελής, Μ. (2018). *Εγχειρίδιο Συνταγματικού Δικαίου*. 4<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Α.Α. Λιβάνης.

Παπαγεωργίου, Α. (2011). *Οργανωσιακή Συμπεριφορά στο Δημόσιο Νοσοκομειακό Τομέα. Παράγοντες Υλοποίησης Αλλαγών για τη Βελτίωση της Λειτουργίας των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων*. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμη στη διεύθυνση <<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/31588#page/1/mode/2up>> [Προσπελάστηκε στις 8 Δεκεμβρίου 2018].

Παπαδάκης, Β. (2016). *Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία*. Τόμος Α΄. 7<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Μπένου.

Ροβίθης, Μ. (2016). *Μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας των ιατρών, νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας σε κέντρα υγείας και νοσοκομεία της Κρήτης*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Διαθέσιμο στη διεύθυνση <[https://www.didaktorika.gr/eadd/browse?type=author&order=ASC&sort\\_by=2&rpp=50&value=%CE%A1%CE%BF%CE%B2%CE%AF%CE%B8%CE%B7%CF%82%2C+++%CE%9C%CE%B9%CF%87%CE%B1%CE%AE%CE%BB+%CE%9D.>](https://www.didaktorika.gr/eadd/browse?type=author&order=ASC&sort_by=2&rpp=50&value=%CE%A1%CE%BF%CE%B2%CE%AF%CE%B8%CE%B7%CF%82%2C+++%CE%9C%CE%B9%CF%87%CE%B1%CE%AE%CE%BB+%CE%9D.>)

[Προσπελάστηκε στις 28 Νοεμβρίου 2018].

Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ., Σούλης, Σ. (2003). Το Νοσοκομείο-Επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, Καινοτομία, Νεωτερικότητα. *Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών*, 3:31-52.

Sullivan, E., Decker, P. (2009). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Γκιούρδας.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. (2018). Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<http://www.onasseio.gr/>> [Προσπελάστηκε στις 24 Νοεμβρίου 2018].

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας. (2018). Διαθέσιμο στη διεύθυνση <<https://www.haf.gr/structure/gea-2/251gna/>> [Προσπελάστηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2018].



Ε.Π.  
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
ΤΟΜΕΑ**  
ΥΠΟΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)  
Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάρος  
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479  
[www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)