



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΕΣΣΗΝΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ: ΠΡΟΤΥΠΑ, ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΕΣΣΗΝΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

**ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ
ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ:
ΠΡΟΤΥΠΑ, ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΙΝΗ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Επιβλέπων Καθηγητής:

Επίκουρος Καθηγητής Ιθακήσιος Δ. Διονύσιος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



MASTER OF SCIENCE IN
HEALTH MANAGEMENT



MESSINI PARASKEVI

The staffing of public hospitals: standards,
organizations and current reality.

Supervisor Professor:
Dr Ithakisios D. Dionysios

Study for the acquisition of
M.Sc. in Health Management

Piraeus, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η συγγραφή μιας διπλωματικής εργασίας αποτελεί για κάθε μεταπτυχιακό φοιτητή πηγή γνώσης και εμπειρίας γύρω από το γνωστικό αντικείμενο που πραγματεύεται και τον βοηθά να κατανοήσει και να ενσωματωθεί στο περιβάλλον στο οποίο συνειδητά επέλεξε να υπηρετήσει επαγγελματικά.

Για τη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιστημονικό υπεύθυνο που επέβλεψε την εργασία μου Δρ. Διονύσιο Δ. Ιθακήσιο, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια του, για την εμπιστοσύνη στο πρόσωπο μου, την υπομονή του καθ' όλο το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε για την ολοκλήρωση της εργασίας, καθώς και για τις σημαντικές συμβουλές και παρατηρήσεις του.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές, οι οποίοι κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος μου μετέδωσαν πολύτιμη γνώση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διανύοντας μια περίοδο κατά την οποία η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει επιφέρει σημαντικές μειώσεις στον προϋπολογισμό του τομέα της υγείας με μειώσεις σε μισθούς, απολύσεις, κλείσιμο μονάδων περίθαλψης, περιορισμό στις υπηρεσίες φροντίδας, κλείσιμο ολόκληρων νοσοκομείων και συγχωνεύσεις νοσοκομείων τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το ζήτημα της στελέχωσης των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων εμφανίζεται στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό, αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο ορισμό η διαδικασία της στελέχωσης περιλαμβάνει τη σαφή και συστηματική διαδικασία προσδιορισμού της αριθμητικής και ποιοτικής σύνθεσης του προσωπικού, που απαιτείται για την εξασφάλιση της παροχής φροντίδας προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών και σε συγκεκριμένο περιβάλλον. Το επαρκές, αριθμητικά και ποιοτικά, προσωπικό συμβάλλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στην υγεία βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Πρωταρχικός σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γίνει αντιληπτός ο καθοριστικός ρόλος της στελέχωσης των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων στην οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα πρότυπα και οι οργανισμοί και γίνεται προσπάθεια διεξοδικής αναφοράς στην πραγματική κατάσταση που επικρατεί σήμερα.

Προκειμένου να αναλυθεί ο ρόλος της στελέχωσης των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων η εργασία διαιρείται σε 4 ενότητες. Στην 1^η ενότητα καθορίζονται τα πρότυπα στελέχωσης της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της διοικητικής και της τεχνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων. Στη 2^η ενότητα γίνεται εκτενής αναφορά στους οργανισμούς και τις μορφές αυτών, παρουσιάζονται ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία για το ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα από το 1980 έως το 2000 και εξετάζεται το θέμα της ποιότητας φροντίδας υγείας σε σχέση με τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας και οι αρνητικές επιπτώσεις από την έλλειψη προσωπικού. Στην 3^η ενότητα γίνεται εκτενής αναφορά στην κατάσταση που επικρατεί σήμερα, γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της υφιστάμενης κατάστασης για τον προσδιορισμό πιθανών αποκλίσεων από τα διεθνή πρότυπα, μέσα από τυχαία

επιλογή ορισμένων νοσοκομείων και με τη χρήση στατιστικών δεικτών υγείας. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η στελέχωση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι επαρκής τουλάχιστον αριθμητικά και χωρίς ιδιαίτερες αποκλίσεις από τα διεθνή πρότυπα. Τέλος, γίνεται αναφορά σε σημαντικές αλλαγές που πρέπει να γίνουν για τη σωστή λειτουργία των νοσοκομείων και σε τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : στελέχωση, νοσοκομείο, πρότυπα, οργανισμοί υγείας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

The staffing of public hospitals: standards, organizations and current reality.

Messini Paraskevi

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr Ithakisios D. Dionysios

ABSTRACT

Covering a period while the global economic crisis has brought about significant reductions in the budget of the health sector through reductions in wages, layoffs, closures of care units, limiting care services, closure of entire hospitals and hospital mergers, both in Greece and in other countries of European Union, the issue of staffing in public hospitals is emerging, bringing intense research, but also of practical interest. According to a widely used definition the process of staffing includes a clear and systematic process of determining the numerical and qualitative composition of staff required to ensure the standards of care defined in a group of patients and in particular environment. Sufficient numerically and qualitatively staff helps to develop and improve the health level of the population, as the employment situation in health is connected with the improvement of health population.

The primary objective of this paper is to understand the key role of staffing in public hospitals in the organization and operation of the health system. Furthermore, models and organizations are presented and a reference to the actual situation today is being attempted.

In order to analyze the role of the staffing of public hospitals, this paper is divided into four sections. In the first section, manning standards of medical, nursing, administrative and technical services of hospitals are established. In the second section, there is a detailed report on organizations and their forms, there are presented quantitative and qualitative data on human resources in health services in Greece from 1980 to 2000 and dealt with the issue of quality health care in relation to the staffing of health services and the negative impact of the lack of staff. In the third section, there is a detailed report on the situation today and it is attempted an approach of the current situation to identify possible deviations from international standards, through random selection of certain hospitals and using statistical health indicators. The conclusion is that the staffing of public hospitals is sufficient at least numerically

without specific deviations from international standards. Finally, reference is made to significant changes to be made for the proper functioning of hospitals and how to overcome the problem of lack of nursing staff.

KEY WORDS: public health, health organizations, hospital, staffing, health staffing standards

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 1
1.1 Ορισμός Νοσοκομείου	σελ. 1
1.2 Οργάνωση - Όργανα Διοίκησης - Δομή Νοσοκομείου	σελ. 3
1.2.1 Διοικητικά Όργανα	σελ. 4
1.2.2 Επιστημονικά Όργανα	σελ. 7
1.2.3 Διοικητικό – Επιστημονικά Όργανα	σελ. 8
1.3 Η Διάρθρωση του Νοσοκομείου	σελ. 12
1.4 Οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου	σελ. 13
1.4.1 Η Ιατρική Υπηρεσία	σελ. 15
1.4.2 Η Νοσηλευτική Υπηρεσία	σελ. 20
1.4.3 Η Διοικητική Υπηρεσία	σελ. 24
1.4.4 Η Τεχνική Υπηρεσία	σελ. 28
1.5 Η διασύνδεση του νοσοκομείου με τις άλλες μονάδες του συστήματος υγείας	σελ. 30
1.6 Στελέχωση	σελ. 33
1.6.1 Έννοια – Σκοπός – Λογική	σελ. 33
1.6.2 Διαδικασίες Στελέχωσης	σελ. 33
1.6.3 Στάδια Σχεδιασμού της Λειτουργίας της Στελέχωσης	σελ. 34
1.6.4 Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού-Πρόβλεψη αναγκών	σελ. 35
1.6.5 Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών	σελ. 37
1.6.6 Προγραμματισμός αναγκών και πλήρωση θέσεων προσωπικού	σελ. 38
1.6.7 Ειδικότητες στο νοσοκομείο	σελ. 39
1.6.8 Τρόπος πλήρωσης θέσεων προσωπικού	σελ. 42
1.6.9 Τοποθέτηση υπαλλήλου	σελ. 44
1.6.10 Εξέλιξη προσωπικού	σελ. 44
1.6.11 Υπηρεσία Προσωπικού	σελ. 47
1.6.12 Όργανα διοίκησης Νοσοκομείου	σελ. 52
1.6.13 Σύνθεση Νοσηλευτικού Προσωπικού	σελ. 58
1.6.14 Υπολογισμός αριθμού και συνθέσεως νοσηλευτικού προσωπικού - Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών - Παγκόσμια Εικόνα ICN/AFN	σελ. 61
2. ΠΡΟΤΥΠΑ	σελ. 64

2.1 Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας	σελ. 64
2.1.1 <i>Εφημερίες ετοιμότητας</i>	σελ. 66
2.1.2 <i>Μικτή Εφημερία</i>	σελ. 67
2.2 Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων	σελ. 68
2.2.1 <i>Προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης (professional judgement approach)</i>	σελ. 68
2.2.2 <i>Μέθοδος αριθμού νοσηλευτών ανά κρεβάτι (nurses per occupied bed method)</i>	σελ. 71
2.2.3 <i>Μέθοδος συσχέτισης βαρύτητας-ποιότητας (acuity-quality method)</i>	σελ. 71
2.2.4 <i>Μέθοδος χρονικού προσδιορισμού της κάθε δραστηριότητας (time-task/activity approach)</i>	σελ. 75
2.2.5 <i>Σχέση πληθυσμού προς νοσηλευτικό προσωπικό</i>	σελ. 75
2.2.6 <i>Πρότυπα καλής υπηρεσίας</i>	σελ. 75
2.2.7 <i>Καθορισμός αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού σε εθνικό επίπεδο ή ένα ίδρυμα</i>	σελ. 76
2.2.8 <i>Μοντέλα παλινδρόμησης (regression models)</i>	σελ. 79
2.2.9 <i>MEDICUS – GRASP – ARIC</i>	σελ. 80
2.2.10 <i>Χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας</i>	σελ. 82
2.2.11 <i>Ισοδύναμα πλήρους απασχόλησης</i>	σελ. 83
2.2.12 <i>Σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού</i>	σελ. 87
2.2.13 <i>Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού</i>	σελ. 88
2.2.14 <i>Προγραμματισμός</i>	σελ. 88
2.2.15 <i>Αυτοστελέχωση και προγραμματισμός</i>	σελ. 89
2.2.16 <i>Επικουρικό προσωπικό</i>	σελ. 90
2.2.17 <i>Εσωτερικές πηγές προσωπικού</i>	σελ. 90
2.2.18 <i>Εξωτερικές πηγές προσωπικού</i>	σελ. 91
2.2.19 <i>Αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού</i>	σελ. 91
2.2.20 <i>Πλαίσιο στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών</i>	σελ. 92
2.3 Στελέχωση της Διοικητικής Υπηρεσίας	σελ. 92
2.4 Στελέχωση της Τεχνικής Υπηρεσίας	σελ. 94
2.5 Πρόγραμμα Υπηρεσίας/Πρόγραμμα Εργασίας	σελ. 95
3. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ	σελ.101
3.1 Μορφές Οργανισμών Υγείας	σελ.101
3.1.1 <i>Νοσοκομεία</i>	σελ.102

3.1.2	Φορείς μακροχρόνιας φροντίδας	σελ.102
3.1.3	Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	σελ.103
3.1.4	Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας	σελ.103
3.1.5	Φορείς προσωρινής εξυπηρέτησης	σελ.103
3.1.6	Διαχειριζόμενοι οργανισμοί υγείας (<i>managed health care organizations</i>)	σελ.103
3.2	Παραδοσιακές δομές οργανισμού	σελ.105
3.3	Δομές προσανατολισμένες προς τις σχέσεις	σελ.107
3.4	Ανασχεδιασμός (job redesign)	σελ.108
3.5	Αναδιάρθρωση (restructuring)	σελ.109
3.6	Αναδόμηση (reengineering)	σελ.110
3.7	Νοσοκομεία με ειδική διάκριση	σελ.112
3.8	Διαφορές γενεών	σελ.112
3.9	Στελεχιακό δυναμικό των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας	σελ.114
3.10	Ρόλοι και λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας	σελ.117
3.11	η ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	Εγγύησ σελ.118
3.12	που θεσμοθέτησαν ποσοστά ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης	Χώρες σελ.119
3.13	ωση από διπλωματούχους νοσηλευτές	Στελέχ σελ.123
3.14	ηριστικά Προϊστάμενου	Χαρακτ σελ.126
3.15	ρόλος του Προϊστάμενου στην πρόληψη συγκρούσεων	Ο σελ.126
3.16	άστατη Επιστημονική Ομάδα	Πολυδι σελ.127
3.17	ομάδας	Έργο σελ.127
3.18	ς και σύνθεση ομάδας	Μέγεθο σελ.128

3.19	Τα
διοικητικά στελέχη ως ηγέτες ομάδων	σελ.129
3.20	Έλλειψ
η Προσωπικού και Επιπτώσεις	σελ.129
3.20.1 <i>Συσχέτιση στελέχωσης υπηρεσιών υγείας με δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας - Ερευνητικά αποτελέσματα</i>	σελ.131
3.20.2 <i>Η συσχέτιση του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας με τη θνησιμότητα ασθενών</i>	σελ.133
3.21	Εργασι
ακό περιβάλλον : προβλήματα και αντιμετώπιση τους	σελ.137
3.21.1 <i>Υπερκόπωση : Συνέπειες και Αντιμετώπιση</i>	σελ.140
3.21.2 <i>Κυκλικό ωράριο – Επιπτώσεις στην υγεία</i>	σελ.141
3.21.3 <i>Επαγγελματική εξουθένωση : Πρόληψη και Αντιμετώπιση</i>	σελ.141
3.21.4 <i>Έντονο άγχος στον χώρο εργασίας και αντιμετώπιση</i>	σελ.142
3.21.5 <i>Εξασφάλιση καλών συνθηκών εργασίας</i>	σελ.144
3.22	Επαγγε
λματική ικανοποίηση	σελ.145
3.23	Ο
ρόλος των διοικητικών στελεχών στην υλοποίηση της αλλαγής	σελ.146
3.24	Ο
ρόλος του νοσηλευτή στο σύγχρονο σύστημα υγείας	σελ.148
3.25	Οι
προκλήσεις για τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας	σελ.148
4 ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	σελ.150
4.1 Κίνηση εξωτερικών ασθενών	σελ.150
4.1.1 <i>Κέντρα Υγείας</i>	σελ.150
4.1.2 <i>Νοσοκομεία</i>	σελ.152
4.2 Κίνηση εσωτερικών ασθενών	σελ.156
4.3 Στελέχωση - Ανθρώπινοι Πόροι	σελ.160
4.3.1 <i>Κέντρα Υγείας</i>	σελ.160
4.3.2 <i>Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά</i>	σελ.161
4.3.3 <i>Νοσοκομεία</i>	σελ.166
4.4 Αποτελέσματα της μελέτης των Πολύζος και συν, 2011	σελ.169
4.4.1 <i>Σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του ΕΣΥ</i>	σελ.169

4.4.2	<i>Σχετικά με Νοσοκομεία του ΕΣΥ</i>	σελ.170
4.5	Μελέτη περιπτώσεων : Υφιστάμενη κατάσταση – Αποκλίσεις	σελ.171
4.5.1	<i>Γενικό Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα</i>	σελ.172
4.5.2	<i>Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο (Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και Ν. Αφροδίσιων & Δερματικών Νόσων</i>	σελ.177
4.5.3	<i>Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας</i>	σελ.181
5	ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ.185
6	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	σελ.189
6.1	Παράρτημα 1: ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘ. 3839/2010 Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια – Σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.) και λοιπές διατάξεις.	σελ.189
6.2	Παράρτημα 2: Αποτελέσματα έρευνας των Πολύζος και συν, 2000 σχετικά με τα προσόντα στελεχών στις διοικητικές και στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995), τα έτη υπηρεσίας στελεχών νοσοκομείων ΕΣΥ (1995), τα επιπλέον προσόντα στελεχών υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1995), την απασχόληση υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, τους κάτοικοι ανά ιατρό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1960,1970, 1980, 1992), την αναλογία κλινών ανά ιατρό (Κ/Γ), νοσηλευτή (Κ/Ν), λοιπό προσωπικό (Κ/Λ) και σύνολο προσωπικού (Κ/Σ) στα γενικά νοσοκομεία (1993) και συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού Διευθύνσεων Υγείας Νομαρχιών Ελλάδας (1995)	σελ.214
6.3	Παράρτημα 3: ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. 4024/2011 Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015	σελ.222
6.4	Παράρτημα 4: ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. 4052/2012 Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος	

και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις σελ.227

6.5 Παράρτημα 5: Ενοποίηση νοσοκομείων σελ.243

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.250

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. Βαθμολογική κλίμακα προσωπικού βάσει Νόμου 4024/2011 σελ.45
2. Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΠΕ σελ.46
3. Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΤΕ σελ.46
4. Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΔΕ σελ.46
5. Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΥΕ σελ.46
6. Διοικητικές και τεχνικές δεξιότητες σελ.56
7. Καταμερισμός χρόνου κατά δραστηριότητα ανά επίπεδο διοίκησης σελ.56
8. Ώρες εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσηλευτικό τμήμα εικοσιτετράωρης λειτουργίας σελ.70
9. Βήματα μεθόδου συσχέτισης βαρύτητας – ποιότητας σελ.74

10. Επίπεδο φροντίδας και στελέχωσης των ΜΕΘ	σελ.84
11. Ιατρικό προσωπικό ΜΕΘ στην έρευνα των Μυριανθούς και συν, 2001	σελ.84
12. Νοσηλευτικό Προσωπικό ΜΕΘ στην έρευνα των Μυριανθούς και συν, 2001	σελ.85
13. Βοηθητικό Προσωπικό ΜΕΘ έρευνα των Μυριανθούς και συν, 2001	σελ.86
14. Ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (1980-2000)	σελ.114
15. Καλιφόρνια (ΗΠΑ) – Αναλογίες Νοσηλευτών ανά Ασθενή	σελ.120
16. Βικτώρια Αυστραλίας – Αναλογίες Νοσηλευτών ανά Ασθενή	σελ.121
17. Επίπεδα νοσηλευτικής στελέχωσης σε Αμερική και Αυστραλία	σελ.121
18. Κατώτατα επίπεδα στελέχωσης σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Παιδιατρικών Νοσηλευτών	σελ.122
19. Κίνηση εξετασθέντων και αριθμός εξετάσεων στα Κέντρα Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ. (2009-2010)	σελ.150
20. Κίνηση εξωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία (2009-2010)	σελ.153
21. Κίνηση εξωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά μέγεθος Νοσοκομείου κατά το έτος 2010	σελ.155
22. Νοσηλευτική κίνηση εσωτερικών ασθενών Νοσοκομείων 2009-2010	σελ.156
23. Κίνηση εσωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία (2010) ανά κατηγορία μεγέθους Νοσοκομείου	σελ.157
24. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας & ποσοστό κάλυψης κλινών (2009 - 2010)	σελ.157
25. Εργαστηριακές εξετάσεις – Χειρουργεία (2009 - 2010)	σελ.158
26. Αναλογία ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού & σύνολο προσωπικού ανά κλίνη στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ	σελ.158
27. Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά, 2010	σελ.161
28. Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά, 2010	σελ.162
29. Κάλυψη οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ.	σελ.164
30. Κατανομή πληθυσμού, δομών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. (Στοιχεία Απογραφής Πληθυσμού, ΕΣΥΕ, 2001)	σελ.165
31. Κατανομή Νοσοκομείων - ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά, 2010	σελ.167
32. Ιατρικό προσωπικό ανά Δ.Υ.ΠΕ., 2010	σελ.167

33. Νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομειακό τομέα του ΕΣΥ, 2010	σελ.168
34. Λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομειακό τομέα του ΕΣΥ, 2010	σελ.168
35. Προσόντα στελεχών στις διοικητικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995)	σελ.214
36. Προσόντα στελεχών στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995)	σελ.215
37. Έτη υπηρεσίας στελεχών νοσοκομείων ΕΣΥ (1995)	σελ.216
38. Επιπλέον προσόντα στελεχών υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1995)	σελ.217
39. Η απασχόληση υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση	σελ.217
40. Κάτοικοι ανά ιατρό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1960,1970, 1980, 1992)	σελ.218
41. Αναλογία κλινών ανά ιατρό (Κ/Γ), νοσηλεύτη (Κ/Ν), λοιπό προσωπικό (Κ/Λ) και σύνολο προσωπικού (Κ/Σ) στα γενικά νοσοκομεία (1993)	σελ.219
42. Συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού Διευθύνσεων Υγείας Νομαρχιών Ελλάδας (1995)	σελ.220
43. Βαθμολογική κλίμακα προσωπικού βάσει Νόμου 4024/2011	σελ.222
44. Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς- Κατηγορία ΠΕ	σελ.224
45. Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς – Κατηγορία ΤΕ	σελ.225
46. Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς – Κατηγορίας ΔΕ	σελ.225
47. Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς – Κατηγορία ΥΕ	σελ.225
48. Κατάλογος νοσοκομείων ΕΣΥ κατόπιν των ενοποιήσεων	σελ.243

1. Γενικό και ειδικό περιβάλλον ενός οργανισμού	σελ.2
2. Γενικό οργανόγραμμα νοσοκομείου	σελ.14
3. Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας	σελ.19
4. Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	σελ.23
5. Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας	σελ.27
6. Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Τεχνικής Υπηρεσίας	σελ.29
7. Παράγοντες που επηρεάζουν τη δομή των οργανισμών	σελ.31
8. Ιεραρχική διάρθρωση διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών	σελ.51
9. Επίπεδα διοίκησης	σελ.53
10. Κάθετη Οργάνωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών	σελ.57
11. Οριζόντια Οργάνωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών	σελ.57
12. Παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση της νοσηλευτικής διοίκησης	σελ.58
13. Πλαίσιο νοσηλευτικής στελέχωσης και έκβασης των ασθενών	σελ.99
14. Παράγοντες που επηρεάζουν πολιτικές νοσηλευτικής στελέχωσης	σελ.100
15. Δεξιότητες – ικανότητες των διοικητικών στελεχών και επίπεδο διοίκησης	σελ.124
16. Μοντέλο των δεξιοτήτων – ικανοτήτων σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Οργανισμό των Διευθυντικών Νοσηλευτικών Στελεχών (AONE, 2008)	σελ.125
17. Κύκλος αλληλεπιδρώντων παραγόντων της εργασίας	σελ.145

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

1. Μέση νοσηλευτική κάλυψη πολυδύναμων ΜΕΘ	σελ.85
2. Λόγος νοσηλευτών προς ασθενείς	σελ.86

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1. Εξωτερικοί ασθενείς 2009-2010	σελ.154
----------------------------------	---------

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

AFN: American Federation of Nurses

AONE: American Organization of Nurse Executives

HMOs: Health Maintenance Organizations

ICN: International Council of Nurses

ΚΥΑΤ: Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου

M.Sc.: Master Science

PhD: Doctor of Philosophy

POS: Point of Service Plans

PPOs: Preferred Provider Organizations

WTE: Whole Time Equivalent

Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε: Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

ΑΔΕΔΥ: Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων

ΑΙ: Απογευματινά Ιατρεία

ΑΣΕΠ: Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού

ΓΝ: Γενικό Νοσοκομείο

Δ.Σ.: Διοικητικό Συμβούλιο

Δ.Υ.ΠΕ: Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών

ΔΕ: Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Ε.Δ.Ε.: Ένορκη Διοικητική Εξέταση

Ε.Κ.Α.Β: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Ε.Κ.Δ.Δ.Α.: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

Ε.Σ.Δ.Δ.: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης

Ε.Σ.Δ.Δ. : Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης

Ε.Σ.Τ.Α.: Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Ε.Σ.Τ.Α.: Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Ε.Σ.Υ.ΚΑ: Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ε.Τ.Χ.Σ.: Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας

Ε.Υ.Π.: Εθνικής Υπηρεσίας Πληροφοριών

ΕΙ.Σ.Ε.Π.: Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων

ΕΟΠΥ : Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΠΙ: Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία

ΕΣΔΥ: Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΕΝΘΥΑΕ: Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας
ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Υ.: Κέντρο Υγείας
ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών
ΚΕ.Σ.Υ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΕΦΙΑΠ: Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
ΜΑΦ: Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΨΑ: Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠ: Νοσηλευτικό Προσωπικό
ΟΤΑ: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ι.: Περιφερειακό Ιατρείο
ΠΕ: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης
ΠΕ.ΣΥ.Π: Περιφερειακό Σύστημα Υγείας – Πρόνοιας
ΠΠΙ: Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΕΠ: Σύνδεσμος Ελλήνων Προμηθευτών Επιστημών και Υγείας
ΤΕ: Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
ΤΕΙ: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΤΕΠ: Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών
Υ.Υ.Κ.Α.: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΥΕ: Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

ΦΕΚ: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

ΦΠΥΥΚΑ: Φορέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγυης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύει τη διαδικασία της στελέχωσης ως αναγκαία, απαραίτητη και καθοριστική στην οργάνωση και τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του οποίου εξαρτώνται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού.

Ο εθνικός στρατηγικός σχεδιασμός στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί κρίσιμο εγχείρημα στην επίτευξη εθνικών στόχων σχετικών με την αντιμετώπιση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η ανάπτυξη του αποτελεί σύγχρονη πρόκληση για τους διαμορφωτές της πολιτικής και του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις πληθυσμιακές ανάγκες, τις απαιτήσεις των υπηρεσιών, στους κοινωνικούς, πολιτικούς, γεωγραφικούς, τεχνολογικούς και οικονομικούς παράγοντες, ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή που παρατηρείται παγκόσμια οικονομική ύφεση.

1.1 Ορισμός νοσοκομείου

Το νοσοκομείο στην εποχή της επικράτησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της βιογενετικής αποτελεί το θεμελιώδη δομικό λίθο του Συστήματος Υγείας. (Σούλης, 1994) Αποτελεί το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Παράλληλα, είναι το κέντρο ανάπτυξης έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας. Το νοσοκομείο, με την άσκηση της εν λόγω πολιτικής, αποτελεί συνέχεια και συμπληρωματικός μηχανισμός του συστήματος εκπαίδευσης, σε κάθε χώρα, για τα επαγγέλματα υγείας.

Το νοσοκομείο αποτελεί ένα μεγάλο οργανωμένο κοινωνικό κέντρο, στο οποίο ένας μεγάλος αριθμός ατόμων σχηματίζουν διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Οι ομάδες αυτές πρέπει να εργαστούν, αλλά και να συνεργαστούν μεταξύ τους για να εκπληρώσουν τους αντικειμενικούς σκοπούς του νοσοκομείου, οι οποίοι είναι:

1. Η παροχή, στο πλαίσιο και στην έκταση της διάθρωσης, της ιατρικής υπηρεσίας : πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα

από κοινωνική, οικονομική ή επαγγελματική κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες Εθνικού Συστήματος Υγείας

2. Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας
3. Η εφαρμογή προγραμμάτων, ειδίκευση συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών και νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων
4. Ο προγραμματισμός
5. Η επιλογή και τοποθέτηση κατάλληλου και ανάλογου προσωπικού
6. Η προμήθεια επαρκούς υλικού και εξοπλισμού
7. Η σωστή λειτουργία με βάση την οργάνωση

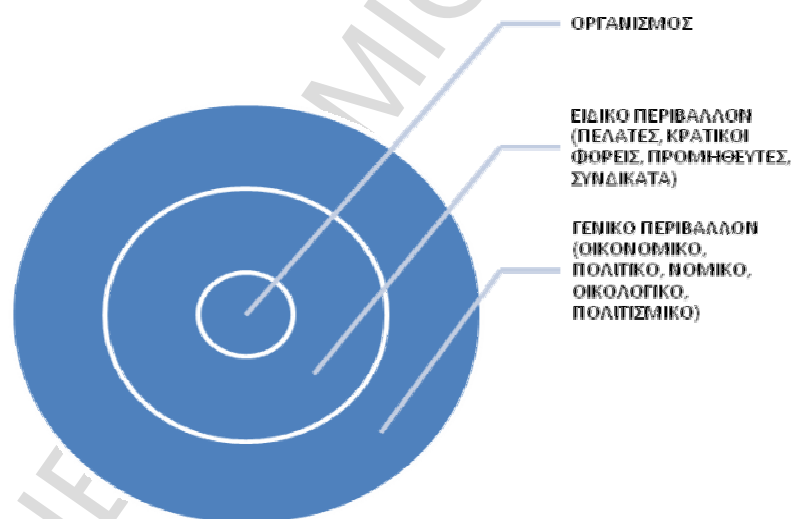
Οι σκοποί μπορούν να παραμένουν ως έχουν τεθεί εξαρχής ή αναθεωρούνται ή τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Συνεπώς, η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται, επιβλέπεται και αξιολογείται διαρκώς και συστηματικά.

Κάθε οργανισμός υγείας (νοσοκομείο) για να λειτουργήσει σωστά και να εκπληρώσει τους σκοπούς του, θα πρέπει αρχικά να βασίζεται σε ένα σύστημα διοίκησης, το οποίο να περιλαμβάνει τις βασικές αρχές διοίκησης, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Στην οργάνωση και δομή του νοσοκομείου
- Στην συμπεριφορά των ανθρώπων που απαρτίζουν τον οργανισμό
- Στη μέτρηση του βαθμού επιτυχίας των σκοπών του οργανισμού

ΣΧΗΜΑ 1

Γενικό και ειδικό περιβάλλον ενός οργανισμού



1.2 Οργάνωση - Όργανα Διοίκησης - Δομή Νοσοκομείου

Τα νοσοκομεία είναι νομικά πρόσωπα δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου. Εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, ανεξάρτητα από τον φορέα στον οποίο ανήκουν.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε:

- ιδιωτικά και δημόσια, ανάλογα με τον φορέα στον οποίο ανήκουν
- μικρά – μεσαία και μεγάλα, ανάλογα με το μέγεθος τους, δηλαδή τον αριθμό των κλινών που διαθέτουν
- γενικά και ειδικά, ανάλογα με τις ειδικότητες που διαθέτουν

Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες, ενώ τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκουν, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν κυρίως ανάγκες του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Τα όργανα που απαρτίζουν ή που συνιστούν την ιεραρχική διοικητική πυραμίδα στο Δημόσιο Νοσοκομείο μπορούν να διακριθούν, λόγω της υψηλής επιστημονικής νοσοκομειακής λειτουργίας, σε αμιγώς διοικητικά και σε επιστημονικά όργανα που έχουν διοικητικές ευθύνες.

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου.

Τα Διοικητικά Όργανα του Νοσοκομείου είναι:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο
- Ο Διοικητής
- Ο Αναπληρωτής Διοικητής
- Οι Διευθυντές των 4 Διευθύνσεων του Νοσοκομείου
- Οι Διευθυντές των επιμέρους τμημάτων της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Οι Υποδιευθυντές των Διευθύνσεων του Νοσοκομείου

Τα Επιστημονικά Όργανα του Νοσοκομείου είναι:

- Το Επιστημονικό Συμβούλιο

Άλλα Διοικητικό – Επιστημονικά Όργανα του Νοσοκομείου είναι:

- Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο
- Η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων
- Η Νοσηλευτική Επιτροπή
- Η Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας

1.2.1 Διοικητικά Όργανα

Το Διοικητικό Συμβούλιο

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, σύμφωνα με το Ν.3329/05, άρθρο 7, είναι 7μελές για Νοσοκομεία μέχρι 399 οργανικές κλίνες και 9μελές για Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες.

Μέλη Διοικητικού Συμβουλίου:

- Ο Διοικητής του Νοσοκομείου ως Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου
- Τρία μέλη σε Νοσοκομεία έως 399 οργανικές κλίνες και τέσσερα μέλη σε Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους
- Ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου, σε νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, με αναπληρωτή του το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας
- Ένας εκπρόσωπος των ιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του, από τους ιατρούς ΕΣΥ και τους ιατρούς μέλη ΔΕΠ, που υπηρετούν στο Νοσοκομείο
- Ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με αναπληρωτή του τον αρχαιότερο Διευθυντή Νοσηλευτικού Τομέα
- Ένας εκπρόσωπος του λοιπού, πλην των ιατρών ΕΣΥ, προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του από το λοιπό, πλην των ιατρών ΕΣΥ, προσωπικό του Νοσοκομείου

Αρμοδιότητες Διοικητικού Συμβουλίου

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου εγκρίνει :

- Το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης, καθώς και το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου

- Την ανέγερση, επέκταση του Νοσοκομείου ή τη δημιουργία, μείωση, συγχώνευση των τμημάτων του
- Τον οργανισμό, τον ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων, τον συνολικό προϋπολογισμό, καθώς και τον ετήσιο προϋπολογισμό των εφημεριών, το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών, τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων
- Τις προτάσεις για αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων και την αποδοχή δωρεών του Νοσοκομείου
- Την ετήσια έκθεση πεπραγμένων
- Τη χορήγηση πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού

Επειδή το Διοικητικό Συμβούλιο στην καθημερινή του λειτουργία ασχολείται κυρίως με το έργο της διεύθυνσης του νοσοκομείου παρά με την διοίκηση του οργανισμού, επιβάλλεται η άμεση λειτουργία του θεσμού του Γενικού Διευθυντή, στον οποίο πρέπει να ανατεθούν ουσιαστικές και συντονιστικές αρμοδιότητες, έτσι ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική συμβολή του στην διαχείριση του νοσοκομείου, αλλά και στην αξιολόγηση του έργου και της απόδοσης του από το Διοικητικό Συμβούλιο.

Με αυτόν τον τρόπο το Διοικητικό Συμβούλιο θα είναι σε θέση να ασκεί τις στρατηγικές του λειτουργίες οι οποίες είναι:

1. Ο σχεδιασμός της συνολικής πολιτικής του νοσοκομείου
2. Η επιλογή των υπηρεσιών που θα παρέχονται και των αλλαγών που μπορεί να απαιτούνται με τον χρόνο
3. Η παρακολούθηση της συνολικής απόδοσης του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανόμενη της οικονομικής διαχείρισης
4. Η μεταβίβαση των εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στον Γενικό Διευθυντή
5. Η δημιουργία των κατάλληλων μηχανισμών που θα επιτρέπουν στο προσωπικό να επηρεάζει την λειτουργία του νοσοκομείου

Ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου διορίζεται, συνήθως, από τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας, προΐσταται όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο.

Αρμοδιότητες του Διοικητή:

- Η οργάνωση, ο συντονισμός, ο έλεγχος και η εύρυθμη λειτουργία όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, των κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σε αυτό
- Η επεξεργασία και η αξιολόγηση όλων των προτάσεων και αιτημάτων των Υπηρεσιών και του προσωπικού
- Η υποβολή προς έγκριση, στο Διοικητή της αρμόδιας ΔΥΠΕ, της επαναπροκήρυξης θέσεων ιατρών του ΕΣΥ
- Η τοποθέτηση των Προϊστάμενων των Τμημάτων και Γραφείων του Νοσοκομείου, καθώς και οι μετακινήσεις του προσωπικού εντός των διοικητικών ορίων της ευθύνης του
- Η παρακολούθηση σε μηνιαία βάση και η ορθή εκτέλεση του προϋπολογισμού
- Η εκπροσώπηση του Νοσοκομείου δικαστικώς
- Η συγκρότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου
- Η εκτέλεση όλων των αρμοδιοτήτων που του ανατίθενται από τον Διοικητή της αρμόδιας ΔΥΠΕ
- Η άσκηση ιεραρχικού ελέγχου
- Η εκπροσώπηση του νοσοκομείου σε όλες τις εκδηλώσεις του

Οι κάτωθι αρμοδιότητες ασκούνται από τον Αναπληρωτή Διοικητή, εφόσον υφίσταται, διαφορετικά υπόκεινται και αυτές στον Διοικητή.

Αρμοδιότητες Αναπληρωτή Διοικητή:

- Ο συντονισμός των θεμάτων πληροφορικής και μηχανογράφησης
- Η παρακολούθηση των θεμάτων έρευνας και εκπαίδευσης του προσωπικού
- Η πιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών
- Ο συντονισμός των θεμάτων που σχετίζονται με την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων
- Η μέριμνα για τη σύνταξη του ετήσιου προγράμματος εφημεριών, καθώς και των μηνιαίων προγραμμάτων τους μετά από εισήγηση των Διευθυντών των αντίστοιχων Υπηρεσιών
- Η παρακολούθηση και ο έλεγχος της λίστας αναμονής ασθενών και ο καθορισμός των κριτηρίων διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α

- Η απόφαση για την κατανομή των χειρουργικών τραπεζιών μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Η εισήγηση για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη χρηματοδοτούμενων, από εξωτερικούς φορείς, ερευνητικών προγραμμάτων στο Διοικητή της ΔΥΠΕ

1.2.2 Επιστημονικά Όργανα

Το Επιστημονικό Συμβούλιο

Σε κάθε Νοσοκομείο σύμφωνα με το Ν.3329/05, άρθρο 7, συνίσταται 9μελές Επιστημονικό Συμβούλιο.

Μέλη Επιστημονικού Συμβουλίου:

- Δύο ιατροί με βαθμό Διευθυντή, οι οποίοι εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς του Νοσοκομείου, με τους αναπληρωτές τους
- Ένας ιατρός με βαθμό Αναπληρωτή Διευθυντή, ο οποίος εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές ιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του (ο όρος «Αναπληρωτής Διευθυντής» έχει καταργηθεί, ισχύει ο όρος «Διευθυντής»)
- Ένας ιατρός με βαθμό Επιμελητή Α, ο οποίος εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Α του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του
- Ένας ιατρός με βαθμό Επιμελητή Β, ο οποίος εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Β του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του
- Ένας επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρός, κατηγορίας ΠΕ
- Ένας επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρός, κατηγορίας ΤΕ με βαθμό τουλάχιστον Α, ο οποίος εκλέγεται από όλους τους μη ιατρούς υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ αντίστοιχα, που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία
- Ένας ειδικευόμενος ιατρός, ο οποίος εκλέγεται από όλους τους ειδικευόμενους ιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του
- Ένας Νοσηλευτής ΠΕ με βαθμό Α και ελλείπει αυτού ένας Νοσηλευτής ΤΕ ή μαία ή επισκέπτρια υγείας με βαθμό Α, ο οποίος εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές και μαίες του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του

Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου.

Αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου:

- Η κατάρτιση και εισήγηση του ετήσιου και μηνιαίου προγράμματος εφημεριών των ιατρών των Τομέων και Τμημάτων του Νοσοκομείου και την υποβολή του στον Αναπληρωτή Διοικητή
- Η συγκρότηση και παρακολούθηση της δραστηριότητας επιστημονικών επιτροπών του Νοσοκομείου
- Η οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων
- Η οργάνωση και η ενημέρωση της κλασικής και ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου
- Η εισήγηση, προς τον Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επιμέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού

1.2.3 Διοικητικό – Επιστημονικά Όργανα

Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο

Συνίσταται σε κάθε υπηρεσία με απόφαση του αρμόδιου Υπουργού και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κατ' εξαίρεση, επιτρέπεται η σύσταση περισσότερων συμβουλίων όταν αυτό επιβάλλεται από ειδικότερους υπηρεσιακούς λόγους. Σε περίπτωση σύστασης περισσότερων υπηρεσιακών συμβουλίων στην ίδια υπηρεσία ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την πράξη σύστασης τους, καθορίζεται η αρμοδιότητα καθενός από αυτά. Κάθε υπηρεσιακό συμβούλιο αποτελεί ιδιαίτερη αρχή. Τα υπηρεσιακά συμβούλια λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια. Σύμφωνα με τον υπαλληλικό κώδικα του 2006 τα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημόσιων υπηρεσιών και των Ν.Π.Δ.Δ. είναι 5μελή. (Υπουργείο Εσωτερικών (2006), Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του υπαλληλικού κώδικα)

Μέλη Υπηρεσιακού Συμβουλίου:

- Ένας μόνιμος υπάλληλος, ο οποίος ορίζεται πρόεδρος του υπηρεσιακού συμβουλίου και εκλέγεται μεταξύ 5 εν ενεργεία προϊστάμενων Διεύθυνσης, οι

οποίοι υπάγονται στην αρμοδιότητα του υπηρεσιακού συμβουλίου και έχουν τον περισσότερο χρόνο άσκησης καθηκόντων προϊστάμενου Διεύθυνση

- Δύο μόνιμους υπαλλήλους με βαθμό Α και με άσκηση καθηκόντων προϊστάμενου τμήματος ενός τουλάχιστον έτους, οι οποίοι εκλέγονται μεταξύ αυτών που υπάγονται στην αρμοδιότητα του υπηρεσιακού συμβουλίου και υπηρετούν στην έδρα του. Σε περίπτωση που ο αριθμός των υπηρετούντων στην έδρα του υπηρεσιακού συμβουλίου δεν επαρκεί για την συγκρότηση του, ορίζονται υπάλληλοι που υπηρετούν εκτός έδρας
- Δύο αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με βαθμό Α

Τα μέλη του υπηρεσιακού συμβουλίου ορίζονται ή εκλέγονται αντίστοιχα με ισάριθμους αναπληρωτές και ορίζονται για θητεία δύο ετών που αρχίζει από την 1^η Ιανουαρίου με απόφαση που εκδίδεται κατά το Δεκέμβριο του προηγούμενου έτους. Κατά τη διάρκεια της διετίας απαγορεύεται η αντικατάσταση μελών, εκτός αν συντρέχουν αποδεδειγμένα σοβαροί υπηρεσιακοί ή προσωπικοί λόγοι.

Αρμοδιότητες Υπηρεσιακού Συμβουλίου:

- Η τοποθέτηση υπαλλήλου σε θέση αντίστοιχη της προκήρυξης και των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων
- Οι άδειες υπηρεσιακής εκπαίδευσης των υπαλλήλων του Νοσοκομείου
- Οι μεταθέσεις υπαλλήλων
- Οι αποσπάσεις υπαλλήλων
- Οι μετατάξεις από κλάδο σε κλάδο της ίδιας κατηγορίας
- Οι μετατάξεις σε κλάδο ανώτερης κατηγορίας
- Οι μετατάξεις σε άλλο υπουργείο ή δημόσια υπηρεσία Ν.Π.Δ.Δ.
- Οι προαγωγές των υπαλλήλων
- Η επιλογή των προϊστάμενων των τμημάτων
- Η επιβολή οποιασδήποτε πειθαρχικής ποινής

Η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων

Συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου και μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου σε κάθε Νοσοκομείο.(Υ1/οικ4234 (2001), Συγκρότηση Επιτροπών Νοσοκομειακών Λοιμώξεων στα νοσοκομεία, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, ΦΕΚ 733/Β/13-6-2001)

Η Νοσηλευτική Επιτροπή

Συγκροτείται σε κάθε Νοσοκομείο.

Μέλη Νοσηλευτικής Επιτροπής:

- Ο Διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας
- Ένας προϊστάμενος τμήματος από κάθε τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας
- Ένας διπλωματούχος νοσηλευτικού τμήματος από κάθε τομέα

Αρμοδιότητες Νοσηλευτικής Επιτροπής

- Η γνωμοδότηση και η εισήγηση στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου για κάθε θέμα που αφορά στην οργάνωση και στη λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας

Με την υπ' αριθμόν 53080/05 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισήχθη η εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία στα Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής. Στόχος της μεταρρυθμιστικής αυτής απόφασης είναι η ενεργοποίηση και λειτουργία όλων των Νοσοκομείων σε καθημερινή βάση με εναλλασσόμενη μορφή ως Νοσοκομεία Πρωινής Λειτουργίας και ως Νοσοκομεία Κύριας Εφημερίας. (Υπ.Απ.53080(2005), Εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων λεκανοπεδίου Αττικής και άλλες ρυθμίσεις, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Μέλη Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας

- Ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου
- Ο Συντονιστής Εφημερίας του Νοσοκομείου
- Οι Διευθυντές των Τομέων
- Η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κατά την πρωινή λειτουργία ή η εφημερεύουσα προϊσταμένη του Νοσοκομείου κατά την κύρια εφημερία 16ωρη ή 24ωρη

Αρμοδιότητες Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας

- Η προετοιμασία, η παρακολούθηση και η λήξη της εφημερίας με αποτίμηση της κατάστασης των διαθέσιμων κλινών και της λειτουργίας του Νοσοκομείου σε

σχέση με την αντιμετώπιση των έκτακτων και τακτικών περιστατικών κατά τη διάρκεια της πρωινής λειτουργίας ή της κύριας εφημερίας

- Η ενημέρωση της λίστας αναμονής των ασθενών από το Γραφείο Κίνησης σε καθημερινή βάση
- Ο έλεγχος των αδειών εξόδων των ασθενών για οικογενειακούς λόγους
- Η αξιολόγηση, ο συντονισμός της εσωτερικής διακίνησης των ασθενών σε τμήματα χωρίς πληρότητα και η δυνατότητα της «φιλοξενίας» ασθενών, που μπορούν να εισαχθούν και να παραμείνουν έως 48 ώρες σε κενό κρεβάτι μέχρι να διατεθούν κλίνες σε τομέα αντίστοιχο με την διαγνωσμένη κατηγορία πάθησης
- Η ενημέρωση του Υπουργείου σχετικά με τον αριθμό νοσηλευόμενων ανά τμήμα και με τη δυσκολία διάθεσης κλινών
- Η καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύονται σε συγκεκριμένο τμήμα για διάστημα άνω των 4 μηνών με ειδική αναφορά συνοδευόμενη από αιτιολογημένη έκθεση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου προς το Υπουργείο
- Η καθημερινή ενημέρωση του ΕΚΑΒ για διαθέσιμες κλίνες των ΜΕΘ
- Η ανάρτηση σε μηνιαία βάση της κατάστασης των εφημερευόντων ιατρών
- Η ορθολογική κατανομή και διαχείριση των κλινών των ΜΕΘ
- Η καθημερινή ενημέρωση του Υπουργείου και του ΕΚΑΒ για τις διαθέσιμες κλίνες των ΜΕΝΝ
- Η οργάνωση και λειτουργία Υπηρεσίας Υποδοχής Έκτακτων Περιστατικών στο ΤΕΠ ή στα εξωτερικά ιατρεία
- Η ενημέρωση του ΕΚΑΒ, από την προηγούμενη ημέρα, σχετικά με την μετακίνηση ασθενών σε άλλο Νοσοκομείο ή άλλο Ίδρυμα Πρόνοιας

Έχει συγκροτηθεί, στο Υπουργείο Υγείας, Επιτροπή Παρακολούθησης Εφημερίας για τον τακτικό και έκτακτο έλεγχο του συνολικού συστήματος εφημεριών στα Νοσοκομεία του νομού Αττικής. Η Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας υποχρεούται δύο φορές την ημέρα να αποστέλλει στην Επιτροπή «Έντυπο Ετοιμότητας Εφημερίας».

Η άσκηση της διοικητικής λειτουργίας του Νοσοκομείου υπόκειται σε αυστηρούς περιορισμούς από τις Δ.Υ.ΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών), πρώην ΠΕ.ΣΥ.Π (Περιφερειακό Σύστημα Υγείας – Πρόνοιας), περιφερειακό όργανο, το οποίο συντονίζεται σε Εθνικό Επίπεδο από το ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών).

Τα θέματα για τα οποία η Διοίκηση του Νοσοκομείου οφείλει να συνεργάζεται , να προγραμματίζει και να σχεδιάζει με τις Δ.Υ.ΠΕ είναι τα εξής:

- Η κατάρτιση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης για την παροχή και αναβάθμιση των νοσοκομειακών υπηρεσιών
- Η κατάρτιση του επιχειρησιακού σχεδίου αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών
- Ο συνολικός ετήσιος προγραμματισμός των προσλήψεων προσωπικού
- Η έγκριση του προϋπολογισμού, ισολογισμού και απολογισμού
- Η έγκριση του προγράμματος προμηθειών
- Η έγκριση της δημιουργίας, μείωσης ή συγχώνευσης μονάδων ή τμημάτων
- Η έγκριση της ανέγερσης, επέκτασης, αναδιάταξης και ανακατανομής των κτιριακών και λοιπών υποδομών
- Η έγκριση της σκοπιμότητας και του τρόπου χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια υλικών και καθορισμού του φορέα διενέργειας του διαγωνισμού
- Η έγκριση του ύψους της επιχορήγησης για την κάλυψη του κόστους των εφημεριών και των ωρών υπερωριακής απασχόλησης του προσωπικού
- Ο έλεγχος νομιμότητας των πράξεων του νοσοκομείου
- Η έγκριση της ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων του νοσοκομείου πριν την υποβολή της στον Υπουργό Υγείας
- Η έγκριση για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων

1.3 Η Διάρθρωση του Νοσοκομείου

Με βάση το Προεδρικό Διάταγμα 87/1986 θεσμοθετήθηκε ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης του νοσοκομείου και στην συνέχεια καταρτίστηκαν οι οργανισμοί του. Όλα τα νοσοκομεία, σύμφωνα με τον οργανισμό τους, οργανώνονται, λειτουργούν και ορίζεται:

- η επωνυμία τους
- η νομική τους μορφή
- η κατηγορία στην οποία ανήκουν
- το επίπεδο περίθαλψης
- η γεωγραφική κάλυψη υγειονομικών αναγκών
- οι υπηρεσίες τους
- η διάρθρωση τους

1.4 Οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου

Κάθε νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις ισάξιες υπηρεσίες – διευθύνσεις:

- I. την Ιατρική Υπηρεσία
- II. την Νοσηλευτική Υπηρεσία
- III. την Διοικητική Υπηρεσία
- IV. την Τεχνική Υπηρεσία

Αν και αυτές οι υπηρεσίες είναι ισότιμες, χαρακτηρίζονται από ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση και υπάγονται στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

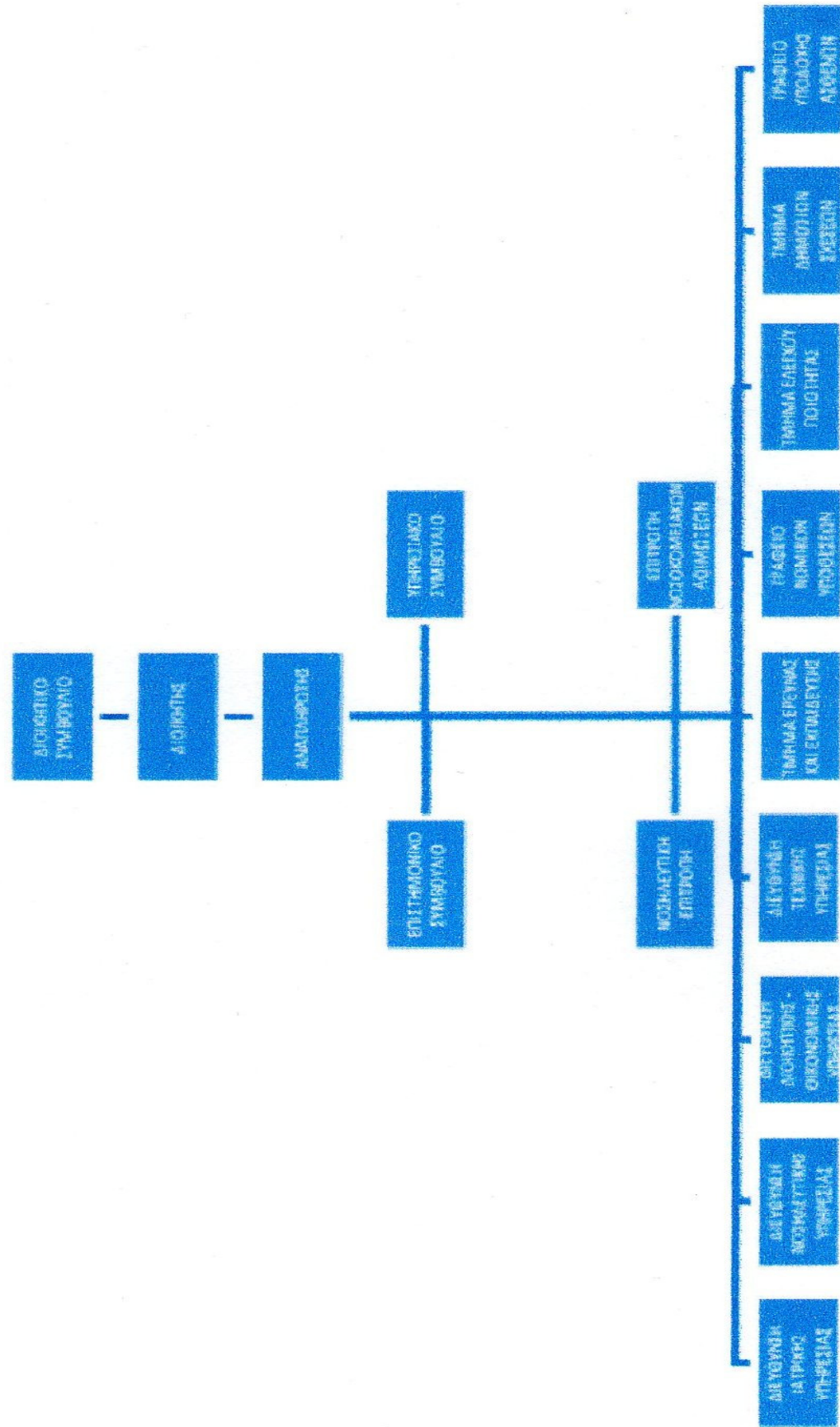
Εκτός από τις τέσσερις βασικές υπηρεσίες – διευθύνσεις, σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται αυτοτελή τμήματα και γραφεία, τα οποία υπάγονται κατευθείαν στο Διοικητή του νοσοκομείου και τα οποία είναι :

1. το τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
2. το γραφείο νομικών υποθέσεων
3. το τμήμα ελέγχου ποιότητας
4. το γραφείο δημοσίων σχέσεων και επικοινωνίας με τον πολίτη
5. το γραφείο υποδοχής ασθενών

Σύμφωνα με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης τίθενται γενικοί συντελεστές για τον καθορισμό της δύναμης, της αριθμητικής σύνθεσης του προσωπικού κατά βαθμό και κλάδο, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις όλων, της αναλογίας κλινών και τμημάτων για την υποστήριξη και προώθηση των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.(Θεοδώρου και συν, 2001)

ΣΧΗΜΑ 2

Γενικό οργανόγραμμα νοσοκομείου



ΠΑ,

1.4.1 Η Ιατρική Υπηρεσία

Οι υπεύθυνοι της Ιατρικής Υπηρεσίας και οι αρμοδιότητες τους καθορίζονται από το Ν.2889/2001. Προϊσταται ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας με κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της υπηρεσίας και τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Ο συντονισμός του έργου των τμημάτων των διαφόρων Τομέων της Διεύθυνσης
- Η εισήγηση του προγράμματος και του ωραρίου λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων
- Η εισήγηση του προγράμματος των εφημεριών του ιατρικού και επιστημονικού προσωπικού
- Η εισήγηση για τη χορήγηση οποιασδήποτε μορφής άδειας
- Ο έλεγχος δυσλειτουργιών της υπηρεσίας

(Ν/2889 (2001), Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001)

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται στους παρακάτω τομείς:

- Παθολογικός Τομέας
- Χειρουργικός Τομέας
- Ψυχιατρικός Τομέας ή Τομέας Ψυχικής Υγείας
- Εργαστηριακός Τομέας
- Άλλα Διατομεακά Τμήματα

Ανάλογα με το μέγεθος και τη δύναμη των κλινών του νοσοκομείου μπορούν να αναπτυχθούν:

- Παιδιατρικός Τομέας
- Τομέας Απεικόνισης

Σε κάθε τομέα προϊσταται ο Διευθυντής του Τομέα, ο οποίος είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της λειτουργίας των τμημάτων.

Αρμοδιότητες Διευθυντή Ιατρικού Τομέα:

- Ο συντονισμός της λειτουργίας των τμημάτων
- Η εποπτεία και ο έλεγχος της εφαρμογής των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του τομέα

- Η κατάρτιση και η εισήγηση του προϋπολογισμού του τομέα λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των Διευθυντών των τμημάτων
- Η απόφαση για την κατανομή των χειρουργικών τραπεζιών
- Η αξιολόγηση και η συμμετοχή στη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού του τομέα

Η διάρθρωση ενός Ιατρικού Τομέα σε τμήματα

Παράδειγμα : Παθολογικός Τομέας:

- Ογκολογικό
- Ακτινοθεραπείας
- Χημειοθεραπείας
- Γαστρεντερολογικό
- Ρευματολογικό
- Δερματολογικό
- Αλλεργιολογικό
- Αιματολογικό
- Νεφρολογικό
- Καρδιολογικό
- Νευρολογικό

Κάθε Τομέας της Ιατρικής Υπηρεσίας αναπτύσσει εξειδικευμένα τμήματα ή κλινικές, όπου προϊστανται Ιατροί Διευθυντές ή άλλοι επιστήμονες της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή.

Αρμοδιότητες Διευθυντή Ιατρικού Τμήματος:

- Ο συντονισμός της λειτουργίας όλου του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού), που εργάζεται στο τμήμα
- Η εισήγηση και η παρακολούθηση της εκτέλεσης του προϋπολογισμού του τμήματος
- Η σύνταξη του απολογισμού και η ετήσια έκθεση πεπραγμένων
- Ο έλεγχος της τήρησης του ωραρίου του ιατρικού και λοιπού προσωπικού
- Η εποπτεία και ο έλεγχος της εφαρμογής των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων

Διάρθρωση του Ιατρικού Τμήματος (δύναμη 45 κλινών)

- 1 Διευθυντής Ιατρός
- 4 Αναπληρωτές Διευθυντές Ιατροί
- 6 Επιμελητές Α
- 2 Επιμελητές Β
- 23 Ειδικευόμενοι Ιατροί
- 1 Νοσηλεύτρια Προϊσταμένη τμήματος
- 1 Αναπληρώτρια Προϊσταμένη τμήματος
- 1 ΠΕ Νοσηλεύτρια
- 5 ΤΕ Νοσηλεύτριες
- 6 ΔΕ Νοσηλεύτριες
- 1 ΥΕ Βοηθός Θαλάμου
- 2 Τραυματιοφορείς
- 5 Τραπεζοκόμες
- 3 Καθαρίστριες
- 1 Διοικητικός Υπάλληλος

Σε κάθε νοσοκομείο δημιουργούνται Διατομεακά Τμήματα – Μονάδες για την εξυπηρέτηση όλων των τομέων.

Διατομεακά Τμήματα:

- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- Επείγοντα Περιστατικά
- Βραχείας Νοσηλείας
- Κατ' οίκον Νοσηλείας
- Υγιεινής της Εργασίας

Πανεπιστημιακές κλινικές

Σε ορισμένα νοσοκομεία λειτουργούν Πανεπιστημιακές κλινικές, ειδικές μονάδες και εργαστήρια, τα οποία αποτελούν οργανικά τμήματα και εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας. Στελεχώνονται από ιατρούς και άλλους επιστήμονες του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου.

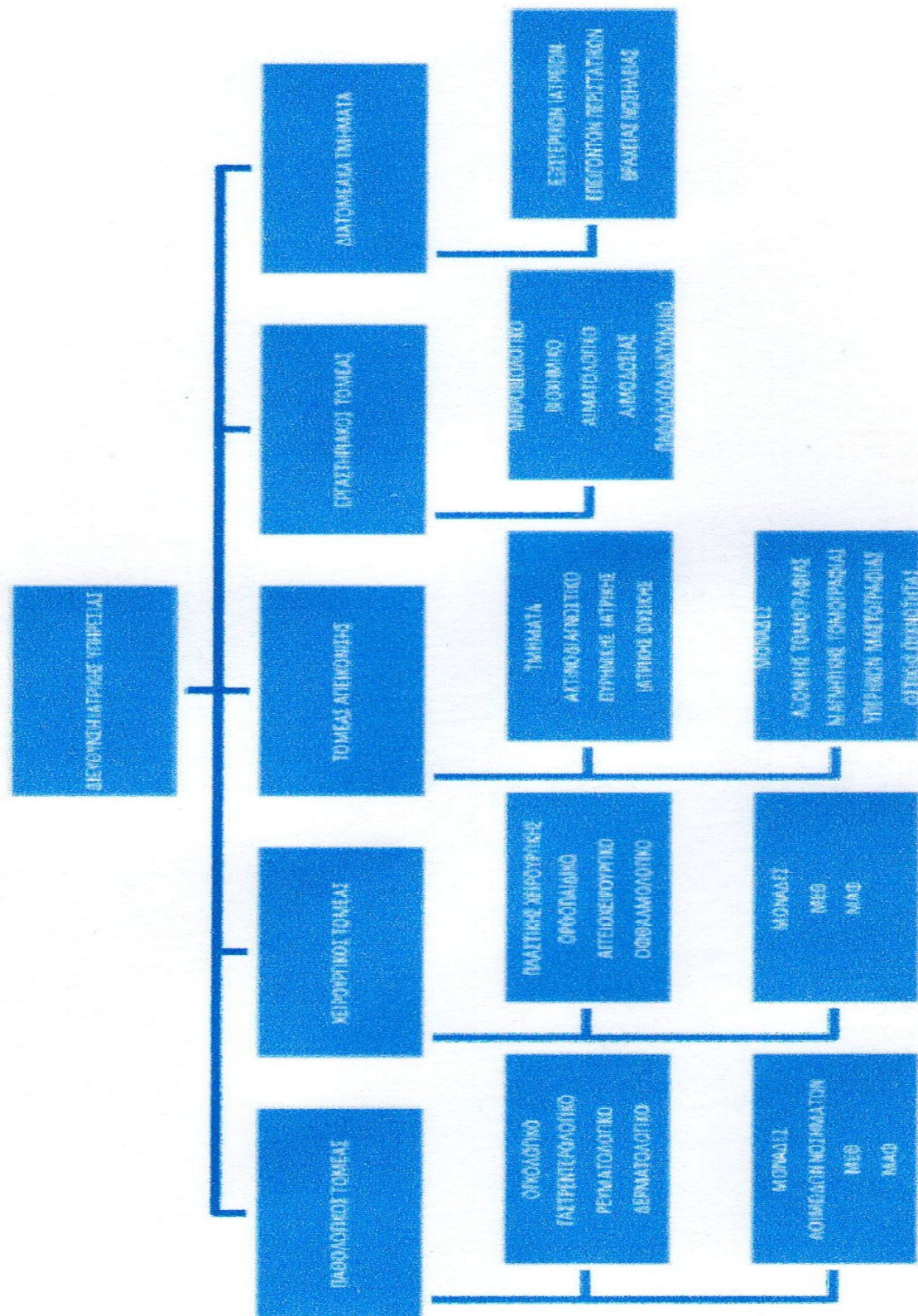
Απογευματινά Ιατρεία

Την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία τους έχει ο Διευθυντής τμήματος. Ο προγραμματισμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, που διενεργούνται, πραγματοποιείται με επιμέλεια του Διευθυντή του Τομέα υπό την προϋπόθεση ότι διασφαλίζεται κατά απόλυτη προτεραιότητα η εξυπηρέτηση των αναγκών της εφημερίας και των νοσηλευομένων ασθενών και των τακτικών πρωινών εξωτερικών ιατρείων. Τα ωράρια απογευματινής απασχόλησης, ο αριθμός των περιστατικών που εξετάζονται ανά ημέρα, καθώς και ο αριθμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων καθορίζονται με απόφαση του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του Συμβουλίου Διοίκησης ανάλογα με τις ανάγκες και τις πρακτικές δυνατότητες του νοσοκομείου.(Υπ.Απ.40620 (2001), Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων και καθορισμός του ύψους αμοιβής για επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο, ΦΕΚ 1643/Β/10-12-2001)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΗΜΑ 3

Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας



1.4.2 Η Νοσηλευτική Υπηρεσία

Προΐσταται η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, η οποία έχει τη γενική ευθύνη του προσφερόμενου νοσηλευτικού έργου και ακολουθεί ιεραρχικά η Υποδιευθύντρια.

Αρμοδιότητες Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας:

- Ο έλεγχος και η εποπτεία της ομαλής λειτουργίας των κλινικών
- Ο καθορισμός των καθηκόντων των νοσηλευτριών και η υποχρέωση της ακριβούς τέλεσης των οδηγιών των ιατρών σχετικά με τη νοσηλεία, το διαιτολόγιο και γενικά τη θεραπεία των ασθενών
- Ο έλεγχος των τομεαρχών των νοσηλευτικών τομέων και τμημάτων
- Η φροντίδα για την καθαριότητα, τους κανόνες υγιεινής, την επάρκεια νοσηλευτικού υλικού στα τμήματα
- Ο έλεγχος και η υπογραφή των προγραμμάτων εργασίας του προσωπικού
- Η συνεργασία με τους ιατρούς Διευθυντές των κλινικών για την κατάρτιση προγραμμάτων εφημερίας
- Η ευθύνη και η υπογραφή όλων των θεμάτων που άπτονται των διαδικασιών και λειτουργιών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Η τήρηση του τακτικού μητρώου του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στο νοσοκομείο και η σύνταξη των εκθέσεων αξιολόγησης του προσωπικού
- Η εισήγηση για τις προαγωγές του νοσηλευτικού προσωπικού και η επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων
- Οι μετακινήσεις του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού στα διάφορα τμήματα
- Η συνυπογραφή των εντύπων διακίνησης φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού

(Νομικός, 1998)

Αρμοδιότητες Υποδιευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας:

- Αναπληρώνει αυτοδικαίως τη Διευθύντρια σε περίπτωση απουσίας της και ασκεί όσα από τα καθήκοντα της Διευθύνουσας της έχουν ανατεθεί

Διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας:

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία, όπως ακριβώς και η Ιατρική Υπηρεσία, διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικούς Τομείς, οι οποίοι αποτελούνται από νοσηλευτικά τμήματα και αυτοτελείς μονάδες. Τα νοσηλευτικά τμήματα αποτελούν λειτουργικές μονάδες του ιατρικού τομέα με νοσηλευτική αυτοτέλεια. Στα τμήματα περιλαμβάνονται:

1. Μη αυτοτελείς μονάδες που αποτελούν λειτουργικές μονάδες του αντίστοιχου τμήματος
2. Αυτοτελείς μονάδες, όπως η ΜΕΘ μπορεί να ανήκει στο Α' Παθολογικό τμήμα του Α' Νοσηλευτικού τομέα

Η λειτουργία των τμημάτων κάθε νοσηλευτικού τομέα συντονίζεται από τον Τομεάρχη, ο οποίος ασκεί και διοικητική εποπτεία.

Αρμοδιότητες Τομεάρχη Νοσηλευτικού Τομέα:

- Η ευθύνη για την αποτελεσματική λειτουργία του τομέα
- Η διεξαγωγή σεμιναρίων εκπαίδευσης του προσωπικού του τομέα
- Η ενημέρωση των βιβλίων του τομέα:
 - Βιβλίο παρουσίας προσωπικού
 - Βιβλίο λογοδοσίας
 - Βιβλίο αποκλειστικών νοσηλευτών/τριών

Η διάρθρωση ενός Νοσηλευτικού Τομέα σε τμήματα:

Παράδειγμα : Α' Νοσηλευτικός Τομέας

- Α' Παθολογικό – Ογκολογικό
- Ακτινοθεραπευτικό
- Γαστρεντερολογικό
- Ρευματολογικό
- Δερματολογικό
- Αλλεργιολογικό

Αυτοτελείς μονάδες :

- Λοιμώξεων
- Χημειοθεραπείας
- ΜΕΘ
- ΜΑΦ
- Aids

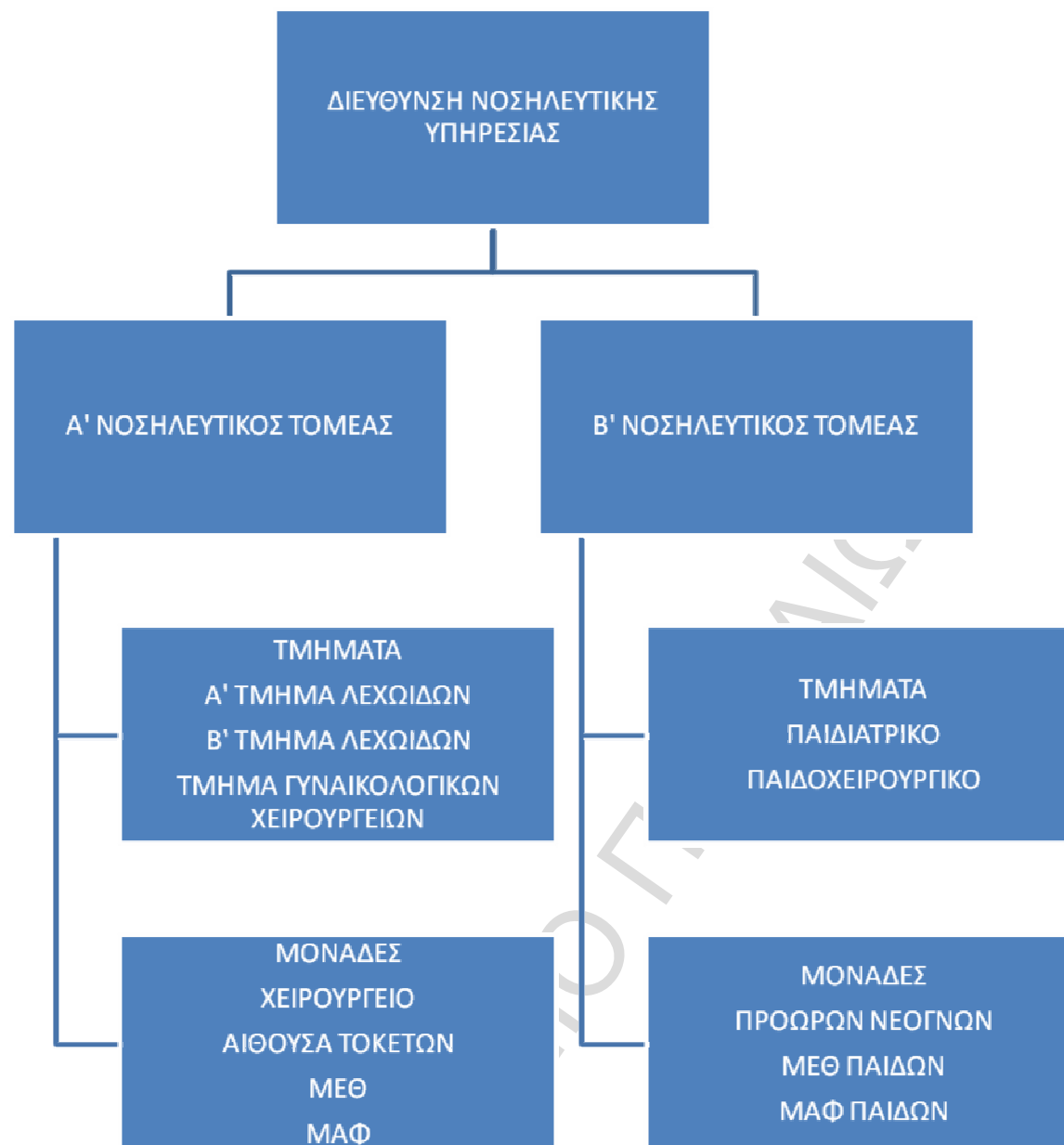
Το 2012 αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχέδιο νόμου με τίτλο «Ρυθμίσεις θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας, φαρμάκων, φαρμακείων και άλλες διατάξεις». Σύμφωνα, με την εισηγούμενη διάταξη του άρθρου 4§4 του σχεδίου νόμου, «το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 8 του ν. 2889/2001 (Α' 37) καταργείται». Εν προκειμένω, ως πρώτο εδάφιο νοείται η πρόταση «η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς, που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας». Με άλλα λόγια, δια της εισηγούμενης διάταξης διαφαίνεται ότι επιχειρείται η κατάργηση των τομέων των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εν προκειμένω γεννάται προδήλως μια δυσαρμονία, δοθέντος ότι ναι μεν καταργούνται οι τομείς, πλην όμως δεν καταργούνται οι θέσεις τομεαρχών, που προϊστάται των επιμέρους τομέων. Κατά συνέπεια, είτε πρόκειται περί απλής αβλεψίας του συντάκτη του επίμαχου σχεδίου νόμου, ο οποίος ήθελε την κατάργηση ολόκληρης της παραγράφου 2 του άρθρου 8 του Νόμου 2889/2001, πλην όμως δεν προέβη στην ορθή διατύπωση, είτε πρόκειται περί ενός πρωτοφανούς ερμηνευτικού κενού, αφού καταργούνται μεν οι τομείς, παραμένουν όμως οι τομεάρχες ως επικεφαλής ανύπαρκτων και δη καταργούμενων οργανικών μονάδων. (Ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Σχέδιο Νόμου με τίτλο «Ρυθμίσεις θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας, φαρμάκων, φαρμακείων και άλλες διατάξεις»)

Την ευθύνη για τον σχεδιασμό της νοσηλείας των ασθενών, σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος και αυτοτελών μονάδων, έχει ο Προϊστάμενος, ο οποίος ασκεί και διοικητική εποπτεία στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος.

Αρμοδιότητες Προϊστάμενου Νοσηλευτικού Τμήματος:

- Η κατάρτιση των προγραμμάτων εργασίας και ο καταμερισμός της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού
- Ο έλεγχος των αδειών του νοσηλευτικού προσωπικού
- Η ημερήσια κίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού (απουσίες, άδειες αναρρωτικές, γονικές)
- Ο συντονισμός της κίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των τμημάτων, σε περίπτωση απουσιών
- Η παραγγελία φαρμακευτικού και αναλώσιμου υγειονομικού υλικού
- Η ευθύνη της πρακτικής άσκησης των νοσηλευτών/τριών (πορεία εκπαίδευσης, απουσίες)
- Η φύλαξη των αρχείων προμήθειας ένδυσης των νοσηλευτών/τριών

ΣΧΗΜΑ 4

Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1.4.3 Η Διοικητική Υπηρεσία

Στην διοικητική υπηρεσία εντάσσονται δύο κατηγορίες δραστηριοτήτων, η μια κατηγορία αφορά στη διοικητική λειτουργία και η δεύτερη στην οικονομική λειτουργία του νοσοκομείου. Κάθε υποδιεύθυνση χωρίζεται σε τμήματα και γραφεία ανάλογα με την εξειδίκευση και το εύρος των δραστηριοτήτων τους. Τα όργανα διοίκησης της Διεύθυνσης, των Υποδιευθύνσεων, των Τμημάτων και των Γραφείων είναι τα εξής :

1. Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας
2. Υποδιευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας
3. Υποδιευθυντής Οικονομικής Υπηρεσίας
4. Προϊστάμενοι Τμημάτων και Γραφείων

Αρμοδιότητες Διευθυντή Διοικητικής Υπηρεσίας:

- Η επίβλεψη των οικονομικών του νοσοκομείου, η εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία και κατάρτιση του προϋπολογισμού, η τροποποίηση αυτού και η ευθύνη φύλαξης της περιουσίας του νοσοκομείου
- Ο συντονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας της μηχανογράφησης, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, στη Δ.Υ.ΠΕ. και στο Υπουργείο Υγείας
- Ο προγραμματισμός και η εισήγηση για την εκτέλεση έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου και της προμήθειας του απαραίτητου εξοπλισμού
- Η διαχείριση θεμάτων που άπτονται της υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού, ο έλεγχος και η εποπτεία του
- Η σύνταξη εκθέσεων αξιολόγησης προσωπικού
- Η εισήγηση για τις προαγωγές του διοικητικού προσωπικού και η επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων
- Οι μετακινήσεις του διοικητικού προσωπικού
- Η επίβλεψη των θεμάτων γραμματειακής υποστήριξης, η τήρηση του πρωτοκόλλου και η διακίνηση της αλληλογραφίας

Αρμοδιότητες Υποδιευθυντή Διοικητικής Υπηρεσίας:

- Η ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων του διοικητικού

- Η ευθύνη του διοικητικού προσωπικού
- Η επίβλεψη και υπογραφή εγγράφων, που άπτονται των διαδικασιών και των λειτουργιών της Διοικητικής Υπηρεσίας
- Η αναπλήρωση του Διευθυντή Διοικητικής Υπηρεσίας σε περίπτωση απουσίας του

Αρμοδιότητες Υποδιευθυντή Οικονομικής Υπηρεσίας:

- Έχει ακριβώς τις ίδιες αρμοδιότητες με τον Υποδιευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας στα αντίστοιχα Οικονομικά τμήματα του νοσοκομείου

Αρμοδιότητες Προϊστάμενων Τμημάτων και Αυτοτελών Γραφείων Διοικητικής Υπηρεσίας:

- Η αποτελεσματική λειτουργία των τμημάτων και των αυτοτελών γραφείων
- Η κατάρτιση του προγράμματος και ο καταμερισμός εργασίας στους υπαλλήλους
- Η ημερήσια κίνηση των υπαλλήλων (απουσίες, άδειες)
- Η ενημέρωση των Υποδιευθυντών της Διοικητικής και Οικονομικής Υπηρεσίας για την εξέλιξη των θεμάτων

Διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας

- I. Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- II. Υποδιεύθυνση Οικονομικού

Υποδιεύθυνση Διοικητικού:

- I. Τμήμα προσωπικού
- II. Τμήμα γραμματείας
 - i. Γραφείο πρωτοκόλλου
 - ii. Γραφείο αρχείου φακέλων
- III. Τμήμα γραμματείας εξωτερικών ιατρείων
- IV. Τμήμα κίνησης ασθενών
 - i. Γραφείο εισιτηρίων – εξιτηρίων
 - ii. Λογιστήριο ασθενών
 - iii. Γραμματεία ΤΕΠ και μονάδα βραχείας νοσηλείας
- V. Τμήμα κοινωνικής υπηρεσίας
- VI. Τμήμα παραϊατρικών επαγγελμάτων

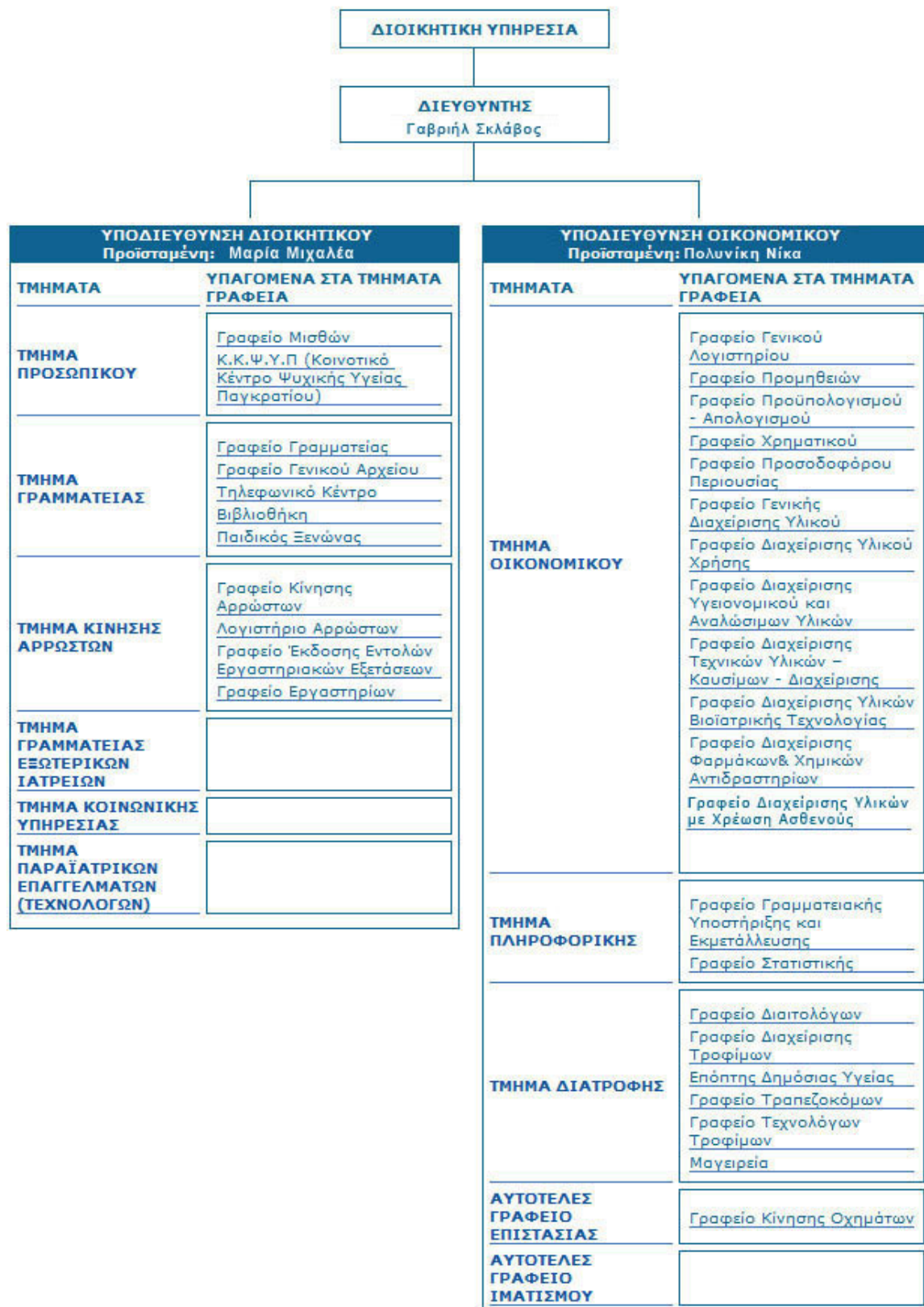
Υποδιεύθυνση Οικονομικού:

- I. Γραφείο μελετών, κοστολόγησης και προβλέψεων
- II. Γραφείο διαχείρισης υλικού και αποθήκη υλικού
- III. Γραφείο προμηθειών
- IV. Ταμείο
- V. Λογιστήριο
- VI. Γραφείο μισθοδοσίας
- VII. Τμήμα πληροφορικής
- VIII. Τμήμα τροφίμων
 - i. Γραφείο τροφίμων
 - ii. Γραφείο διαιτολόγου
 - iii. Αποθήκη τροφίμων
 - iv. Μαγειρεία
- IX. Αυτοτελή γραφεία:
 - i. Επιστασίας
 - ii. Ιματισμού

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΗΜΑ 5

Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας



ΠΑΝ

1.4.4 Η Τεχνική Υπηρεσία

Η συντήρηση των υποδομών, του τεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια μηχανημάτων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και πλήθος άλλων δραστηριοτήτων ανήκουν σε ένα ενιαίο πεδίο ευθύνης, η διαχείριση του οποίου υπάγεται στην Τεχνική Υπηρεσία, στην οποία διοικητικός υπεύθυνος είναι ο Διευθυντής Τεχνικής Υπηρεσίας.

Αρμοδιότητες Διευθυντή Τεχνικής Υπηρεσίας:

- Η ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας
- Η ορθολογική χρήση του ιατρικού εξοπλισμού
- Η παρακολούθηση των τεχνολογικών εξελίξεων στη βιοϊατρική τεχνολογία και η μελέτη ένταξης αυτών στο νοσοκομείο
- Η εισήγηση και ο προγραμματισμός της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων
- Η παρακολούθηση της πορείας των έργων που εκτελούνται
- Η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών με βάση διεθνή πρότυπα και κανόνες ασφαλείας

Διάρθρωση της Τεχνικής Υπηρεσίας:

I. Τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας

- i. Γραφείο προγραμματισμού και προμηθειών
- ii. Γραφείο κοστολόγησης επισκευών και συντήρησης
- iii. Γραφείο λειτουργικής αξιολόγησης
- iv. Ερευνητικός τομέας

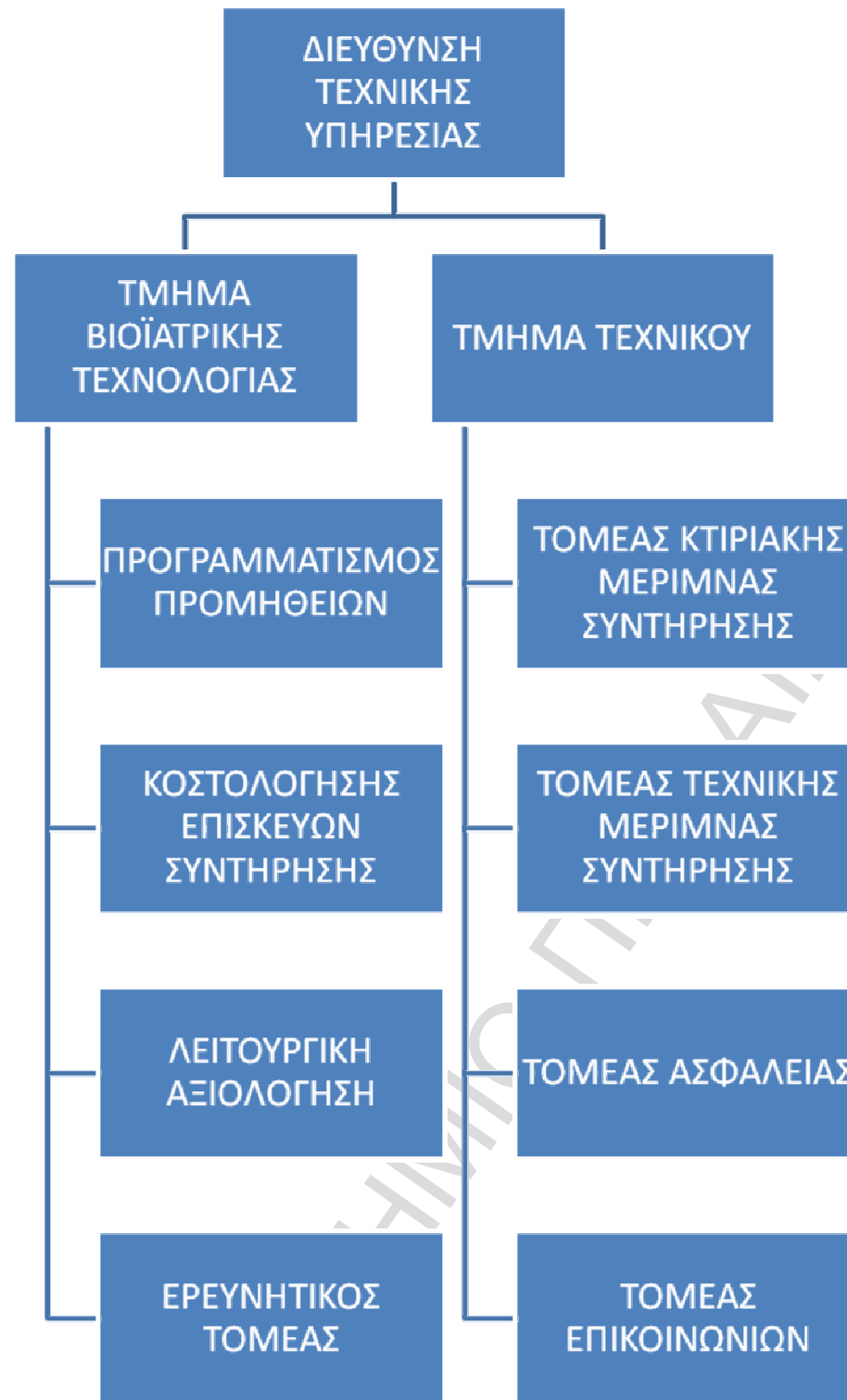
II. Τμήμα τεχνικού

- i. Τομέας κτιριακής μέριμνας και συντήρησης
- ii. Τομέας τεχνικής έρευνας και συντήρησης
- iii. Τομέας ασφαλείας
- iv. Τομέας επικοινωνιών

(Γούλα, 2007)

Σχήμα 6

Οργανόγραμμα – Διάρθρωση Τεχνικής Υπηρεσίας



1.5 Η διασύνδεση του νοσοκομείου με τις άλλες μονάδες του συστήματος υγείας

Κάθε νοσοκομείο οφείλει να διασυνδέεται και να συνεργάζεται με άλλες πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες του συστήματος υγείας για την επίτευξη των επιδιωκόμενων υγειονομικών στόχων. Οι μονάδες αυτές είναι:

1. Το εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)
2. Τα κέντρα υγείας
3. Τα ιδρύματα πρόνοιας
4. Τα διαγνωστικά κέντρα
5. Οι συμβεβλημένες κλινικές του ΕΟΠΥΥ
6. Άλλα νοσοκομεία

Με βάση το νόμο 2889/01 τα νοσοκομεία κάθε Δ.Υ.ΠΕ συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, με συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας της οικείας Δ.Υ.ΠΕ. Συγκεκριμένα, κατόπιν απόφασης της Κεντρικής Υπηρεσίας των Δ.Υ.ΠΕ μπορεί να μετακινούνται ιατροί και λοιπό προσωπικό για την κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο από ένα μήνα ανά έτος, να καθορίζονται οι διαδικασίες για τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια εξοπλισμού και υλικού, να καταρτίζονται κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων, να συνάπτονται συμφωνίες για την κάλυψη εκπαιδευτικών αναγκών των μονάδων για την κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού με εκπαιδευτικό προσωπικό το οποίο μπορεί να παραμείνει στο νοσοκομείο υποδοχής έως 3 μήνες και με δαπάνη η οποία βαρύνει τις πιστώσεις των λειτουργικών εξόδων του προϋπολογισμού του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Τα νοσοκομεία διασυνδέονται άμεσα με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β), το οποίο είναι υπεύθυνο για την παροχή προνοσοκομειακής φροντίδας με την κάλυψη, τη διακομιδή και μεταφορά έκτακτων και επειγόντων περιστατικών και σύμφωνα με το υπ.αρ. 53080/05 του Υπουργείου Υγείας οι διακομιδές γίνονται κατά προτεραιότητα : α) στα νοσοκομεία γενικής εφημερίας β) στα νοσοκομεία μερικής εφημερίας και γ) στα νοσοκομεία ειδικής εφημερίας και ανάλογα με την πολυπλοκότητα του περιστατικού. Ασθενείς διακομίζονται από νοσοκομείο της περιφέρειας σε νοσοκομείο του νομού Αττικής για σοβαρά έκτακτα περιστατικά, τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από το ίδιο το νοσοκομείο ή κοντινότερο της περιοχής, από νοσοκομείο σε κάποιο άλλο για συνέχιση νοσηλείας και μόνο στις περιπτώσεις που η συγκεκριμένη νοσηλεία δεν μπορεί να συνεχιστεί στο ίδιο νοσοκομείο, από κέντρο

υγείας σε νοσοκομείο, από νοσοκομείο σε ιδρύματα πρόνοιας, από νοσοκομείο σε διαγνωστικό κέντρο για την πραγματοποίηση ειδικών εξετάσεων, οι οποίες δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στο ίδιο το νοσοκομείο και τέλος από νοσοκομείο σε κέντρο αποκατάστασης, όπου μεταφέρονται ασθενείς παραπληγικοί, τετραπληγικοί, με κατάγματα λεκάνης και σπονδυλικής στήλης ή λόγω άλλης ιδιαίτερης κατάστασης με αιτιολογημένη έκθεση του θεράποντος ιατρού. (Υπ.Απ.53080(2005, Εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων λεκανοπεδίου Αττικής και άλλες ρυθμίσεις, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

ΣΧΗΜΑ 7

Παράγοντες που επηρεάζουν τη δομή των οργανισμών



Η στρατηγική αποτελεί πυξίδα της οργάνωσης, εκφράζει δηλαδή το όραμα, την αποστολή. Υποστηρίζει την ομοιομορφία στην λήψη των αποφάσεων με σκοπό την επίτευξη των στόχων, καθορίζει την θέση της οργάνωσης απέναντι στον ανταγωνισμό (ανταγωνιστικό πλεονέκτημα) και μειώνει την αβεβαιότητα, μέσω της τεκμηρίωσης μεθόδων επίτευξης των στόχων.

Το μέγεθος αυξάνει την πολυπλοκότητα, την τυποποίηση και τον συγκεντρωτισμό του οργανισμού. Κατά την ανάπτυξη των οργανισμών, δεν απαιτείται η ύπαρξη πολλών ανώτερων στελεχών για τον έλεγχο και τον συντονισμό. Ωστόσο, υπάρχει ένα κρίσιμο σημείο κατά το οποίο οι ανάγκες αυξάνονται.

Ως περιβάλλον μπορεί να οριστεί οτιδήποτε έξω από τα σύνορα του οργανισμού και μπορεί να διακριθεί σε γενικό και ειδικό περιβάλλον.

Η τεχνολογία είναι η πρακτική εφαρμογή της επιστήμης και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός μετατρέπει τις πηγές σε προϊόντα ή υπηρεσίες. Έχουν αναπτυχθεί λογισμικά με διαφορετικές δυνατότητες, όπως ταξινόμηση των ασθενών σε ένα τμήμα, στελέχωση ενός νοσηλευτικού τμήματος, επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στη διοίκηση και διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, οργάνωση και διαχείριση των ασθενών και των νοσημάτων σε ένα νοσηλευτικό τμήμα, οργάνωση της φροντίδας των ασθενών. Στην Ελλάδα, δεν χρησιμοποιούνται ευρέως τα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας λόγω σημαντικών ελλείψεων εκπαιδευμένου και εξειδικευμένου προσωπικού, απουσίας από τον τακτικό προϋπολογισμό των φορέων υγείας ικανού ποσοστού επενδύσεων για την ανάπτυξη της πληροφορικής και απουσίας θεσμικού φορέα για θέματα Ιατρονοσηλευτικής Πληροφορικής.

Η αξιολόγηση είναι η λειτουργία της διοίκησης κατά την οποία μετράται η απόδοση και γίνονται διορθωτικές ενέργειες για να διασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η αξιολόγηση της απόδοσης είναι ένας μηχανισμός ελέγχου με βάση τον οποίο αξιολογείται η απόδοση του εργαζομένου ανάλογα με κάποια πρότυπα που είναι σημαντικά για τις λειτουργίες του οργανισμού. Αποτελεί μια μορφή επικοινωνίας και συνίσταται σε μια τυποποιημένη αλληλεπίδραση μεταξύ προϊσταμένου και εργαζόμενου. Οι σκοποί της αξιολόγησης είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της διεκπεραίωσης εργασιών, η έγκυρη και αντικειμενική αξιολόγηση της απόδοσης των υπαλλήλων – αξιοκρατία, η ανάπτυξη και η υποκίνηση του προσωπικού με σκοπό μεγαλύτερα επιτεύγματα, η αναγνώριση των επιτευγμάτων του προσωπικού, ο προσδιορισμός των ικανοτήτων και της απόδοσης των εργαζομένων, η καταγραφή των προσόντων και ικανοτήτων των υπαλλήλων, η ενθάρρυνση της ανάπτυξης και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ προϊσταμένου και προσωπικού, η κατάρτιση προϊσταμένων για βελτίωση της συμβουλευτικής τους αρμοδιότητας, η ανακάλυψη των φιλοδοξιών, ο προσδιορισμός των εκπαιδευτικών και των αναπτυξιακών αναγκών των εργαζομένων, η επιλογή προσωπικού που διαθέτει τα προσόντα για προαγωγή και αύξηση των αποδοχών, η επανεκτίμηση τοποθέτησης του προσωπικού στο ίδρυμα, η εξακρίβωση εργαζομένων με μη ικανοποιητική απόδοση και η καταγραφή δεδομένων αξιολόγησης.

1.6 Στελέχωση

1.6.1 Έννοια – Σκοπός – Λογική

Η διοικητική λειτουργία της στελέχωσης (staffing), συνίσταται στην πλήρωση της οργανωτικής δομής με την ορθή και αποτελεσματική επιλογή, αξιολόγηση και ανάπτυξη ατόμων προκειμένου να καταλάβουν τις θέσεις που προβλέπονται σε αυτήν. Όλα τα διοικητικά στελέχη έχουν ευθύνη για τη στελέχωση. Το Διοικητικό Συμβούλιο εκτελεί αυτή ακριβώς τη λειτουργία όταν επιλέγει, βοηθά να αναπτυχθεί και αξιολογεί έναν Πρόεδρο. Ακόμα και τα στελέχη του Α΄ επιπέδου της διοικητικής ιεραρχίας έχουν κάποια ευθύνη για τη στελέχωση. (Ιθακήσιος, 2013, σ.229)

Ως στελέχωση ορίζεται η σαφής και συστηματική διαδικασία προσδιορισμού της αριθμητικής και ποιοτικής σύνθεσης του προσωπικού, που απαιτείται για την εξασφάλιση της παροχής φροντίδας προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών και σε συγκεκριμένο περιβάλλον. Το επαρκές, αριθμητικά και ποιοτικά, προσωπικό συμβάλλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στην υγεία βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η ελλιπής στελέχωση των τμημάτων ενός νοσοκομείου έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στον τρόπο άσκησης της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας, όσο και στο ηθικό του προσωπικού, προκαλώντας απουσίες από την εργασία λόγω σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, η χρησιμοποίηση υπεράριθμου προσωπικού συνεπάγεται αυξημένο κόστος και μειωμένη παραγωγικότητα. Οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζεται ότι είναι πολύ μεγάλες, τόσο στη χώρα μας όσο και στο εξωτερικό. Επιπλέον, όσον αφορά στη σύνθεση της ιατρικής - νοσηλευτικής ομάδας, όταν γίνεται με λανθασμένες αναλογίες ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών δημιουργούνται προβλήματα που αφορούν στον καταμερισμό των καθηκόντων και στην οργάνωση της εργασίας γενικότερα.

1.6.2 Διαδικασίες Στελέχωσης

Διαδικασίες πριν την πρόσληψη του προσωπικού:

- Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού - Πρόβλεψη αναγκών
- Προσέλκυση προσώπων για εξεύρεση του κατάλληλου προσωπικού, που θα καταλάβουν τις συγκεκριμένες θέσεις εργασίας

- Επιλογή του κατάλληλου προσωπικού (Ιθακήσιος, 2013, σ.232)

Διαδικασία προγραμματισμού ανθρώπινων πόρων:

- Μελέτη εξωτερικής αγοράς εργασίας
- Μελέτη εσωτερικής αγοράς εργασίας
- Επιχειρηματικά σχέδια
- Πρόβλεψη μεταβολών σε ανθρώπινο δυναμικό
- Προσδιορισμός αναγκών
- Προϋπολογισμός οικονομικών μέσων
- Σχεδιασμός προγράμματος
 - Σχέδια προσλήψεων
 - Σχέδια αναδιοργάνωσης θέσεων
 - Σχέδια ανάπτυξης εργαζομένων
 - Σχέδια εκπαίδευσης εργαζομένων
 - Σχέδια ενίσχυσης της απόδοσης
 - Σχέδια αμοιβών
 - Σχέδια ευέλικτων μορφών απασχόλησης
 - Σχέδια εργασιακών σχέσεων
 - Σχέδια μείωσης προσωπικού
 - Σχέδια επικοινωνίας
- Εφαρμογή προγράμματος
- Αξιολόγηση προγράμματος

(Παπαλεξανδρή και συν, 2003)

Διαδικασίες μετά την πρόσληψη του προσωπικού:

- Ένταξη του προσωπικού
- Εκπαίδευση του προσωπικού
- Αξιολόγηση του προσωπικού
- Αμοιβή του προσωπικού - Πολιτική μισθών και ημερομισθίων
- Εξασφάλιση καλών συνθηκών εργασίας (Ιθακήσιος, 2013, σ.232)

1.6.3 Στάδια Σχεδιασμού της Λειτουργίας της Στελέχωσης

1^ο Στάδιο: Ανάπτυξη οργανωτικού σχεδίου

2^ο Στάδιο: Απογραφή και εκτίμηση διαθέσιμου διοικητικού προσωπικού

3^ο Στάδιο: Προγραμματισμός απόκτησης διοικητικού δυναμικού

4^ο Στάδιο: Κατάρτιση προγραμμάτων για την ανάπτυξη υπαρχόντων στελεχών

1.6.4 Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού - Πρόβλεψη αναγκών

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού είναι η διαδικασία με την οποία η διοίκηση ενός οργανισμού εξασφαλίζει την παρουσία αρκετού και κατάλληλου προσωπικού, στο κατάλληλο τμήμα και στη σωστή χρονική στιγμή, το οποίο θα είναι ικανό και αποτελεσματικό για την υλοποίηση των στόχων του οργανισμού. (Ιθακήσιος, 2013, σ.233-234)

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να συνοψιστεί σε 2 στάδια:

1. Αξιολόγηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού : Ο οργανισμός οφείλει να εξετάσει την υπάρχουσα κατάσταση, όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό. Αυτό μπορεί να το επιτύχει με τη δημιουργία ενός πίνακα απογραφής του προσωπικού. Ο πίνακας απογραφής ή ανανέωσης του προσωπικού παρέχει στον οργανισμό μια άμεση και συνοπτική εικόνα σχετικά με την παρούσα κατάσταση .
2. Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού που θα απαιτηθεί στο μέλλον : Μετά την εκτίμηση του υπάρχοντος δυναμικού, η διοίκηση προγραμματίζει το ανθρώπινο δυναμικό που θα χρειαστεί στο μέλλον.

Βασικά οφέλη από τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού

- Δίνει τη γενική κατεύθυνση στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.
- Επιτρέπει να επισημανθούν έγκαιρα διάφορα κενά στις θέσεις εργασίας και να αξιοποιηθούν τα ικανά στελέχη με εσωτερική προαγωγή.
- Μειώνει την αβεβαιότητα, διότι συμβάλλει στην πρόβλεψη της ζήτησης και της προσφοράς στην αγορά εργασίας.
- Βοηθά στην καλύτερη αξιοποίηση και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων πόρων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ανάλυσης και της περιγραφής κάθε θέσης εργασίας.
- Βοηθά στον καλύτερο συντονισμό και στην αποτελεσματικότητα όλων των θέσεων εργασίας και κατά συνέπεια όλων των τμημάτων του οργανισμού.
- Θέτει τα πρότυπα και τις ακριβείς μετρήσεις με τις οποίες συγκρίνονται τα τελικά αποτελέσματα και η επίτευξη των στόχων.

- Συμβάλλει στη επιτυχία του οργανισμού. Εμπειρικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι υψηλές επιδόσεις που έχουν επιτύχει πολλοί οργανισμοί οφείλονται στον καλό προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων.

Βασικές προϋποθέσεις για τον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων

- Πρέπει να είναι ευθυγραμμισμένος και πλήρως ενσωματωμένος στο γενικό προγραμματισμό και στη γενική στρατηγική του οργανισμού.
- Σε μεγάλους οργανισμούς πρέπει να υπάρχει ειδική Διεύθυνση Ανθρώπινων Πόρων και κεντρικό γραφείο για το σχεδιασμό και το συντονισμό όλων των ανθρώπινων πόρων, ανεξάρτητα από το τμήμα και το επίπεδο της διοικητικής ιεραρχίας στο οποίο βρίσκονται.
- Πρέπει να οριοθετείται η χρονική περίοδος κατά την οποία ολοκληρώνεται κάθε επιμέρους πρόγραμμα του ανθρώπινου δυναμικού. Για μακροπρόθεσμα προγράμματα, πρέπει να προβλέπεται η δυνατότητα αναθεώρησης και επαναπροσδιορισμού των στόχων υλοποίησης, λόγω της μεταβλητότητας του εξωτερικού περιβάλλοντος και της αγοράς εργασίας.
- Πρέπει να στηρίζεται σε αναλυτικές και ακριβείς πληροφορίες, που δίνουν σαφή εικόνα για την κατάσταση του υπάρχοντος προσωπικού και για την προσφορά στην αγορά εργασίας.
- Τα σχέδια δράσης να καθορίζονται με λεπτομέρειες ως προς το χρόνο και τον τρόπο εκτέλεση, όπως για παράδειγμα ένα σχέδιο εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Η επιλογή του προσωπικού είναι η διαδικασία εκείνη κατά την οποία, η διοίκηση ενός οργανισμού αποφασίζει, από ένα σύνολο υποψηφίων, ποιοι είναι οι καλύτεροι, ποιοι έχουν τα απαιτούμενα προσόντα για την κάλυψη συγκεκριμένων θέσεων εργασίας.

Από την στιγμή της επιλογής του κατάλληλου προσωπικού, οι νεοπροσληφθέντες θα πρέπει να γνωρίζουν το αντικείμενο της συγκεκριμένης εργασίας τους, αλλά και το αντικείμενο ολόκληρου του οργανισμού. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται ένταξη του προσωπικού. Ο βασικός στόχος της ένταξης είναι να δημιουργήσει τις συνθήκες εκείνες για μια όσο το δυνατό πιο αρμονική ένταξη των νεοπροσληφθέντων στον οργανισμό, καθώς και την εξοικείωση με το αντικείμενο τους.

1.6.5 Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού, καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις, που προσδιορίστηκαν από την οργανωτική δομή. Προσδιορίζει το είδος και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού, που απαιτείται, για να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών μέσα σε ένα συγκεκριμένο νοσηλευτικό περιβάλλον. Η διαδικασία της στελέχωσης, ως σύστημα ελέγχου, περιλαμβάνει μια μελέτη στελέχωσης, ένα βασικό σχέδιο στελέχωσης, ένα σχέδιο προγράμματος, ένα πληροφοριακό σύστημα νοσηλευτικής διοίκησης. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών
- Τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των νοσηλευτικών αναγκών τους
- Την πρόβλεψη της προσφοράς των ιατρών, νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων που απαιτούνται
- Τη διοικητική μέριμνα του προγράμματος στελέχωσης και τον έλεγχο
- Την αξιολόγηση της επιθυμητής ποιότητας φροντίδας, μετρώντας έτσι την επιτυχία της στελέχωσης

Βασικό ρόλο στο σχεδιασμό της στελέχωσης μιας Διεύθυνσης παίζει ο επαρκής αριθμός ικανού νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να διασφαλισθεί η διαρκής κατάλληλη φροντίδα για όλους τους ασθενείς. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα, όπως εκπαίδευση, εμπειρία, ατομικά χαρακτηριστικά. Αυτά χρησιμοποιούνται σαν βάση για την προσέλκυση, επιλογή, πρόσληψη, αμοιβή και κατάρτιση των στελεχών και γενικά του προσωπικού, που στελεχώνει τη σχεδιασθείσα οργανωτική διάρθρωση. Η στελέχωση προσδιορίζει το σύστημα εργασίας και καθορίζει τα προγράμματα προσωπικού, ενώ πολύ παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για το σχεδιασμό της.

Παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό της στελέχωσης είναι οι εξής:

- Η αλλαγή των απόψεων για το νοσηλευτικό ρόλο
- Οι πολιτικές και οι πρακτικές που αφορούν στο προσωπικό
- Ο βαθμός στον οποίο τα άλλα τμήματα παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες
- Ο αριθμός και η σύνθεση του ιατρικού προσωπικού και οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες
- Η οργάνωση της διεύθυνσης της νοσηλευτικής
- Η διάταξη των κτιριακών εγκαταστάσεων

- Οι πολιτικές και οι πρακτικές, που σχετίζονται με το χρόνο υποδοχής και εξόδου των ασθενών

1.6.6 Προγραμματισμός αναγκών και πλήρωση θέσεων προσωπικού

Οι δημόσιοι οργανισμοί, όπως οι νοσοκομειακές μονάδες είναι απαραίτητο να λειτουργούν μέσα σε ένα γενικότερο νομικό πλαίσιο που αφορά στον τρόπο πρόσληψης, στον τρόπο επιλογής προσωπικού. Οι διοικήσεις των δημόσιων νοσοκομείων είναι απαραίτητο να συστηματοποιούν τις διαδικασίες προκειμένου να στελεχώσουν τις μονάδες με τον καταλληλότερο τρόπο, διαδικασίες όπως ο προγραμματισμός πλήρωσης θέσεων, δηλαδή ο ακριβής προσδιορισμός αναγκών σε ειδικότητες σε ετήσια βάση, ο τρόπος πλήρωσης θέσεων (δημόσιοι διαγωνισμοί, προκηρύξεις, διορισμός και τοποθέτηση), η βαθμολογική διάρθρωση, η ιεραρχική εξέλιξη, η αξιολόγηση, η εκπαίδευση – κατάρτιση του προσωπικού, το σύστημα ελέγχου ατομικού παραγωγικού έργου.

Ο προγραμματισμός πλήρωσης θέσεων και κάλυψης των αναγκών σε εισροές – ανθρώπινους πόρους σε μια νοσοκομειακή μονάδα αποτελεί μια πολυσύνθετη διαδικασία. Για το δημόσιο νοσοκομείο ο προγραμματισμός πιθανώς να οριοθετείται σε απλές εξισώσεις όπου οι μεταβλητές είναι οι κενές οργανικές θέσεις, οι νομοθετικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί και οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι. Απαιτείται η οριοθέτηση του εύρους των εργασιακών πεδίων και η αντιστοίχιση τους σε κάθε ειδικότητα επαγγελματιών υγείας, ο καθορισμός του όγκου παραγωγής των προσφερόμενων υπηρεσιών και της δύναμης των κλινών, η γνώση των προτυποποιημένων σχέσεων μεταξύ κλινών και κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, όπως για παράδειγμα η σχέση ιατρών – κλινών, νοσηλευτών – κλινών, η γνώση των αναλογιών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως για παράδειγμα η σχέση ιατρών – νοσηλευτών, ο υπολογισμός των παραγόμενων απεικονιστικών εξετάσεων ανά μηχανήμα και ανά τεχνολόγο, καθώς και η γνώση των συνθηκών που επικρατούν στην αγορά εργασίας, των αντίστοιχων εκροών του εκπαιδευτικού συστήματος για τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας και των συνθηκών που επικρατούν στα σωματεία των επαγγελματιών υγείας, όπως επίσης και των επαγγελματικών δικαιωμάτων. Έχουν εκπονηθεί μελέτες από το τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σχετικά με τον προσδιορισμό των αναγκών του συστήματος υγείας σε ανθρώπινο δυναμικό και συστηματοποίησης των εκροών του εκπαιδευτικού συστήματος, οι οποίες καταδεικνύουν το μεθοδολογικό πλαίσιο. (Λιαρόπουλος, 1974, Σούλης, 1998).

Ωστόσο, παρόλο που τα νοσοκομεία διαθέτουν πλέον την τεχνογνωσία για τον προγραμματισμό των αναγκών και την πλήρωση των θέσεων εργασίας, το νομοθετικό πλαίσιο και οι δημοσιονομικές δυνατότητες δημιουργούν περιορισμούς στην εφαρμογή απλούστερων διαδικασιών.

Ο προσδιορισμός των αναγκών σε τακτικό προσωπικό των δημόσιων υπηρεσιών και των Ν.Π.Δ.Δ. είναι ετήσιος και συντονίζεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης στο πλαίσιο της γενικότερης κυβερνητικής πολιτικής. Η πρόσληψη προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιείται με βάση τις κενές θέσεις που υπάρχουν στους οργανισμούς και οι οποίες καθορίζονται από τη σύσταση τους και τις διάφορες τροποποιήσεις τους. Στις τροποποιήσεις μπορεί να συστήνονται είτε νέες θέσεις είτε μετατροπές των ήδη υπάρχοντων, όπως ανακατανομή μεταξύ διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας. Το Διοικητικό Συμβούλιο, κατόπιν εισηγήσεων των Διευθυντών και Προϊστάμενων Διευθύνσεων και Τμημάτων για τις πραγματικές ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους με στόχο την εξασφάλιση του αναγκαίου παραγωγικού έργου, ποσοτικά και ποιοτικά και λαμβάνοντας υπ' όψιν τις οργανικές θέσεις ανά ειδικότητα και τμήμα και τα ποσοτικά στοιχεία των υπηρετούντων του Οργανισμού, αποφασίζει για το ποιες οργανικές θέσεις είναι απαραίτητο να καλυφθούν, υπό τον περιορισμό του εύρους των επιχορηγήσεων και προτείνει στην οικεία Δ.Υ.ΠΕ. τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό. (Υπουργείο Εσωτερικών, Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του υπαλληλικού κώδικα, Αθήνα, 2006)

1.6.7 Ειδικότητες στο νοσοκομείο

Μια από τις κύριες διαδικασίες προγραμματισμού στελέχωσης του νοσοκομείου αποτελεί η διερεύνηση των αναγκαίων ειδικοτήτων για την κάλυψη του συνόλου των παραγωγικών αναγκών και η συστηματοποίηση τους σε κατηγορίες. Οι ειδικότητες, οι βαθμίδες και ο αριθμός απασχολούμενων καθορίζονται από τον Οργανισμό του νοσοκομείου και εξαρτώνται από το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, για παράδειγμα αν είναι Γενικό ή Ειδικό (Παιδιατρικό, Ογκολογικό κ.λ.π.).

Γενικό Νοσοκομείο – Ειδικότητες:

Ιατρικό προσωπικό:

- | | | |
|----------------|--------------------|------------------------|
| • Παθολογίας | • Δερματολογίας | • Οφθαλμολογίας |
| • Καρδιολογίας | • Ορθοπαιδικής | • Ωτορινολαρυγγολογίας |
| • Παιδιατρικής | • Αναισθησιολογίας | • Αγγειολογίας |

- Οδοντιατρικής
- Νεφρολογίας
- Παθολογοανατομίας
- Ακτινοδιαγνωστικής
- Γαστρεντερολογίας
- Νευροχειρουργικής
- Γυναικολογικής – Μαιευτικής
- Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
- Ενδοκρινολογίας
- Ουρολογίας
- Παιδοχειρουργικής
- Κυτταρολογίας
- Ρευματολογίας
- Πνευμονολογίας
- Πλαστικής Χειρουργικής
- Επείγουσας Ιατρικής
- Αιματολογίας
- Μικροβιολογίας
- Ψυχιατρικής
- Παιδοψυχιατρικής
- Νευρολογίας
- Χειρουργικής
- Γναθοχειρουργικής
- Ιατρικής Εργασίας

Νοσηλευτικό Προσωπικό:

- ΠΕ Νοσηλευτικής
- ΤΕ Νοσηλευτικής
- ΤΕ Επισκεπτών Υγείας
- ΤΕ Μαιευτικής
- ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων
- ΔΕ Πρακτικών Νοσοκόμων
- ΥΕ Μεταφορέων Ασθενών
- ΥΕ Νοσοκόμων
- ΥΕ Βοηθοί Θαλάμου
- ΥΕ Νεκροτόμων
- ΥΕ Σαβανωτών

Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό:

- ΠΕ Φαρμακοποιών
- ΠΕ Βιοχημικών Χημικών
- ΠΕ Βιολόγων
- ΠΕ Ακτινοφυσικών
- ΠΕ Ψυχολόγων
- ΠΕ Λογοθεραπευτών
- ΠΕ Κοινωνικής Εργασίας
- ΠΕ Διαιτολόγων
- ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας
- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων
- ΤΕ Φυσιοθεραπευτών
- ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας
- ΤΕ Τεχνολόγων Τροφίμων και Διατροφής
- ΤΕ Εποπτών Δημόσιας Υγιεινής
- ΤΕ Εργοθεραπευτών
- ΔΕ Παρασκευαστών
- ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών
- ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου

Διοικητικό Προσωπικό:

- ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού
- ΠΕ Κοστολόγων
- ΠΕ Πληροφορικής
- ΠΕ Στατιστικής
- ΤΕ Πληροφορικής
- ΤΕ Διοίκησης Νοσ/μίου
- ΤΕ Βιβλιοθηκονομίας
- ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού
- ΔΕ Δακτυλογράφων
- ΔΕ Διοικητικού Λογιστικού
- ΔΕ Τηλεφωνητών
- ΔΕ Ηλεκτρονικών Υπολογιστών
- ΔΕ Κλητήρων Θυρωρών
- ΔΕ Αποθηκάρων
- ΔΕ Χειριστών μηχανημάτων αναπαραγωγής εγγράφων

Τεχνικό Προσωπικό:

- ΔΕ Οδηγοί αυτοκινήτου
- ΔΕ Χειριστών ιατρικών συσκευών
- ΔΕ Οικοδόμοι
- ΔΕ Ράπτριες
- ΔΕ Θερμαστές
- ΔΕ Ξυλουργοί
- ΔΕ Απολυμαντές
- ΔΕ Ηλεκτροτεχνικοί
- ΔΕ Ψυκτικοί
- ΔΕ Κηπουρών
- ΔΕ Εργοδηγοί
- ΔΕ Ελαιοχρωματιστές
- ΔΕ Κλιβανιστών – Απολυμαντών
- ΔΕ Μηχανοτεχνίτες
- ΔΕ Σχεδιαστές
- ΔΕ Υδραυλικοί
- ΔΕ Σιδηρουργοί
- ΥΕ Χειριστές μηχανημάτων

Τεχνολόγοι:

- ΠΕ Μηχανικών Ηλεκτρολόγων
- ΠΕ Αρχιτεκτόνων
- ΠΕ Πολιτικών Μηχανικών
- ΠΕ Μηχανολόγων Μηχανικών
- ΤΕ Ηλεκτρολογίας
- ΤΕ Τεχνολογικών Εφαρμογών
- ΤΕ Ηλεκτρονικής
- ΤΕ Μηχανολογίας

Λοιπό προσωπικό:

- ΤΕ Μαγείρων
- ΔΕ Μαγείρων
- ΥΕ Πλύντες
- ΥΕ Κλητήρες
- ΥΕ Θυρωροί
- ΥΕ Καθαριστές
- ΥΕ Τραπεζοκόμοι
- ΥΕ Βοηθοί μαγείρων
- ΥΕ Λαντζιέρηδες
- ΥΕ Εργατών
- ΥΕ Πρεσαδόροι
- ΥΕ Φυλάκων Νυκτοφυλάκων

Ο οργανισμός μπορεί να προβλέπει θέση Δικηγόρου με έμμισθη εντολή ή να προσλάβει ως εξωτερικό συνεργάτη. Το νοσοκομείο, υποχρεωτικά κάθε χρόνο, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ειδικότητες που απαιτούνται για την εύρυθμη λειτουργία, συντάσσει και συμπληρώνει την κατάσταση θέσεων προσωπικού στο πλαίσιο προγραμματισμού πλήρωσης θέσεων, η οποία περιλαμβάνει: τις οργανικές θέσεις, των αριθμό των υπηρετούντων, τις κενές θέσεις, τον αριθμό αποσπασμένων στο νοσοκομείο, τον αριθμό αποσπασμένων από το νοσοκομείο και το σύνολο.

1.6.8 Τρόπος πλήρωσης θέσεων προσωπικού

Η πλήρωση των εγκεκριμένων θέσεων στα νοσοκομεία εξαρτάται από:

- Τον τύπο της θέσης : μόνιμη οργανική ή αορίστου ή ορισμένου χρόνου
- Την κατηγορία προσωπικού: ιατρικό προσωπικό, προσωπικό πλην ιατρών (υπόλοιπο υπαλληλικό και επιστημονικό προσωπικό)

Η διαδικασία πλήρωσης θέσεων έχει τρία στάδια:

Στάδιο 1: Επιλογή (δημόσιος διαγωνισμός – προκήρυξη)

Στάδιο 2: διορισμός και ορκωμοσία

Στάδιο 3: τοποθέτηση υπάλληλου

Πλήρωση θέσεων ιατρικού προσωπικού

Οι ιατροί του ΕΣΥ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Οι προκηρύξεις για τις θέσεις ιατρών πραγματοποιούνται από το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με τις ανάγκες και τις κενές θέσεις που προβλέπονται στον Οργανισμό του. Η διαβάθμιση των θέσεων είναι:

1. Διευθυντής
2. Αναπληρωτής Διευθυντής
3. Επιμελητής Α
4. Επιμελητής Β
5. Επιμελητής Γ (για συγκεκριμένες ειδικότητες)

Για την κάλυψη έκτακτων αναγκών καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα. Το ιατρικό προσωπικό συμπληρώνεται με ειδικευόμενους ιατρούς, ιατρούς που πραγματοποιούν την ειδικότητα τους, που απασχολούνται με σχέση ιδιωτικού δικαίου και ο αριθμός των θέσεων είναι συγκεκριμένος. Στο Υπουργείο Υγείας και τη Νομαρχία που ανήκει το νοσοκομείο δημιουργείται η λίστα ιατρών προς εξειδίκευση. Σε περίπτωση κενής θέσης ειδικευόμενου ιατρού, το νοσοκομείο ενημερώνει τη Νομαρχία και το Υπουργείο τοποθετεί τον πρώτο ειδικευόμενο ιατρό της λίστας αναμονής.

Εξέλιξη ιατρικού προσωπικού

Τα κριτήρια εξέλιξης του ιατρικού προσωπικού, εκτός των επιστημονικών, είναι: η ηλικία, η συνολική διάρκεια απασχόλησης, η διάρκεια απασχόλησης σε προηγούμενη

θέση και στην αντίστοιχη ειδικότητα. Οι ιατροί, μετά την πάροδο 5 ετών και μετά τη διεκδίκηση της ίδιας θέσης επί 2 συνεχόμενες φορές, μπορεί να μονιμοποιηθούν.

- Διευθυντής: Για την κάλυψη θέσης Διευθυντή απαιτείται 10ετής άσκηση στην ειδικότητα της διεκδικούμενης θέσης και όριο ηλικίας έως τα 55 έτη
- Αναπληρωτής Διευθυντής: Τη θέση Αναπληρωτή Διευθυντή λαμβάνει, ύστερα από κρίση, Επιμελητής Α' με συνολική υπηρεσία 13 έτη εκ των οποίων τα 6 έτη σε αυτόν τον βαθμό (ο όρος «Αναπληρωτής Διευθυντής» έχει καταργηθεί, ισχύει ο όρος «Διευθυντής»)
- Επιμελητής Α': Για την κάλυψη θέσης Επιμελητή Α' απαιτείται 5ετής άσκηση στην ειδικότητα της διεκδικούμενης θέσης και όριο ηλικίας τα 50 έτη
- Επιμελητής Β': Για την κάλυψη θέσης Επιμελητή Β' απαιτείται τίτλος ειδικότητας και όριο ηλικίας τα 45 έτη

Διαδικασία επιλογής κάλυψης θέσεων υποδιευθυντών και διευθυντών

Κάθε νοσοκομείο καταρτίζει πίνακες προσωπικού της Διοικητικής, Νοσηλευτικής και Τεχνικής Υπηρεσίας για την κάλυψη θέσεων Υποδιευθυντή και Διευθυντή υπηρεσιών. Οι πίνακες αποστέλλονται στη Δ.Υ.ΠΕ., όπου λειτουργεί Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, το οποίο ελέγχει τα δικαιολογητικά και καταρτίζει ενιαίο πίνακα υπαλλήλων που πληρούν τις προϋποθέσεις εξέλιξης κατά αξιολογική σειρά σύμφωνα με τις καταστάσεις του συνόλου των νοσοκομειακών μονάδων της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας. Το Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό επιλέγει το προσωπικό για την πλήρωση των κενών θέσεων Υποδιευθυντών και Διευθυντών

Πλήρωση θέσεων προσωπικού πλην ιατρών

Επιλογή μόνιμου προσωπικού

Η επιλογή μόνιμου προσωπικού γίνεται με δημόσιο διαγωνισμό, γραπτό και κατ' εξαίρεση προφορικό ή με σειρά προτεραιότητας, βάσει σαφώς καθορισμένων και αντικειμενικών κριτηρίων. Οι διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιούνται από το ΑΣΕΠ, το οποίο είναι ανεξάρτητη αρχή υποκείμενη σε κυβερνητικό ή άλλο έλεγχο και συστάθηκε με το Ν.2190/94. Κάθε διαδικασία πρόσληψης προϋποθέτει προηγούμενη προκήρυξη, η οποία δημοσιεύεται υποχρεωτικά σε ειδικό τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως και περίληψη της προκήρυξης δημοσιεύεται στον ημερήσιο τύπο. Δεν επιτρέπεται η προκήρυξη χωρίς προηγούμενη έγκριση για την πλήρωση των θέσεων από το εκάστοτε αρμόδιο

κυβερνητικό όργανο, εφόσον απαιτείται, καθώς και βεβαίωση ύπαρξης των σχετικών πιστώσεων.

Επιλογή προσωπικού με σύμβαση αορίστου ή ορισμένου χρόνου

Οι προσλήψεις προσωπικού με σύμβαση αορίστου ή ορισμένου χρόνου πραγματοποιούνται από επιτροπή του νοσοκομείου σε συνεργασία με το ΑΣΕΠ σύμφωνα με την προσδιορισμένη διαδικασία μοριοδότησης. Ο αξιολογικός πίνακας αποστέλλεται στο ΑΣΕΠ για έγκριση και στη συνέχεια στο Υπουργείο Υγείας.

1.6.9 Τοποθέτηση υπαλλήλου

Ο Διοικητής του νοσοκομείου με τη σύμφωνη γνώμη του αντίστοιχου Διευθυντή αποφασίζει την τοποθέτηση του υπαλλήλου σε τμήμα και ο Προϊστάμενος του τμήματος σε συνεργασία με τον Διευθυντή της υπηρεσίας αναθέτουν καθήκοντα σύμφωνα με τον κλάδο ή την ειδικότητα που πραγματοποιήθηκε η πρόσληψη.

1.6.10 Εξέλιξη προσωπικού

Μέχρι το 2010 η εξέλιξη του προσωπικού οριοθετούνταν σε δύο κύκλους. Ο πρώτος κύκλος αφορούσε στο βαθμό που ελάμβανε ο υπάλληλος κατά το διορισμό του με βασικό και μοναδικό κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης του. Ο δεύτερος κύκλος αφορούσε στην ιεραρχική εξέλιξη, η οποία καθορίζονταν από σύνολο κριτηρίων, όπως τα έτη προϋπηρεσίας, τις ετήσιες αξιολογήσεις, τους εκπαιδευτικούς τίτλους και την απόκτηση επιπλέον προσόντων μέσω προγραμμάτων κατάρτισης, συμμετοχή σε ημερίδες και συνέδρια κ.α. Για την κάλυψη θέσης Προϊστάμενου, η διαδικασία πραγματοποιούνταν στο ίδιο το νοσοκομείο από τον Διοικητή, το Διοικητικό Συμβούλιο και το Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

Το 2010 η εικόνα αυτή άλλαξε με το Νόμο υπ' αριθμό 3839 (Παράρτημα 1), ο οποίος καθορίζει ένα σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια και τη σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.). Στο νόμο αυτό περιγράφονται αναλυτικά οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια που πρέπει να πληροί κάθε υπάλληλος ώστε να λάβει θέση προϊστάμενου, περιγράφεται ο τρόπος αναπλήρωσης προϊσταμένων, η σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων, τα Συμβούλια Επιλογής Προϊσταμένων και τα Υπηρεσιακά Συμβούλια. Καθορίζεται η θητεία των μελών ΕΙ.Σ.Ε.Π., η εκπροσώπηση των φύλων και η

λειτουργία. Με το νόμο 4024/2011 καθορίστηκε το νέο βαθμολόγιο – μισθολόγιο, καθώς και οδηγίες για την κατάταξη των υπηρετούντων υπαλλήλων στους βαθμούς. Εισάγονται νέες ρυθμίσεις σχετικά με το σύστημα προαγωγών και μισθολογικής εξέλιξης των υπαλλήλων και ανακαθορίζεται η βαθμολογική κλίμακα. (Παράρτημα 3)

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η νέα βαθμολογική κλίμακα ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκει το προσωπικό, όπως αυτή διαμορφώθηκε βάσει του Νόμου 4024/2011. Στους Πίνακες 2,3,4,5 παρουσιάζεται ο ανακαθορισμός της βαθμολογικής κλίμακας των υπαλλήλων ανά κατηγορία, όπως διαμορφώθηκε με το νέο αυτό Νόμο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Βαθμολογική κλίμακα προσωπικού βάσει Νόμου 4024/2011

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ				
		ΠΕ (Α-ΣΤ)	ΤΕ (Α-ΣΤ)	ΔΕ (Β-ΣΤ)	ΥΕ (Γ-ΣΤ)
	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ				
	ΣΤ	ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΣ 2 ΕΤΗ			
100% των κρινόμενων	Ε	4 ΕΤΗ	4 ΕΤΗ	6 ΕΤΗ	10 ΕΤΗ
90% των κρινόμενων	Δ	4 ΕΤΗ	4 ΕΤΗ	6 ΕΤΗ	10 ΕΤΗ
80% των κρινόμενων	Γ	4 ΕΤΗ	4 ΕΤΗ	8 ΕΤΗ	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)
70% των κρινόμενων	Β	6 ΕΤΗ	8 ΕΤΗ	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)	
30% των κρινόμενων	Α	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)		

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΠΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	ΣΤ
3-9	Ε

9-15	Δ
15-21	Γ
>21	Β

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΤΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	Στ
3-9	Ε
9-15	Δ
15-23	Γ
>23	Β

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΔΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	Στ
3-11	Ε
11-19	Δ
19-27	Γ
>27	Β

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ανακαθορισμός Βαθμολογικής Κλίμακας Υπαλλήλων Κατηγορία ΥΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	Στ
3-15	Ε
15-25	Δ
>25	Γ

1.6.11 Υπηρεσία Προσωπικού

Κύρια ευθύνη της υπηρεσίας προσωπικού αποτελούν οι ανθρώπινες σχέσεις, οι οποίες αποβλέπουν στην δημιουργία υπόβαθρου και κλίματος, ενισχυτικά των προσπαθειών της

υπηρεσίας, για να επιτύχουν αποτελέσματα με την κατάλληλη και ορθολογιστική μεταχείριση του ανθρώπινου παράγοντα.

Η υπηρεσία προσωπικού έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα και η λειτουργία της είναι επιτελική. Εισηγείται και υποδεικνύει στην διοίκηση τους τομείς πολιτικής, οι οποίοι πρέπει να καθιερωθούν σε θέματα προσωπικού. Γενικά, αποτελεί τον θεωρητικό ερμηνευτή των θεμάτων και προβλημάτων προσωπικού στη διοίκηση και στους αρμόδιους προϊστάμενους. Η υπηρεσία προσωπικού τηρεί αρχεία με τους ατομικούς υπηρεσιακούς φακέλους του προσωπικού από την ημερομηνία της πρόσληψης μέχρι και την συνταξιοδότηση.

Το αντικείμενο της υπηρεσίας προσωπικού διακρίνεται σε σκέλη:

1. Στην υπηρεσιακή εξέλιξη (βαθμολογική εξέλιξη, μισθολογική εξέλιξη, προαγωγή, κλιμάκια)
2. Άδειες (κανονικές, αναρρωτικές, εκπαιδευτικές, τοκετού). Παρακολουθεί και ελέγχει να μην γίνεται υπέρβαση ή να μην χάνει την άδειά του κάθε εργαζόμενος.
3. Πειθαρχική διαδικασία. Παρακολουθεί αν οι εργαζόμενοι είναι συνεπείς ή όχι στις υποχρεώσεις τους. Οι μη συνεπείς καταχωρούνται στον υποφάκελο πειθαρχικής διαδικασίας.
4. Προσόντα (ατομική εργασία, συμμετοχή σε σεμινάρια, κ.α.)

Η νοσηλευτική διοίκηση συνεργάζεται στενά με την υπηρεσία προσωπικού. Σκοπός της διοίκησης είναι η εύρεση και πρόσληψη ατόμων ικανών για αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών.

Η στελέχωση αναφέρεται στο σχέδιο – πλαίσιο: Αριθμός και κατηγορίες που χρειάζονται σε κάθε ωράριο εργασίας για κάθε νοσηλευτική μονάδα. Το πρόγραμμα αντιπροσωπεύει την πραγματοποίηση της στελέχωσης, δηλαδή είναι η συμπλήρωση του σχεδίου της στελέχωσης με το ανάλογο προσωπικό που θα εργάζεται τις ορισμένες ώρες και ημέρες σε κάθε μονάδα.

Τα κύρια στοιχεία της στελέχωσης είναι:

- Πλαίσιο – Υπόδειγμα, το οποίο δείχνει πόσο προσωπικό και ποιας κατηγορίας πρέπει να υπάρχει στην υπηρεσία σε κάθε μονάδα, για κάθε ωράριο εργασίας, για κάθε ημέρα

- Πρόγραμμα στελέχωσης, ένα μαθηματικό σχήμα, το οποίο υποδεικνύει τον αριθμό των ατόμων και τις κατηγορίες που πρέπει να υπάρχουν, για να εφαρμόζεται το πλαίσιο – υπόδειγμα.

Οι προϋποθέσεις ώστε ένα υπόδειγμα στελέχωσης νοσηλευτικής μονάδας να είναι σχετικά μόνιμο είναι οι εξής:

1. Η νοσηλευτική μονάδα δεν θα συνεχίζει να νοσηλεύει τον ίδιο αριθμό και τύπο ασθενών για όλη την περίοδο που θα λειτουργεί
2. Οι ανάγκες των ασθενών μπορεί να υπολογίζονται κατά μέσο όρο, κατά μονάδα, σε ημερήσια βάση και να μετατραπούν στον απαιτούμενο αριθμό ωρών νοσηλείας, σύμφωνα με τον καθορισθέντα αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού
3. Ο αριθμός ωρών νοσηλείας θα μένει σχετικά ίδιος από μέρα σε μέρα
4. Ο αριθμός και σύνθεση προσωπικού θα είναι σταθερά

Το πρόγραμμα στελέχωσης είναι ο καθορισμός του αριθμού των ατόμων που πρέπει να προσληφθεί, για να παρέχεται η φροντίδα όπως προβλέπεται στο υπόδειγμα – πλαίσιο, δηλαδή αριθμός και κατηγορία προσωπικού για κάθε μονάδα, σε κάθε ωράριο ημερήσια. Επικρατούν πολύ τρόποι και μέθοδοι υπολογισμού αριθμού ατόμων, που πρέπει να προσληφθούν στην υπηρεσία.

Ο υπολογισμός πρόσληψης για την κάλυψη μιας θέσης σε πρωινό ωράριο ενός τμήματος μπορεί να γίνει με τον παρακάτω τρόπο:

- Κάθε υπάλληλος εργάζεται ορισμένο αριθμό ημερών τον χρόνο
- Ο αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού για την κάλυψη μιας θέσης για το έτος με πλήρη απασχόληση ο οποίος βρίσκεται με την διαίρεση των ημερών του έτους δια του αριθμού των ημερών εργασίας του υπαλλήλου

Το πλαίσιο στελέχωσης των υπηρεσιών πρέπει να είναι αποτέλεσμα αφενός μεν προσεκτικής εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αφετέρου δε του αριθμού και της κατηγορίας του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για την κάλυψη αυτών των αναγκών. Η ισορροπία και των δυο αυτών μεταβλητών εξασφαλίζεται με την μελέτη και τον υπολογισμό των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Οι παράγοντες είναι εκείνοι που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη, την εφαρμογή και σταθερότητα ενός προτύπου στελέχωσης για κάλυψη σύγχρονων και προβλεπόμενων αναγκών προσωπικού του νοσοκομείου στο οποίο θα εφαρμοστεί. Η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας είναι από τα δυσκολότερα έργα λόγω της πολυπλοκότητάς, των ειδικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού και της έλλειψης ή περισσίας ορισμένων

κατηγοριών και ειδικοτήτων προσωπικού. Η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ακόμα δυσκολότερη εξαιτίας και άλλων παραγόντων που εμφανίζονται, ωστόσο κυρίως από την μόνιμη σχεδόν έλλειψη νοσηλευτών. Συνεπώς, διάφοροι παράγοντες, φυσικοί, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτικοί επηρεάζουν την στελέχωση. Ορισμένοι από αυτούς μπορεί να ελεγχθούν και να προβλεφθούν, ενώ άλλοι είναι δύσκολο. Κάθε οργανισμός υγείας παρουσιάζει μοναδικότητα ως προς την δομή του πληθυσμού, το ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας, τις πηγές που διαθέτει, και τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης. Κύριο μέλημα της διοίκησης είναι η πρόσληψη και παραμονή ικανού προσωπικού για την αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών.

Ο ρόλος & τα καθήκοντα της Διεύθυνσης Προσωπικού

Ο ρόλος του Υπεύθυνου των Ανθρώπινων Πόρων, εκτός από κομβικού χαρακτήρα, είναι και ιδιόμορφος. Βρίσκεται στο μέσον των απαιτήσεων της Ανώτατης Διοίκησης και των εργαζομένων και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να είναι με το μέρος της μίας ή της άλλης πλευράς. Αντίθετα θα πρέπει να διαδραματίζει το ρόλο του καναλιού επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών, δηλαδή να μεταφέρει τα οράματα και τους στόχους της Ανώτατης Διοίκησης στους εργαζόμενους και τα αιτήματα των εργαζομένων στη Διοίκηση.

Οι κύριοι άξονες των καθηκόντων του Διευθυντή Ανθρώπινων Πόρων είναι οι εξής:

- Η διαμόρφωση της πολιτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού
- Οι εισηγήσεις και η παροχή συμβουλών προς την επιχείρηση για την αντιμετώπιση προβλημάτων
- Η υλοποίηση της πολιτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού
- Ο έλεγχος της υλοποίησης της πολιτικής της επιχείρησης, που καθορίζεται από την Ανώτατη Διοίκηση

Σκοποί και στόχοι Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Ο κυριότερος σκοπός των περισσότερων νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Ορισμένοι ερευνητές εκλαμβάνουν τον πρωταρχικό αυτό σκοπό ως διαδικασία νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πράξεων. Άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι ισοδυναμεί με τα αποτελέσματα. Οι σκοποί εξαρτώνται από τις θεωρίες και τη φιλοσοφία που κυριαρχούν στη νοσηλευτική υπηρεσία. Διοικητικές αξίες και μέθοδοι, όπως οι σχετικές με την οικονομία και την αποτελεσματικότητα, υπεισέρχονται στη νοσηλευτική διοίκηση. Τέτοιου είδους σκοποί είναι σημαντικοί για την επίτευξη των νοσηλευτικών στόχων. Επί παραδείγματι, ένας προϊστάμενος

επιχείρησης αποβλέπει σε άμεσο οικονομικό κέρδος ακόμα και στη κατώτερη βαθμίδα. Στη νοσηλευτική, η διοικητική ικανότητα και η οικονομία προσπαθούν μαζί να επιτύχουν τους νοσηλευτικούς σκοπούς σε ποσοτικές ή ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες. Αν και οι σκοποί αυτοί είναι σημαντικοί σε μία κοινωνία που γνωρίζει περιορισμούς στους πόρους και τις πηγές, ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας καλείται να βρει τρόπους κάλυψης των νοσηλευτικών σκοπών με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και πρέπει να αναγνωρίζει ότι η υγεία ή η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί μια κοινωνική αξία.

Ταυτόχρονα είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη τα εμπόδια που υπάρχουν για τη πραγμάτωση των στόχων. Αν ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας μονομερώς αποβλέπει στην πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών και αγνοεί τα πειστικά προβλήματα, οπωσδήποτε θα συναντά δυσκολίες στη βελτίωση της υπηρεσίας ή του τμήματος. Αν καταναλώνει όλο το χρόνο στη λύση τρεχόντων προβλημάτων, η νοσηλευτική υπηρεσία δεν πρόκειται ποτέ να προοδεύσει και να ξεπεράσει την αρχική της φάση. Επομένως, η ισορροπία μεταξύ μελλοντικής κατεύθυνσης και αντιμετώπισης των παρόντων προβλημάτων είναι το κλειδί κάθε επιτυχημένης και αποτελεσματικής διοίκησης.

Ο σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας περιλαμβάνει τις ακόλουθες έννοιες:

- Παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς
- Πρόβλεψη και υποστήριξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Πρόβλεψη και υποστήριξη ερευνητικών προσπαθειών

Παραδείγματα :

- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να παρέχει ποιοτική νοσηλεία σε όλους τους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο (επιθυμητή οργάνωση).
- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε ασθενή με τη μέθοδο αντιμετώπισης των προβλημάτων του (επιθυμητή μέθοδος).
- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να εξασφαλίσει για τον κάθε ασθενή ικανοποιητική ανάρρωση και διατήρηση της υγείας του στο δυνατότερο εφικτό βαθμό (επιθυμητά αποτελέσματα)

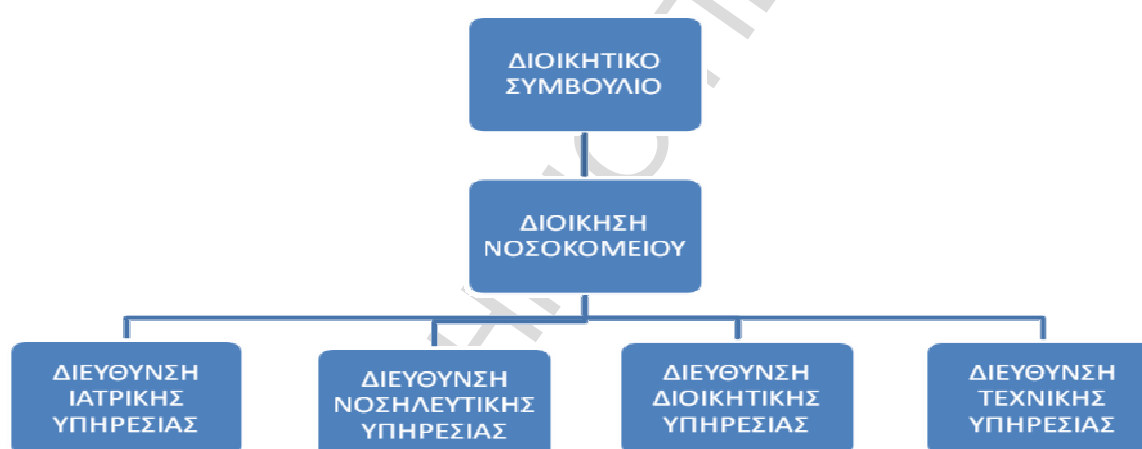
Σκοποί νοσηλευτικής υπηρεσίας:

- Παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, στα εξωτερικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.

- Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη επειγόντων περιστατικών.
- Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων σε αριθμό και σύνθεση για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών ασθενών σε 24ωρη βάση.
- Η αποτελεσματική διοίκηση νοσηλευτικών τομέων, ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας.
- Η λειτουργία προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών μάθησης φοιτητών, καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το προσωπικό.
- Η ανάπτυξη και η υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων και η εφαρμογή των ευρημάτων τους.
- Η συμμετοχή του προσωπικού στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.
- Η από κοινού συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας με τις άλλες υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

ΣΧΗΜΑ 8

Ιεραρχική διάρθρωση διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών



1.6.12 Όργανα διοίκησης Νοσοκομείου

Τα όργανα διοίκησης ενός Νοσοκομείου διαιρούνται σε επιτελικά και γραμμής. Τα ανώτατα επιτελικά όργανα διοίκησης είναι το Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής με

σύνθεση και αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Ν. 2889/2001, καθώς και στον Ν.3329/2005. Το Επιστημονικό Συμβούλιο και η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων αποτελούν επιτελικά όργανα και το ίδιο ισχύει για το Τμήμα Πληροφορικής και Οργάνωσης, τη Γραμματεία Διοικητικού Συμβουλίου και το Γραφείο Υποδοχής Ασθενών, τα οποία υποβοηθούν το έργο της Διοίκησης. Τα όργανα γραμμής απαρτίζονται από τις εξής υπηρεσίες : Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική και την ιεραρχική ανάπτυξη τους. Ως όργανα γραμμής θεωρούνται και τα Κέντρα Υγείας τα οποία εποπτεύονται από το Νοσοκομείο μέχρι να καθορισθεί με σχετική Υπουργική Απόφαση το καθεστώς υπαγωγής τους. Το Διοικητικό Συμβούλιο είναι επταμελές και συγκροτείται με Υπουργική Απόφαση. Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που αφορούν κυρίως στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την επέκταση και βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων και γενικότερα την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Είναι το ανώτερο διοικητικό όργανο του οργανισμού.

Ο Διοικητής προϊστάται όλων των Υπηρεσιών και έχει τη γενική και ειδική ευθύνη της διοίκησης και της λειτουργίας του Νοσοκομείου και είναι υπεύθυνος για την εξασφάλιση της ομαλής και εύρυθμης λειτουργίας του. Στην Ιατρική Υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, ο οποίος είναι ιατρός διευθυντής και είναι αρμόδιος για την εύρυθμη λειτουργία της Ιατρικής Υπηρεσίας. Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, ο καθένας από τους οποίους απαρτίζεται από Τμήματα με συναφές επιστημονικό αντικείμενο.

Στην Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστάται η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και έχει την ευθύνη και τη μέριμνα για την ορθή παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, που εξυπηρετούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στην Διοικητική Υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας και έχει την ευθύνη και τη μέριμνα για το συντονισμό και τον έλεγχο των εργασιών των Τμημάτων της Διοικητικής Υπηρεσίας.

Η διοίκηση συνήθως χωρίζεται σε τρία επίπεδα:

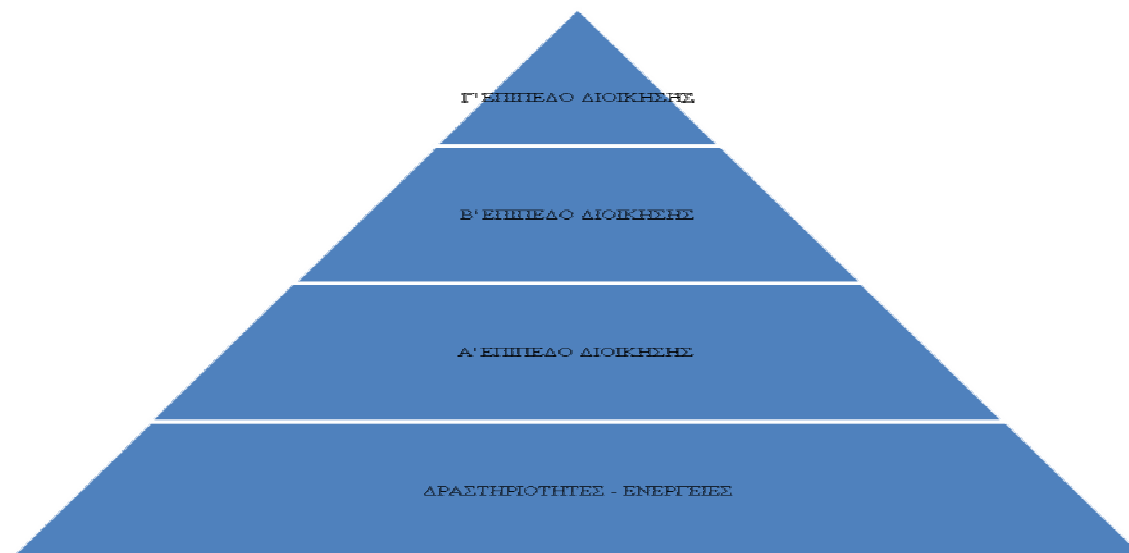
Α' Επίπεδο Διοίκησης: Προϊστάμενος νοσηλευτικής μονάδας

Β' Επίπεδο Διοίκησης: Τομεάρχης

Γ' Επίπεδο Διοίκησης: Διευθυντής νοσηλευτικών υπηρεσιών

ΣΧΗΜΑ 9

Επίπεδα διοίκησης



Όσο ανώτερο το επίπεδο διοίκησης τόσο περισσότερο απαιτούνται διοικητικές δεξιότητες. Όσο κατώτερο το επίπεδο διοίκησης τόσο περισσότερο απαιτούνται τεχνικές δεξιότητες.

Τα στελέχη, ανεξάρτητα από το επίπεδο διοικητικής ευθύνης στον οργανισμό, ασκούν κυρίως τέσσερις λειτουργίες:

- Σχεδιασμού – προγραμματισμού
- Οργάνωσης
- Διεύθυνσης – Συντονισμού
- Ελέγχου

Διοίκηση 1^{ου} επιπέδου

Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας του 1^{ου} επιπέδου είναι οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων και ονομάζονται στελέχη 1^{ης} γραμμής. Ο προϊστάμενος είναι υπεύθυνος για την εποπτεία της εργασίας όλου του προσωπικού του τμήματος, εκτός των διοικητικών υπαλλήλων, για την κλινική νοσηλευτική πρακτική, την προσφορά ποιοτικής φροντίδας, τη χρήση ανθρώπινων, οικονομικών και άλλων πόρων, την ανάπτυξη προσωπικού, την τήρηση επαγγελματικών προτύπων, την καλλιέργεια σχέσεων συνεργασίας μεταξύ διαφόρων ειδικοτήτων, τον στρατηγικό σχεδιασμό και την παρακίνηση του προσωπικού για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Εκπροσωπούν το προσωπικό στην ανώτερη διοίκηση και αντιστρόφως και είναι υπεύθυνοι για την διοίκηση των τμημάτων στο πλαίσιο του οργανισμού υγείας. Στο

νοσοκομείο ο προϊστάμενος είναι ο επικεφαλής νοσηλευτής. Στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τα στελέχη 1^{ης} γραμμής αναφέρονται ως συντονιστές.

Διοίκηση μεσαίου επιπέδου

Τα στελέχη μεσαίου επιπέδου εποπτεύουν έναν αριθμό στελεχών 1^{ης} γραμμής, με κριτήριο τη συνάφεια των ειδικοτήτων ή το κριτήριο της εγγύτητας των τμημάτων, στο νοσοκομείο αν βρίσκονται στην ίδια πτέρυγα (νοσοκομειακή δομή), ενώ στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αν βρίσκονται στην ίδια γεωγραφική περιοχή (εξωνοσοκομειακές δομές). Είναι υπεύθυνα για τα άτομα και τις δραστηριότητες των τμημάτων που εποπτεύουν και για τον συγκεκριμένο τομέα. Ενεργούν ως σύνδεσμοι μεταξύ των στελεχών του ανώτερου επιπέδου και των στελεχών της 1^{ης} γραμμής. Ονομάζονται τομάρχες, επόπτες, διευθυντές ή βοηθοί/συνεργαζόμενοι διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι θέσεις μεσαίου επιπέδου διοίκησης στους οργανισμούς έχουν καταργηθεί. Η εξοικονόμηση από μισθούς ευνοεί την πρόσληψη περισσότερων νοσηλευτών και την αγορά εξοπλισμού. Η αποκέντρωση αυξάνει την εξουσία των στελεχών της 1^{ης} γραμμής και την ικανοποίηση από την εργασία, βελτιώνοντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Ανώτερο επίπεδο διοίκησης

Το επίπεδο υψηλόβαθμων στελεχών αφορά στο διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας, στον οποίο υπόλογοι είναι τα στελέχη του μεσαίου επιπέδου. Είναι ο υπεύθυνος για τον καθορισμό των στόχων του οργανισμού και των στρατηγικών σχεδίων για τη νοσηλευτική διεύθυνση στην οποία ανήκει το προσωπικό της καθαριότητας, της διαίτολογίας και άλλων. Μπορεί να αναλάβει επιπλέον διαχειριστικούς ρόλους ως διευθυντής εκπαίδευσης, πληροφορικής και ποιότητας. Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Οργανισμό Στελεχών Νοσηλευτικής Διοίκησης, «ένα υψηλόβαθμο στέλεχος νοσηλευτικής είναι ένας αδειούχος νοσηλευτής που είναι μέλος ομάδος υψηλόβαθμων στελεχών διοίκησης και ως εκ τούτου υπεύθυνος για τη διοίκηση του νοσηλευτικού οργανισμού και την κλινική νοσηλευτική πρακτική σε ολόκληρο τον οργανισμό. Σε αυτό το επίπεδο είναι απαραίτητα το πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και η εκτενής προϋπηρεσία σε ανώτερες ιεραρχικές διοικητικές θέσεις. (Krejci, 1999)

Ο επικεφαλής νοσηλευτής

Στους οργανισμούς υγείας σε διάφορες χώρες υπάρχουν ορισμένοι διοικητικοί ρόλοι, οι οποίοι δεν εμπίπτουν στα παραδοσιακά επίπεδα διοίκησης. Ένας από αυτούς, είναι ο ρόλος του επικεφαλής νοσηλεύτη (charge nurse). Σε ορισμένους οργανισμούς η θέση μπορεί να είναι μόνιμη και συγκεκριμένη και να αποτελεί τμήμα της επίσημης ομάδας διοίκησης, όπως για παράδειγμα είναι ο προϊστάμενος ενός τμήματος, ενώ σε άλλους οργανισμούς τη θέση μπορεί να καταλαμβάνουν έμπειρα στελέχη του τμήματος εκ περιτροπής ή ο βοηθός του προϊστάμενου. Σε ορισμένους οργανισμούς καταβάλλεται επίδομα ευθύνης στο άτομο που εκτελεί τα καθήκοντα του προϊστάμενου. Ο επικεφαλής νοσηλεύτης λειτουργεί ως σύνδεσμος με τα στελέχη της 1^{ης} γραμμής, βοηθώντας στο συντονισμό στις βάρδιες, στην προώθηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και στην αποτελεσματική χρήση των πόρων. Λύνει προβλήματα και βοηθά το προσωπικό στη λήψη αποφάσεων. Επιπρόσθετοι ρόλοι του επικεφαλής νοσηλεύτη είναι η υπόδειξη ρόλων, η παροχή συμβουλών και η εκπαίδευση, συνεπώς θα πρέπει να διαθέτει εμπειρία, δεξιότητες και γνώσεις στη νοσηλευτική πρακτική και να είναι εξοικειωμένος με τα πρότυπα και τις πρακτικές του οργανισμού. Οι αρμοδιότητες του επικεφαλής νοσηλεύτη περιορίζονται για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και σε συγκεκριμένα καθήκοντα, ενώ οι ευθύνες και οι αρμοδιότητες του στελέχους 1^{ου} επιπέδου αφορούν όλες τις δραστηριότητες του τμήματος, όλη τη διάρκεια του 24ώρου. Ο επικεφαλής νοσηλεύτης έχει περιορισμένη δικαιοδοσία, λειτουργεί ως εκπρόσωπος του στελέχους 1^{ης} γραμμής και είναι υπόλογος σε αυτόν για τις όποιες ενέργειες γίνονται και τις όποιες αποφάσεις λαμβάνονται, έχει περισσότερη ανεπίσημη εξουσία από ένα στέλεχος 1^{ης} γραμμής, διότι ασκεί σημαντική επιρροή στο προσωπικό, είναι ένας σημαντικός ηγέτης και μπορεί να αναπτύξει δεξιότητες που θεωρούνται απαραίτητες σε ένα στέλεχος 1^{ης} γραμμής.

Ο νοσηλεύτης τμήματος

Οι νοσηλευτές ενός τμήματος, παρόλο που δεν κατέχουν επίσημα μια διοικητική θέση, ασκούν διοικητικούς ρόλους, καθώς καλούνται καθημερινά να συνεργαστούν με άλλους επαγγελματίες και βοηθητικό προσωπικό. Θα πρέπει να έχουν διοικητικές και ηγετικές δεξιότητες, καθώς επίσης και δεξιότητες στην επικοινωνία, στην εκχώρηση αρμοδιοτήτων και στην παρακίνηση. Οι διοικητικές ευθύνες των νοσηλευτών αφορούν στην εποπτεία όλων των επαγγελματιών, ώστε να διασφαλιστεί η ποιοτική περίθαλψη των ασθενών. Σε ορισμένους οργανισμούς υγείας έχει εφαρμοστεί η επιμερισμένη διακυβέρνηση (shared governance), συνεπώς οι παραδοσιακές αρμοδιότητες διοίκησης

κατανέμονται σε όλα τα μέλη της ομάδος εργασίας και οι νοσηλευτές έχουν σημαντική ανάμειξη στη διοίκησης του τμήματος. (Sullivan, 2009)

Ένας άλλος τρόπος προσδιορισμού του έργου των στελεχών, είναι η εκτίμηση των δραστηριοτήτων που ασκούν, όπως, επίσης, ο χρόνος που διαθέτουν για τις διάφορες δραστηριότητες κατά επίπεδο διοίκησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό του χρόνου (51%) καταναλώνεται στη διεύθυνση – συντονισμό και άσκηση ηγετικών καθηκόντων κατά το Α' επίπεδο διοίκησης, γεγονός που δηλώνει την επιτακτική ανάγκη εστίασης της προσοχής στην αρχική διδασκαλία διοίκησης. (Robins, 1984)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Διοικητικές και τεχνικές δεξιότητες

Διευθυντής	Γ' επίπεδο διοίκησης	Διοικητικές Ικανότητες	Επικέντρωση στις Διοικητικές
Τομεάρχης	Β' επίπεδο διοίκησης		Ικανότητες
Προϊστάμενος	Α' επίπεδο διοίκησης		Επικέντρωση στις Τεχνικές Δεξιότητες
		Τεχνικές Δεξιότητες	

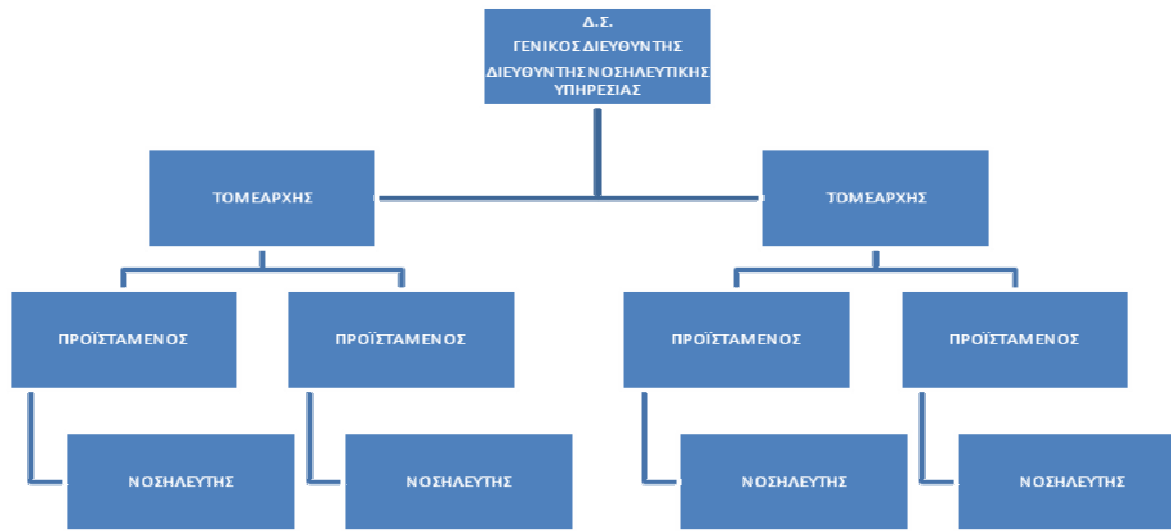
ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Καταμερισμός χρόνου κατά δραστηριότητα ανά επίπεδο διοίκησης

Α' επίπεδο – Προϊστάμενος	Β' επίπεδο – Τομεάρχης	Γ' επίπεδο – Διευθυντής
Προγραμματισμός 15%	Προγραμματισμός 18%	Προγραμματισμός 28%
Οργάνωση 24%	Οργάνωση 33%	Οργάνωση 36%
Διεύθυνση 51%	Διεύθυνση 36%	Διεύθυνση 22%
Έλεγχος 10%	Έλεγχος 13%	Έλεγχος 14%

ΣΧΗΜΑ 10

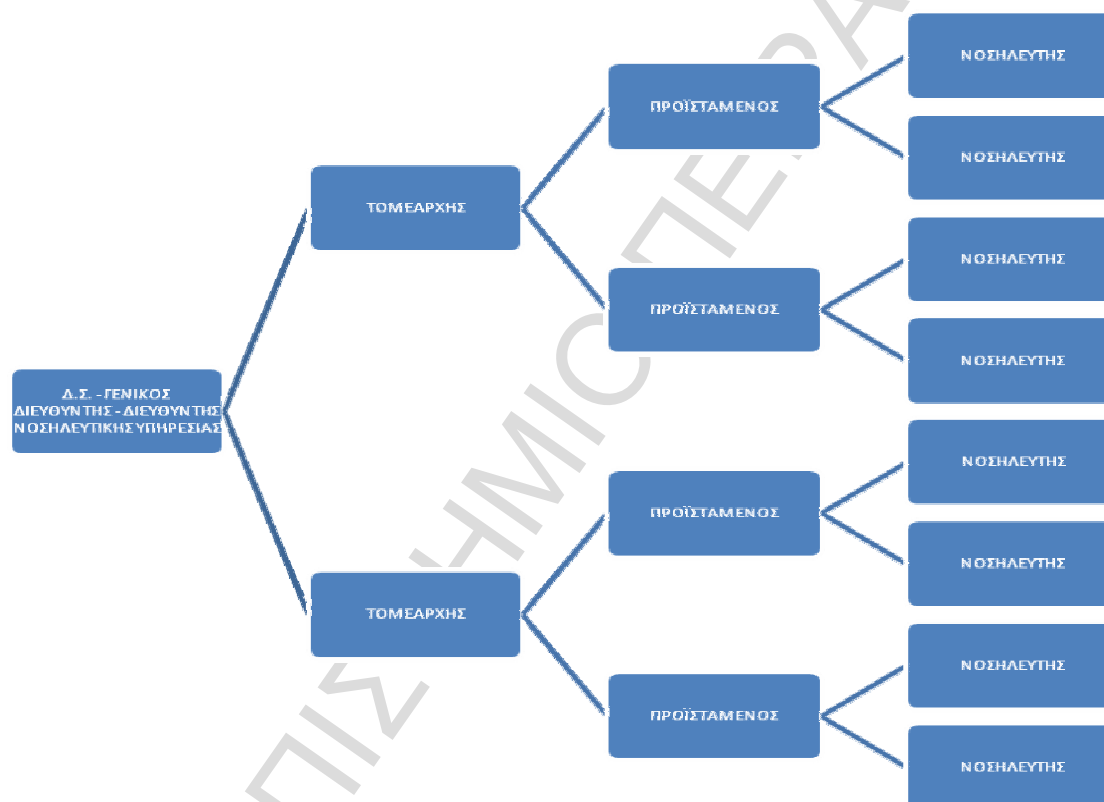
Κάθετη Οργάνωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



(Λανάρα, 2004)

ΣΧΗΜΑ 11

Οριζόντια Οργάνωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



(Λανάρα, 2004)

ΣΧΗΜΑ 12

Παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση της νοσηλευτικής διοίκησης



(Λανάρα, 2004)

1.6.13 Σύνθεση Νοσηλευτικού Προσωπικού

Ο καθορισμός της σύνθεσης του ανθρώπινου δυναμικού, ώστε να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να καλύπτει τις ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, αποτελεί ένα από τα πρώτα βήματα της ορθολογικής στελέχωσης. Η κατάλληλη σύνθεση του προσωπικού εξασφαλίζει την ικανοποίησή του από την εξάσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και επομένως την καλύτερη απόδοσή του. Νοσηλευτικά ιδρύματα με μειωμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παραβιάσουν τους κανόνες της σωστής νοσηλευτικής πρακτικής. (Hurst, 2002, Teahan, 1998, Aiken, 2002) Αντίθετα,

επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, ειδικότερα με αυξημένη αναλογία νοσηλευτών στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, αναφέρεται ότι σχετίζεται με μικρότερη συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων στους ασθενείς, λιγότερες λοιμώξεις από το ουροποιητικό σύστημα και γενικότερα από τη χρήση καθετήρων και σπανιότερη χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων. (Gerdtz 2007, Harrington 2005, McGillis 2004) Οι νοσηλευτές, ειδικά αν διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, υποστηρίζεται ότι ωφελούν περισσότερο στη λειτουργία των τμημάτων του νοσοκομείου, σύμφωνα με καμπύλες κόστους-οφέλους. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές αυτής της κατηγορίας μπορούν να εκτελούν περισσότερα νοσηλευτικά καθήκοντα και παρεμβάσεις από τους βοηθούς νοσηλευτών. Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με τη μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία φαίνεται να διασφαλίζει λιγότερες δαπάνες για το νοσοκομείο. Η κατάσταση της υγείας των ασθενών, επίσης, επηρεάζει τη στελέχωση. Συγκεκριμένα, όσο βαρύτερη αξιολογείται η κατάσταση των ασθενών τόσο μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτών προς βοηθούς νοσηλευτών απαιτείται, ώστε να εξασφαλίζεται υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας. Γενικότερα, ως ιδανική αναλογία προτείνεται αυτή των δύο νοσηλευτών προς ένα βοηθό νοσηλευτών. (Reilly 2006, Mayo 1999, Κοπανιτσάνου 2009)

Για την αποτελεσματική στελέχωση ενός νοσηλευτικού τμήματος απαιτείται:

1. Η κατάλληλη τοποθέτηση του προσωπικού στη συγκεκριμένη θέση εργασίας με γνώμονα τα προσόντα, την εμπειρία, και τις ειδικές γνώσεις που κατέχει.
2. Ο υπολογισμός του αριθμού των νοσηλευτών, που χρειάζονται για το συγκεκριμένο τμήμα, προκειμένου να καλύπτονται όλες οι νοσηλευτικές ανάγκες
3. Ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων και η δυνατότητα να ικανοποιούν τους προσωπικούς τους στόχους μέσα στο χώρο εργασίας.
4. Η αμεροληψία του προγράμματος εργασίας και η ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων.
5. Η διασφάλιση των καταλλήλων συνθηκών εργασίας.
6. Η σωστή προετοιμασία των νεοπροσληφθέντων για την ομαλή ένταξή τους στο νέο εργασιακό περιβάλλον.
7. Η κατάλληλη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής εμπειρίας και των γνώσεων των εργαζομένων.
8. Η πραγματοποίηση κυκλικών μετακινήσεων, ώστε να εμποδίζεται η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.

9. Η συνεχής αναβάθμιση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένων.
10. Η εξέταση και η μελέτη των ειδικών αναγκών του προσωπικού και η κατανόηση απέναντι σε προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα.
11. Η αξιολόγηση και η αναγνώριση της καλής απόδοσης του προσωπικού.
12. Η παροχή κινήτρων για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας εργασίας (Λανάρα 2002, Μπαμπάτσικου 2012)

Οι κατηγορίες και οι κλάδοι, που συνθέτουν τη Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι:

1η κατηγορία: Π.Ε. Νοσηλευτών/τριών.

Η φοίτηση τους είναι τετραετής και χωρίζεται σε 8 εξάμηνα, με διδασκαλία 13 εβδομάδων στο κάθε εξάμηνο. Οι Π.Ε. νοσηλευτές διαθέτουν ολοκληρωμένη μόρφωση στο πλαίσιο θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης, στη φροντίδα υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, ενώ παράλληλα, συμμετέχουν ενεργά στην έρευνα, που αφορά στο χώρο υγείας.

2η κατηγορία: Τ.Ε. όπου ανήκουν:

Ο κλάδος Τ.Ε. Νοσηλευτών/τριών

Ο κλάδος Τ.Ε. Μαιών/τών

Ο κλάδος Τ.Ε. Επισκεπτριών/τών

Ο κλάδος Τ.Ε. Βρεφοκόμων-Νηπιοκόμων

Έχουν ανώτερη εκπαίδευση, η φοίτηση τους είναι τετραετής και χωρίζεται σε 7 εξάμηνα συν 1 πρακτικής εξάσκησης. Με το θεωρητικό μάθημα, οι νοσηλευτές Τ.Ε. διαθέτουν γνώσεις από τις φυσικές, βιολογικές, κοινωνικές επιστήμες και από την ιατρική, ενώ με την κλινική διδασκαλία και άσκηση διαθέτουν γνώσεις στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διδασκαλία και την επίβλεψη και, τέλος, αποκτούν εμπειρία στη νοσηλεία του ασθενή.

3η κατηγορία: Δ.Ε. όπου ανήκουν:

Ο κλάδος Δ.Ε. Βοηθών Νοσοκόμων/τριών

Ο κλάδος Δ.Ε. Πρακτικών Νοσοκόμων/τριών

Ο κλάδος Δ.Ε. Βοηθών Βρεφοκόμων/νηπιοκόμων

Ο κλάδος Δ.Ε. Γραμματέων νοσηλευτικών Τμημάτων

Ο κλάδος Δ.Ε. Αποστειρωτών-Κλιβανιστών

Η διάρκεια φοίτησης για τις ημερήσιες σχολές είναι διετής και χωρίζεται σε 4 εξάμηνα και τριετής για τις βραδινές σχολές με 6 εξάμηνα. Κάθε εξάμηνο περιλαμβάνει 16 εβδομάδες διδασκαλίας (θεωρία- κλινική διδασκαλία- άσκηση).

4η κατηγορία: Υ.Ε.

Κλάδος Υ.Ε. βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού, οι ειδικότητες, τις οποίες περιλαμβάνει αυτός ο κλάδος είναι: μεταφορέων ασθενών, βοηθών θαλάμων, νεκροτομών, αποστειρωτών.

Οι κατηγορίες και οι κλάδοι προσωπικού Τ.Ε. βρεφονηπιοκόμων, ΔΕ βρεφονηπιοκόμων, Δ.Ε. γραμματέων νοσηλευτικών Τμημάτων, Δ.Ε. αποστειρωτών- κλιβανιστών και Υ.Ε. βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού δεν υπάγονται στο νοσηλευτικό, όμως για λειτουργικούς λόγους υπάγονται ιεραρχικά στην Νοσηλευτική Υπηρεσία.

1.6.14 Υπολογισμός Αριθμού & Συνθέσεως Νοσηλευτικού Προσωπικού

Αναλογία Νοσηλευτών/Ασθενών - Παγκόσμια Εικόνα ICN/AFN

Η ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως: τα σύγχρονα κτίρια – τον άρτιο και σύγχρονο εξοπλισμό, αλλά σε σημαντικότερο παράγοντα από το ανθρώπινο δυναμικό. Την πλειοψηφία του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία αποτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σωστός υπολογισμός και καταμερισμός του νοσηλευτικού προσωπικού από την νοσηλευτική υπηρεσία συμβάλει αποτελεσματικά στην καλή λειτουργία των νοσοκομείων. Σε κάθε οργανισμό γίνονται προγραμματισμοί, θέτονται αντικειμενικοί σκοποί, επιλέγεται και τοποθετείται κατάλληλο και επαρκές προσωπικό και εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία στα πλαίσια της οργάνωσης για επίτευξη των σκοπών. Η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται, επιβλέπεται και αξιολογείται συνεχώς. Ο προγραμματισμός και οι σκοποί αναθεωρούνται και τροποποιούνται σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες. Η κατανομή των θέσεων στις ειδικότητες αυτές γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών. Ο αριθμός των εργαζομένων όλων των κλάδων και ειδικοτήτων, που απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αποφασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, μετά από εισήγηση του διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Οι νοσηλευτικοί σκοποί αποβλέπουν στην εφαρμογή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη την φύση του προσωπικού, τα μέσα και τον πληθυσμό των ασθενών που εξυπηρετεί η νοσηλευτική υπηρεσία.

Προτεραιότητα όμως της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η εξασφάλιση κατάλληλης και ασφαλούς φροντίδας των ασθενών. Συνεπώς, η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί το τμήμα – κλειδί των ιδρυμάτων και υπηρεσιών υγείας, διότι αποτελεί την πλειοψηφία του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία.

Υπάρχουν πολύ τρόποι και μέθοδοι υπολογισμού αριθμού και σύνθεσης ατόμων που πρέπει να προσληφθούν στη νοσηλευτική υπηρεσία, όμως είναι απαραίτητες δυο

προϋποθέσεις: α) η γνώση του εν ενέργεια υπηρετούντος νοσηλευτικού προσωπικού και β) η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Η κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι στατική, αλλά δυναμική και αλλάζει πολύ γρήγορα. Προϋποθέτει οργανωμένο σύστημα πληροφορικής, κεντρικό και αποκεντρωτικό, το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς για τα ακριβή στοιχεία των εργαζομένων. Οι πληροφορίες αφορούν α) τον αριθμό των εισαγομένων και φοιτητών/σπουδαστών στις νοσηλευτικές σχολές κατά έτη, β) τον αριθμό των νέων πτυχιούχων, γ) των αριθμό προσλήψεων στις υπηρεσίες, και δ) τις απώλειες : συνταξιοδότηση, μετανάστευση, παραίτηση, μετακίνηση, θάνατοι. Με αυτές τις πληροφορίες μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια το υπάρχον και προβλεπόμενο νοσηλευτικό δυναμικό, που απαιτείται για την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών της χώρας.

Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση είναι:

- Δημογραφικοί: περιλαμβάνουν τον πληθυσμό, την κατανομή, την πυκνότητα, το ρυθμό ανάπτυξης και μετακίνησης
- Οικονομικοί, με συσχέτιση εισοδήματος και ζήτησης υπηρεσιών
- Κοινωνικοί και πολιτιστικοί, που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό ενημέρωσης του κοινού για τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας
- Κατάσταση υγείας, η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ζήτηση
- Προσβασιμότητα ανάλογα με την διευκόλυνση ή περιορισμό χρήσης των υπηρεσιών
- Διαθεσιμότητα πηγών ή πόρων ανθρώπινων και υλικών, η περίσσεια ή ο περιορισμός που αυξάνει ή ελαττώνει τη ζήτηση υπηρεσιών
- Τεχνολογία στο χώρο της υγείας, το επίπεδο της οποίας έχει άμεση επίπτωση στις προσφερόμενες υπηρεσίες και στο προσωπικό που την παρέχει

Από αυτούς τους παράγοντες λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να μελετηθούν και να ελεγχθούν λόγω της πολυπλοκότητας και της αλληλεξάρτησης μεταξύ τους και με άλλους ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες. Η εκτίμηση της ζήτησης και ο υπολογισμός των απαιτήσεων σε νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με διάφορες μεθόδους όπως:

1. Σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας
2. Σύμφωνα με τους στόχους υπηρεσιών
3. Σύμφωνα με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας

4. Σύμφωνα με τις αναλογίες προσωπικού υγείας και πληθυσμού

Η χρησιμοποίηση και των τεσσάρων μεθοδολογικών προσεγγίσεων είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν για τον υπολογισμό κάθε κατηγορίας δυναμικού υγείας σε εθνικό επίπεδο. Με εκλεκτικούς δε συνδυασμούς των μεθόδων αυτών και με την χρήση γνώσεων τεχνικών, μπορεί να υπολογιστεί ο αριθμός του απαιτούμενου νοσηλευτικού προσωπικού για την στελέχωση νοσοκομείων.

2. ΠΡΟΤΥΠΑ

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέθοδοι στελέχωσης της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της διοικητικής και της τεχνικής υπηρεσίας, καθώς επίσης και η ισχύουσα νομοθεσία.

2.1 Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Το επίσημο ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών είναι επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενθήμερο από Δευτέρα έως Παρασκευή. Ύστερα από κάθε ενεργό εφημερία παρέχεται στον ιατρό, νοσοκομειακό ή πανεπιστημιακό, σε εργάσιμη ημέρα, εικοσιτετράωρη ανάπαυση, η οποία δεν μεταφέρεται πέραν της μιας εβδομάδας.

Οι εφημερίες των ιατρών καθορίζονται ανάλογα με την κατηγορία που ανήκουν, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα όπως αυτό εγκρίνεται από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και μέσα στα πλαίσια των διατεθειμένων για το σκοπό αυτό πιστώσεων, ανάλογα με τις ανάγκες του Νοσοκομείου και τον αριθμό των υπηρετούντων. Για όλες τις κατηγορίες ιατρών, η ενεργός εφημερία γίνεται σε 16/ωρη συνεχή υπηρεσία κατά τις εργάσιμες ημέρες και 24/ωρη κατά τα Σάββατα, τις Κυριακές, αργίες και εξαιρέσιμες ημέρες.

Καθημερινά, εφημερεύουν όλες οι κατηγορίες ιατρών (Διευθυντές, Επιμελητές Α', Επιμελητές Β'), μέχρι το 1/2 του συνόλου των υπηρετούντων, δηλαδή βρίσκονται ειδικευμένοι ιατροί σε εφημερία ενεργό μικτή ή ετοιμότητας, ανά ένας τουλάχιστον σε κάθε τμήμα, ανάλογα με τις ανάγκες του Νοσοκομείου και του αριθμού των υπηρετούντων. Τα ανώτατα όρια εφημεριών (μέχρι του 1/2 του συνόλου των υπηρετούντων γιατρών) αποτελούν την οροφή του συστήματος και σε καμία περίπτωση δεν εξαντλούνται υποχρεωτικά.

Στα Κέντρα Υγείας καθημερινά εφημερεύει σε ενεργό εφημερία ένας γενικός ιατρός ή παθολόγος και ένας παιδίατρος εφόσον υπηρετεί. Σε περίπτωση που δεν υπηρετεί παιδίατρος ή ο αριθμός των υπηρετούντων παιδιάτρων δεν επαρκεί, μπορεί να εφημερεύει αντί αυτού γενικός ιατρός σύμφωνα με τις ανάγκες.

Επιπλέον, μπορεί ανάλογα με τις ανάγκες να εφημερεύει και άλλος ένας ιατρός ή το πολύ δύο συνολικά ιατροί προερχόμενοι από τις κατηγορίες, Γενικής Ιατρικής της παρ. 1 του άρθρου 26του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/1997 τ. Α') αγροτικών ιατρών, επιμελητών άνευ ειδικότητας ή ειδικευομένων. Εφημερίες ενεργείς, μικτή ή ετοιμότητας καθορίζονται σε καθημερινή βάση ανάλογα με τις ανάγκες και μπορεί να περιλαμβάνουν έναν ειδικευμένο ιατρό ανά υφιστάμενη ειδικότητα.

Στα Περιφερειακά Ιατρεία εφημερεύουν ειδικευμένοι ιατροί του Ε.Σ.Υ. (οι οποίοι έχουν τοποθετηθεί σε συστημένη οργανική θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.) καθώς και αγροτικοί ιατροί, ανάλογα με τις ανάγκες, όπως αυτές προσδιορίζονται από τα πληθυσμιακά δεδομένα και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

1. Αγροτικοί ιατροί που έχουν τοποθετηθεί ή αποσπασθεί σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα, και λοιπές Υγειονομικές μονάδες, μπορούν να πραγματοποιούν ενεργείς εφημερίες κατά μήνα.
2. Μόνιμοι αγροτικοί ιατροί που έχουν τοποθετηθεί σε Νοσοκομεία για ειδίκευση, ακολουθούν ως προς το πρόγραμμα των εφημεριών, τις ρυθμίσεις που ισχύουν για τους ειδικευόμενους ιατρούς.
3. Ειδικευμένοι αγροτικοί ιατροί που έχουν τοποθετηθεί ή αποσπασθεί σε Νοσοκομεία, πραγματοποιούν ενεργείς εφημερίες όπως οι επιμελητές Β΄, του τμήματος ή εργαστηρίου που ανήκουν.
4. Αγροτικοί ιατροί που έχουν τοποθετηθεί σε ειδικά Π.Ι. σε φυλακές της χώρας, πραγματοποιούν κατά μήνα εφημερίες εντός των καταστημάτων των φυλακών.
5. Αγροτικοί ιατροί Περιφερειακών Ιατρείων που ανήκουν σε μικρά ενιαία «Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας» μπορεί να συμμετέχουν στα προγράμματα εφημεριών.

Οι εφημερίες των πιο πάνω ιατρών, μπορεί με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του «Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας» να πραγματοποιούνται και στις έδρες των Περιφερειακών Ιατρείων μόνον όταν:

- Πρόκειται για Π.Ι. νησιού, που δεν συμπίπτει με το νησί της έδρας του «Νοσοκομείου–Κέντρου Υγείας» ή όταν το Π.Ι. βρίσκεται σε απόσταση μεγαλύτερη των 20 χιλιομέτρων από την έδρα του «Νοσοκομείου–Κέντρου Υγείας».
- Όταν στο Π.Ι. υπηρετεί σε συστημένη οργανική θέση ιατρός κλάδου Ε.Σ.Υ.

6. Όταν τα Π.Ι. δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν κατά τα Σάββατα, Κυριακές και λοιπές αργίες από το Κέντρο Υγείας στο οποίο υπάγονται (με σταθερό ή μεταβλητό κέντρο εφημερίας)

7. Στις έδρες των Π.Ι. πραγματοποιούνται οι εφημερίες των αγροτικών ιατρών των Π.Ι. που ανήκουν σε Κ.Υ. των Νοσοκομείων μόνο των μικρών νησιών με ιδιαίζουσες γεωγραφικές και κοινωνικές συνθήκες.

Στους ειδικευόμενους ιατρούς υπάγονται οι πολίτες και οι στρατιωτικοί ειδικευόμενοι, οι ειδικευμένοι ιατροί (πλην αλλοδαπών) που τοποθετούνται σε Νοσοκομεία, ως άμισθοι υπεράριθμοι, προκειμένου να αποκτήσουν άλλη ειδικότητα, είτε κατ' εφαρμογή του άρθρου 54 παρ. 8β του ν. 1759/1988 και του άρθρου 1 παρ.3 του ν. 1579/1985, καθώς επίσης και ειδικευμένοι ιατροί που τοποθετούνται σε Νοσοκομεία προκειμένου να αποκτήσουν το πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Εντατικολογία και Νεογνολογία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 84 του ν. 2071/1992 ή και δεύτερη ειδικότητα με

τις διατάξεις του άρθρου 82 του ν. 2071/1992. Οι ειδικευόμενοι, εφόσον υπάρχουν, εφημερεύουν σε ενεργό εφημερία σύμφωνα με τις ανάγκες του Νοσοκομείου, προκειμένου να ολοκληρώσουν την ειδικότητα πρέπει να κάνουν 4 εφημερίες τουλάχιστον κάθε μήνα. Οι αγροτικοί ιατροί (μόνιμοι και μη), εφημερεύουν δύο έως τρεις, εφόσον κρίνεται απαραίτητο και ο αριθμός τους το επιτρέπει. Οι Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής εφημερεύουν ισότιμα με τους άλλους ειδικευόμενους στα τμήματα που κάθε φορά εκπαιδεύονται. Αποσπασμένοι και σε μετεκπαίδευση ευρισκόμενοι (ειδικευμένοι και ειδικευόμενοι) είναι δυνατόν να πραγματοποιούν εφημερίες ανάλογα με τον βαθμό τους, το Νοσοκομείο και τμήμα στο οποίο έχουν αποσπασθεί, μετεκπαιδεύονται ή (προκειμένου περί ειδικευομένων) ατύπως έχουν μετακινηθεί, στο πρόγραμμα του οποίου προστίθενται. Ιατροί συνοδοί περιστατικών βρίσκονται σε ενεργό εφημερία και επιλέγονται από το ισχύον μηνιαίο πρόγραμμα. Αποκλειστικός παράγοντας του πλαισίου μέσα στο οποίο κινούνται τα Συμβούλια Διοίκησης των Ιδρυμάτων, που έχουν την αποκλειστική ευθύνη και αρμοδιότητα της έγκρισης, αφού λάβουν υπόψη τους τις εισηγήσεις των Διευθυντών, της Επιστημονικής Επιτροπής και ιδιαίτερα του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, είναι οι ανάγκες του Νοσοκομείου και οι εγκεκριμένες πιστώσεις του προϋπολογισμού τους. Ο μηνιαίος προγραμματισμός των εφημεριών, ενεργών, μικτών και ετοιμότητας, εγκρίνεται από το Συμβούλιο Διοίκησης και κοινοποιείται στους ενδιαφερόμενους.

2.1.1 Εφημερίες ετοιμότητας

Οι υποχρεώσεις των ιατρών που εκτελούν εφημερίες ετοιμότητας, καθορίζονται ως εξής:

1. Οι γιατροί κατά την διάρκεια της εφημερίας ετοιμότητας βρίσκονται σε διατεταγμένη υπηρεσία και είναι στη διάθεση του Νοσοκομείου και όταν κληθούν προσφέρουν τις υπηρεσίες τους χωρίς πρόσθετη αμοιβή πέραν της προβλεπόμενης από το άρθρο 45 του ν. 3205/2003.
2. Οι ευρισκόμενοι σε εφημερία ετοιμότητας ιατροί, οφείλουν να διαμένουν στην πόλη που εδρεύει η μονάδα τους ή σε απόσταση τόση από αυτήν, ώστε καλούμενοι να προσέρχονται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.
3. Υποχρεούνται να είναι προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση κάθε περιστατικού της ειδικότητας τους.

4. Η πρόσκληση μπορεί να γίνει από τον ενεργά εφημερεύοντα ιατρό του τμήματος, άλλον εφημερεύοντα ιατρό ή τα όργανα του Νοσοκομείου.

2.1.2 Μικτή Εφημερία

Κατά τη μικτή εφημερία οι ιατροί και οδοντίατροι των Νοσοκομείων, και των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ, όπως αναφέρονται στο ν. 3205/2003, εκτελούν ενεργό εξάωρη εφημερία μετά το πέρας του τακτικού ωραρίου που συνεχίζεται με εφημερία ετοιμότητας μέχρι την συμπλήρωση του 16/ωρου.

Με ευθύνη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε κάθε περίπτωση τα προγράμματα εφημεριών και οι απαιτούμενη δαπάνη για την καταβολή των αποζημιώσεων περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στα πλαίσια των διατεθειμένων πιστώσεων και δεν δύναται να αυξηθεί με χορήγηση συμπληρωματικών πιστώσεων.

Η απόφαση του Συμβουλίου Διοίκησης του Νοσοκομείου για την ονομαστική κατανομή του ιατρικού προσωπικού σε εφημερία κοινοποιείται στη Διεύθυνση Προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και στην 22η Διεύθυνση του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

Ο Συντονιστής Διευθυντής Κλινικής δεν κάνει εφημερίες, εργάζεται Δευτέρα έως Παρασκευή μόνο σε πρωινό ωράριο, δεν εργάζεται Σαββατοκύριακα και αργίες. Επειδή, όμως, έχει την ευθύνη της Κλινικής μπορεί να παραβρεθεί στο Νοσοκομείο σε περίπτωση ανάγκης οποιαδήποτε ώρα και ημέρα.

Επικουρικοί Ιατροί (ιατροί με σύμβαση συνήθως ενός έτους) δεν υπάρχουν πια λόγω οικονομικής δυσχέρειας της χώρας. Αναπληρωτές Διευθυντές δεν υπάρχουν πια, ο όρος έχει καταργηθεί με νόμο. Υπάρχουν μόνο Διευθυντές. (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3754/2009 Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις, ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4071/2012 Ρύθμιση περί εφημεριών στο Άρθρο 45)

2.2 Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων

Ο αριθμός των ασθενών δεν εκφράζει από μόνος του το φόρτο και την κατανομή του χρόνου της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. (Merkouris et al, 2003, Seago, 2002, Buchan et al, 2000)

Η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών, η διαθέσιμη τεχνολογία, η εργονομία των χώρων, η εμπειρία του προσωπικού, η διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, ο αριθμός των εισαγωγών, των εξιτηρίων και των μεταφορών και οι εφαρμοζόμενες ιατρικές μέθοδοι αναφέρονται επίσης ως παράγοντες που επηρεάζουν τη στελέχωση. (Mayo et al, 1999, Huang, 1999, Averill et al, 2000, Kovner et al, 2001, Λαζάρου και συν, 2007)

Η βράχυνση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών συνεπάγεται εντατικοποίηση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο χρόνος που δαπανάται από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα των ασθενών που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τους ασθενείς με την ίδια διάγνωση που εφαρμόζουν αυτοφροντίδα, συνεπώς η υπόθεση ότι όλοι οι ασθενείς με την ίδια διάγνωση τυγχάνουν της ίδιας νοσηλευτικής φροντίδας απορρίπτεται ως λανθασμένη. (Welton et al, 2006)

Για τον αρχικό προγραμματισμό συνιστάται η αναγνώριση των κοινών παραμέτρων στελέχωσης των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου, όπως ο κοινός αριθμός αδειών, αργιών και εργάσιμων ημερών και στη συνέχεια προτείνεται ο υπολογισμός του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε τμήμα νοσηλείας. Για παράδειγμα, ειδική παράμετρο για τα χειρουργεία αποτελεί ο αριθμός των επεμβάσεων. Ωστόσο, μετά από την αρχική εφαρμογή του, το σχέδιο στελέχωσης πρέπει να αξιολογείται συνεχώς. (Harrington, 2005, Πιερράκος και συν, 2006, Lundgren et al, 2005, Kovner et al, 2001)

Για τη στελέχωση των τμημάτων με νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών περιγράφονται κυρίως πέντε μέθοδοι. Προτείνεται να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα δύο, τρεις ή και περισσότερες για καλύτερα αποτελέσματα. (Hurst, 2002, Teahan, 1998, Κοπανιτσάνου και συν, 2009)

2.2.1 Προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης (*professional judgement approach*)

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, λαμβάνεται εκ των προτέρων η απόφαση να στελεχωθούν τα νοσηλευτικά τμήματα με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού. Στη συνέχεια, ο συνολικός χρόνος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού μετατρέπεται σε ισοδύναμα χρόνου (WTE, Whole Time Equivalent) με απλές μαθηματικές πράξεις που θα αναπτυχθούν στη συνέχεια. Για παράδειγμα, για ένα τμήμα που λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση μπορεί να ληφθεί η απόφαση να στελεχωθεί με 3 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού (ΝΠ) στο πρωινό και απογευματινό ωράριο εργασίας και 2 άτομα στο νυχτερινό ωράριο. Επομένως, το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται συνολικά 455 ώρες την εβδομάδα. Για να καλυφθεί ο χρόνος των αργιών και των αδειών που

δικαιούται το προσωπικό, απαιτείται επιπλέον χρόνος, ο οποίος υπολογίζεται με την πρόσθεση 22% επιπλέον αυτού του χρόνου, δηλαδή $0,22 \times 455 \text{ ώρες} = 100,1$ στο τελικό σύνολο των 455 ωρών, οπότε ο συνολικός εργάσιμος χρόνος είναι ίσος με 555,1 ώρες. Προκειμένου να μετατραπούν σε ισοδύναμα χρόνου, οι ώρες αυτές διαιρούνται με τον αριθμό 37,5 που αντιστοιχεί στο σύνολο των εργάσιμων ωρών ενός μέλους νοσηλευτικού προσωπικού κάθε εβδομάδας (7,5 ώρες εργασίας καθημερινά \times 5 ημέρες την εβδομάδα), οπότε στο παράδειγμά μας προκύπτουν περίπου 15 ισοδύναμα χρόνου. Σημειώνεται, ότι κάθε φορά που το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται για ένα ολόκληρο οκτάωρο προκειμένου να συμπληρωθεί ο χρόνος μέχρι την έναρξη του επόμενου ωραρίου εργασίας, ο χρόνος της υπερωρίας καταγράφεται και αθροίζεται για να δοθεί αργότερα ως οφειλόμενη ημερήσια ανάπαυση. Επομένως, για τη στελέχωση με 3 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού στο πρωινό και το απογευματινό ωράριο εργασίας και με 2 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού στο νυκτερινό ωράριο εργασίας για ένα τμήμα, το οποίο λειτουργεί 7 ημέρες την εβδομάδα χρειαζόμαστε 15 άτομα. Η συγκεκριμένη μέθοδος στελέχωσης είναι αυτή που εφαρμόζεται στα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία. Η μέθοδος κρίνεται απλή, γρήγορη και οικονομική και μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τμήμα με ελάχιστες τροποποιήσεις. Ωστόσο, παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα, όπως η απόφαση που λαμβάνεται εκ των προτέρων για τη στελέχωση με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς να αξιολογείται η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών. Συνεπώς, δεν εξασφαλίζονται η παροχή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας και η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού. Επίσης, δεν διασφαλίζεται η απαραίτητη ευελιξία όταν αλλάζουν οι ανάγκες των ασθενών, οπότε αν η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται το τμήμα ενδεχομένως να μοιάζει ανεπαρκώς στελεχωμένο. (Hurst, 2002, Lundgren et al, 2005)

Πίνακας 8

Ώρες εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσηλευτικό τμήμα εικοσιτετράωρης λειτουργίας

Ωράριο εργασίας

Πρωινό ωράριο	07:00 14:30	7,5 ώρες εργασίας	7,5X3X7=157,5 ώρες
		3 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού 7 ημέρες	
Απογευματινό ωράριο	15:00 22:30	7,5 ώρες εργασίας	7,5X3X7=157,5 ώρες
		3 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού 7 ημέρες	
Νυχτερινό ωράριο	23:00 06:30	7,5 ώρες εργασίας	7,5X2X7=140 ώρες
		2 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό 7 ημέρες	
Σύνολο			455 ώρες

2.2.2 Μέθοδος αριθμού νοσηλευτών ανά κρεβάτι (*nurses per occupied bed method*)

Σύμφωνα με αυτή την εμπειρική μέθοδο υπολογισμού του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού, κάθε ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένα ισοδύναμα χρόνου νοσηλευτικού προσωπικού. Για παράδειγμα, αν χρησιμοποιείται η αναλογία 1,35

ισοδύναμων χρόνου για κάθε ασθενή σε ένα νοσηλευτικό τμήμα με 24 ασθενείς απαιτούνται περίπου $1,35 \times 24 = 32$ άτομα νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζεται η σωστή του λειτουργία. Ωστόσο, η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών επηρεάζει τη στελέχωση και προτείνεται ένα άτομο νοσηλευτικού προσωπικού να αντιστοιχεί σε κάθε 5 ασθενείς υψηλής βαρύτητας, ένα σε κάθε 6 ασθενείς μέτριας βαρύτητας και, τέλος, ένα σε κάθε 7 ασθενείς χαμηλής βαρύτητας. Για Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας η αναλογία νοσηλευτών-ασθενών ορίζεται ως 1:1,5. Για τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού: Αριθμός νοσηλευτών ανά ωράριο X αριθμό ωραρίων ανά εβδομάδα X αριθμό μηχανημάτων Τεχνητού Νεφρού X αριθμό εβδομάδων ανά έτος. Για τα χειρουργεία, ο απαραίτητος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτάται από τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων και προκύπτει εφαρμόζοντας τον ακόλουθο τύπο: αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια X αριθμό χειρουργείων ανά εβδομάδα X αριθμό εβδομάδων ανά έτος/220, όπου 220 ο σταθερός αριθμός των εργάσιμων ημερών του έτους. Για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών: Αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια X αριθμό βαρδιών ανά ημέρα X αριθμό ημερών του έτους/220. Ο αριθμός των προϊσταμένων κάθε τμήματος καθορίζεται από τον οργανισμό του νοσοκομείου και προστίθεται ξεχωριστά στον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού κάθε τμήματος. Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι απλή, προσδιορίζει τον απαραίτητο αριθμό προσωπικού εύκολα ακόμη και όταν ο αριθμός των ασθενών αλλάζει αιφνίδια. Μειονέκτημά αυτής της μεθόδου αποτελεί το γεγονός ότι βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, τα οποία, πιθανόν να έχουν προκύψει από τμήματα με διαφορετική οργάνωση, εργονομία και βαρύτητα ασθενών, οπότε δεν μπορούν να γενικευτούν χωρίς να προηγηθεί αξιολόγηση αυτών των παραγόντων. Επιπλέον, σύμφωνα με τη θεωρία της μεθόδου, η κατάσταση και ο αριθμός των ασθενών παραμένουν σταθερά. (Hurst, 2002, Mayo et al, 1999, Huang, 1999, Averill, 2000, Kovner, 2001, Gerdtz, 2007)

2.2.3 Μέθοδος συσχέτισης βαρύτητας-ποιότητας (*acuity-quality method*)

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, οι ασθενείς διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με τις νοσηλευτικές τους ανάγκες και, κυρίως, με την ικανότητά τους να εξυπηρετηθούν ως προς τη σίτιση, την ατομική υγιεινή, την κινητικότητα, τις ανάγκες τους για συναισθηματική υποστήριξη και, τέλος, τις ειδικές διαδικασίες και θεραπείες που εφαρμόζονται.

Για παράδειγμα, η κατηγορία 1 αντιστοιχεί στην αυτοφροντίδα, ενώ η κατηγορία 4 στην εκτεταμένη φροντίδα. Σε αυτή την περίπτωση, χρησιμοποιείται ένα σύστημα

ταξινόμησης με τέσσερις κατηγορίες αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί εξίσου καλά οποιοδήποτε σύστημα. Έστω πέντε ο αριθμός των ασθενών της κατηγορίας 1, δέκα της Κατηγορίας 2. Στη συνέχεια, καταγράφεται ο χρόνος σε λεπτά της ώρας που δαπανάται από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα ενός ασθενούς από κάθε κατηγορία. Για παράδειγμα, ένας ασθενής της κατηγορίας 1 χρειάζεται 46min άμεσης φροντίδας καθημερινά, ένας ασθενής της κατηγορίας 2 χρειάζεται 106min, ένας ασθενής της κατηγορίας 3 χρειάζεται 197 min και ένας ασθενής της κατηγορίας 4 χρειάζεται 336 min. Κάθε χρόνος διαιρείται με το χρόνο που αντιστοιχεί στην κατηγορία 1, οπότε προκύπτουν διαφορετικά αποτελέσματα για κάθε κατηγορία. Στη συνέχεια, το κάθε πηλίκο πολλαπλασιάζεται με τον αριθμό των ασθενών της ίδιας κατηγορίας. Διαιρώντας το σύνολο αυτό (80) με τον αριθμό των ασθενών (25) προκύπτει η βαρύτητα (acuity) ανά κρεβάτι ($80/25=3,2$). Ο αριθμός 80 δείχνει ότι η νοσηλευτική φροντίδα του συνόλου των ασθενών του τμήματος ισοδυναμεί με τη φροντίδα 80 ασθενών της κατηγορίας 1. Επομένως, η άμεση νοσηλευτική φροντίδα διαρκεί $80 \times 46 \text{ min} = 3.680 \text{ min}$ ή 61,3 ώρες την ημέρα. Έχει υπολογιστεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δαπανά το 42% του χρόνου του για την άμεση νοσηλευτική φροντίδα. Για να συμπεριλάβουμε το χρόνο της έμμεσης φροντίδας : $61,3 \text{ ώρες} / 42 \times 100 = 146 \text{ ώρες}$ την ημέρα. Άρα, για διάστημα μίας εβδομάδας: $146 \text{ ώρες} \times 7 \text{ ημέρες} = 1.022 \text{ ώρες}$. Στη συνέχεια, αφαιρείται το 10% αυτού του χρόνου ($10 \times 1.022 / 100 = 102,2$) για τα διαλείμματα του προσωπικού, οπότε προκύπτουν 920 ώρες ($1.022 - 102,2 = 920$), οι οποίες πολλαπλασιάζονται με το συντελεστή 1,22 για να καλυφθούν τα χρονικά διαστήματα των αδειών. Τελικά, προκύπτουν συνολικά 1.122 ώρες. Τέλος, διαιρώντας με τον αριθμό 37,5 προκύπτει ότι χρειάζονται 30 ισοδύναμα χρόνου, δηλαδή 30 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού για να στελεχώσουν το τμήμα. Η μέθοδος προσαρμόζεται στις ανάγκες οποιουδήποτε τμήματος και είναι σχετικά απλή. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι:

- απαιτείται παρατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να καταγραφεί ο χρόνος που δαπανάται σε κάθε ασθενή
- ίσως να μην μετράται επαρκώς ο χρόνος που δαπανάται για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς
- προϋποθέτει οι ανάγκες όλων των ασθενών της ίδιας κατηγορίας να είναι όμοιες

Ενδεχομένως, σε ένα τμήμα αμιγώς στελεχωμένο από νοσηλευτές οι χρόνοι να είναι μικρότεροι. (Swansburg et al, 1999, Hurst, 2002, Lundgren et al, 2005). Το παραπάνω σύστημα ταξινόμησης ασθενών (Patient Classification System, PCS), που μερικές φορές ονομάζεται και σύστημα σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών (patient acuity system), δημιουργήθηκε για να υπολογίζονται οι ανάγκες σε φόρτο εργασίας για τη

στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων με αντικειμενικό τρόπο. Τα δεδομένα για την ταξινόμηση των ασθενών θα πρέπει να συλλέγονται στο μέσο κάθε βάρδιας από το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος και να αναλύονται πριν την έναρξη της επόμενης βάρδιας, ώστε να διασφαλίζεται ο κατάλληλος αριθμός και η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού και το σύστημα να είναι πιο αποτελεσματικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Βήματα μεθόδου συσχέτισης βαρύτητας – ποιότητας

1^ο βήμα της μεθόδου συσχέτισης βαρύτητας – ποιότητας. Κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες σε νοσηλευτική φροντίδα.

Κατηγορία	1	2	3	4
	Αυτοφροντίδα	Ελάχιστη φροντίδα	Μέτρια φροντίδα	Εκτεταμένη φροντίδα
Αριθμός ασθενών	5	10	7	3
Σύνολο				25 ασθενείς

2^ο βήμα της μεθόδου συσχέτισης βαρύτητας – ποιότητας. Χρόνος σε λεπτά της ώρας της άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε έναν ασθενή σύμφωνα με την κατηγορία της ταξινόμησης.

Κατηγορία	1	2	3	4
	Αυτοφροντίδα	Ελάχιστη φροντίδα	Μέτρια φροντίδα	Εκτεταμένη φροντίδα
min	46	106	197	336

3^ο βήμα της μεθόδου συσχέτισης βαρύτητας – ποιότητας.

Κατηγορία	1	2	3	4
	Αυτοφροντίδα	Ελάχιστη φροντίδα	Μέτρια φροντίδα	Εκτεταμένη φροντίδα
Αναλογία	$46/46=1$	$106/46=2,3$	$197/46=4,3$	$336/46=7,3$

4^ο βήμα της μεθόδου συσχέτισης βαρύτητας – ποιότητας.

Κατηγορία	1	2	3	4
	Αυτοφροντίδα	Ελάχιστη φροντίδα	Μέτρια φροντίδα	Εκτεταμένη φροντίδα
Αριθμός ασθενών	$1 \times 5 = 5$	$2,3 \times 10 = 23$	$4,3 \times 7 = 30$	$7,3 \times 3 = 22$
Σύνολο				80

2.2.4 Μέθοδος χρονικού προσδιορισμού της κάθε δραστηριότητας (time-task/activity approach)

Με τη μέθοδο αυτή, χρησιμοποιούνται τεχνικές δειγματοληψίας κάθε εργασίας για τον καθορισμό του απαιτούμενου χρόνου για την εκτέλεση διαφόρων νοσηλευτικών

δραστηριοτήτων. Εντοπίζονται οι δραστηριότητες που απαιτούνται για τη νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενή, υπολογίζονται τα σχετικά πρότυπα χρόνου, η νοσηλευτική φροντίδα αθροίζεται και μετατρέπεται σε επίπεδο σοβαρότητας/οξύτητας της κατάστασης του ασθενή. Αυτή η μέθοδος αντιπροσωπεύει καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών καθώς και το νοσηλευτικό χρόνο. Ως μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αναφέρεται το γεγονός ότι προσθέτει φόρτο εργασίας προκειμένου να καταγραφούν οι παρεμβάσεις, καθώς είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήδη καταναλώνει το 60% του εργάσιμου χρόνου στην καταγραφή των πληροφοριών. Επίσης, τα νοσηλευτικά καθήκοντα ίσως να εμφανίζονται ως ένας κατάλογος από εργασίες που πρέπει να γίνουν. Επιπλέον, οι πληροφορίες που συλλέγονται με αυτόν τον τρόπο είναι ενδεχομένως αναξιόπιστες, αφού αναφέρονται διαφορές έως και 4,53 ώρες την ημέρα, ανάλογα με το σύστημα ταξινόμησης ασθενών που χρησιμοποιείται. (Harrington, 2005, Hurst, 2002)

2.2.5 Σχέση πληθυσμού προς νοσηλευτικό προσωπικό

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ευρέως λόγω της απλότητάς της, του χαμηλού κόστους και της ευκολίας με την οποία ερμηνεύεται. Αποτελεί γενικό δείκτη σύγκρισης του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας με άλλες χώρες. Για την ίδια χώρα είναι χρήσιμη μόνο όταν νοσοκομεία και υπηρεσίες υγείας είναι κατανομημένα κατά τον ίδιο τρόπο σε ολόκληρη τη χώρα. Για την εφαρμογή της πρέπει να υπάρχουν τρία είδη πληροφοριών:

- Ο αριθμός του ενεργού νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας
- Ο επιθυμητός αριθμός και η κατάλληλη σύνθεση του προσωπικού
- Ο πληθυσμός της χώρας

2.2.6 Πρότυπα καλής υπηρεσίας

Με τη μέθοδο αυτή νοσηλευτικές μονάδες μιας περιοχής ή μιας χώρας, που διαπιστώθηκε ότι λειτουργούν καλά με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, χρησιμοποιούνται σαν βάση για την στελέχωση παρόμοιων μονάδων. Πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ότι βασίζεται στην πραγματικότητα. Ωστόσο, η επιτυχία της σε μια περιοχή μπορεί να οφείλεται στην επίδραση ατόμων, σχέσεων ή άλλων παραγόντων, που είναι ίσως δύσκολο να ισχύσουν το ίδιο και σε άλλη περιοχή / κατάσταση. Τα κριτήρια στα οποία βασίζεται για την εκτίμηση των αναγκών σε νοσηλευτικό δυναμικό είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα ειδικού πληθυσμού

- Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη
- Αναλογία μεταξύ επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού

2.2.7 Καθορισμός αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού σε εθνικό επίπεδο ή ένα ίδρυμα

Ακολουθείται η εξής διαδικασία:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών με τον μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου και με τις 364 ημέρες του έτους. Το τεχνικό αποτέλεσμα εκφράζει το χρόνο που χρειάζεται το ίδρυμα για να καλύψει τις συνολικές ανάγκες, για παράδειγμα 200 ασθενείς/έτος : $200 \times 1.85 \times 364 = 134680$ ώρες
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες νοσηλευτή ετήσια. Αφαιρούνται από τις 364 ημέρες οι μη εργάσιμες, όπως εβδομαδιαίες ημέρες. Ετήσιες άδειες 22, αργίες 12 και ημέρες 20 για ασθένεια, εκπαίδευση, μητρότητα κ.α. Σύνολο 158, δηλαδή $364 - 158 = 206$ εργάσιμες ημέρες. Οι πραγματικές εργάσιμες πολλαπλασιάζονται με τις ώρες ημερήσιας εργασίας. Το αποτέλεσμα εκφράζει τις ετήσιες εργάσιμες ώρες κάθε νοσηλευτή: $206 \times 7,5 = 1.545$ ώρες για κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Το αποτέλεσμα του (1) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (2) για να προκύψει ο απαιτούμενος αριθμός που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα $134.680 : 1.545 = 87$ νοσηλευτές.

Η μέθοδος αυτή δείχνει ότι με μικρό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να παρέχεται ασφαλής νοσηλευτική φροντίδα, η οποία να βασίζεται μόνο στην φυσική εξάρτηση των ασθενών, παραβλέποντας τις πολυσύνθετες πρόσθετες ανάγκες ασθένειας, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές, όπως επίσης και τη μεταβολή της κατάστασής του. Μειονέκτημα, επίσης, είναι ότι υπολογίζονται μόνο ασθενείς χωρίς να περιλαμβάνονται οι άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες που απασχολούν το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως χειρουργεία, εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαστήρια, διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, επίβλεψη, συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού. Ο ακριβής προσδιορισμός αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού απαιτεί προσεκτική μελέτη πολλών και αστάθμητων παραγόντων, που είναι ειδικοί για τη χώρα ή και το ίδρυμα.

Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να αναφέρουμε ότι με το άρθρο 41 του ν.3979/2011 (Α'138) αυξήθηκαν σε σαράντα (40) οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας, του

μόνιμου και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικού του Δημοσίου, των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και των λοιπών Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και όσων κατηγοριών προσωπικού των υπηρεσιών και φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα ακολουθούν το ωράριο αυτών.

Στο πλαίσιο του νέου, κατά τα ανωτέρω, εβδομαδιαίου ωραρίου εργασίας, με την αριθ. πρωτ. ΔΙΑΔΠ/Φ.Β.1/14757/25.7.2011 (Β'1659) απόφαση του Υπουργού Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, τροποποιήθηκε η ισχύουσα παλαιότερη απόφαση ΔΙΑΔΠ/Γ2γ/οικ/1692/27.6.2006 (Β'769) και αυξήθηκαν, μεταξύ άλλων, οι επιλογές ωρών προσέλευσης και αποχώρησης των υπαλλήλων των δημοσίων υπηρεσιών, των Ν.Π.Δ.Δ. και των ΟΤΑ και καθορίστηκαν οι ώρες εισόδου του κοινού στις Δημόσιες Υπηρεσίες και φορείς του Δημοσίου.

Για την ενιαία εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 41 του ν.3979/2011 και της ως άνω Υπουργικής Απόφασης, το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, εξέδωσε την με αριθ. πρωτ. ΔΙΑΔΠ/Φ.Β.1/15884/10.8.2011 εγκύκλιο «Καθορισμός ωρών εβδομαδιαίας εργασίας, προσέλευσης και αποχώρησης των υπαλλήλων του Δημοσίου, των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και των λοιπών Ν.Π.Δ.Δ. και ωρών εισόδου του κοινού στις δημόσιες υπηρεσίες», με την οποία δόθηκαν οι σχετικές οδηγίες και διευκρινίσεις προς όλους τους υπόχρεους φορείς.

Εξακολουθούν να ισχύουν τα ειδικά ωράρια εργασίας, τα οποία καθορίζονται με ειδικές διατάξεις και προβλέπουν διαφορετικό, μεγαλύτερο ή μικρότερο, ημερήσιο ή εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας για ορισμένες κατηγορίες προσωπικού του Δημοσίου, των ΟΤΑ και των λοιπών ΝΠΔΔ, περιλαμβανομένων και των ΝΠΔ που ανήκουν στο δημόσιο ή ευρύτερο δημόσιο τομέα, κατά παρέκκλιση των κείμενων με γενική ισχύ διατάξεων, εκτός από εκείνα που ρητά ορίζονται στο άρθρο 41 του ν.3979/2011 ότι καταργούνται. (Βλ. περιπτώσεις γ' και ε' της παρ. 5 του άρθρου 1 του ν.1157/1981, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 41 του ν.3979/20011).

Σημειώνεται ότι στην έννοια των ειδικών διατάξεων, δεδομένου ότι το άρθρο 41 του ν.3979/2011 δεν διακρίνει, περιλαμβάνονται, πέραν των ρυθμίσεων των νόμων, οι ρυθμίσεις των κανονιστικών πράξεων και οι ρυθμίσεις των συλλογικών συμβάσεων εργασίας, καθώς και των εσωτερικών κανονισμών εργασίας που έχουν εκδοθεί μετά από σχετική εξουσιοδότηση. Κατά συνέπεια, ειδικά ωράρια εργασίας που προβλέπονται, τόσο από ρυθμίσεις νόμων, όσο όμως και από ρυθμίσεις προεδρικών διαταγμάτων, υπουργικών αποφάσεων, συλλογικών συμβάσεων ή εσωτερικών κανονισμών εργασίας,

συνεχίζουν να ισχύουν για όσο διάστημα το αρμόδιο για την τροποποίησή τους όργανο δεν τις τροποποιεί.

Εξακολουθεί να ισχύει το μειωμένο ωράριο εργασίας των πιο κάτω κατηγοριών προσωπικού:

- κατά μία (1) ώρα την ημέρα στους τακτικούς και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου υπαλλήλους του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, οι οποίοι είναι τυφλοί ή παραπληγικοί-τετραπληγικοί, νεφροπαθείς τελικού σταδίου, καθώς και οι έχοντες αναπηρία σε ποσοστό 67% και άνω
- κατά μία (1) ώρα την ημέρα στους τακτικούς και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου υπαλλήλους του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, οι οποίοι έχουν: παιδιά με ποσοστό αναπηρίας (πνευματικής, ψυχικής ή σωματικής) 67% και άνω ή σύζυγο με αναπηρία σε ποσοστό 100% τον οποίο συντηρούν,
- κατά δύο (2) ώρες την ημέρα στους τακτικούς και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου υπαλλήλους του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, οι οποίοι είναι τυφλοί τηλεφωνητές, συνεχίζει να ισχύει με την ανάλογη προσαύξηση, με βάση το νέο ωράριο εργασίας των σαράντα (40) ωρών την εβδομάδα. Για παράδειγμα, ενώ προηγουμένως ο υπάλληλος που είχε δικαίωμα να εργάζεται μία (1) ώρα την ημέρα λιγότερο από το ισχύον ημερήσιο κανονικό ωράριο των 7,5 ωρών, δηλαδή εργαζόταν 6,5 ώρες ημερησίως, μετά την καθιέρωση των οκτώ (8) ωρών ημερήσιου ωραρίου, πρέπει να εργάζεται επτά (7) ώρες ημερησίως.

Με τη νέα απόφαση του Υπουργού Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης αυξήθηκαν οι επιλογές ωρών προσέλευσης και αποχώρησης για τους υπαλλήλους, μεταξύ άλλων και για τη διευκόλυνση τους, με την προϋπόθεση ότι με τις επιλογές αυτές δεν θίγεται η εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών και η εξυπηρέτηση του πολίτη. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ, τα εξωτερικά ιατρεία τους, τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ, τα Ειδικά Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατρεία, τα νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Υπηρεσίες Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, καθώς και οι λοιποί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας που συνδέονται με το ΕΣΥ εξαιρούνται από τη δυνατότητα επιλογής ωραρίου και δίδεται πάγια εξουσιοδότηση στον οικείο Υπουργό για τον καθορισμό των ωρών έναρξης εργασίας του προσωπικού των ανωτέρω υπηρεσιών.

Όλες οι αρμόδιες υπηρεσιακές μονάδες (Διευθύνσεις Διοικητικού Προσωπικού) των δημοσίων υπηρεσιών και των φορέων του δημοσίου πρέπει να φροντίζουν για την αυστηρή τήρηση του νέου ωραρίου εργασίας του προσωπικού της αρμοδιότητας τους, λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα μέτρα. (Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Οργάνωσης και Διαδικασιών Διεύθυνση Απλούστευσης Διαδικασιών και Παραγωγικότητας Τμήμα Συνθηκών Εργασίας και Παραγωγικότητας, Διευκρινήσεις για την εφαρμογή του νέου ωραρίου εργασίας των υπαλλήλων του Δημοσίου Τομέα Αρ. Πρωτ. ΔΙΑΔΠ/Φ.Β.1/22088/03-11-2011/ΥΠΔΒΜΘ)

Σήμερα, καταργείται, μετά από 24 χρόνια, η ειδική άδεια χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή, που λαμβάνουν οι δημόσιοι υπάλληλοι και η οποία ανέρχεται σε έξι ημέρες ανά έτος, με απόφαση του υπουργού Διοικητικής Μεταρρύθμισης. Οι εργατοώρες που θα προκύψουν από την κατάργηση της συγκεκριμένης άδειας αντιστοιχούν στην πρόσληψη επιπλέον 5.000 δημοσίων υπαλλήλων. Η συγκεκριμένη άδεια θεσπίστηκε με Κοινή Υπουργική Απόφαση, στις 12 Ιουνίου 1989, η οποία στη συνέχεια κυρώθηκε με το Νόμο 1876/1990. Σύμφωνα με τη νομοθετική πρόβλεψη «υπάλληλος ο οποίος χειρίζεται ηλεκτρονικό υπολογιστή και απασχολείται μπροστά σε οθόνη οπτικής καταγραφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ωρών του ημερήσιου ωραρίου εργασίας δικαιούται μηχανογραφική άδεια, μετά πλήρων αποδοχών, μίας ημέρας ανά δίμηνο». Την άδεια αυτή λαμβάνουν εκτός από τους διοικητικούς υπαλλήλους των νοσοκομείων και το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο στελεχώνει Χειρουργεία, ΜΕΘ και ΜΕΝΝ και παρακολουθεί monitors καταγραφής ζωτικών σημείων ασθενών. Ταυτόχρονα υπάρχει έντονη φημολογία ότι σχεδιάζεται η κατάργηση ειδικής άδειας μονάδων (10 ημέρες) που λαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο στελεχώνει «κλειστά» τμήματα, που είναι τα Χειρουργεία, οι ΜΕΘ, οι ΜΕΝΝ και οι Αίθουσες Τοκετών

2.2.8 Μοντέλα παλινδρόμησης (*regression models*)

Με αυτή τη μέθοδο, μοντέλα παλινδρόμησης χρησιμοποιούνται για να προβλέψουν μελλοντικές απαιτήσεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Για παράδειγμα, ως ανεξάρτητη μεταβλητή ορίζεται ο αριθμός των ασθενών ή των χειρουργικών επεμβάσεων και ως εξαρτημένη μεταβλητή ο απαραίτητος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού. Στο σύνολό της πρόκειται για μια οικονομική μέθοδο εφόσον εφαρμοστεί. Ωστόσο, δεδομένα από τμήματα με μικρότερο αριθμό ασθενών δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μεγαλύτερα τμήματα. Επιπλέον, οι στατιστικές τεχνικές ενδεχομένως δεν γίνονται εύκολα κατανοητές από το νοσηλευτικό προσωπικό. Έχουν

αναπτυχθεί και εφαρμοστεί λογισμικά μοντέλα με αντικείμενο τη στελέχωση ενός νοσηλευτικού τμήματος. Αυτά έρχονται σε άμεση συνεργασία με λογισμικά τα οποία έχουν ως αντικείμενο την ταξινόμηση των ασθενών σ' ένα τμήμα και με τη βοήθεια αυτών μπορεί να υπάρξει ταξινόμηση με διεθνώς αποδεκτά κριτήρια βαρύτητας ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο, επιδιώκεται να υπάρξει η δυνατότητα ελέγχου της βαρύτητας του τμήματος, είτε σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, είτε συγκριτικά με αντίστοιχα τμήματα άλλων νοσηλευτικών οργανισμών. Συνεπώς, λαμβάνονται πληροφορίες όχι μόνο για τη στελέχωση των τμημάτων την συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή περίοδο, αλλά και για το φόρτο εργασίας και την κόπωση του προσωπικού.

2.2.9 MEDICUS – GRASP – ARIC

Υπάρχουν λογισμικά τα οποία επεξεργάζονται δεδομένα που αφορούν τη διοίκηση και διαχείριση ανθρωπίνων πόρων. Αυτά τα λογισμικά, με τη λήψη και άλλων στοιχείων, μπορούν να μας υποδείξουν ποιες είναι οι πραγματικές ανάγκες σε προσωπικό σε ένα τμήμα και στη συνέχεια, με την επεξεργασία στοιχείων και άλλων τμημάτων μέσα σε έναν νοσηλευτικό οργανισμό, να προτείνουν ανακατανομή του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα ανάλογα με τις ανάγκες των τμημάτων στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που γίνονται οι έλεγχοι. (Hurst, 2002, Παπαγεωργίου, Hendrickson et al, 1990, Date, 1995). Τα συστήματα ταξινόμησης των ασθενών είναι μηχανογραφημένα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό των καθημερινών αναγκών στελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού, προβλέποντας τις ανάγκες και σε μηνιαία βάση. Τα πιο συνηθισμένα είναι το Medicus, το GRASP και το ARIC.

MEDICUS

Το Medicus είναι ένα από τα πρώτα συστήματα ταξινόμησης που εισήχθη στα τέλη της δεκαετίας του '60 και συνεχίζει να χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Περιέχει 37 δείκτες, οι οποίοι καθορίζουν την εξάρτηση του ασθενούς από το νοσηλευτή. Το αποτέλεσμα από την εφαρμογή των δεικτών είναι η ταξινόμηση του ασθενή σε ένα από τα 5 επίπεδα φροντίδας. Ο ασθενής, ο οποίος κατατάσσεται στο 5^ο επίπεδο, απαιτεί τον υψηλότερο βαθμό νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ασθενείς ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες. Γίνεται ο καθορισμός των αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας με βάση τη μέση τιμή των ωρών της παρεχόμενης φροντίδας ανά κατηγορία. Ο οργανισμός καθορίζει μια συγκεκριμένη σχετική τιμή για κάθε επίπεδο φροντίδας. Επί παραδείγματι, σε ένα παθολογικό τμήμα με δύναμη 22 κλίνες και μέση βαθμολογία ασθενή 3,5, οι ώρες

νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτούνται μπορεί να είναι 6,8. Με αυτό το σύστημα, ο συνολικός αριθμός ωρών της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας δείχνει την άμεση και την έμμεση παρεχόμενη φροντίδα.

GRASP

Το 1970 εισήχθη στους οργανισμούς υγείας των ΗΠΑ ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών με την ονομασία PETO. Ύστερα από μελέτη αυτού και βελτίωση του, προέκυψε στα μέσα της δεκαετίας του '70 το σύστημα GRASP (Grace Reynolds Application and Study of PETO). Αυτό το σύστημα ταξινόμησης ασθενών είναι σήμερα το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο στις ΗΠΑ. Προσδιορίζει 40-50 άμεσες πράξεις νοσηλευτικής φροντίδας ανάλογα με κάθε τμήμα, που αντιπροσωπεύουν το 85% περίπου όλων των νοσηλευτικών πράξεων που πραγματοποιούνται. Οι δραστηριότητες άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας καθορίζονται από τον οργανισμό. Η μέτρηση του απαιτούμενου χρόνου εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων γίνονται ώστε να διασφαλιστεί ότι το εργαλείο είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται στον συγκεκριμένο οργανισμό. Ένας διορθωτικός παράγοντας προστίθεται για να ληφθούν υπόψη οι δραστηριότητες άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας, που δεν λαμβάνονται υπόψη και καλύπτουν το 15% του νοσηλευτικού χρόνου. Επιπλέον, προστίθενται δραστηριότητες έμμεσης νοσηλευτικής φροντίδας, ώστε να υπολογιστεί ο συνολικός αριθμός των ωρών. Οι υπολογισμοί για κάθε ασθενή ολοκληρώνονται από τα στελέχη κάθε 12 ώρες και μπορούν με βάση τους υπάρχοντες ασθενείς να εκτιμήσουν τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και το προσωπικό που απαιτείται να τις εκτελέσει κατά την επόμενη βάρδια. Το σύστημα διαθέτει έλεγχο αξιοπιστίας προκειμένου να πιστοποιεί τη συνεχή ακρίβεια των δεδομένων. Λειτουργεί ως ένα πολυδιάστατο πακέτο συστήματος διαχείρισης νοσηλευτικών πληροφοριών και περιλαμβάνει την αναφορά προς τη διοίκηση, τη στελέχωση/προγραμματισμό, τον προϋπολογισμό, τον προσδιορισμό του κόστους και την αξιολόγηση ποιότητας. Το τμήμα του συστήματος που αφορά στην ταξινόμηση των ασθενών μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρόγραφα ή σε μηχανογραφημένη μορφή.

ARIC

Το σύστημα ARIC (Allocation, Resource, Identification and Costing) αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του '70 από το Sisters of Mercy Corporation. Εμπεριέχει πληροφορίες

για την εισαγωγή, την έξοδο ή την μετακίνηση του ασθενή, πληροφορίες ταξινόμησης της σοβαρότητας της υγείας του ασθενή και αναγνωρίζει τις εξαρτημένες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, την πολιτική του νοσοκομείου, καθώς και τις ανεξάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τις επαγγελματικές κρίσεις. Οι εκθέσεις στελέχωσης δημιουργούνται με βάση τις καταχωρημένες πληροφορίες ταξινόμησης ασθενών, συγκρίνουν την πραγματική με την απαιτούμενη στελέχωση, το επίπεδο παραγωγικότητας και το φόρτο εργασίας του προσωπικού.

Η πληροφορική ως επιστήμη βοηθά στη δημιουργία μηχανογραφημένων συστημάτων που εμπεριέχουν τις κρίσεις εξειδικευμένων νοσηλευτών σχετικά με την ανάθεση αρμοδιοτήτων φροντίδας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Με αυτά τα συστήματα, τα οποία υπόσχονται μελλοντικά τη μέγιστη αποτελεσματικότητα όσον αφορά στη στελέχωση, είναι σε θέση να ταξινομηθούν οι ανάγκες των ασθενών, να αντιστοιχηθούν με τις δεξιότητες και τη διαθεσιμότητα των νοσηλευτών και εκτιμηθούν τα αποτελέσματα.

2.2.10 Χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας

Οι τάσεις του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας για κάθε ημέρα της εβδομάδας (κάθε ώρα σε μονάδα επείγουσας φροντίδας) ή για μια συγκεκριμένη διάγνωση ασθενή αναλύονται από τα δεδομένα ταξινόμησης των ασθενών, προκειμένου να προσδιοριστούν οι ανάγκες στελέχωσης. Υπολογίζονται οι απαιτούμενες ώρες νοσηλευτικής φροντίδας (nursing care hours, NCHs). Οι ώρες νοσηλευτικής φροντίδας ανά ασθενή την ημέρα υπολογίζονται διαιρώντας τις συνολικές ώρες νοσηλευτικής φροντίδας με το συνολικό αριθμό ασθενών. Συγκεκριμένα πρότυπα για τις απαιτούμενες ώρες νοσηλευτικής φροντίδας δεν υπάρχουν για καμιά κατηγορία ασθενή ή κανένα τύπο νοσηλευτικού τμήματος. Οι ώρες νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να διαφέρουν κατά μέσο όρο 5-7 ώρες για ασθενείς που νοσηλεύονται σε παθολογικά ή χειρουργικά τμήματα, 10-24 για ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής φροντίδας και 24-48 ώρες για συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών.

2.2.11 Ισοδύναμα πλήρους απασχόλησης

Σε έναν οργανισμό, οι θέσεις εργασίας καθορίζονται με βάση το ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης (full time equivalent, FTE), το οποίο ισούται με 40 ώρες εργασίας/εβδομάδα X 52 εβδομάδες ή 2080 ώρες/έτος. Σε 15 ημέρες, ένα ισοδύναμο ισούται με 80 ώρες. Ένα ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης μπορεί να καλύπτεται από ένα μόνο άτομο ή από οποιονδήποτε συνδυασμό προσωπικού. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής μπορεί να εργάζεται 24 ώρες/εβδομάδα και 2 άλλοι νοσηλευτές μπορεί να εργάζονται 8 ώρες/εβδομάδα ο καθένας. Οι 3 συγκεκριμένοι νοσηλευτές συμπληρώνουν ένα ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης ($24+8+8=40$). Για τον υπολογισμό των ισοδύναμων πλήρους απασχόλησης, που απαιτούνται για τη στελέχωση ενός τμήματος για ολόκληρο το 24ωρο και 7 ημέρες την εβδομάδα, υπάρχουν πολλές μέθοδοι. Μια τεχνική, η οποία εμπεριέχει πληροφορίες σχετικά με τις ώρες εργασίας του προσωπικού για 2 εβδομάδες, το μέσο ημερήσιο αριθμό νοσηλευόμενων ασθενών και τις ώρες της νοσηλευτικής φροντίδας, είναι η ακόλουθη : ο μέσος ημερήσιος αριθμός ασθενών μπορεί να υπολογιστεί διαιρώντας το συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας των ασθενών (που λαμβάνεται από τον καθημερινό αριθμό των ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός έτους) με τον αριθμό των ημερών του έτους. Για τη στελέχωση μιας 8ωρης βάρδιας απαιτούνται 1,4 ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης, δηλαδή απαιτείται ένα άτομο το οποίο θα εργάζεται 10 βάρδιες 8 ωρών και ένα άτομο το οποίο θα εργάζεται 4 βάρδιες 8 ωρών, ώστε να προκύψουν 2 ημέρες ρεπό/εβδομάδα για το άτομο το οποίο εργάζεται πλήρες ωράριο.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (European Society of Intensive Care Medicine- ESICM) μια πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας πρέπει να λειτουργεί ως ανεξάρτητο τμήμα στο νοσοκομείο, να είναι στελεχωμένη με εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο να διαθέτει την ικανότητα εκτίμησης, παρακολούθησης και θεραπείας βαρέως πασχόντων ασθενών και να διαθέτει πρόσβαση σε εξειδικευμένη και ορθολογιστική θεραπεία. Η στελέχωση των ΜΕΘ εξαρτάται από το επιθυμητό επίπεδο φροντίδας. Το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και για την αντιμετώπιση όχι μόνο βαρέως πασχόντων ασθενών, αλλά και οξέων περιστατικών. Αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, τεχνικούς και λοιπό προσωπικό σε επαρκή αριθμό. Κάθε ΜΕΘ πρέπει να έχει ιατρό διευθυντή, υπεύθυνο για την ιατρική φροντίδα, την οργάνωση και λειτουργία και προϊστάμενο νοσηλευτή, υπεύθυνο για όλες τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες. Συνιστάται να υπάρχει σε κάθε ΜΕΘ ένας φυσικοθεραπευτής ανά 12 κρεβάτια, ένας τεχνικός διαθέσιμος σε 24ωρη βάση, ένας γραμματέας ανά 12 κρεβάτια και προσωπικό καθαριότητας, το οποίο να είναι

εκπαιδευμένο και να γνωρίζει την ιδιαιτερότητα των χώρων και του εξοπλισμού και τα προληπτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την πρόληψη των λοιμώξεων. Παρά το γεγονός, ότι ο αριθμός των κρεβατιών ποικίλλει, εξαρτώμενος από το μέγεθος και την κίνηση του νοσοκομείου, οι ΜΕΘ με λιγότερα από 6 κρεβάτια είναι ασύμφορες, ενώ με περισσότερα από 12 σκόπιμο κρίνεται να διαχωρίζονται σε μικρότερα τμήματα για καλύτερη διαχείριση. (Μυριανθεύς και συν, 2001)

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Επίπεδο φροντίδας και στελέχωσης των ΜΕΘ

Επίπεδο φροντίδας	Νοσηλεύτης/ασθενή/βάρδια	Μέση νοσηλευτική κάλυψη/24h	Ιατροί/6-8 κλίνες
III υψηλό	1:1	6	5
II μέτριο	1:1,6	4	4
I χαμηλό	1:3	3	3

Σύμφωνα με έρευνα των Μυριανθεύς και συνεργατών σε 31 ΜΕΘ της Ελλάδος με 282 κλίνες, εκ των οποίων λειτουργούν οι 270 (ποσοστό 95,7%), με κατανομή ως εξής: ΕΣΥ 158 (58,5%), πανεπιστημιακές 49 (18,2%) και ιδιωτικές 63 (23,3%) και μέγεθος :3 ΜΕΘ < 6 κρεβάτια (9,68%), 22 με 6-12 (70,97%) και 6 με >12 κρεβάτια (19,35%), η στελέχωση έχει ως εξής :

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Ιατρικό προσωπικό ΜΕΘ στην έρευνα των Μυριανθεύς και συν, 2001

Ιατροί	ΕΣΥ	Πανεπιστημιακές Κλινικές	Ιδιωτικές Κλινικές	Σύνολο
Διευθυντές	19	5	6	30
Επιμελητές Α	40	13	9	62
Επιμελητές Β	58	15	14	87
Εξειδικευόμενοι	44	15	16	75
Ειδικευόμενοι	12	15	-	27
Σύνολο	173	63	45	281

Σχετικά με τους εξειδικευόμενους των ιδιωτικών ΜΕΘ πρόκειται στην πραγματικότητα περί συνεργατών, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κατ' επίκληση και όχι

ιατρών, οι οποίοι έχουν προσληφθεί για εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία. Η εφημερία καλύπτεται καθημερινά από 33 ειδικευμένους ιατρούς, 21 εξειδικευόμενους και 6 ειδικευόμενους ιατρούς. Επιπλέον, υπάρχουν σε εφημερία ετοιμότητας 22 εξειδικευμένοι ιατροί. Ο αριθμός των εξειδικευμένων ιατρών πλην διευθυντών (Επιμελητές Α, Επιμελητές Β) για τη λειτουργία των 270 κλινών είναι 149, δηλαδή αναλογούν 4,4 ιατροί ανά 8 λειτουργούντα κρεβάτια για το σύνολο των ΜΕΘ, 4,96 για τις ΜΕΘ του ΕΣΥ, 4,57 για τις πανεπιστημιακές και 2,92 για τις ιδιωτικές ΜΕΘ. Εάν σε αυτούς προστεθούν και οι εξειδικευόμενοι ιατροί, οι οποίοι καλύπτουν σημαντικές ανάγκες των ΜΕΘ, η αναλογία γίνεται 6,63 ιατροί/8 κλίνες (224/270) για το σύνολο των ΜΕΘ, 7,18 για το ΕΣΥ, 7,02 για τις πανεπιστημιακές και 4,96 για τις ιδιωτικές.

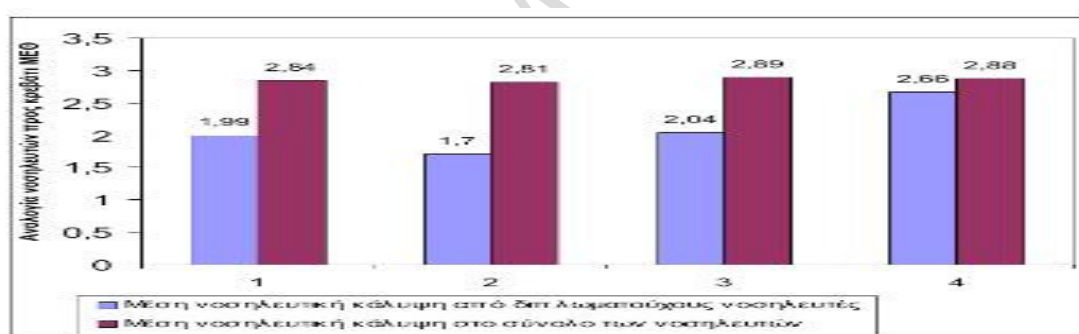
ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Νοσηλευτικό Προσωπικό ΜΕΘ στην έρευνα των Μυριανθεύς και συν, 2001

Κατηγορία	ΕΣΥ (%)	Πανεπιστημιακές Κλινικές (%)	Ιδιωτικές Κλινικές (%)	Σύνολο
ΠΕ	10 (2,25)	4 (2,82)	9 (4,95)	23 (2,99)
ΤΕ	260 (58,42)	96 (67,6)	159 (87,36)	515 (66,97)
ΔΕ	175 (39,33)	42 (29,58)	14 (7,69)	231 (30,04)
Σύνολο	445	142	182	769

ΕΙΚΟΝΑ 1

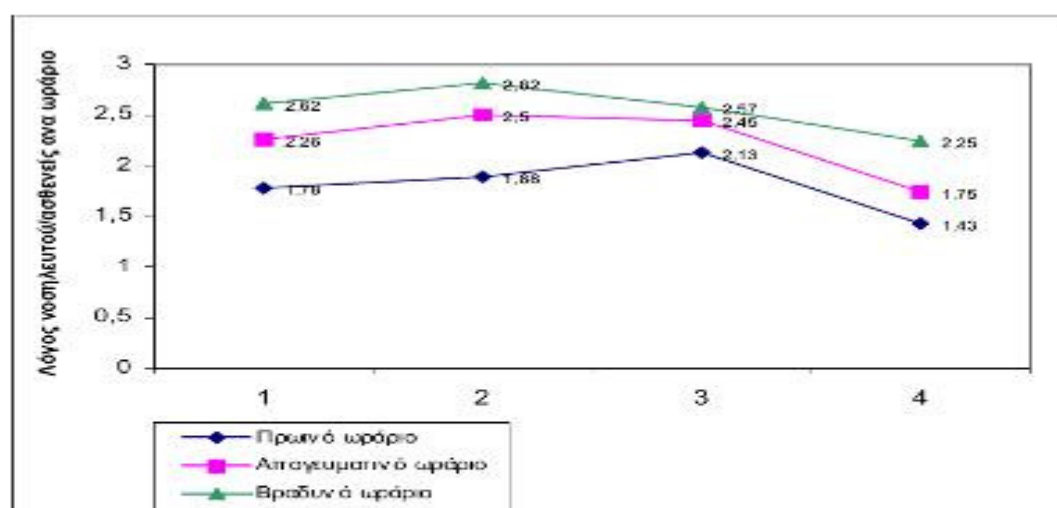
Μέση νοσηλευτική κάλυψη πολυδύναμων ΜΕΘ



*Εικόνα 1. Μέση νοσηλευτική κάλυψη πολυδύναμων ΜΕΘ
1 = σύνολο των ΜΕΘ, 2 = ΜΕΘ ΕΣΥ, 3 = πανεπιστημιακές ΜΕΘ, 4 = ιδιωτικές ΜΕΘ.*

ΕΙΚΟΝΑ 2

Λόγος νοσηλευτών προς ασθενείς



Εικόνα 2. Λόγος νοσηλευτών προς ασθενείς
 1 = σύνολο των ΜΕΘ, 2 = ΜΕΘ ΕΣΥ, 3 = παν/κλές ΜΕΘ, 4 = ιδιωτικές ΜΕΘ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Βοηθητικό Προσωπικό ΜΕΘ στην έρευνα των Μυριανθείς και συν, 2001

Βοηθητικό Προσωπικό	ΕΣΥ	Πανεπιστημιακές Κλινικές	Ιδιωτικές Κλινικές	Σύνολο
Φυσικοθεραπευτές	25	4	11	40
Νοσοκόμοι	43	7	16	66
Γραμματείς	9	3	9	21
Καθαριστές	32	9	12	53
Τεχνικοί	6	1	2	9
Σύνολο	115	24	50	189

Εργάζονται 40 φυσικοθεραπευτές εκ των οποίων 24 στην πρωινή βάρδια, με αναλογία 1:1,29, 10 στην απογευματινή βάρδια, με αναλογία 1:3,1 και μόνο 1 στη νυκτερινή βάρδια με αναλογία 1:31. Ανά 12 κλίνες αναλογούν 1,89 φυσικοθεραπευτές στις ΜΕΘ του ΕΣΥ, 0,97 στις πανεπιστημιακές, 2,09 στις ιδιωτικές και 1,77 στο σύνολο των ΜΕΘ. Στις ΜΕΘ εργάζονται 21 γραμματείς με αναλογία 0,93:12 κλίνες εκ των οποίων 9 εργάζονται στις ΜΕΘ του ΕΣΥ με αναλογία 0,68:12 κλίνες, στις πανεπιστημιακές εργάζονται 3 με αναλογία 0,73:12 κλίνες και στις ιδιωτικές εργάζονται 9 γραμματείς με αναλογία 1,71:12 κλίνες. Αντίστοιχα εργάζονται 34, 16 και 2 νοσοκόμοι-βοηθοί θαλάμου με αναλογία ανά ΜΕΘ 1:0,91, 1:1,93 και 1:15,5 κατά τη διάρκεια της πρωινής,

απογευματινής και νυκτερινής βάρδιας. Αντίστοιχα εργάζονται 35, 23 και 6 καθαριστές κατά την πρωινή, απογευματινή και νυκτερινή βάρδια με αναλογία ανά ΜΕΘ 1:0.89, 1:1,35 και 1:5,2. Σε 5 ΜΕΘ υπάρχει τεχνική υποστήριξη από εξειδικευμένο τεχνικό κατά την πρωινή βάρδια και μόνο σε 1 ΜΕΘ κατά την απογευματινή βάρδια. Όσον αφορά τη στελέχωση με βοηθητικό προσωπικό, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ΕΣΥ-πανεπιστημιακών ΜΕΘ, ΕΣΥ-ιδιωτικών ΜΕΘ και ιδιωτικών-πανεπιστημιακών ΜΕΘ.

Από τη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώνεται ότι η στελέχωση των δημόσιων ΜΕΘ με εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (ΕΑ, ΕΒ) είναι επαρκής και αντιστοιχεί στο υψηλότερο επίπεδο φροντίδας, ενώ η στελέχωση των ιδιωτικών ΜΕΘ αντιστοιχεί στο χαμηλότερο επίπεδο φροντίδας. Ο αριθμός των διπλωματούχων νοσηλευτών για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών σε 24ωρη βάση, αντιστοιχεί στο χαμηλότερο επίπεδο φροντίδας. Η αναλογία είναι 1,99 νοσηλευτές/κλίνη για το σύνολο των ΜΕΘ. Η αναλογία αυτή βελτιώνεται αισθητά αν στη συνολική εκτίμηση περιληφθούν οι βοηθοί νοσηλευτές (2,84 νοσηλευτές/κλίνη), διότι πολλές νοσηλευτικές ανάγκες καλύπτονται και από αυτή την κατηγορία νοσηλευτών. Διαφορά παρατηρείται στη μέση νοσηλευτική κάλυψη των ιδιωτικών ΜΕΘ από διπλωματούχους νοσηλευτές σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες ΜΕΘ, διαφορά που πρακτικά εξαλείφεται όταν συμπεριλαμβάνονται και οι βοηθοί νοσηλευτών στον καθορισμό της μέσης νοσηλευτικής σχέσης. Επίσης, παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ασθενών που φροντίζει ένας νοσηλευτής σε κάθε βάρδια αντιστοιχεί στο μέτριο έως το χαμηλότερο επίπεδο φροντίδας, με εξαίρεση την πρωινή βάρδια των ιδιωτικών ΜΕΘ, επισημαίνεται η στατιστικά σημαντική διαφορά που προκύπτει υπέρ των ιδιωτικών ΜΕΘ σε σχέση με τις ΜΕΘ ΕΣΥ και τις Πανεπιστημιακές ΜΕΘ. (Μυριανθεύς και συν, 2001)

2.2.12 Σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού

Για να υπολογίσουμε τη σύνθεση – το μείγμα του προσωπικού (staffing mix), που θα στελεχώσει ένα τμήμα, θα χρησιμοποιηθούν τα ίδια δεδομένα, που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των ισοδύναμων πλήρους απασχόλησης. Σε περίπτωση που οι ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας αφορούν στην υγιεινή, τη σίτιση, τη μεταφορά ή τις μετακινήσεις των ασθενών μπορεί να αξιοποιηθεί το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Σε περίπτωση που οι ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας αφορούν στην αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών, στην εκπαίδευση ή στο σχεδιασμό εξόδου, απαιτούνται νοσηλευτές, οι οποίοι διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες. Μεγαλύτερη

ευελιξία στη στελέχωση επιτυγχάνεται με την ύπαρξη επαρκούς αριθμού προσωπικού σε ένα τμήμα. Πληροφορίες σχετικά με τις συνηθισμένες ή ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας λαμβάνονται μέσω των συστημάτων ταξινόμησης ασθενών.

2.2.13 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού

Η κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ποικίλει από βάρδια σε βάρδια και από ημέρα σε ημέρα στα νοσηλευτικά τμήματα. Ο αριθμός των ασθενών πιθανόν να μειώνεται κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή ιδιαίτερα περιστατικά να εισάγονται συγκεκριμένες ημέρες της εβδομάδας. Ο φόρτος εργασίας ποικίλει κατά τη διάρκεια του 24ωρου στα διάφορα τμήματα. Έντονη δραστηριότητα παρουσιάζεται κατά την πρωινή βάρδια, ιδιαίτερα συγκεκριμένες ώρες που γίνεται η επίσκεψη των ιατρών, αποφασίζονται η αντιμετώπιση των περιστατικών και τα εξιτήρια, ενώ λιγότερες ανάγκες παρουσιάζονται κατά την απογευματινή βάρδια και ακόμη λιγότερες κατά τη νυκτερινή βάρδια.

Ομαδική στελέχωση (block staffing) είναι ο προγραμματισμός της σύνθεσης/μείγματος προσωπικού για τη στελέχωση κάθε βάρδιας. Ωστόσο, υπάρχουν τάσεις σε ώρες με αυξημένο φόρτο εργασίας, όπου απαιτείται επιπλέον προσωπικό. Οι ανάγκες των τμημάτων θα πρέπει να συνυπολογίζονται όταν καταρτίζονται τα προγράμματα εργασίας, προκειμένου να διασφαλίζεται ο κατάλληλος αριθμός και το κατάλληλο μείγμα στελέχωσης.

2.2.14 Προγραμματισμός

Η διαδικασία στελέχωσης περιλαμβάνει μια μελέτη στελέχωσης, ένα βασικό σχέδιο στελέχωσης, ένα σχέδιο προγραμματισμού, ένα σχέδιο ελέγχου θέσης, ένα σχέδιο προϋπολογισμού και ένα πληροφοριακό σύστημα νοσηλευτικής διοίκησης. Μια εξαιρετικά σημαντική διαδικασία είναι ο προγραμματισμός των ωραρίων εργασίας του προσωπικού.

Σήμερα, είναι άκρως απαραίτητα τα δημιουργικά και ευέλικτα μοντέλα στελέχωσης λόγω της έλλειψης προσωπικού και του περιορισμού στα κονδύλια μισθοδοσίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι αρκετά διαδεδομένοι συνδυασμοί από βάρδιες 4, 6, 8, 10 και 12 ωρών, προγράμματα εργασίας με 6 συνεχόμενες ημέρες με 12ωρη βάρδια και

13 ημέρες ρεπό και προγράμματα «του Σαββατοκύριακου», καθώς και οι «σπαστές» βάρδιες. Η κατανομή του συνόλου του προσωπικού βασίζεται στα συνολικά δεδομένα που αναφέρονται στις πραγματικές ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών. Τα ευέλικτα μοντέλα στελέχωσης μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πρόκληση για τα διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Το πρόγραμμα εργασίας, όταν σχεδιαστεί και συμφωνηθεί από τον προϊστάμενο και το προσωπικό, μπορεί να εφαρμοστεί κυκλικά για μια μεγάλη χρονική περίοδο, γεγονός που επιτρέπει στο προσωπικό να γνωρίζει εγκαίρως το πρόγραμμα εργασίας.

Πλεονεκτήματα των συνδυασμένων μοντέλων στελέχωσης είναι τα εξής:

- Οι ανάγκες φροντίδας των ασθενών σε περιόδους με αυξημένο φόρτο εργασίας καλύπτονται πιο ικανοποιητικά
- Αυξάνουν τα επίπεδα ικανοποίησης του προσωπικού
- Μεγιστοποιείται η διαθεσιμότητα του προσωπικού

Μειονεκτήματα των συνδυασμένων μοντέλων στελέχωσης είναι τα εξής:

- Όταν το προσωπικό εργάζεται πολλές ημέρες συνεχόμενες και έπειτα λαμβάνει αρκετές ημέρες συνεχόμενες ρεπό, σχηματίζεται η εντύπωση ότι το προσωπικό δεν εργάζεται με πλήρη απασχόληση
- Όταν το προσωπικό εργάζεται σε «σπαστές» βάρδιες, διακόπτεται η συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα
- Οι προϊστάμενοι έχουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της έγκαιρης επικοινωνίας με το προσωπικό

Οι 10ωρες βάρδιες παρέχουν ευρύτερη αλληλοκάλυψη ανάμεσα σε βάρδιες και παρέχουν επιπλέον χρόνο στο προσωπικό για την ολοκλήρωση της εργασίας του. Κάτι τέτοιο, όμως, αυξάνει τις δαπάνες ενός οργανισμού. Εξαιρέση αποτελούν ορισμένα τμήματα εξειδικευμένα, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στα οποία έχει υπολογιστεί ότι οι βάρδιες αυτές είναι αποτελεσματικές ως προς το κόστος.

2.2.15 Αυτοστελέχωση και προγραμματισμός

Σε ορισμένα νοσοκομεία έχει καθιερωθεί η διαδικασία αυτοστελέχωσης των τμημάτων και ο προγραμματισμός των ωραρίων εργασίας. Με το μοντέλο αυτό, οι προϊστάμενοι και το προσωπικό των τμημάτων διαχειρίζονται πλήρως τη στελέχωση και τα προγράμματα εργασίας. Αποτελεί μια στρατηγική εκχώρησης αρμοδιοτήτων, η οποία παρέχει στο προσωπικό τη δυνατότητα χρησιμοποίησης εναλλακτικών επιλογών της εφεδρικής στελέχωσης σε περίπτωση που αυξηθεί ο φόρτος εργασίας ή σε περίπτωση απρογραμμάτιστων απουσιών των εργαζομένων. Ομοίως, το προσωπικό επιτρέπεται και πρέπει να αποχωρεί από την εργασία σχετικά νωρίς σε περίπτωση μειωμένου φόρτου εργασίας. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα δεν επιτρέπεται να στελεχώνονται κατά τη διάρκεια των Σαββατοκύριακων και της νυχτερινής βάρδιας με οριακό αριθμό ή οριακά επίπεδα προσωπικού. Η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών, που νοσηλεύονται, υπαγορεύουν τη στελέχωση με βάση τις ίδιες αρχές που ισχύουν και για την υπόλοιπη εβδομάδα καθώς και για τις υπόλοιπες βάρδιες. Η ενδελεχής ανάλυση των δεδομένων ταξινόμησης βαρύτητας των ασθενών μπορεί να δώσει στοιχεία για τη μείωση του αριθμού του προσωπικού μέχρι κάποια επιτρεπτά επίπεδα, λόγω των διαφορών στις ανάγκες φροντίδας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μια άλλη δημιουργική μέθοδος στελέχωσης περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα, στο οποίο ο εργαζόμενος συμφωνεί να εργάζεται 24 ώρες (εφημερία) για παροχές πλήρους απασχόλησης και μισθό πλήρους απασχόλησης ή άλλο ειδικό, προσυμφωνημένο μισθό.

2.2.16 Επικουρικό προσωπικό

Ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας ή οποιοδήποτε άλλο στέλεχος υπεύθυνο για τη στελέχωση των τμημάτων είναι υποχρεωμένος να εξασφαλίσει επιπλέον προσωπικό όταν υπάρχει ανάγκη, λόγω προγραμματισμένων ή απρογραμμάτιστων απουσιών, λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας ή λόγω κενών οργανικών θέσεων. Στις εναλλακτικές λύσεις περιλαμβάνονται η αξιοποίηση προσωπικού μερικής απασχόλησης, η δυνατότητα για υπερωρίες του προσωπικού πλήρους απασχόλησης, η χρησιμοποίηση επιπλέον προσωπικού που αποτελεί δύναμη άλλου τμήματος (επικουρία), η ενασχόληση των προϊστάμενων με κλινικά καθήκοντα και η χρησιμοποίηση προσωπικού εκτός του οργανισμού. Επιπλέον, η αξιοποίηση φοιτητών σε βοηθητικά καθήκοντα και η χρήση «αποκλειστικών» με πρωτοβουλία των ίδιων των ασθενών. Τα χρόνια προβλήματα στελέχωσης πρέπει να διευθετούνται προληπτικά.

2.2.17 Εσωτερικές πηγές προσωπικού

Τα οξέα προβλήματα στελέχωσης μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία τμημάτων εφεδρικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού. Οι εσωτερικές πηγές προσωπικού μπορούν να εξασφαλίσουν επικουρική στελέχωση με σημαντικά χαμηλότερο κόστος. Πρόκειται για τη δημιουργία μιας ομάδας προσωπικού, που είναι διαθέσιμη να καλύψει τις ανάγκες σε οποιοδήποτε τμήμα του οργανισμού προκύψει πρόβλημα. Είναι δύσκολη η δημιουργία μιας τέτοιου είδους ομάδας με τόσο εξειδικευμένο προσωπικό και για αυτόν τον λόγο μπορεί να εφαρμοστεί μια παραλλαγή της παραπάνω μεθόδου που αφορά στην αξιοποίηση εφεδρικών εργαζομένων ενός τμήματος για λογαριασμό μόνο του ίδιου του τμήματος (κλήση σε ρεπό). Πλεονεκτήματα είναι η φερεγγυότητα, η δυνατότητα έγκαιρης στελέχωσης και η συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών. Οι ΜΕΘ, τα χειρουργεία, οι μαιευτικές και παιδιατρικές μονάδες εντατικής νοσηλείας και άλλα εξειδικευμένα τμήματα χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο. Άλλη πηγή προσωπικού που χρησιμοποιείται είναι οι εργαζόμενοι, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους ανά ημέρα και αμείβονται αντίστοιχα σε ημερήσια βάση.

2.2.18 Εξωτερικές πηγές προσωπικού

Σε ορισμένα νοσηλευτικά ιδρύματα των ΗΠΑ, χρησιμοποιείται προσωπικό που ανήκει σε ιδιωτικές εταιρίες και καλύπτει ανάγκες ως εξωτερικό, επικουρικό προσωπικό και μπορεί να γίνει σχεδόν μέρος του τακτικού προσωπικού, όταν οι ανάγκες οι οποίες καλύπτουν αφορούν σε μεγάλα χρονικά διαστήματα. Οι εργαζόμενοι αυτοί θα πρέπει να ενημερώνονται για τις πολιτικές και τις διαδικασίες που ισχύουν στον οργανισμό και τα τμήματα και να εργάζονται υπό την εποπτεία ενός έμπειρου εργαζόμενου που ανήκει στο τακτικό προσωπικό του οργανισμού. Οι προϊστάμενοι οφείλουν να διασφαλίζουν ότι η ιδιωτική εταιρία παρέχει ασφάλεια αστικής ευθύνης, ασφαλιστική κάλυψη για κακή χρήση του επαγγέλματος, αλλά και να αναπτύξουν ένα μηχανισμό αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων. Η κάλυψη επειγουσών αναγκών στελέχωσης από εταιρίες μπορεί να εξασφαλίζει συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα, ωστόσο μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις και δυσφορία από την πλευρά του μόνιμου προσωπικού.

2.2.19 Αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού

Οι προϊστάμενοι είναι υποχρεωμένοι να ερευνούν τη δυνατότητα αξιοποίησης του βοηθητικού προσωπικού για την κάλυψη αναγκών, το οποίο να εκτελεί επιτελικές εργασίες.

Εργαλεία για τη διαχείριση της στελέχωσης και του προγραμματισμού

- Εξοικείωση με τα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης ασθενών
- Υπολογισμός των απαιτούμενων ωρών φροντίδας
- Υπολογισμός των απαιτούμενων ισοδύναμων πλήρους απασχόλησης
- Δημιουργία και τροποποίηση του προγράμματος για την όσο το δυνατόν καλύτερη κάλυψη των αναγκών
- Χρησιμοποίηση του επικουρικού προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες
- Αυτοστελέχωση, αν κρίνεται απαραίτητο (Sullivan et al, 2009)

2.2.20 Πλαίσιο στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών

Ένα θεωρητικό πλαίσιο στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών για ένα ελληνικό γενικό νοσοκομείο με «δύναμη» 1200 κλίνες πρέπει να συνταχθεί και να τεθεί σε δοκιμασία, λαμβάνοντας υπόψη ειδικούς παράγοντες που το επηρεάζουν. Το σχέδιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως υπόδειγμα για άλλα νοσοκομεία.

Το θεωρητικό πλαίσιο στελέχωσης βασίζεται σε σύνθεση των εξής μεθόδων και τεχνικών:

1. Με την εφαρμογή της τεχνικής «ανάλυση επικεντρωμένη στο προσωπικό» είναι δυνατό να εντοπιστούν προβλήματα χρησιμοποίησης νοσηλευτικών στελεχών και αντιμετωπίζονται οργανωτικές και λειτουργικές δυσκολίες
2. Με τη μέθοδο «πρότυπα καλής υπηρεσίας» μπορεί να καθοριστεί ο αριθμός και η σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού, που καλύπτει τις ανάγκες του νοσοκομείου σε εικοσιτετράωρη βάση

3. Με τα ευρήματα αναδρομικής μελέτης (περιόδου δέκα ετών), η οποία θα αφορά την διερεύνηση των εξής προβλημάτων:
- Τον αριθμό και σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού, που στελέχωσε το νοσοκομείο σε μια δεκαετία
 - Τις απουσίες νοσηλευτών και βοηθών από διάφορες αιτίες στην αντίστοιχη χρονική περίοδο
 - Τις αλλαγές που συνέβησαν στην οργανωτική και λειτουργική δομή του ιδρύματος στην ίδια χρονική περίοδο και άλλους παράγοντες

2.3 Στελέχωση της Διοικητικής Υπηρεσίας

Η Διοικητική Υπηρεσία έχει δύο Υποδιευθύνσεις, την Υποδιεύθυνση Διοικητικού και την Υποδιεύθυνση Οικονομικού. Ο αριθμός του προσωπικού, καθώς και οι ειδικότητες που απαιτούνται για την εύρυθμη λειτουργία κάθε τμήματος των υποδιευθύνσεων αυτών καθορίζεται από το μέγεθος του Νοσοκομείου, τον αριθμό δηλαδή των κλινών που διαθέτει, και συγκεκριμένα καθορίζεται βάσει του ΦΕΚ σύστασης κάθε Νοσοκομείου ξεχωριστά. Ο αριθμός και οι ειδικότητες μπορούν να αυξηθούν ή να μειωθούν με Υπουργική Απόφαση δημοσιευμένη σε Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως. Στην Υποδιεύθυνση Διοικητικού, οι υπάλληλοι στα τμήματα προσωπικού και γραμματείας (Γραφείο πρωτοκόλλου, Γραφείο αρχείου φακέλων) εργάζονται σε μόνιμο πρωινό ωράριο Δευτέρα έως Παρασκευή με ημέρες ανάπαυσης το Σάββατο και την Κυριακή. Δεν εργάζονται τις επίσημες αργίες. Οι υπάλληλοι γραμματείας εξωτερικών ιατρείων εργάζονται σε πρωινό και απογευματινό ωράριο Δευτέρα έως Παρασκευή με ημέρες ανάπαυσης το Σάββατο και την Κυριακή. Δεν εργάζονται τις επίσημες αργίες. Στο τμήμα κίνησης ασθενών, οι υπάλληλοι του Γραφείου εισιτηρίων – εξιτηρίων εργάζονται κυκλικό ωράριο, δηλαδή καλύπτουν πρωινό, απογευματινό και νυκτερινό ωράριο και εργάζονται τα Σαββατοκύριακα και τις επίσημες αργίες. Σημειώνεται σε αυτό το σημείο ότι, ενώ εισαγωγές γίνονται σε 24ωρη βάση, εξιτήρια γίνονται μόνο το πρωί και δεν γίνονται τις Κυριακές και τις αργίες. Για να πάρει εξιτήριο ένας ασθενής Κυριακή ή αργία θα πρέπει να είναι προγραμματισμένο και η διαδικασία να έχει γίνει την προηγούμενη ημέρα. Το γραφείο αυτό στελεχώνεται από τουλάχιστον 5 άτομα με βάση τη μέθοδο προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης (professional judgement approach). Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, λαμβάνεται εκ των προτέρων η απόφαση να στελεχωθεί το τμήμα με συγκεκριμένο αριθμό προσωπικού. Στη συνέχεια, ο συνολικός χρόνος εργασίας του προσωπικού μετατρέπεται σε ισοδύναμα χρόνου (WTE, Whole Time Equivalent) με

απλές μαθηματικές πράξεις. Για παράδειγμα, για ένα τμήμα που λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση μπορεί να ληφθεί η απόφαση να στελεχωθεί με 1 άτομο στο πρωινό, απογευματινό και νυχτερινό ωράριο εργασίας. Επομένως, το προσωπικό εργάζεται συνολικά 168 ώρες την εβδομάδα ($1 \times 8 \times 7 + 1 \times 8 \times 7 + 1 \times 8 \times 7 = 168$). Για να καλυφθεί ο χρόνος των αργιών και των αδειών που δικαιούται το προσωπικό, απαιτείται επιπλέον χρόνος, ο οποίος υπολογίζεται με την πρόσθεση 22% επιπλέον αυτού του χρόνου, δηλαδή $0,22 \times 168 \text{ ώρες} = 36,96$ στο τελικό σύνολο των 168 ωρών, οπότε ο συνολικός εργάσιμος χρόνος είναι ίσος με 204,96 ώρες. Προκειμένου να μετατραπούν σε ισοδύναμα χρόνου, οι ώρες αυτές διαιρούνται με τον αριθμό 40 που αντιστοιχεί στο σύνολο των εργάσιμων ωρών ενός υπαλλήλου κάθε εβδομάδας (8 ώρες εργασίας καθημερινά \times 5 ημέρες την εβδομάδα), οπότε στο παράδειγμά μας προκύπτουν περίπου 5,1 ισοδύναμα χρόνου. Επομένως, για τη στελέχωση με 1 άτομο προσωπικού στο πρωινό, το απογευματινό και το νυχτερινό ωράριο εργασίας για ένα τμήμα, το οποίο λειτουργεί 7 ημέρες την εβδομάδα χρειαζόμαστε 5 άτομα. Η συγκεκριμένη μέθοδος στελέχωσης είναι αυτή που εφαρμόζεται στα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία. Το Λογιστήριο ασθενών, η Γραμματεία ΤΕΠ και μονάδα βραχείας νοσηλείας, το Τμήμα κοινωνικής υπηρεσίας και το Τμήμα παραϊατρικών επαγγελμάτων λειτουργούν Δευτέρα έως Παρασκευή μόνο πρωινό ωράριο. Δεν λειτουργούν Σαββατοκύριακα και αργίες.

Στην Υποδιεύθυνση Οικονομικού, το Γραφείο μελετών, κοστολόγησης και προβλέψεων, το Γραφείο διαχείρισης υλικού και αποθήκη υλικού, το Γραφείο προμηθειών, το Ταμείο, το Λογιστήριο, το Γραφείο μισθοδοσίας, το Τμήμα πληροφορικής λειτουργεί Δευτέρα έως Παρασκευή μόνο πρωινό ωράριο. Δεν λειτουργούν Σαββατοκύριακα και αργίες. Το Τμήμα τροφίμων με τα επιμέρους τμήματα : Γραφείο τροφίμων, Γραφείο διαιτολόγου, Αποθήκη τροφίμων λειτουργούν Δευτέρα έως Παρασκευή μόνο πρωινό ωράριο. Δεν λειτουργούν Σαββατοκύριακα και αργίες. Τα Μαγειρεία λειτουργούν καθημερινά με πρωινό και απογευματινό ωράριο. Σε πολλά Νοσοκομεία τα μαγειρεία έχουν κλείσει και το διαιτολόγιο των ασθενών έχουν αναλάβει εταιρίες catering. Το Γραφείο Επιστασίας φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών. Οι εργαζόμενοι στην καθαριότητα εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, ενώ οι εργαζόμενοι μεταφορών και γενικών καθηκόντων εργάζονται σε πρωινό ωράριο, σπανιότερα σε απογευματινό ωράριο και έχουν ημέρες ανάπαυσης το Σάββατο και την Κυριακή. Σπάνια εργάζονται τις αργίες. Αυτό καθορίζεται από τις ανάγκες κάθε Νοσοκομείου. Το γραφείο Ιματισμού λειτουργεί Δευτέρα έως Παρασκευή μόνο πρωινό ωράριο. Σε περίπτωση που χρειαστεί επιπλέον ιματισμός απόγευμα, νύχτα ή

Σαββατοκύριακο, η Γενική Προϊσταμένη του Νοσοκομείου έχει κλειδί του γραφείου και μπορεί να επιτρέψει τη διανομή καθαρού ιματισμού σε όποιο τμήμα υπάρχει ανάγκη. Σε πολλά νοσοκομεία ο καθαρισμός και η αποστείρωση του ιματισμού έχει δοθεί σε ιδιωτικές εταιρίες.

2.4 Στελέχωση της Τεχνικής Υπηρεσίας

Η Τεχνική Υπηρεσία αποτελείται από το Τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας και το τμήμα τεχνικού. Ο αριθμός του προσωπικού, καθώς και οι ειδικότητες που απαιτούνται για την εύρυθμη λειτουργία κάθε τμήματος αυτής της Υπηρεσίας καθορίζεται από το μέγεθος του Νοσοκομείου, τον αριθμό δηλαδή των κλινών που διαθέτει, και συγκεκριμένα καθορίζεται βάσει του ΦΕΚ σύστασης κάθε Νοσοκομείου ξεχωριστά. Ο αριθμός και οι ειδικότητες μπορούν να αυξηθούν ή να μειωθούν με Υπουργική Απόφαση δημοσιευμένη σε Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

Στο Τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας στο Γραφείο προγραμματισμού και προμηθειών, το Γραφείο κοστολόγησης επισκευών και συντήρησης, το Γραφείο λειτουργικής αξιολόγησης και τον Ερευνητικό τομέα, το προσωπικό εργάζεται σε μόνιμο πρωινό ωράριο Δευτέρα έως Παρασκευή. Δεν εργάζεται Σαββατοκύριακα και επίσημες αργίες.

Στο Τμήμα τεχνικού, συγκεκριμένα στον Τομέα κτιριακής μέριμνας και συντήρησης, τον Τομέα τεχνικής έρευνας και συντήρησης και τον Τομέα ασφάλειας το προσωπικό εργάζεται σε κυκλικό ωράριο. Στον Τομέα επικοινωνιών το προσωπικό εργάζεται σε πρωινό και απογευματινό ωράριο Δευτέρα έως Παρασκευή.

2.5 Πρόγραμμα Υπηρεσίας/Πρόγραμμα Εργασίας

Το πρόγραμμα υπηρεσίας ή αλλιώς πρόγραμμα εργασίας αποτελεί το τελικό βήμα του συστήματος σύμφωνα με το οποίο οι εργαζόμενοι τοποθετούνται στις θέσεις τους σε ορισμένες ημέρες και ώρες εργασίας. Το πρόγραμμα προσπαθεί να ακολουθήσει το υπόδειγμα στελέχωσης χρησιμοποιώντας τα άτομα που τοποθετήθηκαν στο συγκεκριμένο τμήμα σύμφωνα με τον προγραμματισμό στελέχωσης. Κύριος στόχος είναι η ισορροπία και η κατάλληλη κατανομή των εργαζομένων.

Η σύνταξη του εβδομαδιαίου ή μηνιαίου προγράμματος υπηρεσίας του προσωπικού είναι αρκετά δύσκολη διαδικασία, διότι υπάρχουν πολλές μορφές ωραρίων:

- μόνιμο ωράριο
- κυκλικό ωράριο
- εναλλασσόμενο ωράριο

- μειωμένο ωράριο
- ειδικό ωράριο

Γι' αυτόν τον λόγο είναι απαραίτητο να ιεραρχούν οι ανάγκες και να λαμβάνονται υπ' όψιν όλοι οι παράγοντες.

Συνεπώς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το κεντρικό πρόγραμμα, που συντάσσεται από ένα άτομο στο γραφείο διεύθυνσης για όλο το προσωπικό, όλων των τμημάτων και μονάδων ή να χρησιμοποιηθεί το αποκεντρωτικό πρόγραμμα, που συντάσσεται από τον προϊστάμενο σε κάθε τμήμα ή μονάδα. Ωστόσο και με τους δυο τρόπους χρησιμοποιείται το σύστημα μόνιμων ωραρίων, το κυκλικό ωράριο ή άλλες τεχνικές μηχανογράφησης.

Κατά τη διαδικασία σύνταξης του προγράμματος προκύπτουν αρκετά προβλήματα.

Αναφέρονται τα κυριότερα:

- Ρύθμιση των εργαζομένων με πλήρη απασχόληση σε σχέση με τους εργαζόμενους με μερική απασχόληση ή με ελαττωμένο ωράριο
- Χρησιμοποίηση εκτάκτου προσωπικού
- Δημιουργία κανονισμών και όρων για τον έλεγχο των αδειών ασθένειας
- Χρησιμοποίηση της κατάστασης των ασθενών ή της ποσοτικής εργασίας
- Νομικοί και διοικητικοί περιορισμοί
- Πρακτική και συνήθειες ακανόνιστων ωρών εργασίας

Στόχοι προγράμματος υπηρεσίας

Υπάρχουν μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα και στο κεντρικό και στο αποκεντρωτικό σύστημα κατάρτισης του προγράμματος. Ανεξάρτητα από το ποιος συντάσσει το πρόγραμμα και ποια μέθοδος χρησιμοποιείται, οι στόχοι είναι ίδιοι και συνοψίζονται ως εξής:

- Πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας του τμήματος και της μονάδας, ειδικά εκείνων που αναφέρονται στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου
- Ακριβής συνδυασμός των αναγκών της μονάδας με τον αριθμό και τις ικανότητες του προσωπικού
- Χρησιμοποίηση του προσωπικού στον ανώτατο βαθμό
- Ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων
- Κατάλληλη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής εμπειρίας και των γνώσεων
- Ικανοποίηση του προσωπικού ως προς το ωράριο εργασίας και ως προς την αμεροληψία του προγράμματος

- Διατήρηση ελαστικότητας για κάλυψη αναγκών των ασθενών παρ' όλη την προσπάθεια που θα καταβάλλεται, ώστε οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν το ωράριο εργασίας τους έγκαιρα
- Εξέταση και μελέτη των ειδικών αναγκών του προσωπικού και των ασθενών

Ο σωστός προγραμματισμός εξασφαλίζει την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, τις κατάλληλες συνθήκες για την ασφαλή εργασία του προσωπικού, την ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων και την ικανοποίησή τους από το ωράριο. (Swansburg et al, 1999, Mayo et al, 1999, Πιερράκος και συν, 2006) Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να εργάζεται περισσότερο από 7 συνεχόμενες ημέρες και περισσότερο από ένα ωράριο την ημέρα, ώστε να διατηρεί τη σωματική και την πνευματική ικανότητα. (Πιερράκος και συν, 2006, Reilly et al, 2006, Lundgren et al, 2005) Το πρόγραμμα εργασίας είναι δυνατό να καταρτίζεται για συγκεκριμένο αριθμό εβδομάδων και στη συνέχεια να επαναλαμβάνεται κυκλικά, οπότε το προσωπικό να εργάζεται εναλλάξ τα σαββατοκύριακα. Κατά προτεραιότητα και όσο είναι εφικτό, οι εργαζόμενοι πρέπει να εργάζονται, όσο γίνεται περισσότερο, στα ωράρια που προτιμούν. Υπάρχουν πολιτικές που επιτρέπουν κάποιες τροποποιήσεις στο πρόγραμμα. Επιπλέον, υπάρχει δυνατότητα εβδομαδιαίας κατάρτισης του προγράμματος με προσωπική συμβολή του προσωπικού. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο χρόνος προγραμματισμού, περιορίζονται οι διαμάχες, αυξάνεται η ικανοποίηση του εργαζόμενου από την εργασία και μειώνονται οι απουσίες. (Swansburg et al, 1999, Lundgren et al, 2005, Κοπανιτσάνου και συν, 2005, Ghosh, 2005) Η τροποποιημένη εβδομαδιαία εργασία αποτελεί μια μέθοδο τροποποιημένης στελέχωσης, η οποία προς το παρόν δεν εφαρμόζεται στην Ελλάδα και δεν υπάρχει σχετική νομοθεσία. Σε αυτήν την περίπτωση, το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται σε ωράριο των 10 ωρών, τέσσερις φορές την εβδομάδα ή σε ωράριο των 12 ωρών με τη μορφή 3 εργάσιμες ημέρες/4 ημέρες ανάπαυσης/4 εργάσιμες/3 ημέρες ανάπαυσης. Σε μία άλλη μορφή, το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται δύο 12ωρα ωράρια εργασίας κάθε σαββατοκύριακο και πληρώνεται για 40 ώρες και με τα ανάλογα επιδόματα. Το προσωπικό, που εργάζεται τις καθημερινές, αναπαύεται κάθε σαββατοκύριακο. Μειονεκτήματα αυτών των τροποποιημένων μεθόδων στελέχωσης αποτελούν η ελάχιστη ή η υπερβολική στελέχωση το σαββατοκύριακο, το κόστος της υπερωριακής εργασίας, τα προβλήματα στη συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας, οι επικαλύψεις ωραρίου εργασίας, η σπανιότερη επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και η κόπωσή του. Με τις νεότερες εξελίξεις στην Πληροφορική καθίσταται δυνατή η εφαρμογή μαθηματικών μοντέλων σε συνδυασμό με σύστημα πληροφορικής για τη στελέχωση των τμημάτων, ώστε να περιορίζονται

σημαντικά τόσο ο χρόνος που καταναλώνεται για τη διαμόρφωση του προγράμματος όσο και τα ενδεχόμενα λάθη. (Seago, 2002, Buchan et al, 2000, Huarng, 1999, Lundgren, 2005)

Η μέθοδος στελέχωσης, η οποία χρησιμοποιείται περισσότερο στα ελληνικά νοσοκομεία, είναι η προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης. Η απόφαση για τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνεται εκ των προτέρων και χωρίς να αξιολογούνται ο αριθμός και η κατάσταση της υγείας των ασθενών. Συνεπώς, όταν οι ανάγκες των ασθενών σε ένα τμήμα αυξάνονται, τότε διαπιστώνεται ότι είναι ανεπαρκώς στελεχωμένο, το νοσηλευτικό προσωπικό καταπονείται και δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις για παροχή εξατομικευμένης φροντίδας. Όλες οι μέθοδοι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Προτείνεται η χρησιμοποίηση τριών μεθόδων στελέχωσης για τη λήψη της ορθότερης απόφασης.

Για παράδειγμα, σε μία ορθοπεδική κλινική με 36 ασθενείς, σύμφωνα με τη μέθοδο της επαγγελματικής κρίσης, χρειάζονται 14 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού για τη στελέχωση με 5 άτομα κατά το πρωινό ωράριο, 4 άτομα κατά το απογευματινό και 3 κατά το βραδινό. Για το ίδιο νοσηλευτικό τμήμα, με τη μέθοδο της αναλογίας νοσηλευτικού προσωπικού ανά κρεβάτι χρειάζονται 48 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού. Η διαφορά αυτή είναι μεγάλη και οφείλεται στο γεγονός ότι η δεύτερη μέθοδος είναι πιο αυστηρή σε ό, τι αφορά στο μέγιστο αριθμό ασθενών που μπορεί να αναλάβει κάθε άτομο του νοσηλευτικού προσωπικού. Με τη χρησιμοποίηση και των δύο μεθόδων 30 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού επαρκούν αριθμητικά για τη στελέχωση του τμήματος. Σε κάθε περίπτωση, οι αριθμοί που προκύπτουν από τις δύο μεθόδους είναι μεγαλύτεροι απ' ό, τι στην πραγματικότητα, καθώς η ορθοπεδική κλινική, που χρησιμοποιήθηκε ως παράδειγμα, στελεχώνεται μόνο από 12 άτομα. Επομένως, απαιτούνται τουλάχιστον 2 ακόμη άτομα για να τηρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζει η μέθοδος της επαγγελματικής κρίσης, 36 εφόσον χρησιμοποιείται η μέθοδος της αναλογίας και 18 άτομα με το μέσο όρο των δύο μεθόδων.

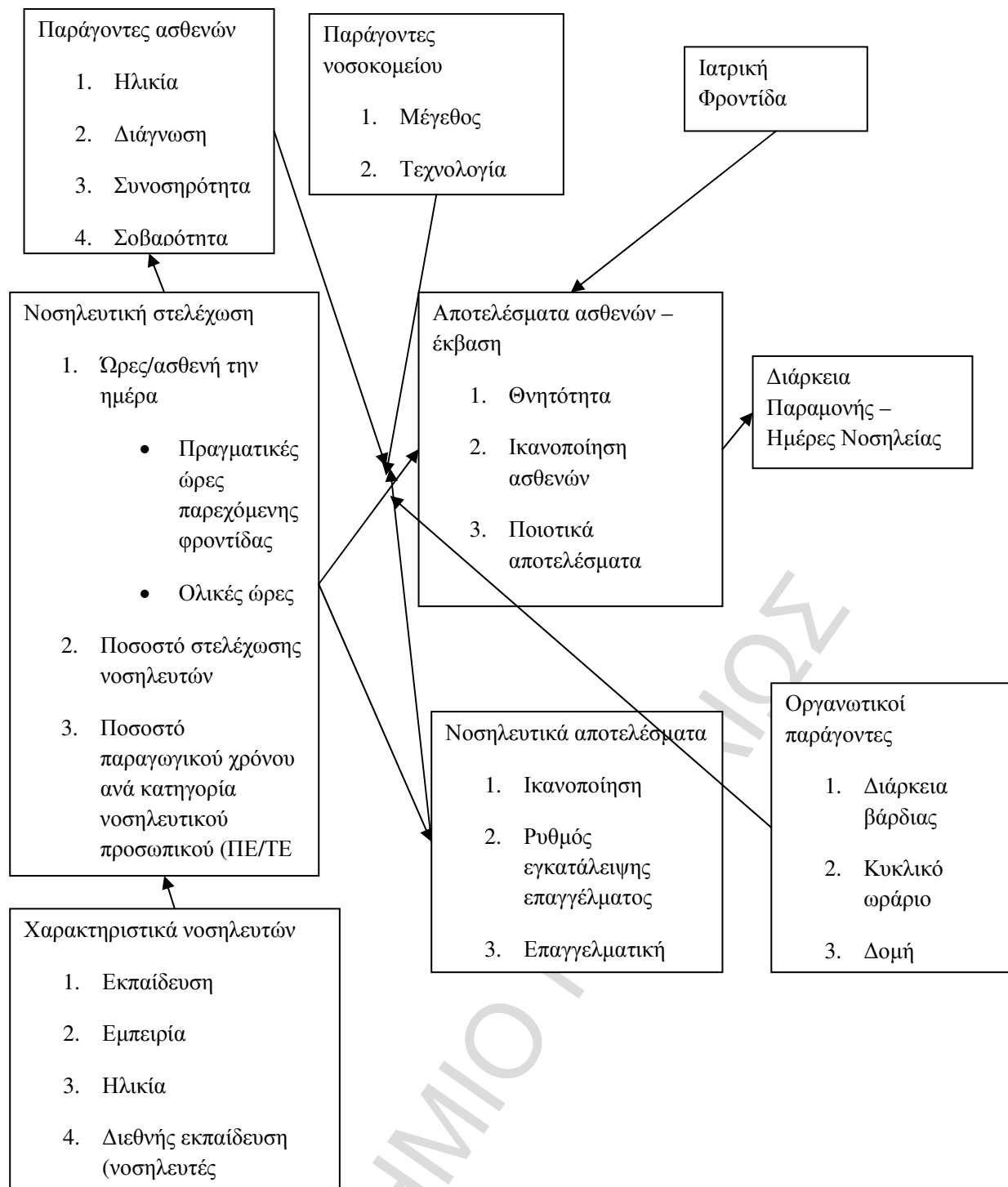
Πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε δείκτη στελέχωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τη στελέχωση, όπως η εργονομία των χώρων. Σε ένα νοσηλευτικό τμήμα με μεγάλους διαδρόμους, το νοσηλευτικό προσωπικό δαπανά επιπλέον χρόνο για να καλύψει τις μεγάλες αποστάσεις και αυτός ο χρόνος πρέπει οπωσδήποτε να συνυπολογιστεί κατά τη λήψη της απόφασης για τη στελέχωση.

Η καλύτερη στελέχωση των νοσοκομείων θα εξασφαλίσει την επάρκεια και τις σωστές συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να παρέχεται φροντίδα υγείας σύμφωνη με τα διεθνή πρότυπα. (Κοπανιτσάνου και συν, 2009)

ΣΧΗΜΑ 13

Πλαίσιο νοσηλευτικής στελέχωσης και έκβασης των ασθενών

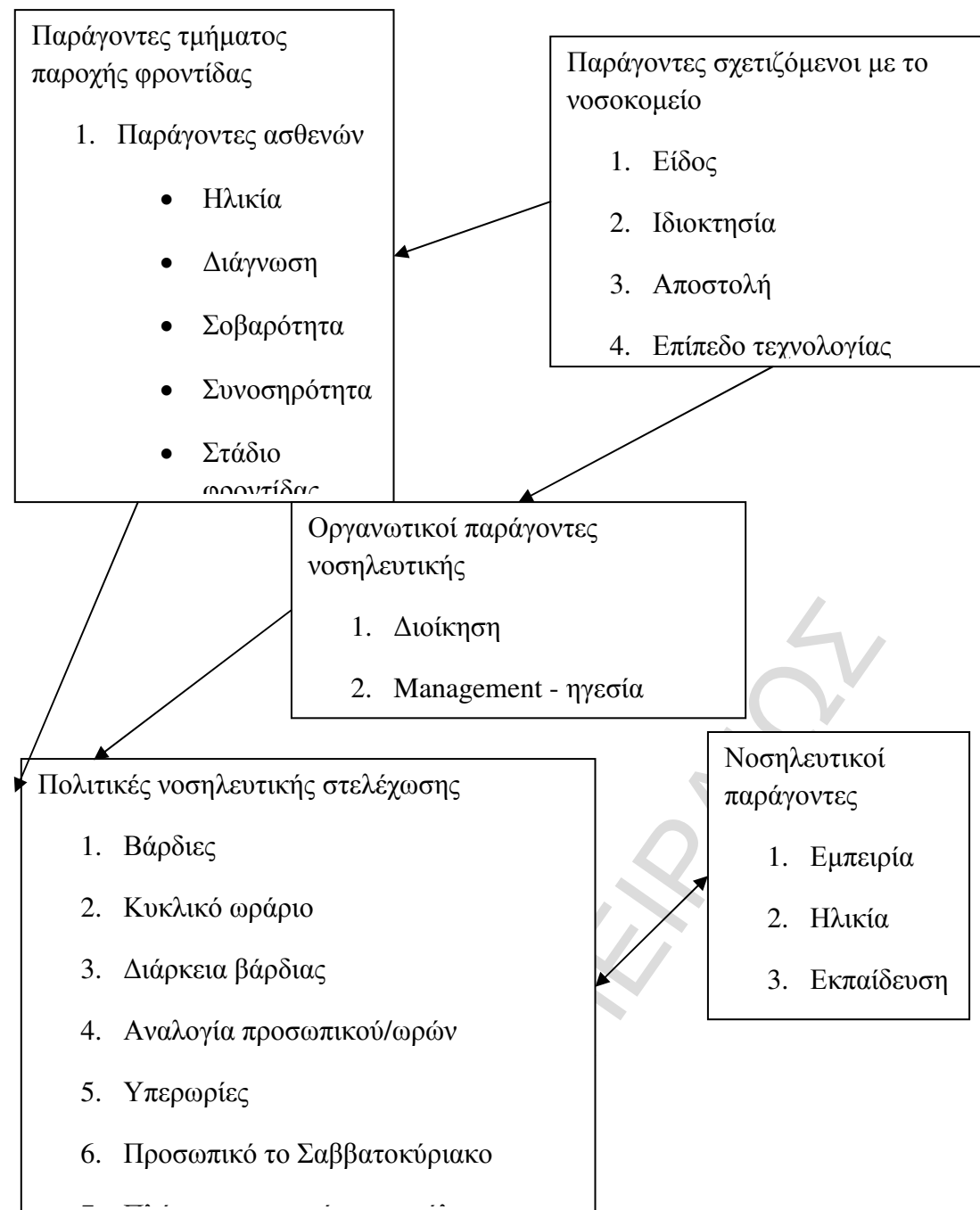
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



(Kane et al, 2008)

ΣΧΗΜΑ 14

Παράγοντες που επηρεάζουν πολιτικές νοσηλευτικής στελέχωσης



(Kane et al, 2008)

3. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι μορφές των οργανισμών υγείας, οι δομές τους, το στελεχιακό δυναμικό των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι ρόλοι και

λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Γίνεται αναφορά σε χώρες που θεσμοθέτησαν ποσοστά ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης, στα χαρακτηριστικά του Προϊστάμενου και το ρόλο του στην πρόληψη συγκρούσεων. Επίσης, μελετάται η έλλειψη προσωπικού και οι επιπτώσεις, ο συνδυασμός προσωπικού στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών και τα χαμηλά επίπεδα στελέχωσης νοσηλευτών στην υψηλή συχνότητα επιπλοκών στους ασθενείς. Επιπλέον, εξετάζεται η συσχέτιση του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας με τη θνησιμότητα ασθενών, οι συνθήκες εργασίας, το κυκλικό ωράριο, η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση.

3.1 Μορφές Οργανισμών Υγείας

Οι σύγχρονοι οργανισμοί διαφέρουν ως προς τη νομική τους υπόσταση ή το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς. Ανάλογα με την νομική μορφή της λειτουργίας διακρίνονται σε ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, κρατικές ή εθελοντικές (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα), μονάδες που στηρίζονται σε επενδυτές (κερδοσκοπικού χαρακτήρα), μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες σε συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ή σε ολόκληρη την κοινωνία. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί υγείας ανήκουν συνήθως σε εταιρίες, ενώ οι κρατικοί οργανισμοί λειτουργούν υπό την εποπτεία διαφόρων πολιτειακών φορέων. Οι εθελοντικοί οργανισμοί είναι συνήθως μη κερδοσκοπικοί, πράγμα που σημαίνει ότι το χρηματικό πλεόνασμα επανεπενδύεται στην κοινωνία, ενώ οι εταιρίες που ανήκουν σε επενδυτές ή οι κερδοσκοπικές εταιρίες διανέμουν τα πλεονάζοντα χρηματικά κέρδη στους επενδυτές ή στους ιδιοκτήτες τους. Στις μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες συνήθως υπάρχουν θρησκευτικοί δεσμοί μεταξύ των μελών τους.

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται:

- I. Ανάλογα με την νομική μορφή της λειτουργίας τους σε:
 - i. Ιδιωτικές μονάδες (ιδιωτικά ιατρεία ή εργαστήρια)
 - ii. Δημόσιες μονάδες (περιφερειακά ιατρεία κέντρων υγείας, στρατιωτικά νοσοκομεία)
 - iii. Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου και αστικές εταιρίες (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα)
 - iv. Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και η ιδιαίτερη οργανωτική μορφή που έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

- II. Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν σε :
- i. Μονάδες ανοιχτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (ιδιωτικά ιατρεία, περιφερειακά/αγροτικά ιατρεία, Κέντρα Υγείας, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα)
 - ii. Μονάδες κλειστής, νοσοκομειακής περίθαλψης (νοσοκομεία και ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης)(Δικαίος και συν, 1999)

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής οι μορφές των οργανισμών υγείας ξεκινούν από τα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας (acute care hospitals) έως τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς (ambulatory care facilities) και τα θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων για την παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης (long term care facilities).

3.1.1 Νοσοκομεία

Συνήθως, τα νοσοκομεία ταξινομούνται με βάση τη διάρκεια νοσηλείας και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν. Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσοκομείων (American Hospital Association) διακρίνει σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας εκείνα στα οποία ο μέσος χρόνος νοσηλείας είναι μικρότερος από 30 ημέρες, ενώ νοσοκομεία μακροχρόνιας νοσηλείας ή θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων εκείνα που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς για περισσότερες από 30 ημέρες. Επιπλέον, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά ή ειδικά, όπως τα παιδιατρικά, τα ψυχιατρικά, τα κέντρα αποκατάστασης. Πολλά νοσοκομεία λειτουργούν ως εκπαιδευτικοί φορείς για ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας

3.1.2 Φορείς μακροχρόνιας φροντίδας

Αποτελούν δομές εξειδικευμένης ή μη μακροχρόνιας φροντίδας ασθενών και παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και υπηρεσίες αποκατάστασης σε ασθενείς με χρόνιες νόσους (θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων, οίκοι ευγηρίας). Οι δομές αυτές μπορεί να είναι ανεξάρτητες ή να αποτελούν τμήμα ενός νοσοκομείου.

3.1.3 Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας

Τα ιδιωτικά ιατρεία, οι υπηρεσίες πρόληψης, τα χειρουργικά κέντρα, τα μαιευτήρια, τα κέντρα διαγνωστικής απεικόνισης και οι κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού αποτελούν ορισμένα παραδείγματα εξωνοσοκομειακών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

3.1.4 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας

Αποτελεί τη συνεχή παροχή φροντίδας στην οικεία του ασθενούς από φορείς εξειδικευμένους ή μη, λόγω της ανάγκης για μείωση της διάρκειας νοσηλείας στο νοσοκομείο και λειτουργεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ορισμένες μονάδες κατ' οίκον φροντίδας προσφέρουν επιπλέον υπηρεσίες υγείας, όπως φυσιοθεραπεία, παρέχουν ιατρικό εξοπλισμό και μηχανήματα, όπως συσκευές χορήγησης οξυγόνου.

3.1.5 Φορείς προσωρινής εξυπηρέτησης

Οι φορείς προσωρινής εξυπηρέτησης ανήκουν στους φορείς κατ' οίκον φροντίδας και αποτελούν μονάδες, οι οποίες παρέχουν νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία που αντιμετωπίζουν έλλειψη προσωπικού. Επίσης, εξασφαλίζουν σε ιδιωτική βάση νοσηλευτές για τη φροντίδα συγκεκριμένων ασθενών.

3.1.6 Διαχειριζόμενοι οργανισμοί υγείας (*managed health care organizations*)

Αποτελεί την πιο πρόσφατη μορφή συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Μια ομάδα φορέων είναι υπεύθυνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω μιας ειδικής συμφωνίας με μια ομάδα ατόμων, για παράδειγμα όλους τους εργαζόμενους σε μια εταιρία. Κατηγορίες διαχειριζόμενων οργανισμών υγείας είναι :

- ✚ Οι οργανισμοί διατήρησης της υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs)
- ✚ Οι οργανισμοί επιλεγόμενου φορέα παροχής φροντίδας (Preferred Provider Organizations, PPOs)
- ✚ Τα προγράμματα ενός σημείου εξυπηρέτησης (Point of Service Plans, POS)

Ο οργανισμός διατήρησης της υγείας αποτελεί ένα γεωγραφικά οργανωμένο σύστημα, το οποίο παρέχει στους χρήστες του ένα προσυμφωνημένο πακέτο υπηρεσιών πρόληψης

και προαγωγής της υγείας, σε εξωνοσοκομειακή βάση. Υπάρχουν 4 διαφορετικά είδη οργανισμών διατήρησης της υγείας:

1. Το μοντέλο των στελεχών. Οι ιατροί είναι υπάλληλοι του οργανισμού και αμείβονται με μισθό
2. Ο σύλλογος ανεξάρτητων ιατρών. Ιατροί, οι οποίοι διατηρούν ιατρείο, υπογράφουν σύμβαση με τον οργανισμό και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους χρήστες έναντι συγκεκριμένης αμοιβής
3. Το μοντέλο της ομάδας. Ο οργανισμός υπογράφει συμβάσεις με μια ομάδα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους χρήστες έναντι συγκεκριμένης αμοιβής
4. Το μοντέλο του δικτύου. Ο οργανισμός υπογράφει συμβάσεις με δύο ή περισσότερους ανεξάρτητους ή συνεργαζόμενους ιατρούς, οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους χρήστες έναντι ενός σταθερού μηνιαίου ποσού ανά χρήστη, που καθορίζεται ως κατά κεφαλή κόστος (capitation)

Οι οργανισμοί υγείας μπορούν να δημιουργήσουν σχέσεις μεταξύ τους για να επιτύχουν μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Μορφές των σχέσεων αυτών είναι:

- Οριζόντια Ολοκλήρωση: Διασύνδεση οργανισμών που παρέχουν ίδιες ή παρόμοιες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν σε ένα δίκτυο και παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες.
- Κάθετη Ολοκλήρωση: Διασύνδεση ανόμοιων, αλλά συναφών οργανισμών με στόχο τη διασφάλιση της συνέχειας στην παροχή των υπηρεσιών – ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Για παράδειγμα, μια συνεργασία μεταξύ ενός νοσοκομείου οξείας νοσηλείας και ενός κέντρου διαγνωστικής απεικόνισης.

Συνεπώς, βελτιώνεται ο συντονισμός των υπηρεσιών, η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος, η αποδοτικότητα, η διαπραγματευτική ισχύς. Προάγεται η συνέχεια της φροντίδας υγείας, βελτιώνεται η εξυπηρέτηση των χρηστών, επεκτείνονται οι υπηρεσίες υγείας, αυξάνεται ο ανταγωνισμός, οι ευκαιρίες για εκπαίδευση και έρευνα και προωθείται η αποτελεσματική χρήση των ανθρώπινων πόρων. Επιπλέον, οι οργανισμοί μπορούν να επεκτείνονται προς νέους τομείς για την παροχή υπηρεσιών. Τα συνηθέστερα είδη διαφοροποίησης είναι:

- Ομόκεντρη Διαφοροποίηση: όταν ένας οργανισμός συμπληρώνει τις υπηρεσίες, τις οποίες παρέχει μέσω της επέκτασης του σε νέες αγορές ή μέσω της διεύρυνσης του είδους των υπηρεσιών που προσφέρει. Για παράδειγμα, ένα παιδιατρικό

νοσοκομείο μπορεί να δημιουργήσει ένα εξωτερικό ιατρείο συμβουλευτικής για γονείς με στόχο την προαγωγή υγείας.

- Συνενωτική Διαφοροποίηση: η επέκταση ενός οργανισμού σε τομείς που δεν σχετίζονται με το αρχικό προϊόν ή την υπηρεσία του οργανισμού. Για παράδειγμα, ένα νοσοκομείο μπορεί να αγοράσει κατασκευαστική εταιρία ιατρικών μηχανημάτων.
- Κοινοπραξία: μια συνεργασία, στην οποία κάθε εταίρος συνεισφέρει την εμπειρογνομosύνη του και πόρους ή υπηρεσίες προκειμένου να δημιουργηθεί ένα νέο προϊόν ή υπηρεσία. Για παράδειγμα, κοινοπραξίες ανάμεσα σε οργανισμούς υγείας και ιατρούς ή κοινοπραξία μεταξύ μιας εταιρίας σχεδιασμού και προμήθειας νοσοκομειακών πληροφοριακών συστημάτων και μιας ιατρικής ή νοσηλευτικής σχολής με σκοπό την ανάπτυξη και διδασκαλία ενός κλινικού συστήματος βασισμένου στην τεκμηριωμένη πρακτική σε φοιτητές. (Connors et al, 2002)

3.2 Παραδοσιακές δομές οργανισμού

Η δομή ενός οργανισμού αποτελεί σημαντικό εργαλείο, μέσω του οποίου τα διοικητικά στελέχη μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά του. Η άριστη οργανωτική δομή ενός οργανισμού ενσωματώνει τους στόχους, το μέγεθος, την τεχνολογία και το περιβάλλον του. Η αναδιοργάνωση είναι απαραίτητη, ώστε η δομή του οργανισμού να εναρμονίζεται με τις ανάγκες του, να βελτιώνεται η αντίδραση στις αλλαγές, να μειώνεται η καθυστέρηση στις αποφάσεις, καθώς επίσης να μειώνονται οι συγκρούσεις και να βελτιώνεται η απόδοση του προσωπικού.

- Η λειτουργική οργανωτική δομή. Οι εργαζόμενοι ομαδοποιούνται σε τμήματα ανά ειδικότητα, εκτελούν παρόμοια καθήκοντα ανά ομάδα και οι όμοιες ομάδες λειτουργούν στο πλαίσιο του ίδιου τομέα και όλοι αναφέρονται στον ίδιο γενικό διευθυντή. Στη λειτουργική δομή ενός οργανισμού υγείας όλα τα καθήκοντα της νοσηλευτικής φροντίδας εμπίπτουν στην ευθύνη και τον έλεγχο της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η λειτουργική οργανωτική δομή προωθεί τη λήψη αποφάσεων σε κεντρικό επίπεδο, τα καθήκοντα συσσωρεύονται στην κορυφή και υπερφορτώνουν τα υψηλόβαθμα διοικητικά στελέχη, τα οποία μπορεί να λαμβάνουν ελλιπή ενημέρωση σχετικά με την καθημερινή λειτουργία των τμημάτων, καθώς επίσης, ο συντονισμός μεταξύ των λειτουργιών των τμημάτων να είναι ελλιπής.

- Η οργανωτική δομή της γραμμής εξυπηρέτησης. Οι λειτουργίες που απαιτούνται για την παραγωγή μιας υπηρεσίας είναι ομαδοποιημένες σε μικρότερες, αυτόνομες μονάδες. Οι μεγάλοι οργανισμοί υγείας είναι αποκεντρωμένοι, οι μονάδες διακρίνονται ανάλογα με τις υπηρεσίες που προσφέρουν, με τη γεωγραφική τους θέση ή τον τύπο των ασθενών που εξυπηρετούν. Είναι δυνατή η γρήγορη αλλαγή σε ασταθές περιβάλλον, οι διάφορες διευθύνσεις είναι εξειδικευμένες και ο συντονισμός μεταξύ των λειτουργιών των τμημάτων είναι εύκολος. Υπάρχει συνεργασία μεταξύ των τμημάτων για την επίτευξη των στόχων και οι συγκρούσεις του προσωπικού μειώνονται. Η νοσηλευτική υπηρεσία μπορεί να μην εμφανίζεται στο οργανόγραμμα διότι τα νοσηλευτικά τμήματα δεν συνενώνονται σε μια νοσηλευτική διεύθυνση. Αυτό αποτελεί πρόκληση για τα διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τους διευθυντές, οι οποίοι επιθυμούν να διατηρήσουν τα νοσηλευτικά πρότυπα σε ολόκληρη τη γραμμή της εξυπηρέτησης.
- Η υβριδική οργανωτική δομή. Η οργάνωση ενός οργανισμού, κατά την ανάπτυξη του, σε αυτόνομες λειτουργικές μονάδες/τμήματα παρέχει συντονισμό μεταξύ των διευθύνσεων, διατηρεί την ποιότητα κάθε λειτουργίας, βελτιώνει την εναρμόνιση στους στόχους του οργανισμού και των τμημάτων, βοηθά στην καλύτερη προσαρμογή στο περιβάλλον και διατηρεί την εργατικότητα. Μειονεκτήματα αυτής της μορφής οργανωτικής δομής είναι η ενδεχόμενη σύγκρουση μεταξύ του κορυφαίου κλιμακίου διοίκησης και των διευθυντών των τμημάτων, καθότι οι διευθυντές συχνά δεν είναι θετικοί στις παρεμβάσεις του γενικού διευθυντή σε ό, τι θεωρούν ότι αφορά στο δικό τους τομέα ευθύνης και η συσσώρευση πολυάριθμων υψηλόβαθμων στελεχών για την επίβλεψη των διευθύνσεων στην προσπάθεια εξασφάλισης του λειτουργικού συντονισμού μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών.
- Η οργανωτική δομή μήτρας. Είναι μοναδική και περίπλοκη, ενσωματώνει τη δομή της γραμμής εξυπηρέτησης και τη λειτουργική δομή, αναπτύσσεται όπου υπάρχουν ισχυρές εξωτερικές πιέσεις για διπλή οργανωτική εστίαση της προσοχής στο προϊόν και τη λειτουργία, είναι κατάλληλη σε ένα πολύ αβέβαιο περιβάλλον που αλλάζει συχνά και απαιτεί εμπειρία. Στην οργανωτική δομή μήτρας άλλοι διευθυντές είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία και άλλοι για το προϊόν. Παράδειγμα αυτού του είδους οργανωτικής δομής αποτελεί ο προϊστάμενος νοσηλευτής ενός ογκολογικού τμήματος, ο οποίος αναφέρεται στο διευθυντή ενός τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας, αλλά και στο διευθυντή του νοσηλευτικού προσωπικού των εξωτερικών ιατρείων. Μειονεκτήματα αυτής της μορφής οργανωτικής δομής

είναι ο κυρίαρχος ρόλος που αποκτά κάποια πλευρά της μήτρας στον οργανισμό συγκριτικά με άλλες, σε περίπτωση που αυτή ταυτίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τους στόχους του οργανισμού, οι συμμετέχοντες θα πρέπει να μπορούν να βλέπουν την ευρύτερη εικόνα του οργανισμού, πέρα από το δικό τους λειτουργικό τομέα, ώστε η δομή να είναι αποδοτική, απαιτούνται συχνές συσκέψεις για την επίλυση προβλημάτων και διαφορών και συνεπώς είναι χρονοβόρα, απαιτούνται άριστες διαπροσωπικές δεξιότητες από τους διευθυντές και η διπλή εξουσία μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση και σύγχυση στους διευθυντές και τους εργαζομένους.

- Η παράλληλη οργανωτική δομή. Είναι μια μοναδική δομή στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ της επίσημης εξουσίας του οργανισμού υγείας και της εξουσίας του ιατρικού δυναμικού του οργανισμού. Το ιατρικό προσωπικό είναι ξεχωριστό και αυτόνομο με αποτέλεσμα να υπάρχουν δύο γραμμές εξουσίας. Η μια γραμμή διοίκησης εκτείνεται από το γενικό διευθυντή/διοικητή του οργανισμού στην οργανωτική δομή όλου του προσωπικού, πλην των ιατρών, ενώ η άλλη γραμμή εκτείνεται από το γενικό διευθυντή/διοικητή του οργανισμού σε όλη την οργανωτική δομή αποκλειστικά του ιατρικού προσωπικού. Οι δύο αυτές γραμμές επικαλύπτονται σε τμήματα όπως τα νοσηλευτικά, στα οποία η λήψη αποφάσεων αφορά κλινικά θέματα και θέματα διοίκησης, από κοινού. Η μορφή αυτή της οργανωτικής δομής συναντάται σε οργανισμούς υγείας με λειτουργική οργανωτική δομή και ξεχωριστή οργανωτική δομή για την ιατρική υπηρεσία. Οι οργανισμοί υγείας υιοθετούν νεότερα μοντέλα οργάνωσης και διοίκησης, τα οποία ενσωματώνουν το ιατρικό επάγγελμα στο οργανόγραμμα του οργανισμού.

3.3 Δομές προσανατολισμένες προς τις σχέσεις

- Από κοινού διακυβέρνηση. Είναι ένα οργανωτικό υπόδειγμα, το οποίο βασίζεται στις αξίες της αλληλεξάρτησης και της υπευθυνότητας και δίνει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων σε ένα αποκεντρωμένο περιβάλλον. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν σημαντικό έλεγχο επί της εργασίας τους, βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα και η υπευθυνότητα και μετριάζεται το συναίσθημα έλλειψης ισχύος. (DeBaka et al, 1993)
- Δομή ετεραρχίας. Ένας σχεδιασμός οργάνωσης, οποίος βασίζεται στην έννοια των διασυνδέσεων/δεσμών και αναγνωρίζει τους δεσμούς μεταξύ προσώπων και τις σχέσεις μεταξύ αυτών. (Porter et al, 2002)

- Δομές αυτό-οργάνωσης. Προκύπτει εξαιτίας των ποικίλων καθηκόντων του προσωπικού. Πρόκειται για μια δομή που «αυτοαναεώνεται», είναι ευέλικτη και μπορεί να ανταποκριθεί στις εσωτερικές και τις εξωτερικές αλλαγές που συμβαίνουν στο περιβάλλον ενός οργανισμού. Βασικό στοιχείο αυτής της δομής είναι η σύγκριση με πρότυπο την ίδια και με αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται αυστηρές και δύσκαμπτες δομές. Αλλαγές συμβαίνουν όταν υπάρχει ανάγκη. Ενθαρρύνονται αλλαγές στις σχέσεις και τους ρόλους του προσωπικού διότι θεωρούνται κύρια πηγή δημιουργικότητας και επιτυχίας της λειτουργίας του οργανισμού. (Wheatly et al, 1992)

3.4 Ανασχεδιασμός (job redesign)

Είναι μια τεχνική κατά την οποία οι θέσεις εργασίας προσδιορίζονται σύμφωνα με τα κατάλληλα καθήκοντα και τα απαραίτητα προσόντα κάθε εργαζομένου, ενώ λαμβάνεται μέριμνα, ώστε όλα τα εργασιακά καθήκοντα να ταιριάζουν μεταξύ τους με στόχο το έργο του οργανισμού να γίνεται με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι οργανισμοί υγείας αναδομήθηκαν, τα συστήματα αναδιαρθρώθηκαν και έχει γίνει ανασχεδιασμός των εργασιακών καθηκόντων, ώστε να μειωθεί το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και να διατηρηθούν οι θέσεις στην αγορά εργασίας. Στον εργασιακό ανασχεδιασμό (job redesign) εξετάζονται η κατανομή δραστηριοτήτων, η σύμπτωση ρόλων και η υπερβολική εξειδίκευση. Εμπόδια στον εργασιακό ανασχεδιασμό αποτελούν διάφορα στερεότυπα που επικρατούν σχετικά με την ηγεσία και την εξουσία, η έλλειψη συμφωνίας μεταξύ αξιών του εργασιακού ανασχεδιασμού και της ανώτερης διοίκησης του οργανισμού, οι φόβοι των εργαζομένων για την εργασιακή ασφάλεια, η προτίμηση των εργαζομένων για σαφώς καθορισμένα εργασιακά καθήκοντα, χωρίς αλλαγές στο περιεχόμενο τους ή στις διαδικασίες, καθώς και η άρνηση για κάθε αλλαγή και ανάπτυξη και τέλος, ο ελλιπής καθορισμός όσων είναι απαραίτητο να επιτευχθούν, μέσω της διαδικασίας του ανασχεδιασμού των εργασιακών καθηκόντων ενός εργαζόμενου.

3.5 Αναδιάρθρωση (restructuring)

Είναι ο έλεγχος της δομής ενός οργανισμού υγείας με σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας του (restructuring). Είναι αλλαγή της δομής του οργανισμού, αλλαγή των σχέσεων προϊστάμενων – υφιστάμενων, αλλαγή στα κανάλια επικοινωνίας,

ακολουθεί με φυσικό τρόπο τους δεσμούς και τις διασυνδέσεις του οργανισμού, τις συγχωνεύσεις και την καθιέρωση των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας στην προσπάθεια μείωσης των επαναλήψεων παροχής υπηρεσιών μεταξύ των τμημάτων του δικτύου των μονάδων υγείας, δίδεται έμφαση στο συντονισμό της εργασιακής προσπάθειας μεταξύ των μονάδων του δικτύου ή των τμημάτων του οργανισμού και παράλληλα εκτιμάται η αλληλεξάρτηση. Στην αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας χρησιμοποιούνται ευρέως οργανωσιακά μοντέλα, όπως η διοίκηση ολικής ποιότητας, η διαχείριση περιπτώσεων/υποθέσεων και η διοίκηση της γραμμής παραγωγής. Ένας τύπος αναδιάρθρωσης είναι η σμίκρυνση του μεγέθους ενός οργανισμού ή αλλιώς απόκτηση του σωστού μεγέθους (downsizing or right – sizing), η οποία σημαίνει την περικοπή του αριθμού των θέσεων εργασίας, ο βαθμός της οποίας εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών που εξυπηρετεί ο οργανισμός, την φροντίδα υγείας που απαιτείται και τις δεξιότητες του προσωπικού υγείας, ενώ παράλληλα μπορεί να μεταβάλλεται και ο φόρτος εργασίας. Η σμίκρυνση του μεγέθους ενός οργανισμού, χωρίς ανασχεδιασμό των εργασιακών καθηκόντων, ενθαρρύνει την προώθηση ορισμένων ατόμων μέσα στον οργανισμό, μειώνοντας την εμπιστοσύνη και κάμπτοντας το ηθικό του υπόλοιπου προσωπικού, αλλά και της διοίκησης. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας και αύξηση της συχνότητας εμφάνισης περιπτώσεων κακής κλινικής πρακτικής. Ο οργανισμός λειτουργεί υπό καθεστώς διαρκούς κρίσης και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι επηρεάζονται περισσότερο, στην προσπάθεια να προστατεύσουν τα συμφέροντα τους, αποκτούν νοοτροπία αυτοπροστασίας. Η συρρίκνωση ενός οργανισμού καθίσταται άστοχη επιλογή, διότι στους οργανισμούς υγείας ο περιορισμός του κόστους αποτελεί κίνητρο, ωστόσο η βαρύτητα της κατάστασης της υγείας των νοσηλευόμενων ασθενών είναι καθοριστικός παράγοντας της πολιτικής που πρέπει να ακολουθήσει ο οργανισμός. Επίσης, η μείωση του αριθμού καθώς και των απαιτούμενων προσόντων του προσωπικού υγείας μπορεί να συντελέσει στην αύξηση των επιπλοκών και στην αύξηση του κόστους.

3.6 Αναδόμηση (reengineering)

Είναι μια περίπλοκη και συχνά ριζοσπαστική διαδικασία προσέγγισης της υγειονομικής περίθαλψης ενός οργανισμού κατά την οποία υιοθετούνται νέες σχέσεις και προσδοκίες. Αφορά στον έλεγχο και στην βελτίωση της διαδικασίας παροχής των υπηρεσιών υγείας,

έχει συνεργατικό χαρακτήρα, υποκινείται από τα υπάρχοντα δεδομένα, εστιάζεται στον ασθενή, προϋποθέτει τη συμμετοχή ολόκληρου του οργανισμού και οδηγεί σε μια σημαντική αλλαγή τόσο του ίδιου του οργανισμού, όσο και των μελών του προσωπικού. Ο οργανισμός υγείας υιοθετεί μια νέα προσέγγιση για την παροχή φροντίδας και συνεπώς η αναδόμηση είναι πολύ περίπλοκη και ριζοσπαστική διαδικασία. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας σχηματίζουν ομάδες με σκοπό την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας στους ασθενείς, που αποτελεί και το στόχο της αναδόμησης και αναδιάρθρωσης ενός οργανισμού. Η εργασία στο πλαίσιο ομάδων μέσω της διεπιστημονικής προσέγγισης απαιτεί την ανοιχτή επικοινωνία και την ικανότητα της αποδοχής και της άσκησης κριτικής, την αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων και την ανάληψη ευθυνών. Η πρόκληση για τα στελέχη της διοίκησης, εξαιτίας της δυσκολίας υιοθέτησης αυτής της συμπεριφοράς, λόγω του άγχους και των αντιδράσεων που μπορεί να προκαλέσει, είναι να βοηθήσουν το προσωπικό να κατανοήσει τον απώτερο στόχο, να συμμετέχει στη διαδικασία και να χρησιμοποιεί την επαγγελματική εμπειρία για την προαγωγή υγείας των ασθενών.

Η αναδιάρθρωση και η αναδόμηση μπορεί να χρησιμοποιηθούν στον ανασχεδιασμό ενός συστήματος υγείας σε θέματα, όπως η ολοκλήρωση – ο συντονισμός μεταξύ των μονάδων, η ανάπτυξη πρωτοκόλλων για διάφορες κλινικές διαδικασίες, η αναδιάρθρωση του τρόπου διοίκησης, η προώθηση της ανάπτυξης εργαζομένων με δεξιότητες, η εφαρμογή φροντίδας εστιασμένης στον ασθενή και η διαχείριση των περιστάσεων. (Gellinas et al, 1997)

Οι οργανισμοί, κερδοσκοπικοί και μη, πρέπει να διαθέτουν στρατηγικό σχεδιασμό, αξίες, όραμα, αποστολή, φιλοσοφία και στόχους που να αφορούν σε ολόκληρο τον οργανισμό, αλλά και επιμέρους στόχους, που να αφορούν σε ένα συγκεκριμένο τμήμα ή σε μια μονάδα του οργανισμού. Η διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού προϋποθέτει τη συγκρότηση μιας επιτροπής που να απαρτίζεται από υψηλόβαθμα στελέχη, εκπροσώπους μελών του προσωπικού και άτομα που θα συλλέξουν τα δεδομένα και θα διανείμουν πληροφορίες. Τα μέλη της επιτροπής θα πρέπει να επιδείξουν προθυμία και ενθουσιασμό για τη συνεισφορά τους στο σωστό στρατηγικό σχεδιασμό, να διαθέτουν εμπειρία και να είναι αφοσιωμένα στον οργανισμό. Η επιτροπή αξιολογεί το περιβάλλον, τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία του οργανισμού, σταθμίζοντας τα σε σχέση με τις αξίες και τους στόχους του οργανισμού. Η διαδικασία είναι απαιτητική και χρονοβόρος και δεν αποτελεί τελικό στόχο, αλλά συνεχή εστίαση της προσοχής στο στόχο και παρακολούθηση της προόδου της κατεύθυνσης προς αυτόν. Η αποστολή και το όραμα του οργανισμού πρέπει να διέπουν όλες τις δράσεις του.

Το περιβάλλον ενός οργανισμού ορίζεται βάσει κλίματος και κουλτούρας που επικρατεί σε αυτόν. Το οργανωσιακό κλίμα (organizational climate) αφορά στα χαρακτηριστικά του οργανισμού, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά, δηλαδή η οργανωτική δομή του, τα κανάλια επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, οι πολιτικές και οι διαδικασίες. Ορισμένες πτυχές του κλίματος ενός οργανισμού είναι, για παράδειγμα, τα πλεονεκτήματα που προσφέρει, οι δείκτες στελέχωσης, η διάταξη των νοσηλευτικών τμημάτων. Η οργανωσιακή κουλτούρα (organizational culture) αντιθέτως διαμορφώνεται από τους κανόνες και τις παραδόσεις που ισχύουν στον οργανισμό, επηρεάζει τις πρακτικές και τις διαδικασίες του οργανισμού, μπορεί να διαφέρει μεταξύ των οργανισμών, μπορεί να υπάρχουν υπο – κουλτούρες και μπορεί να υπάρχουν διαφορές μεταξύ της κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας και μιας υπο – κουλτούρας. Όταν οι κανόνες και οι παραδόσεις της υπο – κουλτούρας συμφωνούν με αυτές του οργανισμού, τότε παρατηρείται σύμπτωση, ενώ σε διαφορετική περίπτωση παρατηρείται ασυμφωνία. Σύμφωνα με τους Cooke και Lafferty έχουν εντοπιστεί τρεις τύποι οργανωσιακής κουλτούρας:

- Η εποικοδομητική ή θετική οργανωσιακή κουλτούρα, όπου η εστίαση της προσοχής βρίσκεται στην αυτοπραγμάτωση, στον ουμανισμό, στη δημιουργία δεσμών και στα επιτεύγματα
- Η παθητική ή αμυντική, όπου η εστίαση της προσοχής βρίσκεται στην έγκριση, στην εξάρτηση, στη συμφωνία και στην αποφυγή
- Η επιθετική ή αμυντική, όπου η εστίαση της προσοχής βρίσκεται στον ανταγωνισμό, στη μάχη για την τελειότητα, στην ισχύ και στην αντίρρηση

Σε έναν οργανισμό υγείας, η παρουσία μιας θετικής κουλτούρας προάγει τη συνεργασία μεταξύ των μελών του προσωπικού και μειώνει τη θνησιμότητα των ασθενών. Σύμφωνα με τον Shortell και τους συνεργάτες του υπάρχει συσχέτιση της θετικής εργασιακής κουλτούρας σε μια μονάδα εντατικής φροντίδας και της χαμηλής θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Σύμφωνα με μελέτη των Kovner και Gergen η θετική κουλτούρα επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας των ασθενών.

Ένας τρόπος αξιολόγησης του περιβάλλοντος ή της κουλτούρας ενός οργανισμού είναι η αξιολόγηση του διοικητικού προσανατολισμού των στελεχών που προσλαμβάνονται σε ανώτερες θέσεις. Στις περιπτώσεις που τα διοικητικά στελέχη προωθούν τη δημιουργία και την καινοτομία, ο οργανισμός λειτουργεί ταχύτερα και είναι προσανατολισμένος προς την επίτευξη των στόχων. Στις περιπτώσεις που επιζητούνται ανθρωπιστικές και διαπροσωπικές δεξιότητες στους υποψηφίους για την κάλυψη των διοικητικών θέσεων, ο

οργανισμός εστιάζει την προσοχή του στους ανθρώπινους πόρους, τους εργαζόμενους και τους ασθενείς. (Cooke, 1993, Kovner, 1998, Hersey et al, 2001)

3.7 Νοσοκομεία με ειδική διάκριση

Το 1994 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το Αμερικανικό Κέντρο Πιστοποίησης Νοσηλευτών (American Nurses Credentialing Center, ANCC) προώθησε την εφαρμογή ενός προγράμματος απονομής διάκρισης για τους οργανισμούς υγείας που επιδεικνύουν συνεχή άριστη απόδοση στη νοσηλευτική φροντίδα. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα βασίζεται στο πρόγραμμα επιβράβευσης και αναγνώρισης των καλύτερων νοσοκομείων ως «νοσοκομεία – μαγνήτες» (magnet hospitals), που ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του '80. Για να λάβει κάποιο νοσοκομείο αυτή τη διάκριση θα πρέπει να επενδύσει προς αυτόν τον στόχο σημαντικό χρόνο και οικονομικούς πόρους. Το έτος 2003 μόνο 69 οργανισμοί υγείας τιμήθηκαν με αυτήν την διάκριση. Η συμβολή του έργου των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντική για την απονομή αυτής της διάκρισης σε ένα νοσοκομείο και τα νοσοκομεία που παρέχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου πριμοδοτούνται κατά την επιβράβευση. Παρά την έλλειψη νοσηλευτών στις ΗΠΑ, τα νοσοκομεία – μαγνήτες έχουν κατορθώσει να διατηρούν το νοσηλευτικό προσωπικό που διαθέτουν και να προσελκύουν και νέο. (American Nurses Credentialing Center, 2003, Aiken et al, 2000)

3.8 Διαφορές γενεών

Σε έναν οργανισμό μπορεί να εργάζονται άτομα τεσσάρων γενεών, οι διαφορές των οποίων μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την κουλτούρα του οργανισμού αυτού. Συγκεκριμένα:

Η γενεά G, αναφέρεται και ως «γκρίζα» γενεά, περιλαμβάνει εργαζόμενους ηλικίας 54 ετών και άνω, οι οποίοι πλησιάζουν το χρόνο συνταξιοδότησης, διαθέτουν μια ισχυρή εργασιακή ηθική και έχουν μια σταθερή προσήλωση στην εργασία τους.

Η γενεά B, αναφέρεται και ως γενεά «πληθυσμιακής έκρηξης», περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 35-53 ετών, τα οποία είναι φιλόδοξα, ιδεολόγοι και η ταυτότητα τους διαμορφώνεται από την εργασία τους.

Η γενεά X περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 23-34 ετών, επιθυμούν ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον και η εργασία τους να έχει αξία. Επιθυμούν ανεξαρτησία, διασκέδαση και ισορροπία της εργασίας με άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής τους, όπως είναι οι

διαπροσωπικές σχέσεις, η ανατροφή τέκνων και η ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες.

Η γενεά Υ, αναφέρεται και ως εργαζόμενοι του «αύριο», περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 12-22 ετών, τα οποία είναι υπεύθυνα, ικανά, διαθέτουν καλές τεχνικές γνώσεις και χειρίζονται πολύ καλά το διαδίκτυο και στο μέλλον θα αποτελέσουν τους εργαζόμενους που θα συμμετέχουν σε οργανωτικές δομές τύπου ετεραρχίας.

Οι οργανισμοί που απαιτούν από τους εργαζόμενους να επιδεικνύουν ικανότητα στη λήψη αποφάσεων και που προωθούν τη συμμετοχή του προσωπικού στον προσδιορισμό του περιβάλλοντος άσκησης των εργασιακών καθηκόντων του, θα συνεχίσουν τη συνεργασία με άτομα που επιθυμούν να διατηρούν ένα σημαντικό βαθμό αυτονομίας κατά την εκτέλεση του έργου τους. Τα συστήματα που προωθούν το συμμετοχικό τρόπο διοίκησης και την από κοινού διακυβέρνηση δημιουργούν ένα οργανωσιακό κλίμα που ανταμείβει τη λήψη αποφάσεων, τη δημιουργικότητα, την ανεξαρτησία και την αυτονομία. Οι οργανισμοί αυτοί διατηρούν και προσλαμβάνουν ανεξάρτητους και αξιόπιστους επαγγελματίες. Ανταποκρινόμενοι στις απαιτήσεις των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας για γρήγορη απάντηση στα προβλήματα τους, οι οργανισμοί που δίνουν στο προσωπικό τους τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις, ικανοποιούν καλύτερα τα αιτήματα των καταναλωτών. Όλο και περισσότεροι οργανισμοί υιοθετούν κουλτούρες που επιδεικνύουν ευαισθησία τον καταναλωτή και προϋποθέτουν τη δυνατότητα ανάληψης ευθυνών και λήψης αποφάσεων εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, καθώς το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται διαρκώς. (Porter, 2002, Hersey, 2001)

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (1980-2000)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	1980	1990	1995	%ΜΕΤΑΒΟΛΗ 1990-1995	2000	%ΜΕΤΑΒΟΛΗ 1995-2000

Ιατροί	23,469	35,657	41,818	17	47,979	15
Νοσοκομειακοί Ιατροί	11,871	18,287	22,729	24	27,175	20
Νοσηλευτικό Προσωπικό	18,954	34,582	45,421	31	56,164	24
Διπλωματούχοι Νοσοκόμοι	5,048	8,253	9,731	18	11,277	16
Βοηθητικές Νοσοκόμες	3,596	11,313	16,498	46	21,846	32
Μαίες	1,704	1,860	1,784	-4	1,793	1
Πρακτικές Νοσοκόμες	8,445	9,038	622	-93	0	-100
Διοικητικό προσωπικό	4,382	6,873	6,546	-5	6,202	-5
Τεχνικό προσωπικό	2,094	3,685	4,817	31	5,742	19
Άλλο προσωπικό	2,298	3,488	5,195	49	6,264	21

(Πολύζος και συν, 2000)

3.9 Στελεχιακό δυναμικό των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα προβλήματα ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα είναι πολλά και γνωστά, ιδιαίτερα στον δημόσιο τομέα. Οι αλλαγές για τη μεταβολή του κλίματος στον δημόσιο τομέα θα πρέπει να είναι επαναστατικές και εφαρμόσιμες. Σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους, οι κλίνες στην Ελλάδα είναι λίγες. Σύμφωνα με τα ποσοστά κάλυψης τους (69% στο δημόσιο, 49% στον ιδιωτικό τομέα) είναι αρκετές. Αν υπάρχουν ελλείψεις, αυτές πρέπει να εντοπιστούν στα κρεβάτια οξείας νοσηλείας, όπως επίσης και στα κρεβάτια χρόνιων παθήσεων ή τα γηριατρικά, με παράλληλη εξέταση της σωστής κατανομής και της οργανωμένης ξενοδοχειακής υποδομής τους.

Η στελέχωση του νοσοκομείου, οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών και τα προσόντα διορισμού του κάθε υπαλλήλου περιγράφονται στο ΠΔ 87/86 (ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων), που ήδη θεωρείται ξεπερασμένο, και στους επιμέρους οργανισμούς

των νοσοκομείων, που κατά καιρούς εκδόθηκαν. Η έλλειψη συγκεκριμένου καθηκοντολογίου και περιγραφής – ανάλυσης θέσης εργασίας είναι εμφανής. Το ίδιο εμφανής είναι η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου.

Ως προς τη στελέχωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, παρατηρείται συνολική αύξηση της απασχόλησης κατά 128% κατά τα έτη 1985-2000. Η μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζεται στον αριθμό των νοσηλευτών (περίπου 160% από το 1980 μέχρι το 2000). Μεγάλη διαφοροποίηση παρατηρείται στον ιδιωτικό τομέα, όπου η στελέχωση είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Σε έρευνα των Ν. Πολύζος – Ι. Υφαντόπουλος που δημοσιεύθηκε το 2000 στο επιστημονικό περιοδικό της Ιατρικής Εταιρίας Αθηνών «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής» (Archives of Hellenic Medicine) συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 113 (σύνολο 128) νοσοκομεία του ΕΣΥ (δεν απέστειλαν στοιχεία 7 ψυχιατρικά και 8 νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία). Η συλλογή στοιχείων επικεντρώθηκε στην καταγραφή των προσόντων των στελεχών της διοικητικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας (πτυχίο, μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών, έτη προϋπηρεσίας και άλλα) και στα οργανωτικά κυρίως προβλήματα, με τις αντίστοιχες προτάσεις των νοσοκομείων.

Το πρώτο πρόβλημα που εμφανίστηκε, όσον αφορά κυρίως τη διοικητική υπηρεσία, ήταν η χαμηλή κάλυψη των θέσεων προϊστάμενων. Τα νοσοκομεία έπρεπε να είχαν 1211 προϊστάμενους διευθύνσεων, υποδιευθύνσεων και τμημάτων, αντί αυτού καταγράφηκαν μόνο 829 (68% κάλυψη), με μεγάλες διακυμάνσεις στην κατανομή. Για παράδειγμα, όλες οι θέσεις των οικονομικών υποδιευθυντών ήταν καλυμμένες, το 72% των προϊστάμενων τμημάτων γενικά και μόλις το 52% των υποδιευθυντών τεχνικών υπηρεσιών.

Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκε τρομακτική έλλειψη στους τμηματάρχες πληροφορικής (17 στους 113, κάλυψη 15%) και βιοϊατρικής τεχνολογίας (27 στους 113, κάλυψη 24%). Σημαντική ήταν, επίσης, η έλλειψη στους προϊστάμενους τεχνικών τμημάτων (52 στους 113, κάλυψη 46%) και διατροφής (53 στους 81, κάλυψη 65%), ενώ τα τμήματα προσωπικού (101) και οικονομικού (103) ήταν επαρκώς καλυμμένα. Μικρότερες ελλείψεις παρουσίασαν τα άλλα τμήματα (γραμματείας, γραμματείας εξωτερικών ιατρείων και κίνησης ασθενών, κάλυψη 82%).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των στελεχών αυτών, διαπιστώθηκε ότι το 50% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 18% ήταν τεχνικής - επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΤΕ) και ένα σημαντικό ποσοστό 32% μέσης εκπαίδευσης. Όλοι οι οικονομικοί υποδιευθυντές ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, κυρίως οικονομικών σχολών, ενώ 1 στους 5 διοικητικοί διευθυντές και 1 στους 3 υποδιευθυντές διοικητικού

ήταν μέσης εκπαίδευσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι στις τεχνικές υποδιευθύνσεις και τμήματα ελαχιστοποιούνταν η παρουσία στελεχών μέσης εκπαίδευσης, αυξάνονταν όμως αντίστοιχα αυτή της τεχνικής – επαγγελματικής εκπαίδευσης. Στους τμηματάρχες οικονομικού φάνηκε αυξημένο το ποσοστό των αποφοίτων ΤΕΙ (18%), αν και ο συνολικός αριθμός παρέμεινε σχετικά μικρός (19). Το υψηλότερο ποσοστό πτυχιούχων παρατηρήθηκε στους προϊστάμενους διατροφής (83%), ενώ και οι υπόλοιποι απασχολούμενοι στα τμήματα διατροφής (16%) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ. Αντίθετα, περίπου το 1/2 των προϊστάμενων προσωπικού και τα 2/3 των υπόλοιπων τμημάτων ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης.

Η κατάσταση αυτή δημιουργήθηκε διότι οι προϊστάμενοι κρίνονται κατά τεκμήριο με βάση το χρόνο υπηρεσίας και δευτερευόντως με άλλα πιο ουσιαστικά κριτήρια. Το 50% των προϊστάμενων της διοικητικής υπηρεσίας έχουν πάνω από 16 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ το ποσοστό στις πρώτες δύο βαθμίδες (διοικητικοί διευθυντές και υποδιευθυντές διοικητικού) ανέρχεται στο 75%. Αυτό συμβαίνει επειδή, θεωρητικά τουλάχιστον, οι θέσεις αυτές διεκδικούνται και από παλαιότερα στελέχη με γενική θεωρητική εκπαίδευση, πράγμα που δεν συναντάται στις πιο εξειδικευμένες θέσεις (οικονομικού, τεχνικού, πληροφορικής, διατροφολογίας και άλλων), όπου τα στελέχη είναι πιο νέα σε προϋπηρεσία.

Σε νοσηλευτικό προσωπικό η κατάσταση παρουσιάστηκε ακόμη πιο ακραία. Το 1/2 περίπου των προϊστάμενων κλινικών είχαν περισσότερο από 20 έτη προϋπηρεσίας, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό καταλάμβανε θέση διευθύνουσας ή τομεάρχη με λιγότερα από 16 έτη προϋπηρεσίας. Σχετικά με τα προσόντα των προϊστάμενων κλινικών και τμημάτων νοσηλευτικής υπηρεσίας, το 98% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 1% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 1% μέσης εκπαίδευσης. Αντίθετα, οι διευθύνουσες και οι τομεάρχες της νοσηλευτικής υπηρεσίας ήταν αναλογικά 12% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 25% τεχνολογικής εκπαίδευσης και οι υπόλοιπες ήταν διετούς και τριετούς εκπαίδευσης. Σε σύνολο 27000 νοσηλευτών – νοσηλευτριών το 65,2% ήταν μέσης εκπαίδευσης νοσοκόμοι, διετούς εκπαίδευσης και πρακτικές αδελφές, το 43,2% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης και το 0,6% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Σχετικά με τους μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών, σε σύνολο 1000 περίπου πτυχιούχων πανεπιστημίου (διοικητικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας), μόλις οι 165, ποσοστό περίπου 16%, είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Η συντριπτική πλειοψηφία (125 ή 3/4) αφορούσε διοικητικούς, κυρίως απόφοιτους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και 19 (8 νοσηλεύτριες) κατείχαν διδακτορικό τίτλο. Μόλις 10 είχαν

μεταπτυχιακό τίτλο στη διοίκηση και τα οικονομικά της υγείας. (Πολύζος, 1994, Πολύζος και συν, 2000)

3.10 Ρόλοι και λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Οργανισμό Στελεχών Νοσηλευτικής Διοίκησης (American Organization of Nurse Executives, AONE) οι ρόλοι και οι λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας καθορίζονται ως εξής:

- Η ευθύνη για την άριστη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση στρατηγικών και προγραμμάτων βάσει της πολιτικής, των στόχων, των σκοπών του οργανισμού, των επαγγελματικών προτύπων, των κανονισμών και της κρατικής νομοθεσίας. Η διατήρηση ασφαλούς και φιλικού εργασιακού περιβάλλοντος, η προαγωγή της εκπαίδευσης και η διατήρηση της υγείας. Η ευθύνη της αξιολόγησης των αντιδράσεων των ασθενών και της οικογένειας τους προς τη νοσηλευτική φροντίδα, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας, η προαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας και η διασφάλιση της ενσωμάτωσης των ευρημάτων στην κλινική πρακτική.
- Η διαχείριση των ανθρώπινων, οικονομικών και λοιπών πόρων, που είναι απαραίτητοι για την νοσηλευτική πρακτική και τη φροντίδα των ασθενών. Η αποτελεσματική αξιοποίηση του προσωπικού, των μηχανημάτων και των αναλώσιμων υλικών. Η κατάρτιση, ο έλεγχος και η τήρηση του προϋπολογισμού βάσει της πολιτικής και της οικονομικής κατάστασης του οργανισμού. Η διασφάλιση παροχής ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, η ενημέρωση του προσωπικού για τους περιορισμούς σε πόρους, η καθοδήγηση και η συμβουλευτική.
- Η διευκόλυνση της επαγγελματικής ανάπτυξης του νοσηλευτικού προσωπικού για την εκτέλεση των καθηκόντων και την παροχή άριστης νοσηλευτικής φροντίδας. Η τήρηση των επιπέδων ικανότητας και η απόκτηση νέων δεξιοτήτων. Η εξασφάλιση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους φοιτητές όλων των ειδικοτήτων του τομέα της υγείας
- Η διασφάλιση της συμμόρφωσης του νοσηλευτικού ιδρύματος προς τα επαγγελματικά, τα νομικά και τα κρατικά πρότυπα περίθαλψης.
- Ο στρατηγικός σχεδιασμός σε ό, τι αφορά στα νοσηλευτικά τμήματα, τους τομείς και τον οργανισμό στο σύνολο του. Η ενημέρωση του γενικού διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας σχετικά με τη δύναμη του προσωπικού. Η ανάπτυξη και η υλοποίηση ενός στρατηγικού σχεδίου για κάθε τμήμα, το οποίο να εναρμονίζεται με

το σχεδιασμό του τομέα και του οργανισμού. Η διευκόλυνση της υποστήριξης του προσωπικού για την εφαρμογή του στρατηγικού σχεδίου και η τροποποίηση του ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν από τις αλλαγές.

- Η διευκόλυνση των σχέσεων συνεργασίας μεταξύ ειδικοτήτων/τμημάτων για τη διασφάλιση της αποτελεσματικής προσφοράς υγειονομικής περίθαλψης. Η ενεργός συμμετοχή σε επιτροπές πολλών ειδικοτήτων που είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη προγραμμάτων υγειονομικής φροντίδας. Η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας βασισμένες στον αμοιβαίο σεβασμό και στην υποστήριξη.

Η επικοινωνία, η διαπραγματευτική ικανότητα, η κριτική σκέψη, η διαχείριση των συγκρούσεων είναι από τις συχνότερα αναφερόμενες δεξιότητες, οι οποίες θεωρούνται πιο σημαντικές για την επιτυχία του ρόλου των στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας, σύμφωνα με μελέτη του Mathena (2002). Η ίδια μελέτη έδειξε ότι είναι απαραίτητη η ανάπτυξη μιας διαφορετικής δέσμης δεξιοτήτων, η οποία περιλαμβάνει την ανάλυση της κατάστασης, τη διαχείριση δεδομένων, την ανάλυση κόστους οφέλους, τις οικονομικές προβλέψεις και την οικονομική ανάλυση. (Mathena, 2002)

3.11 Εγγύηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές προσφέρουν μεγάλο και σημαντικό έργο σε όλα τα επίπεδα και τις μορφές της περίθαλψης, από την πρωτοβάθμια φροντίδα μέχρι την τριτοβάθμια περίθαλψη, από την πρόληψη και την αγωγή υγείας μέχρι την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη του ασθενή. Είναι αυτοί που κατά κύριο λόγο μπορούν να προσδώσουν στα νοσοκομεία και μια άλλη διάσταση εκτός από εκείνη της υψηλής τεχνικής. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα εργαζομένων στο σύστημα υγείας. Από αυτή τη μεγάλη ομάδα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα και αποτελεσματικότητα της υγειονομικής φροντίδας. Κύριος ρόλος είναι αυτός της προσφοράς ιατρικού και νοσηλευτικού έργου, που απαιτεί εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες, αλλά και έργο διοικητικό με σημαντικά καθήκοντα και ευθύνες σε όλα τα θέματα και τους τομείς του συστήματος. Γι' αυτό τον σκοπό υπάρχει ιατρική δεοντολογία, τεκμηριωμένη ιατρική γνώση, διασφάλιση ποιότητας και υπάρχει αντίστοιχα νοσηλευτική δεοντολογία, τεκμηριωμένη νοσηλευτική γνώση, διασφάλιση ποιότητας.

Στο Παράρτημα 2, ενδεικτικά, παρουσιάζονται πίνακες με στοιχεία σχετικά με τα προσόντα των στελεχών στις διοικητικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995) (Πίνακας

35), τα προσόντα στελεχών στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995) (Πίνακας 36), τα έτη υπηρεσίας στελεχών νοσοκομείων ΕΣΥ (1995) (Πίνακας 37) και τα επιπλέον προσόντα στελεχών υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1995) (Πίνακας 38), την απασχόληση του υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Πίνακας 39), τους κατοίκους ανά ιατρό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα 1960, 1970, 1980, 1992 (Πίνακας 40), την αναλογία κλινών ανά ιατρό, νοσηλευτή, λοιπό προσωπικό και σύνολο προσωπικού στα γενικά νοσοκομεία 1993 (Πίνακας 41) και τα συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού Διευθύνσεως Υγείας Νομαρχιών Ελλάδος 1995 (Πίνακας 42).

3.12 Χώρες που θεσμοθέτησαν ποσοστά ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης

Μια από τις προσεγγίσεις για την εξασφάλιση της εγγυημένης στελέχωσης στη Νοσηλευτική είναι η θεσμοθέτηση των αξιόπιστων – ασφαλών αναλογιών στελέχωσης (ICN n.d.). Οι αναλογίες είναι ο μέγιστος αριθμός ασθενών που μπορούν να ανατεθούν σε έναν διπλωματούχο νοσηλευτή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας και μπορεί να διαφοροποιείται στις μονάδες φροντίδας οξέων περιστατικών (CNA, 2003). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στο Βέλγιο ήδη από το 1987 υπάρχει νομοθεσία που καθορίζει 12 νοσηλευτές ανά 30 κρεβάτια το 24ωρο. Στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ το 2001 καθιερώθηκε συγκεκριμένη αναλογία νοσηλευτών/νοσηλευομένων 1:4 σε παιδιατρικές μονάδες ως μέρος της εθνικής κίνησης προστασίας ασθενών (από το 1999 είχε προταθεί ως νομοσχέδιο), ενώ το 2005 νοσηλευτικές ενώσεις πρότειναν ποσοστό 3:1 (σε νοσηλευτικό τμήμα), ενώ τελικά τέθηκε ο στόχος των 5:1 μέσα σε διάστημα 18 μηνών με απώτερο στόχο το 3:1. Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών έχει προτείνει τη θεσμοθέτηση της εγγυημένης στελέχωσης για τους νοσηλευτές (The ANA Talks, 2001, De Vericourt).

Στη Βικτώρια της Αυστραλίας (CNA, n.d.) συγκεκριμένες αναλογίες ασθενών ανά νοσηλευτή ισχύουν με νόμο από το 2000 και προσδιορίζονται επακριβώς ανάλογα με τον τύπο του νοσοκομείου και ανάλογα με το είδος των ασθενών που νοσηλεύει (μαιευτήριο, παιδιατρικό, ψυχιατρικό).

Καλιφόρνια (ΗΠΑ) – Αναλογίες Νοσηλευτών ανά Ασθενή

Εντατική Φροντίδα	1:2
Νεογνική Εντατική Φροντίδα	1:2
Χειρουργείο	1:1
Ανάηψη	1:1
Τοκετός	1:2
Παιδιατρικά	1:4
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1:4
Ασθενείς της ΜΕΘ στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1:2
Τραυματίες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1:1
Τηλεμετρία	1:4
Χειρουργικό Τμήμα	1:5
Φροντίδα άλλων ειδικοτήτων	1:4
Ψυχιατρικό Τμήμα	1:6

(California Nurses Association, 2008)

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Βικτόρια Αυστραλίας – Αναλογίες Νοσηλευτών ανά Ασθενή

Τύπος Μονάδας	Κατηγορία νοσοκομείου	Πρωινή Βάρδια	Βραδινή Βάρδια

Ιατρικό/Χειρουργικό Τμήμα			
	Επίπεδο 3	1:5+προϊστάμενος	1:6+προϊστάμενος
Προ/Μεταγεννητικό	Όλα τα επίπεδα	1:5+προϊστάμενος	1:6+προϊστάμενος
Χειρουργείο	3 νοσηλεύτες σε κάθε χειρουργείο (1 για αποστείρωση, 1 νοσηλεύτης κίνησης και 1 για την αναισθησία)		
Μετά-Αναισθητική Φροντίδα Μονάδα/Δωμάτιο Ανάρρωσης ΜΑΦ	Όλες οι βάρδιες 1:1 για ασθενείς σε καταστολή		

(Canadian Federation of Nurses Union, 2005)

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

Επίπεδα νοσηλευτικής στελέχωσης σε Αμερική και Αυστραλία

Νοσηλευτικό τμήμα	Παιδιατρικός νοσηλευτής/ασθενή	Παιδιατρικός νοσηλευτής/ασθενή
	Αμερική	Αυστραλία
Νεογνικές μονάδες	1:2	1:3
Γενικά παιδιατρικά τμήματα	1:8	1:6

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

*Κατώτατα επίπεδα στελέχωσης σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Παιδιατρικών
Νοσηλευτών*

Νοσηλευτικό τμήμα	Επίπεδο κλινικής	Παιδιατρικός
-------------------	------------------	--------------

	φροντίδας	νοσηλεύτης/ασθενή
Νεογνικές μονάδες	Εξειδικευμένη	1:4
	φροντίδα	1:2
	Αυξημένη φροντίδα	1:1
	Εντατική φροντίδα	
Μονάδα εντατικής και αυξημένης φροντίδας παιδών	Φροντίδα επιπέδου 1	1:2
	Φροντίδα επιπέδου 2	1:1
	Φροντίδα επιπέδου 3	2:1
Γενικά παιδιατρικά τμήματα	Για παιδιά <2 ετών	1:3
	Για τις άλλες ηλικιακές ομάδες	1:4
	Κατά τη διάρκεια της ημέρας	1:5
	Κατά τη διάρκεια της νύκτας	
Ειδικά τμήματα	Φροντίδα υψηλού επιπέδου	1:2, 1:3

(Βλαχιώτη και συν, 2011)

Σε λειτουργικό επίπεδο είναι ευθύνη των διευθυντικών στελεχών να προτείνουν το κατάλληλο ποσοστό νοσηλευτών όλων των βαθμίδων για τη διασφάλιση της ποιότητας και τον συνδυασμό τους σε ένα περιβάλλον προσφοράς και ζήτησης. Τα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας ποικίλουν, αλλά η ανάγκη για επαρκές προσωπικό είναι κοινή.

Η αριθμητική σύνθεση των εργαζομένων και η μεταξύ τους αναλογία στις υγειονομικές μονάδες σε διεθνές επίπεδο βασίζεται πλέον πάνω σε αυστηρά νομικά πλαίσια που όμως παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις ακόμη γίνεται προσπάθεια να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα για την ασφαλή παροχή φροντίδας.

Στην Ελλάδα χρειάζονται να γίνουν ρυθμίσεις που αφορούν τόσο στη ρύθμιση των αναλογιών των εργαζομένων, όσο και στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών εργασίας, ώστε το προσωπικό να μην εμφανίζεται δυσαρεστημένο και επαγγελματικά εξουθενωμένο και τελικά να καταφεύγει στον επαναπροσδιορισμό της επαγγελματικής ιδιότητας.

Επιπλέον, η παροχή υπηρεσιών υγείας βελτιώνεται μέσω της ύπαρξης ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος για το προσωπικό υγείας. Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών

υγείας σχετίζεται άμεσα με την επαρκή στελέχωση με καταρτισμένο προσωπικό, την καταγραφή στατιστικών στοιχείων σε όλα τα νοσοκομεία και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος. (Μαλλίδου και συν 2005, Μαλλιαρού και συν, 2003)

3.13 Στελέχωση από διπλωματούχους νοσηλευτές

Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας δεν εξαρτάται μόνο από το αν τα νοσοκομεία είναι επαρκώς στελεχωμένα, εξαρτάται επίσης από το επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας του προσωπικού από το οποίο στελεχώνονται. Έρευνα που διεξήχθη το 1997 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε 799 νοσοκομεία με 6,2 εκατομμύρια ασθενείς έδειξε ότι νοσοκομεία στελεχωμένα με περισσότερους διπλωματούχους εγγεγραμμένους νοσηλευτές και λιγότερο νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλότερα προσόντα εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας. Ερευνητές του πανεπιστημίου Harvard, Massachusetts United States of America εξέτασαν την επίδραση της ποιότητας και του χρόνου της νοσηλευτικής φροντίδας την οποία λάμβαναν οι ασθενείς. Ανέλυσαν το χρόνο νοσηλευτικής φροντίδας που λάμβαναν οι ασθενείς καθώς και τα διάφορα επίπεδα προσόντων, που κατείχε το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο παρείχε τη φροντίδα. Οι νοσηλευτές διαχωρίστηκαν στην έρευνα σε τρία επίπεδα:

1. οι εγγεγραμμένοι διπλωματούχοι νοσηλευτές, οι οποίοι αποτέλεσαν το υψηλότερο επίπεδο
2. οι αδειούχοι πρακτικοί νοσηλευτές με μόνο ένα χρόνο εκπαίδευσης, χωρίς δίπλωμα
3. οι βοηθοί νοσηλείας, οι οποίοι διέθεταν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης

Η έρευνα έδειξε ότι σε Παθολογικά και Χειρουργικά τμήματα οι ασθενείς που λάμβαναν περισσότερο χρόνο φροντίδας από διπλωματούχους νοσηλευτές, παρουσίαζαν λιγότερες επιπλοκές, μικρότερο χρονικό διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο και λιγότερους θανάτους σε σύγκριση με ασθενείς που λάμβαναν χαμηλότερο επίπεδο και χρόνο φροντίδας. Οι ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα από άρτια εκπαιδευμένους νοσηλευτές παρουσίαζαν κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο λιγότερα επεισόδια ουρολοίμωξης, πνευμονίας, καρδιακής ανακοπής, καταπληξίας και αιμορραγίας του στομάχου και του πεπτικού συστήματος. Συμπέρασμα της έρευνας αυτής ήταν ότι τα νοσοκομεία επιβάλλεται να στελεχώνονται από επαρκή αριθμό διπλωματούχων εγγεγραμμένων νοσηλευτών στο υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής κατάρτισης. Οι νοσηλευτικοί αυτοί λειτουργοί υψηλού επιπέδου δεν πρέπει να αντικαθίστανται για διάφορους λόγους με άλλους λιγότερο ή ανεπαρκώς καταρτισμένους

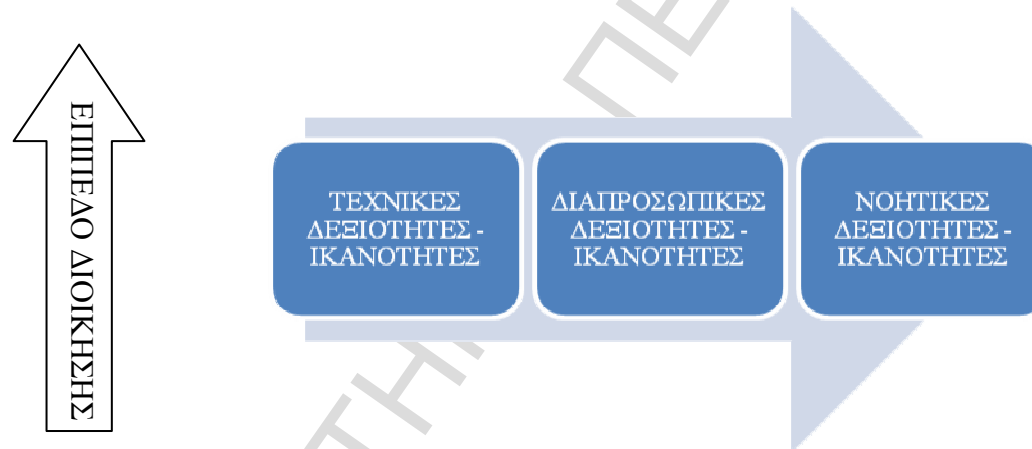
νοσηλευτές. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θα πρέπει να υποβάλλονται σε προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η διαχρονική επάρκεια των δεξιοτήτων τους. Τα αποτελέσματα της συνεχούς εκπαίδευσης των νοσηλευτών, θα μεταφραστούν με μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας με σημαντικό οικονομικό όφελος στην κοινωνία. Οι υπεύθυνες αρμόδιες αρχές για την στελέχωση των νοσοκομείων θα πρέπει να μεριμνούν ώστε να υπάρχει πάντοτε επαρκής αριθμός διπλωματούχων νοσηλευτικών λειτουργών και παράλληλα να φροντίζουν για τη συνεχή εκπαίδευση τους.

Η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας απαιτεί από το προσωπικό ικανότητες-δεξιότητες management. Σύμφωνα με τον Henry Mintzberg τα ανώτερα διοικητικά στελέχη παρουσιάζουν 10 διαφορετικούς και στενά συνδεδεμένους ρόλους και συμπεριφορές που οφείλονται στην θέση που κατέχουν. Οι ρόλοι αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες:

- των διαπροσωπικών σχέσεων
- της πληροφόρησης
- της τεχνικής

ΣΧΗΜΑ 15

Δεξιότητες – ικανότητες των διοικητικών στελεχών και επίπεδο διοίκησης



(Μερκούρης, 2007, Λανάρα, 1999)

Αν και οι παραπάνω δεξιότητες δεν είναι δυνατό να διαχωριστούν, αυτό που απαιτείται ανεξάρτητα από το επίπεδο της διοίκησης είναι οι διαπροσωπικές δεξιότητες.

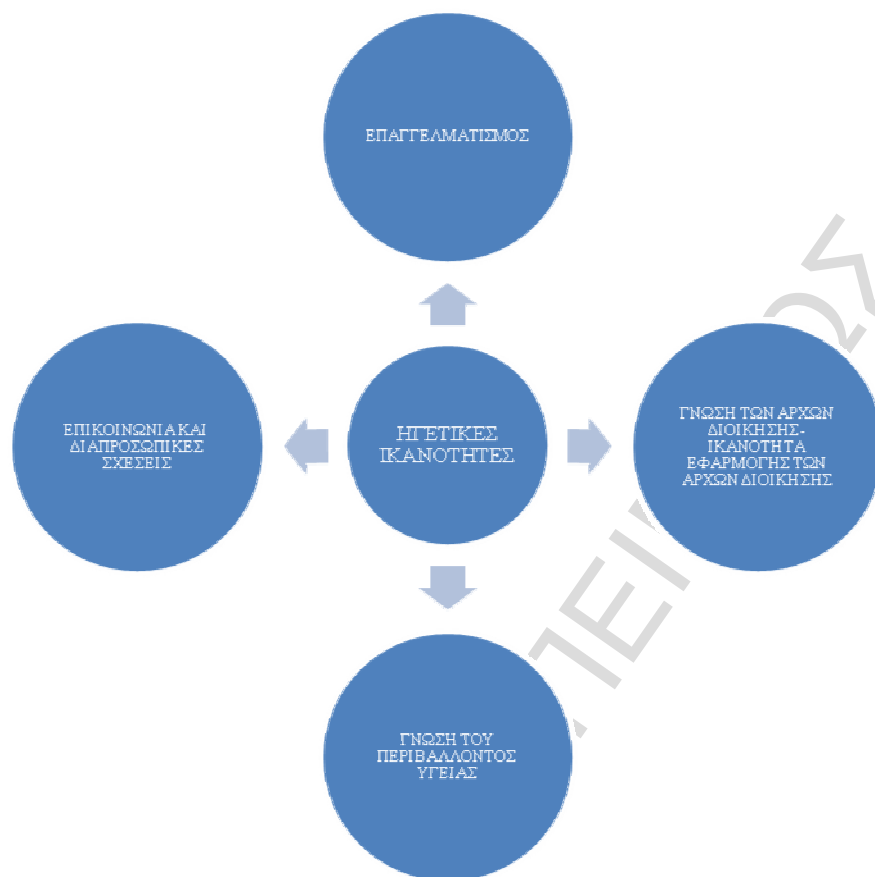
Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Οργανισμό των Διευθυντικών Νοσηλευτικών Στελεχών, τα στελέχη της νοσηλευτικής θα πρέπει να διαθέτουν:

- Δεξιότητες επικοινωνίας – διαπροσωπικών σχέσεων

- Γνώση του περιβάλλοντος και του συστήματος υγείας
- Επαγγελματισμό
- Γνώση των αρχών διοίκησης και ικανότητα εφαρμογής τους και
- Ηγετικές ικανότητες

ΣΧΗΜΑ 16

Μοντέλο των δεξιοτήτων – ικανοτήτων σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Οργανισμό των Διευθυντικών Νοσηλευτικών Στελεχών



(AONE, 2008)

3.14 Χαρακτηριστικά Προϊστάμενου

Ο προϊστάμενος θα πρέπει να διαθέτει κάποια βασικά χαρακτηριστικά για την αποτελεσματική εφαρμογή του ρόλου του, τα οποία έχουν ως εξής:

1. Ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων, οι οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνονται στο υψηλό επίπεδο γνώσεων και αναγκών του προσωπικού
2. Εμπειρία : γνωσιολογική και εννοιολογική πείρα
3. Διορατικότητα, προκειμένου να προλαμβάνει πιθανά προβλήματα και δυσκολίες στο χώρο εργασίας.
4. Ηγετική συμπεριφορά
5. Παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας
6. Αποδοτικότητα στο χώρο εργασίας
7. Ικανότητα λήψης αποφάσεων
8. Ικανότητα για επιτυχή επικοινωνία με το προσωπικό
9. Αυτοπεποίθηση, έτσι ώστε να γνωρίζει τις ικανότητές του και να αντιμετωπίζει τις οποιεσδήποτε καταστάσεις με επιτυχία
10. Συναισθηματική νοημοσύνη, ώστε να βοηθάει το υπόλοιπο προσωπικό να λειτουργεί αποτελεσματικά στο χώρο εργασίας
11. Ερευνητικό πνεύμα, προκειμένου να εφαρμόζει καινοτομίες που συμβάλουν στη βελτίωση της λειτουργίας του τμήματος (Βουκάλη και συν, 2003, Μπαμπάτσικου και συν, 2012)

3.15 Ο ρόλος του Προϊστάμενου στην πρόληψη συγκρούσεων

Η πρόληψη των συγκρούσεων αποτελεί βασικό παράγοντα στην επιτυχημένη λειτουργία ενός τμήματος. Βασικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει ο προϊστάμενος, ο οποίος θα πρέπει:

1. Να καθορίζει με ακρίβεια τις αρμοδιότητες του προσωπικού.
2. Να παρέχει εκπαίδευση στο προσωπικό με σκοπό την ανάπτυξη ικανοτήτων επίλυσης συγκρούσεων.
3. Να λειτουργεί ως πρότυπο για το υπόλοιπο προσωπικό, υιοθετώντας αποτελεσματικές στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων.
4. Να διατηρεί ανοιχτό σύστημα επικοινωνίας με τους εργαζόμενους.
5. Να παρέχει ευκαιρίες στο προσωπικό για λήψη αποφάσεων (Μπαμπάτσικου και συν, 2012, Σταθοπούλου, 2006, Ηλιοπούλου, 2003)

3.16 Πολυδιάστατη Επιστημονική Ομάδα

Ο ρόλος της πολυδιάστατης επιστημονικής ομάδας στην επιτυχημένη λειτουργία ενός τμήματος είναι σημαντικός, διότι η συνεργασία και η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των

μελών της ομάδας παίζει καθοριστικό ρόλο στη σφαιρική κάλυψη των αναγκών των ασθενών και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Για το σκοπό αυτό, τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας θα πρέπει να διατηρούν αρμονική συνεργασία μεταξύ τους, η οποία απαιτεί συνένωση γνώσεων, ικανοτήτων, πληροφοριών, και εμπειρίας με βασικό σκοπό την ικανοποίηση του ασθενούς.

Παράλληλα, τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θα πρέπει να κατέχουν δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας και να διαθέτουν συναισθηματική νοημοσύνη, αυτεπίγνωση, αυτοπεποίθηση, αξιοπιστία, ευσυνειδησία, προσαρμοστικότητα, πρωτοβουλία, ενσυναίσθηση, επιρροή, επικοινωνία, ικανότητα στη διαχείριση συγκρούσεων, ικανότητα για ομαδική εργασία και συνεργασία, καθώς επίσης και ικανότητα αυτοαξιολόγησης. Αυτό, θα συμβάλει στη δημιουργία σωστά δομημένων διαπροσωπικών σχέσεων και συνεργασίας, διότι η επείγουσα φύση της εργασίας, οι αντίξοες συνθήκες, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η συνεχής επαφή με τον ανθρώπινο πόνο συχνά μετατρέπουν το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο σε δυσβάσταχτο. Συνεπώς, η καλή συνεργασία μπορεί να αποτελέσει πηγή δύναμης και στήριξης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους εργαζόμενους. (Δημητριάδου και συν, 2010, Διαμαντοπούλου και συν, 2010, Παπαλεξανδρή, 2003, Μπαμπάτσικου και συν, 2012)

3.17 Έργο ομάδας

Η αποτελεσματικότητα μιας ομάδας, ανάλογα με τον τύπο του έργου που εκτελούν τα μέλη της, μπορεί να επηρεαστεί από το μέγεθος της ομάδας. Το έργο των μελών της ομάδας μπορεί να διακριθεί σε 4 τύπους : το αθροιστικού τύπου έργο (addictive task), το διαζευκτικού τύπου έργο (disjunctive task), το διαιρετού τύπου έργο (divisible task) και το συνενωτικού τύπου έργο (conjunctive task).

- ✚ Αθροιστικού τύπου έργο: η απόδοση της ομάδας εξαρτάται από το άθροισμα των ατομικών αποδόσεων των μελών της. Όσο περισσότερα άτομα εργάζονται για να εκτελέσουν ένα έργο, τόσο αυξάνεται η παραγωγικότητα της ομάδας.
- ✚ Διαζευκτικού τύπου έργο: η ομάδα επιτυγχάνει αν επιτύχει ένα μέλος της. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μελών της ομάδας, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να επιλύσει κάποιο πρόβλημα που προκύπτει.
- ✚ Διαιρετού τύπου έργο: το έργο μπορεί να διαιρεθεί σε υποέργα, μέσω του καταμερισμού της εργασίας στα μέλη της ομάδας. Τα περισσότερα μέλη στην

ομάδα εξασφαλίζουν περισσότερες ευκαιρίες για εξειδίκευση και αλληλεξάρτηση κατά την εκτέλεση των υποέργων.

- ✚ Συνενωτικού τύπου έργο: η ομάδα επιτυγχάνει μόνο αν επιτύχουν όλα τα μέλη της. Τα περισσότερα μέλη στην ομάδα αυξάνουν την πιθανότητα ένα από αυτά να επιβραδύνει την απόδοση της ομάδας.

Σε πολλά έργα η αλληλεξάρτηση των ρόλων των μελών της ομάδας είναι ζωτικής σημασίας. Η αλληλεξάρτηση μπορεί να είναι 3 ειδών:

- ✚ Η συνδυαστική αλληλεξάρτηση (pooled interdependence): κάθε μέλος της ομάδας συνεισφέρει στο έργο της, αλλά η συνεισφορά ενός μέλους δεν εξαρτάται από τη συνεισφορά ενός άλλου.
- ✚ Η διαδοχική αλληλεξάρτηση (sequential interdependence): τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να συντονίσουν τις ενέργειες μεταξύ τους με κάποια συγκεκριμένη σειρά.
- ✚ Η αμοιβαία αλληλεξάρτηση (reciprocal interdependence): τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να συντονίσουν τις ενέργειες τους με κάθε μέλος της ομάδας τους.

3.18 Μέγεθος και σύνθεση ομάδας

Οι ομάδες, οι οποίες αποτελούνται από 5-10 μέλη, έχουν την τάση να είναι πιο αποτελεσματικές κατά την εκτέλεση περίπλοκων έργων, τα οποία απαιτούν πληθώρα απόψεων, γνώσεων και δεξιοτήτων, με τη πλήρη συμμετοχή των μελών, εφόσον επιτρέπεται. Σε ομάδες με περισσότερα μέλη, η απόδοση τείνει να είναι μικρότερου βαθμού συγκριτικά με τις ατομικές δυνατότητες, ενώ ο ηγέτης της ομάδας καλείται συνεχώς να αποσαφηνίζει τους ρόλους των μελών και να διαχειρίζεται παραβάσεις των κανόνων της ομάδας. Επίσης, οι ομάδες αποδίδουν καλύτερα όταν έχουν ικανά άτομα ως μέλη. Ωστόσο, ο συντονισμός των προσπαθειών και η κατάλληλη αξιοποίηση των ικανοτήτων των μελών και των στρατηγικών εκτέλεσης του έργου της ομάδας θα πρέπει να γίνονται σωστά. Τέλος, σημαντικός παράγοντας είναι η ομοιογένεια στη συμπεριφορά των μελών της ομάδας που αυξάνει όταν υπάρχει ενότητα και συνοχή στους κόλπους της, λόγω του φαινομένου της «συμμόρφωσης». Η συμμόρφωση διαφέρει από την υπακοή και αφορά στη διαμόρφωση της γνώμης, των διαθέσεων και γενικά της συμπεριφοράς του ατόμου, όταν αυτές τείνουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μοιάζουν με τις αντίστοιχες κάποιου προτύπου ή της ομάδας. Οι ομοιογενείς ομάδες έχουν την τάση να λειτουργούν

πιο αρμονικά συγκριτικά με τις ανομοιογενείς ομάδες στις οποίες παρατηρούνται πιο συχνά διαφωνίες και συγκρούσεις. (Sullivan et al, 2009)

3.19 Τα διοικητικά στελέχη ως ηγέτες ομάδων

Τα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού ως ηγέτες μιας ομάδος μπορούν να ενισχύσουν τη συνοχή και την αλληλεξάρτηση των μελών της με διάφορους τρόπους. Ορισμένοι από τους τρόπους αυτούς είναι η δημοσιοποίηση των επιτευγμάτων της ομάδας, η δημιουργία ευκαιριών, ώστε τα μέλη να εκδηλώσουν νέες δεξιότητες και η υποστήριξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων της ομάδας, ώστε τα μέλη να αντιλαμβάνονται την αξία του να ανήκουν στη συγκεκριμένη ομάδα. Ιδιαίτερα, το στυλ διοίκησης, που χρησιμοποιεί ο ηγέτης, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη σύμπνοια, την ενότητα και τη συνοχή της ομάδας. Σε ένα αποκεντρωμένο στυλ επικοινωνίας, ο ηγέτης της ομάδας μοιράζεται ανοιχτά τις πληροφορίες, ενθαρρύνοντας την αμοιβαία ανταλλαγή απόψεων και την κοινή συμμετοχή των μελών στην επίλυση προβλημάτων. Στις συμμετοχικές ομάδες, κάθε μέλος έχει την ευκαιρία και ενθαρρύνεται να αναζητά πληροφορίες και να επικοινωνεί με τα άλλα μέλη της ομάδας, όταν το επιθυμεί. Η επικοινωνία προωθείται και σε ανώτερο ιεραρχικά επίπεδο, για παράδειγμα σε επίπεδο ηγετών διαφορετικών ομάδων, ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπιστία και η ακρίβεια των πληροφοριών, που διακινούνται, να διατυπώνονται προτάσεις και να υπάρχει ανατροφοδότηση. (Sullivan et al, 2009)

3.20 Έλλειψη Προσωπικού και Επιπτώσεις

Στον τομέα της υγείας παγκοσμίως παρουσιάζονται συνεχώς νέες προκλήσεις. Παρατηρείται ένα αυξανόμενο φάσμα υγειονομικών αναγκών και οικονομικών δυσχερειών, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα των οργανισμών να ενισχύσουν τις δομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Οι λόγοι στους οποίους οφείλεται η έλλειψη προσωπικού είναι ποικίλοι και σύνθετοι. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της όλης κατάστασης περί αριθμητικής ανεπάρκειας του προσωπικού διαδραματίζει η ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας. Το ανθυγιεινό περιβάλλον εργασίας οδηγεί σε μείωση της αποδοτικότητας ή στην αλλοτρίωση των εργαζομένων και πολύ συχνά στην απομάκρυνση τους είτε από συγκεκριμένες θέσεις εργασίας είτε από το ίδιο το επάγγελμα. Το έλλειμμα που παρουσιάζεται ποικίλλει ανάλογα με τη γεωγραφική τοποθεσία, το επίπεδο φροντίδας, τον τομέα, την υπηρεσία και τον οργανισμό και συμβαδίζει με μια αυξημένη απαίτηση για ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. (Δημητριάδου και συν, 2009)

Η ανεπαρκής στελέχωση, ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι παρατεταμένες ώρες εργασίας, η ανελαστικότητα στον προγραμματισμό εργασίας, η έκθεση σε επαγγελματικούς κινδύνους, η εργασιακά εξουθένωση, η έλλειψη αυτονομίας, η χαμηλής ποιότητας διοικητική διαχειριστική ικανότητα της ηγεσίας, η έλλειψη εφοδίων, τεχνολογίας και φαρμάκων, η ανεπάρκεια κινήτρων, οι ελάχιστες ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης αποτελούν μερικούς από τους αρνητικούς παράγοντες ποιότητας του περιβάλλοντος εργασίας. Το περιβάλλον εργασίας συνδέεται με την επαγγελματική ικανοποίηση, τα κίνητρα, την παραγωγικότητα, την απόδοση και την θετική έκβαση της υγείας των ασθενών.

Μια πρόσφατη μελέτη με 10.000 περίπου νοσηλευτές σε 168 νοσοκομεία στις ΗΠΑ έδειξε ότι στα νοσοκομεία με χαμηλή αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς, οι χειρουργικοί ασθενείς διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο θανάτου και αποτυχίας της επεμβάσεως, ενώ για τους νοσηλευτές η πιθανότητα της κόπωσης και επαγγελματικής δυσαρέσκειας ήταν αυξημένη. Σε μια άλλη μελέτη αναλογίας νοσηλευτών προς ασθενείς βρέθηκε, ότι η υψηλή αναλογία ήταν συνδεδεμένη με τη μειωμένη εμφάνιση της ουρολογικής λοίμωξης και νοσοκομειακής πνευμονίας σε ποσοστό 3–12% στο σύνολο των ασθενών. Ο προσδιορισμός του αναγκαίου επιπέδου στελέχωσης έχει αποτελέσει αντικείμενο συζητήσεων στον ιατρικό και νοσηλευτικό χώρο. Το Royal College of Nursing (RCN) σε μια τελευταία πρόταση του σχετικά με τη στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων, χωρίς να έχει χαρακτήρα υποχρεωτικό, υποστηρίζει την αναλογία με τις μεικτές δεξιότητες. Συγκεκριμένα, για τη στελέχωση προτείνεται ένα ποσοστό 62–68% να είναι Νοσηλευτές και το υπόλοιπο ποσοστό 32–38% να είναι βοηθοί φροντίδας υγείας (παρέχουν άμεση κλινική φροντίδα). Οι έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα, ότι οι εργαζόμενοι προσελκύνονται από περιβάλλοντα εργασίας όπου συντρέχουν οι ευκαιρίες που τους επιτρέπουν να προοδεύσουν επαγγελματικά, να έχουν αυτονομία, να συμμετέχουν στα κέντρα αποφάσεων και οι αμοιβές τους να είναι ικανοποιητικές. Η διατήρηση ενός υγιούς εργατικού δυναμικού είναι ουσιαστικό στοιχείο στη συνοχή της πολιτικής για υποστήριξη της ανάπτυξης, έχει χαρακτήρα παραγωγικότητας και βοηθά στη βελτίωση της απόδοσης της οικονομίας. (ICN, 2005, Buchan, 2002, RCN Policy Guidance, 2006, Χαραλαμπίδου)

Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε αύξηση των δαπανών υγείας. Έρευνα που διεξήχθη σε νοσοκομεία της Νέας Υόρκης έδειξε ότι κάθε επιπλέον ώρα νοσηλευτικής φροντίδας ανά ασθενή συνεπάγεται μείωση του αναμενόμενου χρόνου παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο κατά 4,4%-9,7%. Περισσότερες ώρες νοσηλευτικής φροντίδας από διπλωματούχους νοσηλευτές μειώνει την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο κατά

2,7%, δηλαδή σε ποσοστό 7-8,5 ημερών. Η επαρκής στελέχωση έχει αποδειχθεί επανειλημμένα ότι σχετίζεται με την καλύτερη έκβαση των ασθενών, η οποία σχετίζεται με περιορισμένες δαπάνες υγείας για τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες και με αυξανόμενα φορολογικά έσοδα, καθώς οι ασθενείς επιστρέφουν στο ενεργό εργατικό δυναμικό. (Μαλλιαρού και συν, 2008)

3.20.1 Συσχέτιση στελέχωσης υπηρεσιών υγείας με δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας - Ερευνητικά αποτελέσματα

A. Συνδυασμός προσωπικού στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών

Οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν ότι όσο υψηλότερος είναι ο αριθμός και το επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματισμού των νοσηλευτών, που παρέχουν φροντίδα, τόσο καλύτερη είναι η έκβαση της κατάστασης των ασθενών.

- Αξιολογή έρευνα των Baumann και συνεργατών (2001) υποστηρίζει την επίδραση του συνδυασμού του προσωπικού στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών. (Baumann et al, 2001)
- Έρευνα των Blegen, Goode και Reed (1998) έδειξε ότι αυξημένα ποσοστά καλά καταρτισμένων νοσηλευτών αντιστοιχούν σε μικρότερο ποσοστό σφαλμάτων στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, σε μικρότερο ποσοστό κατακλίσεων και σε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών. (Blegen et al, 1998)
- Μελέτη, η οποία περιλαμβάνει 799 νοσοκομεία σε 11 Αμερικάνικες πολιτείες, έδειξε ότι μία μεγαλύτερη αναλογία παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας από 25 επαγγελματίες νοσηλευτές και περισσότερες ώρες ημερησίως ανά ασθενή συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα για την έκβαση της υγείας των ασθενών.
- Έρευνα των Sovie and Jawad (2001) έδειξε ότι οι περισσότερες ώρες ενασχόλησης των επαγγελματιών νοσηλευτών με τους ασθενείς συνδέονται με μικρότερο ποσοστό πτώσεων και μεγαλύτερη ικανοποίηση, όσον αφορά στη διαχείριση του πόνου. (Sovie et al, 2001)
- Μελέτη, που διενεργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Needleman, Buerbaus, Mattle, Stewart και Zelerins (2002) χρησιμοποιώντας διοικητικά δεδομένα από ένα τεράστιο δείγμα νοσοκομείων από πολλές πολιτείες, εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στα επίπεδα στελέχωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τις δυσμενείς εκβάσεις της υγείας των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υψηλότερη αναλογία ωρών

παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας από επαγγελματίες νοσηλευτές, καθώς και ο μεγαλύτερος αριθμός ωρών φροντίδας ανά ημέρα συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα φροντίδας για τους νοσοκομειακούς ασθενείς.(Needleman et al, 2002)

- Αναδρομική μελέτη παρατήρησης των Needleman και συνεργατών (2011) έδειξε ότι η στελέχωση κάτω από τα επίπεδα – στόχους συνδέεται με αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας, γεγονός το οποίο ενισχύει την ανάγκη για κατάλληλη στελέχωση με στόχο τη φροντίδα των ασθενών. (Needleman et al, 2011)
- Σε έρευνα, ο Person και οι συνεργάτες του (2004) απέδειξε ότι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν λιγότερο πιθανόν να καταλήξουν σε νοσοκομεία με υψηλότερα ποσοστά επαγγελματιών νοσηλευτών.
- Μεγάλη ανασκόπηση των Tourangeau, Giovanetti, To & Wood (2000), που διενεργήθηκε στον Καναδά σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, πνευμονία και σηψαιμία, έδειξε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ικανών επαγγελματιών νοσηλευτών με περισσότερα έτη εμπειρίας συνδέεται με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας, σε χρόνο μικρότερο των 30 ημερών σε μια κλινική μονάδα. (Tourangeau et al, 2002)
- Σε Καναδική μελέτη για τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών αναφέρεται ποσοστό επίπτωσης 7,5%, ενώ σε σύνολο περίπου 2,500,000 εισαγωγών σε νοσοκομείο του Καναδά περί τις 185,000 συνδέονται με εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών εκ των οποίων 70,000 (ποσοστό 38%) θα μπορούσαν να προληφθούν. (Baker et al, 2004)

B. Χαμηλά επίπεδα στελέχωσης νοσηλευτών και υψηλή συχνότητα επιπλοκών στους ασθενείς

- Έρευνα των Needleman και συνεργατών (2002) απέδειξε ότι υπάρχει ακλόνητη σχέση μεταξύ χαμηλών επιπέδων στελέχωσης νοσηλευτών και υψηλής συχνότητας επιπλοκών καθώς και αυξημένη θνησιμότητα στους ασθενείς. Οι ασθενείς σε υποστελεχωμένα ιδρύματα είχαν μεγαλύτερο χρόνο παραμονής. Σύμφωνα με την έρευνα, σε ασθενείς σε παθολογικά τμήματα, η μεγαλύτερη αναλογία φροντίδας από νοσηλευτές (σε ώρες κατά ημέρα) συνδέεται με μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο, καθώς και μικρότερη συχνότητα επιπλοκών, όπως ουρολοιμώξεις, πνευμονία, καταπληξία, καρδιακή ανακοπή και αιμορραγία του πεπτικού. (Needleman et al, 2002)

- Οι Aluen, Clarke, Cheung, Sloone & Silber (2003) αναφέρουν ότι υπάρχει ένδειξη ότι επαγγελματίες νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και προσόντων συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα στην έκβαση της υγείας των ασθενών.
- Οι Nolan, Lundh & Brown (1999), Shullanberger (2000), White, (1997) επισημαίνουν ότι υψηλά ποσοστά νοσηλευτών στον Καναδά, στις ΗΠΑ, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Σουηδία έχουν αναφέρει εργασιακές πιέσεις αρκετά μεγάλες, ώστε να επιδρούν στην φροντίδα των ασθενών.
- Οι Kovner, Gergen (1998), Lancaster (1997), Shullanberger (2000) αναφέρουν ότι έχει αποδειχθεί ότι μικρότερος αριθμός νοσηλευτών, αναλογικά με τους ασθενείς, οδηγεί σε επιπλοκές και σε χειρότερη έκβαση της υγείας των ασθενών.
- Σύμφωνα με τον οδηγό «Η εγγυημένη στελέχωση σώζει ζωές» του ICN (International Council of Nurses, 2006) ενισχύεται η άποψη ότι υψηλότερα επίπεδα προσωπικού συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα (Aiken et al, 2002). Συγκεκριμένα μια αύξηση της τάξεως του 0,25 νοσηλευτών ανά ημέρα νοσηλείας συνδέεται με μείωση 20% της θνησιμότητας για διάστημα 30 ημερών. Επίσης, αναφέρεται αύξηση 7% της θνησιμότητας για κάθε επιπλέον ασθενή που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής.
- Σε ανασκόπηση 22 μελετών επιβεβαιώθηκε ότι η κατάλληλη στελέχωση και σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται με τη βελτίωση της έκβασης των περιστατικών (Lankshear, 2005)
- Σύμφωνα με έρευνα, όταν υπάρχουν περισσότεροι διπλωματούχοι νοσηλευτές, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν λιγότερες επιπλοκές, μειώνονται οι ημέρες νοσηλείας, το ποσοστό θνησιμότητας καθώς και το συνολικό κόστος νοσηλείας. (American Nurses Association, 1996)

3.20.2 Η συσχέτιση του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας με τη θνησιμότητα ασθενών

Υπάρχει πλήθος δημοσιευμένων μελετών, που συσχετίζουν το φόρτο νοσηλευτικής εργασίας με αποτελέσματα φροντίδας υγείας και, τελικά, καταδεικνύουν ότι αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες τόσο της ασφάλειας των ασθενών, όσο και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. (Carayon et al, 2005)

Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες χώρες και ηπείρους, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ο Καναδάς, η Αγγλία, η Ελβετία, η Νέα Ζηλανδία, η Ρωσία και η Αρμενία έχουν δείξει ότι η επάρκεια της νοσηλευτικής στελέχωσης και κατ' επέκταση η μη έκθεση των ασθενών σε υψηλά επίπεδα φόρτου νοσηλευτικής εργασίας, αλλά και οι

ποιοτικές προδιαγραφές του κλινικού περιβάλλοντος, στο οποίο οι νοσηλεύτες διεκπεραιώνουν τον επαγγελματικό τους ρόλο, σχετίζονται με παρεχόμενη προς τους ασθενείς φροντίδα υψηλής ποιότητας. (Clarke et al, 2006)

Πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει την ανεπαρκή νοσηλευτική στελέχωση και τον αυξημένο εργασιακό φόρτο του προσωπικού με αρνητικά αποτελέσματα φροντίδας υγείας, όπως η ελλιπής ασφάλεια των ασθενών, η αύξηση της θνησιμότητας και νοσηρότητας, η αδυναμία διάσωσης των ασθενών (failure to rescue), η αύξηση της διάρκειας νοσηλείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και της συνολικής διάρκειας νοσηλείας στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί συσχέτιση με αύξηση της επίπτωσης των νοσοκομειακών λοιμώξεων, των μη επιθυμητών αποδιασωληνώσεων, των φαρμακευτικών λαθών, αλλά και του κόστους φροντίδας υγείας. (Heinz, 2004, Kane et al, 2007, McCue et al, 2003, Thungjaroenkul et al, 2007)

Παράλληλα, έχει γίνει λόγος για συσχέτιση του αυξημένου φόρτου νοσηλευτικής εργασίας με τις πτώσεις των ασθενών, τα έλκη κατακλίσεων, τους τραυματισμούς του προσωπικού από αιχμηρά αντικείμενα, τα λάθη στην τεκμηρίωση της παρεχόμενης φροντίδας, την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και το άγχος των νοσηλευτών. (Aiken et al, 2002, Lang et al, 2004)

Η θνησιμότητα αποτελεί ίσως την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράμετρο για συσχέτιση με τα επίπεδα στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών και κατ' επέκταση με το φόρτο νοσηλευτικής εργασίας, δεδομένου ότι αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας που εύκολα μετράται και τεκμηριώνεται. (Cho et al, 2008, Kiekkas et al, 2008)

- Πολυκεντρική μελέτη των Pronovost και συνεργατών σε ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ μετά από χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή αορτή, δείχνει ότι η έκθεσή τους σε υψηλά επίπεδα φόρτου νοσηλευτικής εργασίας σχετίζεται με αύξηση της ενδονοσοκομειακής τους θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, η ελάττωση της αναλογίας νοσηλευτές/ασθενείς κατά τη διάρκεια του απογευματινού ωραρίου εργασίας συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα θανάτου των ασθενών. (Pronovost et al, 1999)
- Μελέτη των Moreno και συνεργατών, η οποία περιελάμβανε 2.981 ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ και κατόπιν διακομίστηκαν σε κάποιο άλλο τμήμα ενός νοσοκομείου της Πορτογαλίας, και στην οποία διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θνησιμότητα των ασθενών μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η έκθεση των ασθενών σε υψηλά επίπεδα φόρτου νοσηλευτικής εργασίας κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ σχετίζεται με αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα. Ωστόσο, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς

χαρακτηρίζονταν ταυτόχρονα από αυξημένη βαρύτητα της κλινικής τους κατάστασης και δυσλειτουργία ζωτικών οργάνων δεν ήταν δυνατό με ακρίβεια να τεκμηριωθεί ο βαθμός στον οποίο ο φόρτος της νοσηλευτικής εργασίας ή η βαρύτητα της κλινικής κατάστασης επηρέασαν ανεξάρτητα τη θνησιμότητα. (Moreno et al, 2001)

- Μελέτη των Tarnow-Mordi και συνεργατών σχετικά με το φόρτο νοσηλευτικής εργασίας μέσω του αριθμού κατειλημμένων κλινών ανά ωράριο εργασίας ή ανά πρώτο ωράριο εργασίας νοσηλείας, σε 1.050 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια 4 ετών σε νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά επίπεδα εργασιακού φόρτου στη ΜΕΘ αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου των νοσηλευόμενων ασθενών. Συγκεκριμένα, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που εκτίθεντο σε υψηλά επίπεδα φόρτου νοσηλευτικής εργασίας χαρακτηρίζονταν από 3,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου σε σχέση με εκείνους που εκτίθεντο σε χαμηλά επίπεδα εργασιακού φόρτου. (Tarnow-Mordi et al, 2000)
- Μελέτη των Padilha και συνεργατών, η οποία περιελάμβανε 200 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε 4 διαφορετικές ΜΕΘ ενός μεγάλου νοσοκομείου της Βραζιλίας, συσχετίζει το φόρτο νοσηλευτικής εργασίας, όπως εκείνος εκφράζεται μέσω του Nursing Activities Score (NAS), με διάφορες μεταβλητές. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι οι αποβιώσαντες ασθενείς εκτέθηκαν σε NAS 2,65 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με τους υπόλοιπους. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και ερευνητές που προσδιόρισαν το ΦΝΕ μέσω του Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)-28, σε ασθενείς που νοσηλεύονταν σε 11 ΜΕΘ ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, διαπίστωσαν ότι οι αποβιώσαντες ασθενείς χαρακτηρίζονταν από σημαντικά μεγαλύτερες τιμές TISS-28 σε σχέση με τους υπόλοιπους. (Padilha et al, 2007, Padilha et al, 2008)
- Μελέτη των Cho και συνεργατών που πραγματοποιήθηκε σε ΜΕΘ 42 τριτοβάθμιων και 194 δευτεροβάθμιων νοσοκομείων της Νότιας Κορέας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία η αυξημένη νοσηλευτική στελέχωση προκαλεί στατιστικώς σημαντική ελάττωση της ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η προσθήκη ενός επιπλέον ασθενούς ανά νοσηλευτή αυξάνει την πιθανότητα θανάτου των ασθενών κατά 9%, γεγονός που μεταφράζεται σε 15 περισσότερους θανάτους ανά 1.000 ασθενείς, που νοσηλεύονται σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας. Ωστόσο, η νοσηλευτική στελέχωση δε φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά τη θνησιμότητα στα τριτοβάθμια νοσοκομεία. (Cho et al, 2008)

- Πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη των Cho και Yun 6.957 ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ, στην οποία διερευνήθηκε συγκριτικά η θνησιμότητα σε νοσοκομεία ικανοποιητικής και χαμηλής στελέχωσης, δείχνει ότι οι επαρκέστερα στελεχωμένες ΜΕΘ χαρακτηρίζονταν από στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερη ενδονοσοκομειακή και εντός 30 ημερών από την εισαγωγή του ασθενούς θνησιμότητα σε σχέση με τις υποστελεχωμένες ΜΕΘ. Μέτρο νοσηλευτικής στελέχωσης αποτέλεσε ο αριθμός κλινών ανά νοσηλευτή. (Cho et al, 2009)
- Μελέτη των Γιακουμιδάκη και συνεργατών, που περιελάμβανε 140 ασθενείς, που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, στην οποία διερευνήθηκε η συσχέτιση του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων ημερών νοσηλείας στη ΜΕΘ με την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα των ασθενών, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με υψηλό ΝΑΣ είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα θανάτου σε σχέση με τους υπόλοιπους. (Γιακουμιδάκης και συν, 2009)
- Πολυκεντρική μελέτη των Van den Heede και συνεργατών με συνολικό δείγμα 9.054 ασθενών από νοσοκομεία του Βελγίου, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς, κατά την οποία μελετήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα της νοσηλευτικής στελέχωσης και τη θνησιμότητας των εν λόγω ασθενών, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αυξημένη στελέχωση των καρδιοχειρουργικών τμημάτων σχετίζεται με ελάττωση της ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας. (Van den Heede et al, 2009)
- Μετα-ανάλυση 28 μελετών των Kane και συνεργατών συσχετίζει το φόρτο νοσηλευτικής εργασίας, μέσω της αύξησης της στελέχωσης κατά ένα νοσηλευτή πλήρους απασχόλησης (registered nurse full time equivalent) ανά ημέρα νοσηλείας, με ελάττωση της θνησιμότητας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ κατά 9%. (Kane et al, 2007)

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία, παρέχει σημαντικές ενδείξεις υπέρ μιας θετικής συσχέτισης μεταξύ του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας και της θνησιμότητας. Η στελέχωση των ΜΕΘ με επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορούσε να συμβάλει στην ελάττωση της θνησιμότητας των ασθενών, μέσω της παροχής αποτελεσματικής φροντίδας υψηλής ποιότητας. Περαιτέρω έρευνα με μελέτες υψηλής εγκυρότητας είναι αναγκαία για τη λήψη διοικητικών αποφάσεων και τη δικαιολόγηση των επενδύσεων των συστημάτων υγείας σε προσωπικό. Τέτοιου είδους συσχετίσεις θα μπορούσαν να

συμβάλουν στην ευαισθητοποίηση της πολιτείας για την καθιέρωση συγκεκριμένων προτύπων στελέχωσης για τα νοσηλευτικά ιδρύματα. (Γιακουμιδάκης και συν, 2010)

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προτείνει 4 ασθενείς ανά νοσηλευτή και τονίζει ότι αυξάνοντας το φόρτο εργασίας σε 6 αυξάνεται η πιθανότητα των ασθενών κατά 14% να καταλήξουν μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή τους. Επίσης, αναφέρει ότι χαμηλά ποσοστά διπλωματούχων νοσηλευτών θέτουν τους ίδιους σε μεγαλύτερο κίνδυνο τρυπήματος από βελόνα. Όσον αφορά στην αναλογία νοσηλευτών/ιατρών αναφέρεται ως αξιόπιστο το ποσοστό 4:1 (Λιαρόπουλος, 2007)

Στην Ελλάδα, το μέγεθος και η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού καθιερώθηκε μετά την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Νομοθετική ρύθμιση που να επιβάλλει συγκεκριμένα ποσοστά στελέχωσης στα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει. Για την στελέχωση ιδιωτικών κλινικών υπάρχει το Προεδρικό Διάταγμα 5/7/1991 το οποίο επιβάλλει για το νοσηλευτικό προσωπικό την εξής σύνθεση:

- Ένας νοσηλευτής διπλωματούχος ΠΕ ή ΤΕ ως Γενικός Προϊστάμενος
- Δύο νοσηλευτές ΤΕ ανά 15 κλίνες

Για παιδιατρικές και παιδοψυχιατρικές κλινικές:

- Τρεις νοσηλευτές ΤΕ ανά 10 κλίνες
- Δύο βοηθοί νοσοκόμοι διαιτούς ή μονοετούς φοιτήσεως ανά 5 κλίνες

Για παιδιατρικές κλινικές:

- Τρεις βοηθοί νοσοκόμοι διαιτούς ή μονοετούς φοιτήσεως ανά 5 κλίνες

Για παιδοψυχιατρικές κλινικές:

- Ένας βοηθός νοσοκόμος διαιτούς ή μονοετούς φοιτήσεως ανά 3 κλίνες

(Μαλλιάρου και συν, 2008)

3.21 Εργασιακό περιβάλλον : προβλήματα και αντιμετώπιση τους

Έρευνα με 342 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών σε ελληνικά νοσοκομεία έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό υπό τις παρούσες συνθήκες υποχρεούται να κάνει επιλογές αντίθετες με την επαγγελματική του κρίση σε ποσοστό 60,2% και σε προσωπικό επίπεδο ξεπερνά καθημερινά τις αντοχές του σε ποσοστό 94,4%, δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις κοινωνικές του υποχρεώσεις, λόγω των ωραρίων εργασίας, σε ποσοστό 85,4%, καθώς, επίσης, λόγω της κόπωσης από την εργασία, δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις οικογενειακές του υποχρεώσεις σε ποσοστό 88,9%, ενώ τα προβλήματα της εργασίας συχνά τους απασχολούν ακόμα και στο σπίτι σε ποσοστό 73,1%. Το νοσηλευτικό προσωπικό στο σύνολό του σχεδόν 92,7% έχει την αντίληψη ότι

υποχρεώνεται συχνά να λειτουργήσει τα νοσηλευτικά τμήματα χωρίς το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό, πόρους και υλικά καθώς, επίσης, στην ίδια υψηλή συχνότητα 92,1% εκτιμά ότι δεν υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός προκειμένου να καλυφθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών. Η κατάσταση αυτή έχει επιπτώσεις στους ασθενείς και στο προσωπικό. Ως προς τις επιπτώσεις στους ασθενείς, το προσωπικό αποδέχεται ότι λόγω της υποστελέχωσης καλύπτει από τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών επιλεκτικά μόνο αυτές που θεωρεί ως τις πλέον σημαντικές σε ποσοστό 89,8%. Επιπλέον, το 56,1% προσδιορίζει σαν στοιχειώδες έως μέτριο το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτικών αναγκών. Ως προς τις επιπτώσεις στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, η πλειοψηφία του 66% δηλώνει αδυναμία της υπηρεσίας του να χορηγήσει ακόμα και τις δύο ημέρες ανάπαυσης την εβδομάδα. (Δημητριάδου και συν, 2009)

Πολλές έρευνες αναδεικνύουν την σημασία του περιβάλλοντος και των συνθηκών εργασίας στην ποιότητα του παρεχόμενου νοσηλευτικού έργου. (Mackay, 2001, Gavin, 2004, Attridge et al, 1990)

Το περιβάλλον εργασίας μπορεί να απειλήσει σημαντικά την ασφάλεια της φροντίδας των ασθενών καθώς, επίσης, και την υγεία και την ευημερία του προσωπικού. (Needleman et al, 2002, Stone et al, 2007)

Καταδεικνύοντας την επιρροή που ασκούν αυτοί οι παράγοντες ομάδα ερευνητών προσδιόρισε ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμά τους συνδέεται με το περιβάλλον της εργασίας τους. (Meadows et al, 2000)

Στην Ελλάδα επικρατούν δυσμενείς συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και οι επιπτώσεις είναι αρνητικές τόσο στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους ασθενείς. Όσον αφορά στην αξιολόγηση της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής η αρνητική αντίληψη της πλειοψηφίας αποτυπώνει την υπάρχουσα κατάσταση. Παρά τις βελτιώσεις των υπαρχόντων νοσοκομείων και την ανέγερση νέων, που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια ανάπτυξης του ΕΣΥ, παλαιά κτίρια κακώς εξοπλισμένα, ανεπαρκείς χώροι εργασίας, θάλαμοι ασθενών χωρίς χώρους υγιεινής και με κακή αρχιτεκτονική δομή συνθέτουν το καθημερινό περιβάλλον εργασίας. (Δημητριάδου, 2008)

Τα ευρήματα αυτά πρέπει να προβληματίσουν τους έχοντες την ευθύνη, διότι η έλλειψη πόρων αυξάνει το φόρτο εργασίας και την προσπάθεια που απαιτείται. Επιπλέον, γεννά διλήμματα, δημιουργεί άγχος κατά την άσκηση της εργασίας, διαταράσσει την διεπαγγελματική συνεργασία και υποβαθμίζει την ποιότητα του παρεχόμενου έργου, ενώ έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών και των εργαζομένων. (O'Brien et al, 1994, Δημητριάδου και συν, 1994, Snape et al, 1993, Hawley, 1992)

Η ποσοτική και ποιοτική σύνθεση του προσωπικού αναδεικνύεται προβληματική και ανεπαρκής. Ως προς την ποσοτική σύνθεση και λόγω της υποστελέχωσης μεγάλος αριθμός ασθενών αντιστοιχεί σε έναν εργαζόμενο σε κάθε βάρδια, με μεγαλύτερη αντιστοιχία στις απογευματινές και νυκτερινές βάρδιες. Οι αναλογίες ασθενών προς έναν νοσηλευτή είναι πλέον δυσμενείς. Υψηλές αναλογίες ασθενών προς νοσηλευτή είχαν καταγραφεί την περασμένη δεκαετία και σε άλλα κράτη αλλά για την Ελλάδα αποτελεί διαχρονικό φαινόμενο. (Fagin, 2001, Κάβουρα και συν, 2003, Κοκολιού, 1987, Παπαμικρούλη, 2000, Versieck et al, 1996, Πλατή και συν, 1989)

Η μειωμένη και ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτές θεωρείται ως μια από τις μέγιστες απειλές στην ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία, διότι η υποστελέχωση αυξάνει τον όγκο της εργασίας για κάθε νοσηλευτή με αποτέλεσμα να εμποδίζει την παροχή της προγραμματισμένης φροντίδας, να μεγιστοποιεί τις πιθανότητες λαθών και τραυματισμού κατά την παροχή της φροντίδας, καθώς και την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού. Λόγω της ελλιπούς στελέχωσης οι νοσηλευτές έχουν πολλές νυκτερινές βάρδιες. (Blendon et al, 2002, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 2002, Beckmann et al, 1998, Girotti et al, 1987, Roseman et al, 1995, Doran Hall et al, 2004, Clarke et al, 2002, Aiken et al, 2002)

Το ποσοστό των νοσηλευτών 92,1%, που έχει την αντίληψη ότι στον χώρο εργασίας του δεν υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός προσωπικού προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών, είναι πολύ υψηλό σε σύγκριση με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού όπου την αντίληψη αυτή συμερίζεται μόνο το 28-30 % εύρημα που αναδεικνύει το μέγεθος του προβλήματος στα Ελληνικά νοσοκομεία και τον υψηλό φόρτο εργασίας. Το επίπεδο εκπαίδευσης καταδεικνύει την ποιοτική σύνθεση του προσωπικού και θεωρείται εξίσου σημαντικός παράγοντας με την στελέχωση, διότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, επηρεάζει θετικά την έκβαση της υγείας των ασθενών και συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Η ανεπαρκής στελέχωση δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης υποβάθμισής της εκπαίδευσης, διότι αδυνατούν οι επαγγελματίες να εκμεταλλευθούν ευκαιρίες μάθησης, όπως η παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων. Το περιβάλλον εργασίας ασκεί την κρισιμότερη επιρροή στη δυνατότητα των εργαζομένων να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη, ενώ στην Ελλάδα πολλές έρευνες έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι είναι δυσαρεστημένοι από το περιβάλλον εργασίας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν τις πολύ δύσκολες συνθήκες εργασίας. Καταδεικνύεται δε επιτακτικά η ανάγκη λήψης ειδικών μέτρων από τους έχοντες την ευθύνη. Η υποστελέχωση έχει

επιπτώσεις στους εργαζόμενους στα νοσηλευτικά ιδρύματα, στους ασθενείς, στη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και στο κόστος της φροντίδας. (Pronovost, et al, 1999, Thomas et al, 2005)

3.21.1 Υπερκόπωση: Συνέπειες και Μέτρα Πρόληψης

Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής υποχρεώνουν όλο και περισσότερους ανθρώπους να εργάζονται πιο πολλές ώρες μειώνοντας το χρόνο ανάπαυσης. (Τσάρας και συν, 2002)

Η υπερκόπωση, που καταλήγει στο σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης (burn out), είναι αιτία ψυχικής και σωματικής καταπόνησης των εργαζομένων και μπορεί να αποτελέσει αιτία λαθών που μπορεί να είναι μη αναστρέψιμα, ατυχημάτων, απώλειας παραγωγικότητας. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της υπερκόπωσης και του συνδρόμου εργασιακής εξουθένωσης βελτιώνει τόσο την ποιότητα ζωής των υπαλλήλων και των επαγγελματιών όσο και την αποδοτικότητα. Η κόπωση στον εργασιακό χώρο αυξάνει τον κίνδυνο για ατυχήματα, τραυματισμούς και προβλήματα υγείας. Παράγοντες όπως το στρες και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αυξάνουν την κόπωση και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, μειώνεται η αποδοτικότητα των εργαζομένων και δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για ατυχήματα και λάθη. Τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί στο χώρο εργασίας, που προκύπτουν λόγω κόπωσης, δημιουργούν ένα τεράστιο οικονομικό βάρος και αποτελούν ένα δυσβάσταχτο κοινωνικό πρόβλημα. Η κόπωση των εργαζομένων αποτελεί την κύρια και άμεση αιτία για το 18% όλων των ατυχημάτων και τραυματισμών στους χώρους εργασίας. Μελέτη των Αδάμου και συνεργατών έδειξε ότι οι Έλληνες νοσηλευτές ΜΕΘ χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτονομία ως προς την εκτέλεση παρεμβάσεων χωρίς ιατρική οδηγία ή σε επείγουσες καταστάσεις, γεγονός που οφείλεται σε χαρακτηριστικά της ελληνικής πραγματικότητας, όπως η προβληματική οργάνωση των νοσοκομείων, η απουσία συνεργασίας, η ελλειμματική κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών, η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η χαμηλή ικανοποίηση από το επάγγελμα. (Αδάμου και συν, 2011)

Το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης. Προκαλείται λόγω μακροχρόνιας εργασίας κάτω από ιδιαίτερα απαιτητικές συνθήκες. Εργαζόμενοι που αφοσιώνονται πλήρως στη δουλειά τους, που είναι ευσυνείδητοι και δυσκολεύονται να διαχωρίζουν την επαγγελματική τους ενασχόληση από την προσωπική τους ζωή, είναι πιο εύκολο να προσβληθούν από το εν λόγω σύνδρομο. Το σύνδρομο μπορεί να

προσβάλει άτομα από πολλούς επαγγελματικούς τομείς με απαιτήσεις και ευθύνες. Όμως ορισμένοι επαγγελματίες όπως οι ιατροί, οι νοσηλευτές, άτομα που προσφέρουν συμβουλευτικές υπηρεσίες παρουσιάζουν συχνότερα το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης. Η υπερκόπωση και το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης είναι σύνθετα προβλήματα και για την αντιμετώπιση τους απαιτούνται ενέργειες από τους εργαζόμενους, τους επαγγελματίες και τους εργοδότες. Οι προσπάθειες για την πρόληψη και επίλυση των προβλημάτων αυτών πρέπει να είναι συνεχείς και τα αποτελέσματα της επίτευξης θα είναι σημαντικά για όλους όσοι εμπλέκονται. (Rochiccioli et al, 1996)

3.21.2 Κυκλικό ωράριο – Επιπτώσεις στην υγεία

Ο τρόπος λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού καθορίζεται από τον βιορυθμό ή αλλιώς «βιολογικό ρολόι». Στις υπηρεσίες υγείας η ανάγκη για ιατρική - νοσηλευτική φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση αναγκάζει το προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Τα άτομα, που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας, κατά τις νυχτερινές ώρες αναγκάζονται να διακόψουν τον βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό, που καθορίζεται από το «ρολόι» του εγκεφάλου. Το αποτέλεσμα αυτής της αποδιοργάνωσης είναι το λεγόμενο “jet lag” syndrome ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το “shift lag” syndrome. Οι επιπτώσεις του συνδρόμου αυτού στα άτομα που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο και νυχτερινές βάρδιες είναι σημαντικές και δεν υφίστανται άμεσα, αλλά έμμεσα μέσω των αλλαγών στην ποσότητα και ποιότητα του ύπνου. Επομένως, απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός των βαρδιών και κατ’ επέκταση του προγράμματος εργασίας. (Κοραμπέλη και συν, 2006)

3.21.3 Επαγγελματική εξουθένωση : Πρόληψη και Αντιμετώπιση

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επιπτώσεις όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και στους ίδιους τους οργανισμούς. Για την ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις απαραίτητα θεωρούνται τόσο η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος όσο και η λήψη μέτρων από τους εργαζόμενους και από τις διοικήσεις. Οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να εφαρμόζονται με στόχο τη βελτίωση των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και τη μείωση της δράσης των παραγόντων που προκαλούν άγχος και ένταση. Υπάρχει η δυνατότητα λήψης προληπτικών μέτρων στα οποία συμπεριλαμβάνονται η αναδιάρθρωση και η ευελιξία των προγραμμάτων εργασίας, οι διαλέξεις σχετικά με το

εργασιακό άγχος και τον τρόπο αντιμετώπισης του, η εκπαίδευση των εργαζομένων και των στελεχών της διοίκησης στο πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης και η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στην προαγωγή της υγείας. Η απομάκρυνση του εργαζομένου από τον εργασιακό χώρο για αρκετό χρονικό διάστημα και η υποστήριξη του από την ομάδα αποτελούν τα βασικότερα μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε κάθε περίπτωση οι διοικήσεις μπορούν να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν αλλαγές μετά από έρευνα. Η έρευνα αυτή αποτελείται από συστηματική συλλογή στοιχείων που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση, τη λήψη μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων από τα εφαρμοζόμενα μέτρα με τη συλλογή επιπρόσθετων δεδομένων. (Αδαλή, 2002)

Το μειωμένο νοσηλευτικό προσωπικό σχετίστηκε με υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων του προσωπικού και της ικανοποίησης από την εργασία. (Aiken et al, 2002). Έρευνα έδειξε ότι σε ανεπαρκώς στελεχωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα πολλοί νοσηλευτές τραυματίζουν την πλάτη τους όταν πρέπει να μετακινούν τους ασθενείς μόνοι τους. (Rothchild et al)

3.21.4 Έντονο άγχος στον χώρο εργασίας και αντιμετώπιση

Η μη ικανοποίηση των εργαζομένων οδηγεί στο εργασιακό άγχος, το οποίο αποτελεί την κύρια πηγή επαγγελματικών, προσωπικών, ψυχικών και οργανικών προβλημάτων. Οι εργαζόμενοι, οι οποίοι αναγκάζονται να ζουν καθημερινά σε αγχώδεις καταστάσεις έχουν αυξημένη πιθανότητα να λάβουν εσφαλμένες επαγγελματικές αποφάσεις, να δημιουργήσουν συγκρούσεις στο εργασιακό τους περιβάλλον και να επηρεάσουν αρνητικά την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα του οργανισμού.

Η εργασία σε νοσηλευτικά ιδρύματα εμπεριέχει αναμφισβήτητα έντονο και καθημερινό άγχος που προκαλείται λόγω των αυξημένων απαιτήσεων. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει τη δυνατότητα να προσαρμόζεται διαρκώς όταν το άγχος είναι σε μικρές δόσεις και ελεγχόμενο, όταν όμως γίνεται χρόνιο και δεν βρίσκει διέξοδο, προκαλεί μόνιμες αρνητικές αντιδράσεις.

Οι παράγοντες που προκαλούν άγχος και ένταση στους εργαζόμενους σε νοσηλευτικά ιδρύματα είναι πολλοί και διαφορετικής φύσης. Οι σημαντικότεροι είναι:

- Η έλλειψη προσωπικού (υποστελέχωση), ανεπαρκή επίπεδα προσωπικού και επίβλεψης συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης προσωρινού και ανειδίκευτου προσωπικού

- Η στελέχωση με ακατάλληλο προσωπικό, η επιλογή ακατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού
- Κακός προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού
- Η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στο προσωπικό, καθώς και οι διάφορες « συγκρούσεις» μεταξύ των εργαζομένων, οι οποίες δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο την εργάσιμη ημέρα
- Οι συχνές εναλλαγές στις βάρδιες και ο μη προσεκτικός σχεδιασμός του προγράμματος εργασίας
- Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και έλλειψη μεθόδων αποφόρτισης του προσωπικού
- Ο φόρτος εργασίας που οδηγεί σε ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών και σε συγκρούσεις με τους συναδέλφους
- Απαιτητικές εργασιακές υποχρεώσεις που συχνά λαμβάνουν χώρα σε συναισθηματικά φορτισμένο περιβάλλον
- Η έλλειψη διοικητικής στήριξης, η απομάκρυνση των εργαζομένων από τα καθήκοντα τους και η ανάθεση άλλων καθηκόντων, για τα οποία οι εργαζόμενοι δεν είναι υπεύθυνοι
- Ελλιπή μέτρα ασφαλείας στις υπηρεσίες υγείας, επικίνδυνες συνθήκες εργασίας
- Η έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης της προσφοράς, καθώς και στερεότυπα που έχουν εδραιωθεί για τον κλάδο στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο

Οι αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού άγχους είναι:

- Μειωμένη απόδοση
- Παροχή κακής ποιότητας υπηρεσιών
- Δυσλειτουργικό εργασιακό περιβάλλον
- Ρήξη επαγγελματικών σχέσεων
- Έλλειψη πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας
- Διασπαστικές συμπεριφορές της ομαδικότητας και του ομαδικού πνεύματος
- Απώλεια επιθυμίας για εργασία
- Φόβος
- Αναποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού (Roussel et al,2010)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1980 η Νοσηλευτική κατέχει την 7η θέση ανάμεσα σε 130 επαγγέλματα, που βαθμολογήθηκαν ως προς τα επίπεδα άγχους. Επιπλέον, η ίδια έρευνα έδειξε ότι από τους πτυχιούχους

νοσηλευτές εργάζονται μόνο τα 2/3, ενώ αρκετές εγκατέλειψαν τα επάγγελμα εξ αιτίας του άγχους που τους δημιουργούσε.

Όταν το άγχος γίνεται χρόνιο προκαλεί απογοήτευση και αρνητική στάση του προσωπικού απέναντι στην εργασία. Τα συμπτώματα απογοήτευσης και αρνητικής διάθεσης που παρατηρούνται στο προσωπικό είναι βιολογικά, πνευματικά - συναισθηματικά. Ορισμένα από τα βιολογικά συμπτώματα είναι η κόπωση, η ανησυχία, οι συχνοί πονοκέφαλοι, ανήσυχος ύπνος, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές στην έμμηνου ρύση. Στα πνευματικά - συναισθηματικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η κατανάλωση ενέργειας με μικρό αποτέλεσμα (χαμηλή απόδοση), η προσέλευση νωρίς στην εργασία και η καθυστερημένη αποχώρηση (ιδρυματισμός), η μείωση της μνήμης, η οξυθυμία, η επιφυλακτικότητα, το νευρικό ξέσπασμα, η δυσαρέσκεια για την εργασία, η συστηματική απουσία από την εργασία και το χαμηλότερο ενδιαφέρον για την εργασία, η απάθεια προς τον ασθενή, η ενασχόληση κυρίως με την γραφική εργασία, ο αρνητισμός σε οτιδήποτε σχετίζεται με την εργασία, συμπεριφορά αποφυγής, άρνηση ανάληψης ευθυνών, άρνηση εκτέλεσης καθηκόντων, η έλλειψη πρωτοβουλίας, η απώλεια της αυτοεκτίμησης του επαγγελματία και της πίστης στις ικανότητές του, η απώλεια της επαγγελματικής ικανοποίησης και η αρνητική συμπεριφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις και η ψυχολογική απόσυρση.

Υπάρχουν ορισμένα μέτρα αντιμετώπισης προκειμένου να μετριαστούν τα συμπτώματα εργασιακού άγχους και έντασης, όπως η στελέχωση με επαρκές και κατάλληλο προσωπικό, ο σωστός προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού, ο προσεκτικός σχεδιασμός του προγράμματος εργασίας, η λήψη κανονικών και ειδικών αδειών σε τακτά χρονικά διαστήματα, η κανονική λήψη των ημερών ανάπαυσης, η επικοινωνία και η καλή συνεργασία του προσωπικού, η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς, ομαδικές συναντήσεις με ψυχολόγους έτσι ώστε να αποφορτίζεται το προσωπικό, καθώς και οι ομαδικές συναντήσεις του προσωπικού σε τακτά χρονικά διαστήματα έτσι ώστε να συζητούνται τυχόν προβλήματα και να επιλύονται διαφορές. Ο περιορισμός του εργασιακού άγχους αυξάνει την αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών, την αποδοτικότητα και την ποιότητα στην εργασία. (Γιαννακίδου,1993)

3.21.5 Εξασφάλιση καλών συνθηκών εργασίας

Καθήκον της διοίκησης προκειμένου να επιτύχει την πλήρη απόδοση του προσωπικού είναι να εξασφαλίσει ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο θα αποτελέσει πρόκληση για τον εργαζόμενο και θα δημιουργήσει τις συνθήκες εκείνες ώστε να αισθάνεται άνεση και

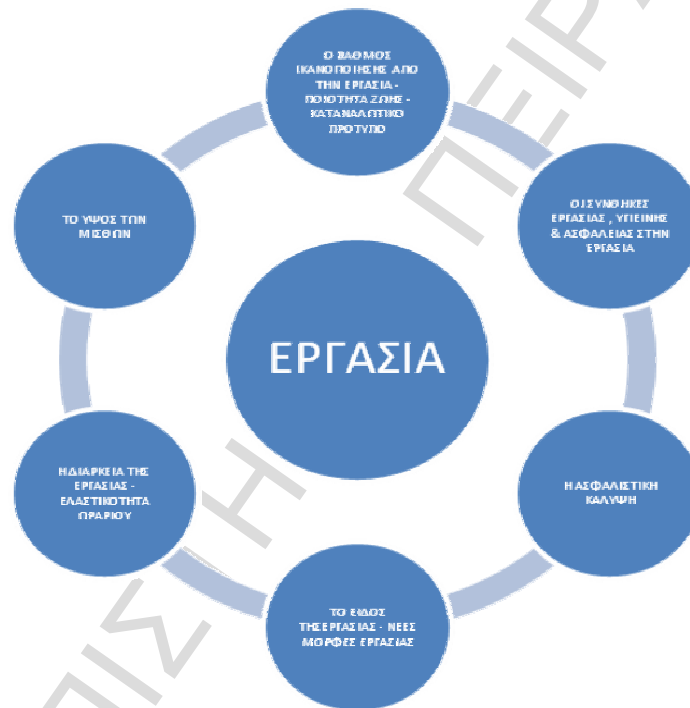
ασφάλεια. Το εργασιακό περιβάλλον αυτό, εκτός από το οικονομικό μέρος, μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλων συνθηκών εργασίας, προσωπικής εξέλιξης και κινήτρων. Η διοίκηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη και να αντιμετωπίζει με κατανόηση τις εκφράσεις δυσαρέσκειας των εργαζομένων, καθώς επίσης να συνεργάζεται με το συνδικαλιστικό φορέα. (Ιθακήσιος Δ,2013, σ.247)

3.22 Επαγγελματική ικανοποίηση

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα από τα κύρια ζητήματα του σύγχρονου management που ενδιαφέρεται για την βελτίωση του ρυθμού αύξησης της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του εργαζόμενου μέσω της ικανοποίησης που λαμβάνει από την παραγωγική του δραστηριότητα. Η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με τα κίνητρα και τις αξίες της εργασίας.

ΣΧΗΜΑ 17

Κύκλος αλληλεπιδρώντων παραγόντων της εργασίας



(Roussel et al, 2010, Vahey et al, 2004, Πιεράκος, 2005, Κάπελλα Μ. και συν, 2002, Χατζηπαντελής και συν)

3.23 Ο ρόλος των διοικητικών στελεχών στην υλοποίηση της αλλαγής

Η υλοποίηση αλλαγών είναι μια αρκετά δύσκολη διαδικασία, που όμως αποτελεί υποχρεωτική αρμοδιότητα των διοικητικών στελεχών ενός οργανισμού. Τα διοικητικά στελέχη θα πρέπει να διαθέτουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά, τα οποία μπορούν να καλλιεργηθούν με την εξάσκηση:

- Ικανότητα να συνδυάζουν ιδέες από πηγές, οι οποίες φαινομενικά δεν σχετίζονται μεταξύ τους
- Ικανότητα να κινητοποιούν τους άλλους διατηρώντας υψηλά το ενδιαφέρον και εκδηλώνοντας οι ίδιοι ενεργητικότητα
- Δεξιότητες στις ανθρώπινες σχέσεις, όπως καλά αναπτυγμένη διαπροσωπική επικοινωνία, διαχείριση ομάδων και δεξιότητες στην επίλυση προβλημάτων
- Ολοκληρωμένη σκέψη. Ικανότητα διατήρησης εστιασμένης της προσοχής στην ευρύτερη εικόνα του συστήματος, ενώ ασχολούνται με τα μέρη αυτού
- Επαρκής ευελιξία να τροποποιούν τις ιδέες τους όταν αυτές βελτιώνουν την αλλαγή, αλλά και επιμονή ώστε να αντιστέκονται στην κωλυσιεργία των εργαζομένων όσον αφορά στην υλοποίηση της προγραμματισμένης αλλαγής
- Αυτοπεποίθηση και υπομονή, ώστε να μην αποθαρρύνονται εύκολα
- Ρεαλιστική σκέψη
- Εχεμύθεια. Επίδειξη ακεράιης συμπεριφοράς στο παρελθόν και επιτυχία στην υλοποίηση αλλαγών
- Ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις αντιστάσεις

Οι αλλαγές ξεκινούν πάντα από τα υψηλόβαθμα διοικητικά στελέχη, εμφανίζονται καθώς αναδύονται νέα προβλήματα και πρωτοβουλίες στον οργανισμό. Συνεπώς, τα διοικητικά στελέχη όλων των ιεραρχικών βαθμίδων θα πρέπει να είναι σε θέση να προτείνουν αλλαγές και να συμμετέχουν στην υλοποίηση τους.

Για την αλλαγή ενός συστήματος απαιτείται ενέργεια. Κύρια πηγή αυτής της ενέργειας είναι η δύναμη, η δύναμη των πληροφοριών, η εμπειρία, η δύναμη λόγω θέσης, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή. Η χρησιμοποίηση στρατηγικών είναι απαραίτητη για την απόκτηση αυτής της δύναμης. Είναι δηλαδή ιδιαίτερα χρήσιμες στρατηγικές, όπως οι ακόλουθες:

- Ανάλυση οργανογράμματος και καλή γνώση επίσημων και ανεπίσημων ιεραρχικών σχέσεων εξουσίας

- Εντοπισμός προσώπων που αποτελούν «κλειδιά» και επηρεάζονται άμεσα από την αλλαγή. Ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα τα οποία βρίσκονται κοντά και επηρεάζονται από την αλλαγή
- Γνώση όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων για τα πρόσωπα – κλειδιά, καθώς και λεπτομέρειες, όπως ποια είναι τα ευαίσθητα σημεία τους, τι τους ενδιαφέρει, τι τους επηρεάζει, τι τους απωθεί, τι περιλαμβάνει το πρόγραμμα των εργασιακών τους δραστηριοτήτων, καθώς και ποιος ταυτίζεται με ποιόν στη λήψη σημαντικών αποφάσεων
- Δόμηση ενός μηχανισμού υποστήριξης πριν τη διαδικασία υλοποίησης της αλλαγής. Εντοπισμός των προσώπων που αποτελούν «κλειδιά» και τα οποία θα πεισθούν ευκολότερα. Ανεπίσημη προσέγγιση αυτών και συζήτηση για την εξάλειψη των πιθανών αντιρρήσεων τους. Ενημέρωση σχετικά με κόστος και το όφελος. Τροποποίηση της ιδέας για αλλαγή κατά τρόπο που να διατηρούνται οι στόχοι, αλλά και να έχει απήχηση προς περισσότερα άτομα – «κλειδιά»

Τα διοικητικά στελέχη λαμβάνουν πληροφορίες, συλλέγουν δεδομένα και αναπτύσσουν την πιο ελκυστική ιδέα για αλλαγή και επισημαίνουν τις πιθανές αντιστάσεις των εργαζομένων. Τα αποτελεσματικά στελέχη του οργανισμού βρίσκονται συνεχώς σε εγρήγορση ώστε να ελέγχουν τυχόν συγκρούσεις δυνάμεων. Τα αποτελεσματικά στελέχη επιλέγουν το σωστό χρόνο για την προώθηση της υλοποίησης της αλλαγής σύμφωνα με το κλίμα που επικρατεί στον οργανισμό. Ο τρόπος που συμμετέχουν οι φορείς στη διεργασία υλοποίησης των αλλαγών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν είναι στελέχη του οργανισμού ή εξωτερικοί συνεργάτες. Τα διοικητικά στελέχη του οργανισμού αποτελούν μέρος του συστήματος που αλλάζει, γνωρίζουν το σύστημα, ευθύνονται για το αποτέλεσμα και είναι εξοικειωμένα με την πολιτική του οργανισμού. Ωστόσο, αυτό μπορεί να περιορίσει την ικανότητα ελευθερίας κινήσεων και να οδηγήσει σε παγίδευση σε συγκεκριμένους ρόλους, σε δομές εξουσίας και σε περιορισμένες προοπτικές. Οι φορείς αλλαγών που βρίσκονται εκτός συστήματος του οργανισμού είναι ανεξάρτητοι από τις εσωτερικές πολιτικές και μπορούν να συνεισφέρουν μια νέα προοπτική. Ωστόσο, δεν είναι εξοικειωμένοι με το σύστημα, με τις αξίες των ανθρώπων και με το πρόγραμμα των εργασιακών δραστηριοτήτων κάθε εργαζόμενου. Τα στελέχη του οργανισμού και οι εξωτερικοί συνεργάτες μπορούν να συνεισφέρουν ως φορείς αλλαγών εξυπηρετώντας διαφορετικούς σκοπούς και εξομαλύνοντας με αποτελεσματικό τρόπο τις πιθανές αντιστάσεις. (Sullivan et al, 2009)

3.24 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύγχρονο σύστημα υγείας

Οι νοσηλευτές συμμετέχουν ισότιμα και ηγούνται σε ομάδες επαγγελματιών υγείας και βοηθητικού προσωπικού που στελεχώνουν διάφορους φορείς παροχής φροντίδας υγείας. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και ιδιαίτερα διοικητικές, να γνωρίζουν να αναθέτουν αρμοδιότητες, να εποπτεύουν, να αξιολογούν, να παρακινούν και να επικοινωνούν με άλλους επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό. Είναι απαραίτητο πλέον να διαθέτουν δεξιότητες στις διαπραγματεύσεις, στην επίλυση διαφορών και στην ομαδική εργασία. Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνεται ως βασικό μάθημα στο πρόγραμμα σπουδών των νοσηλευτικών σχολών και προγράμματα κατάρτισης και επιμόρφωσης σε θέματα διοίκησης θα πρέπει να πραγματοποιούνται και στο εργασιακό περιβάλλον. Είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλευτές να μπορούν να μεταφέρουν τις αποκτηθείσες γνώσεις και δεξιότητες στην εργασία τους. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενός οργανισμού, που διαθέτουν την απαραίτητη εμπειρία στη διοίκηση, θα πρέπει να βοηθούν τους υπόλοιπους νοσηλευτές να αναπτύξουν επαρκείς διοικητικές δεξιότητες. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών κάθε ιεραρχικής βαθμίδας στη διοίκηση είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του οργανισμού στο σύγχρονο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, το οποίο είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και στο οποίο κρίνεται απαραίτητη η μείωση δαπανών και κόστους.

3.25 Οι προκλήσεις για τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Η πρόκληση για τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας κάθε οργανισμού είναι η εύρεση τρόπου διοίκησης σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο σύστημα υπηρεσιών υγείας. Οι δεξιότητες στην επικοινωνία, στις διαπραγματεύσεις και στη συνεργασία είναι απαραίτητες στο σημερινό και μελλοντικό σύστημα υγείας. Τα στελέχη πρέπει να απομακρυνθούν από κάθε μορφή προσήλωσης σε πρακτικές του παρελθόντος και να στραφούν σε νέες ευκαιρίες και προοπτικές, να εκπαιδευτούν σε νέες δεξιότητες και να μεταδώσουν στο υπόλοιπο προσωπικό τον ενθουσιασμό και την αφοσίωση προς την αλλαγή. Όλα τα στελέχη των υπηρεσιών υγείας πρέπει σε κλίμα ασάφειας να είναι ευέλικτα, ώστε να προσαρμόζονται στις αλλαγές που επέρχονται. Σήμερα, τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας των οργανισμών καλούνται να εκτελέσουν το δύσκολο έργο να διοικήσουν με λιγότερους πόρους, να επικουρήσουν στο σχεδιασμό νέων συστημάτων φροντίδας υγείας, να εποπτεύουν σε ομάδες άλλων επαγγελματιών υγείας με

διαφορετικές κουλτούρες, να διδάξουν στο προσωπικό να λειτουργεί ικανοποιητικά στο νέο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, να είναι προσηλωμένοι, να συμμετέχουν ενεργά, να επιδεικνύουν ενθουσιασμό, ευελιξία και διάθεση καινοτομίας, να εργάζονται μέσω άλλων, ώστε να επιτύχουν τους στόχους του οργανισμού, να είναι ηγέτες, να παρακινούν και να εμπνέουν το προσωπικό. Τα στελέχη πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους στόχους της ανώτερης διοίκησης, αλλά και του προσωπικού. Το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η ποιοτική φροντίδα. Τα στελέχη πρέπει να εστιάζουν την προσοχή τους στο κόστος και στην αποτελεσματικότητα, ώστε ο οργανισμός υγείας να είναι σε θέση να ανταγωνιστεί και να επιβιώσει. Ταυτόχρονα, πρέπει να εστιάζουν και στις ανάγκες του προσωπικού και να ενισχύουν με υποστήριξη, επαρκή στελέχωση και να διατηρούν ισορροπία με την ανώτερη διοίκηση του οργανισμού. (Sullivan et al , 2009)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

4. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στις επόμενες παραγράφους γίνεται εκτενής αναφορά στην κατάσταση που επικρατεί σήμερα, γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της υφιστάμενης κατάστασης για τον προσδιορισμό πιθανών αποκλίσεων από τα διεθνή πρότυπα, μέσα από τυχαία επιλογή ορισμένων νοσοκομείων και με τη χρήση στατιστικών δεικτών υγείας. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά η κίνηση εξωτερικών ασθενών και η νοσηλευτική κίνηση εσωτερικών ασθενών σε επίπεδο Δ.Υ.ΠΕ. και Νοσοκομείου. Επιπλέον, αναλύεται η ηλεκτρονική καταγραφή του προσωπικού, που υπηρετεί στις δομές του ΕΣΥ, για τις χρονικές περιόδους 2009-2010 βάσει δεδομένων τα οποία απέδωσαν τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ (σε φόρμες excel και εστάλησαν ηλεκτρονικά) στο Υ.Υ.Κ.Α.

4.1 Κίνηση εξωτερικών ασθενών

4.1.1 Κέντρα Υγείας

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) παρέχονται κυρίως μέσω ενός δικτύου δομών, το οποίο αποτελείται από τις 1.801 δομές του ΕΣΥ και τις 349 μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. Σε αυτό το δίκτυο παροχής ΠΦΥ προστίθενται οι ιδιωτικοί φορείς και οι ιδιώτες ιατροί, οι οποίοι συμβάλλουν με τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Κίνηση εξετασθέντων και αριθμός εξετάσεων στα Κέντρα Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ. (2009-2010)

ΔΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ 2009	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ 2010	% ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ 2009	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ 2010	% ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ
1 ^η	255.852	411.641	61%	246.887	390.729	58%
2 ^η	710.287	800.750	13%	596.865	518.368	-13%
3 ^η	771.151	690.097	-11%	1.387.062	1.316.911	-5%
4 ^η	1.363.539	1.194.285	-12%	2.183.470	2.119.615	-3%
5 ^η	891.689	902.270	1%	1.421.002	1.276.909	-10%
6 ^η	1.574.561	1.607.373	2%	1.314.899	1.378.319	5%
7 ^η	499.721	699.043	40%	768.830	708.648	8%
ΣΥΝ.	6.066.800	6.305.459	4%	7.919.015	7.709.499	-3%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η 1η Δ.Υ.ΠΕ. παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση στις επισκέψεις ασθενών (61%) και ακολουθούν η 7η Δ.Υ.ΠΕ. (40%), η 2η Δ.Υ.ΠΕ. (13%), η 6η Δ.Υ.ΠΕ. (2%) και η 5η Δ.Υ.ΠΕ. (1%). Ενώ, μείωση παρουσιάζει η 4η Δ.Υ.ΠΕ. (-12%) και η 3η Δ.Υ.ΠΕ. (-11%). Στις περισσότερες Δ.Υ.ΠΕ. παρατηρείται μείωση στις διενεργηθείσες εξετάσεις. Η 1^η Δ.Υ.ΠΕ. εμφανίζει σημαντική αύξηση (58%), ενώ η 6η Δ.Υ.ΠΕ. εμφανίζει αύξηση 5%. Επίσης, από τον ίδιο πίνακα προκύπτει ότι τα 5 πρώτα σε κίνηση Κέντρα Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ., τα οποία προκύπτουν από την καταγραφή του αριθμού των εξετασθέντων, είναι : 1η Δ.Υ.ΠΕ.: Μαρκόπουλου (58.669), Βύρωνα (55.746), Καπανδριτίου (50.680), Ν. Μάκρης (50.218), Λαυρίου (49.172), 2η Δ.Υ.ΠΕ.: Πυργίου (89.353), Μυκόνου (69.591), Αντιμάχειας (58.278), Πάρου (53.069), Καρλοβασίου (45.936), 3η Δ.Υ.ΠΕ.: Διαβατών (77.849), Λαγκαδά (61.340), Πύργου (Χαλάστρας) (56.634), Αλεξάνδρειας (55.720), Αριδαίας (51.259), 4η Δ.Υ.ΠΕ.: Ορεστιάδας (84.352), Θέρμης (73.451), Μουδανίων (57.624), Χρυσούπολης (55.064), Ν. Μαδυτού (54.369), 5η Δ.Υ.ΠΕ.: Ελασσόνας (66.293), Ψαχνών (57.756), Αλμυρού (52.115), Αλιβερίου (45.318), Φαρκαδόνας (41.482), 6η Δ.Υ.ΠΕ.: Θέρμου (150.884), Αιτωλικού (124.678), Μεσσήνης (83.148), Χαλανδρίτσας (64.729), Ηγουμενίτσας (56.913), 7η Δ.Υ.ΠΕ.: Μοιρών (111.919), Καστελίου (97.250), Αρκαλοχωρίου (96.316), Χάρακα (70.628), Περάματος (53.322). Ενώ, τα Κέντρα Υγείας με το μικρότερο αριθμό εξετασθέντων ανά Δ.Υ.ΠΕ. είναι : 1η Δ.Υ.ΠΕ.: Κορωπίου (31.388), Καλυβίων (39.465), Σπάτων (39.756), 2η Δ.Υ.ΠΕ.: Του (2.044), Αμοργού (7.441), Ευδήλου (8.970), Έμπωνα (10.939), Βάρης (16.299), 3η Δ.Υ.ΠΕ.: Σιάτιστας (18.405), Δεσκάτης (19.060), Τσοτυλίου (19.463), Εύοσμου (23.244), Αμύνταιου (25.634), 4η Δ.Υ.ΠΕ.: Αγ. Όρους (Καρυών) (4.600), Σταυρούπολης (7.733), Παρανεστίου (8.643), Δικαίων (11.014), Κ. Νευροκοπίου (12.525), 5η Δ.Υ.ΠΕ.: Δυτικής Φραγκίστας (1.932), Λιδορικού (4.892), Αργαλαστής (13.263), Σκοπέλου (15.209), Αλιαρτού (15.224), 6η Δ.Υ.ΠΕ.: Άνω Χώρας (1.044), Αγνάντων (2.309), Γκούρας (2.758), Κλειτορίας (3.244), Τροπαίων (4.864), 7η Δ.Υ.ΠΕ.: Κανδάνου (11.338), Τζερμιάδων (17.068), Άνω Βιάνου (23.038), Αγ. Φωτεινής (24.398), Σπηλίου (28.415). Στις δομές ΠΦΥ συμπεριλαμβάνονται και 3 Κέντρα Ψυχικής Υγείας με την ακόλουθη κίνηση για το έτος 2010: 1η Δ.Υ.ΠΕ.: Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου (20.248), 2η Δ.Υ.ΠΕ.: Κ.Ψ.Υ. Αγ. Αναργύρων (5.627), Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου (8.891). επιπλέον, από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι τα 5 πρώτα σε κίνηση Κέντρα Υγείας ανά Δ.Υ.ΠΕ., τα οποία προκύπτουν από την καταγραφή του αριθμού των διενεργηθεισών εργαστηριακών εξετάσεων, είναι: 1η Δ.Υ.ΠΕ.: Λαυρίου (80.106), Καπανδριτίου (65.120), Κορωπίου (58.598), Μαρκόπουλου (56.632), Σπάτων (39.348), 2η Δ.Υ.ΠΕ.: Καλλονής (100.862), Γαλατά (73.185), Πλωμαρίου (49.644), Καρπάθου (46.977),

Καρλοβασίου (42.061), 3η Δ.Υ.ΠΕ.: Αριδαίας (171.683), Πύργου (Χαλάστρας) (135.246), Σκύδρας (101.180), Λιτόχωρου (96.538), Αιγινείου (91.085), 4η Δ.Υ.ΠΕ.: Ορεστιάδας (150.249), Σαπών (134.984), Μουδανιών (117.634), Ελευθερούπολης (116.320), Παλαιοχωρίου (111.341), 5η Δ.Υ.ΠΕ.: Αταλάντης (115.170), Ελασσόνας (103.443), Καλαμπάκας (97.974), Πύλης (97.130), Ιστιαίας (83.337), 6η Δ.Υ.ΠΕ.: Κρανιδίου (119.979), Ναυπάκτου (97.599), Ηγουμενίτσας (81.135), Λεωνιδίου (59.877), Κάτω Αχαΐας (55.363), 7η Δ.Υ.ΠΕ.: Μοιρών (170.302), Αγ. Βαρβάρας (106.926), Καστελίου (99.224), Περάματος (62.836), Χάρακα (57.385). Ενώ, τα Κέντρα Υγείας με το μικρότερο αριθμό εξετάσεων ανά Δ.Υ.ΠΕ. είναι: 1η Δ.Υ.ΠΕ.: Καλυβίων (16.610), Ν. Μάκρη (37.871), Σπάτων (39.348), 2η Δ.Υ.ΠΕ.: Πάτμου (136), Πυργίου (749), Ίου (1.954), Άνδρου (2.003), Αίγινας (5.333), 3η Δ.Υ.ΠΕ.: Ευόσμου (19.301), Σιάτιστας (28.741), Τσοτυλίου (34.077), Αρνίσσας (35.780), Δεσκάτης (39. 659), 4η Δ.Υ.ΠΕ.: Δροσάτου (1.217), Σαμοθράκης (2.745), Αγίου Όρους (Καρυών) (4.563), Σταυρούπολης (4.752), Παρανεστίου (19.852), 5η Δ.Υ.ΠΕ.: Δυτικής Φραγκίστας (585), Ιτέας (786), Ζαγοράς (1.085), Σχηματαρίου (1.992), Μαντουδίου (4.512), 6η Δ.Υ.ΠΕ.: Αρχαίας Ολυμπίας (199), Γκούρας (420), Βουτσαρά (571), Μελιγαλά (791), Κλειτορίας (792) και 7η Δ.Υ.ΠΕ.: Τζερμιάδων (3.238), Κισσάμου (6.542), Αρκαλοχωρίου (10.868), Αγίας Φωτεινής (16.303), Κανδάνου (30360)

4.1.2 Νοσοκομεία

Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, με την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νοσοκομεία είναι ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης στα οποία παρέχεται φροντίδα και θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό με ειδικό εξοπλισμό. Στους Πίνακες 20 και 21 παρουσιάζονται στοιχεία τα οποία μας δίνουν ιδιαίτερες πληροφορίες σχετικά με την κίνηση εξωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία τα έτη 2009-2010.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20

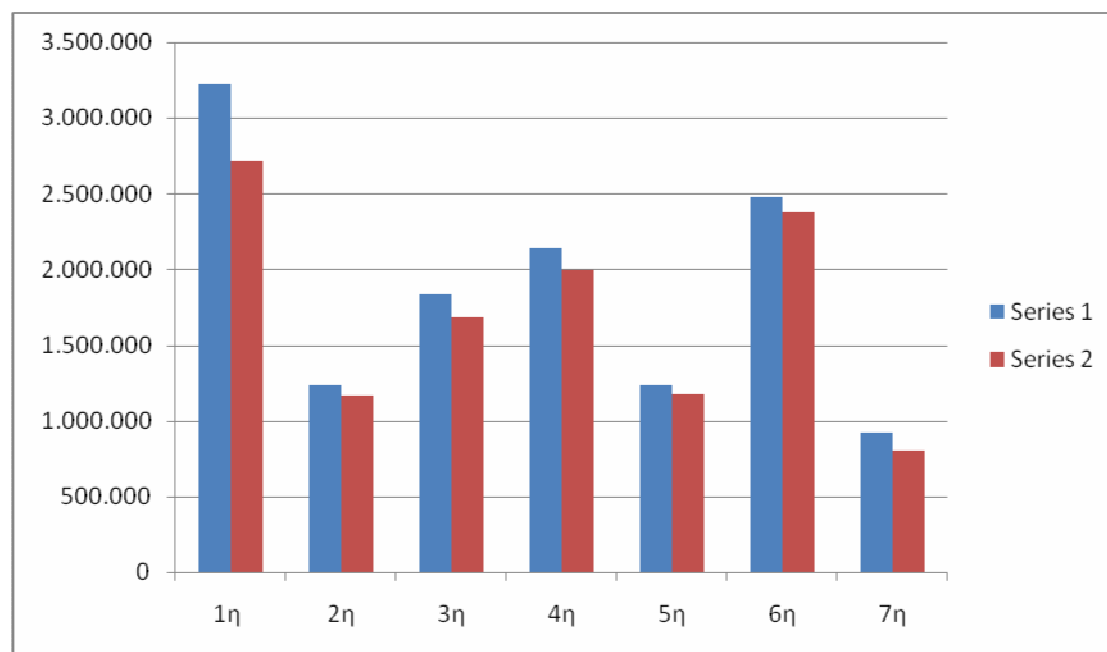
Κίνηση εξωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία (2009-2010)

Δ.Υ.ΠΕ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ 2009	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ 2010	% ΜΕΤ/ΛΗ	ΤΕΠ 2009	ΤΕΠ 2010	% ΜΕΤ/ΛΗ	ΤΕΙ 2009	ΤΕΙ 20			
1 ^η	3.217.093	2.716.957	-16%	1.263.838	1.152.073	-9%	1.691.166	1.359.0			
2 ^η	1.232.720	1.164.553	-6%	527.355	462.775	-12%	687.634	682.67			
3 ^η	1.836.955	1.685.076	-8%	721.813	668.215	-7%	1.093.107	975.93			
4 ^η	2.143.020	1.993.717	-7%	879.267	841.898	-4%	1.211.822	1.091.3			
5 ^η	1.230.493	1.177.218	-4%	500.311	488.812	-2%	683.194	621.42			
6 ^η	2.473.526	2.374.333	-4%	902.719	950.966	5%	1.500.367	1.343.0			
7 ^η	922.845	799.535	-13%	394.798	344.509	-13%	439.903	401.06			
ΣΥΝ	13.056.652	11.911.390	-9%	5.190.101	4.909.280	-5%	7.307.193	6.474.5			

*ΤΕΠ: Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, ΤΕΙ: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, ΑΙ: Απογευματινά Ιατρεία

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Εξωτερικοί ασθενείς 2009-2010



*Με μπλε χρώμα απεικονίζονται οι εξωτερικοί ασθενείς για το έτος 2009.

*Με κόκκινο χρώμα απεικονίζονται οι εξωτερικοί ασθενείς για το έτος 2010.

Το έτος 2010 παρατηρείται μείωση 9% στον αριθμό των εξετασθέντων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στην 1η και την 7η Δ.Υ.ΠΕ. (16% και 13% αντίστοιχα). Τον μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών (23%) δέχτηκαν τα ιατρεία των Νοσοκομείων της 1ης Δ.Υ.ΠΕ., ενώ ακολούθησαν η 6η (20%) και η 4η (17%) Δ.Υ.ΠΕ. αντίστοιχα.

Ειδικότερα, παρατηρείται:

- Συνολική μείωση 5% στην προσέλευση ασθενών στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων σε σχέση με το 2009. Μόνο η 6η Δ.Υ.ΠΕ. παρουσιάζει αύξηση 5%
- Συνολική μείωση 11% στην προσέλευση ασθενών στα ΤΕΙ των Νοσοκομείων σε σύγκριση με το 2009
- Συνολική μείωση 6% στον αριθμό των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ

Κατάταξη των 10 πρώτων νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τους εξωτερικούς ασθενείς για το έτος 2010:

- Παπαγεωργίου 399.779

- Π.Γ.Ν. Πατρών 350.379
- Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο 304.513
- Γ.Ν.Α. Γ.Γεννηματάς 288.733
- Γ.Ν. Σερρών 232.887
- Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» 217.518
- Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός 206.218
- Π.Γ.Ν. Ηρακλείου 196.958
- Γ.Ν. Καλαμάτας 194.586
- Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου 176.526

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

Κίνηση εξωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά μέγεθος Νοσοκομείου κατά το έτος 2010

Δ.Υ.ΠΕ	ΚΛΙΝΕΣ	0-100	101-250	251-400	>400
1 ^η	9.200 (26%)	101.173 (8%)	416.036 (13%)	692.143 (25%)	1.507.604 (34%)
2 ^η	6.646 (19%)	131.360 (10%)	285.022 (9%)	196.571 (7%)	551.601 (12%)
3 ^η	4.322 (12%)	69.439 (5%)	916.492 (28%)	92.297 (3%)	606.848 (13%)
4 ^η	4.697 (13%)	102.122 (8%)	350.240 (11%)	909.618 (32%)	631.737 (14%)
5 ^η	2.510 (7%)	236.281 (18%)	209.209 (6%)	573.515 (20%)	158.214 (4%)
6 ^η	5.542 (16%)	526.159 (40%)	985.071 (30%)	355.321 (13%)	507.783 (11%)
7 ^η	2.242 (6%)	146.365 (11%)	118.933 (4%)	-	534.237 (12%)
ΣΥΝ.	35.159 (100%)	1.312.899 (100%)	3.281.003 (100%)	2.819.465 (100%)	4.498.024 (100%)

4.2 Κίνηση εσωτερικών ασθενών

Στον Πίνακα 22 παρατηρούμε τις εισαγωγές ασθενών στα νοσοκομεία κατά τα έτη 2009-2010 και γίνεται σύγκριση μεταξύ των δύο αυτών ετών. Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τις εισαγωγές ασθενών ανά κατηγορία μεγέθους νοσοκομείου κατά το έτος 2010 και στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τη μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών και το ποσοστό κάλυψης κλινών κατά τα έτη 2009-2010. Επιπλέον, στον Πίνακα 25 δίδονται στοιχεία για τον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων και τον αριθμό των χειρουργείων κατά τα έτη 2009-2010. Αφού λάβουμε υπόψη αυτά τα στοιχεία, ακολουθεί ο Πίνακας 26 στον οποίο παραθέτονται στοιχεία σχετικά με την αναλογία ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού & σύνολο προσωπικού ανά κλίνη στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

Νοσηλευτική κίνηση εσωτερικών ασθενών Νοσοκομείων 2009-2010

Δ.Υ.ΠΕ	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ 2009	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ 2010	% ΜΕΤ/ΛΗ	ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 2009	ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 2010	
1 ^η	501.696	586.012	17%	2.363.200	2.569.873	
2 ^η	204.270	254.554	25%	1.581.356	1.758.171	
3 ^η	181.031	248.443	37%	1.072.901	984.833	
4 ^η	289.138	309.413	7%	1.072.635	1.037.722	
5 ^η	170.461	212.615	25%	545.570	649.527	
6 ^η	268.720	362.574	35%	965.545	1.328.884	
7 ^η	96.036	145.258	51%	535.782	538.417	
ΣΥΝ.	1.711.352	2.118.869	24%	8.136.989	8.867.427	

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

Κίνηση εσωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία (2010) ανά κατηγορία μεγέθους
Νοσοκομείου

Δ.Υ. ΠΕ.	ΚΛΙΝΕΣ	0-100	101-250	251-400	>400
1 ^η	9.200 (26%)	11.541 (11%)	44.396 (10%)	138.450 (29%)	391.625 (35%)
2 ^η	6.646 (19%)	13.269 (13%)	38.810 (8%)	41.608 (9%)	160.867 (15%)
3 ^η	4.322 (12%)	10.002 (9%)	110.835 (24%)	14.827 (3%)	112.779 (10%)
4 ^η	4.697 (13%)	2.727 (3%)	46.447 (10%)	129.407 (28%)	130.832 (12%)
5 ^η	2.510 (7%)	19.416 (18%)	36.885 (8%)	95.071 (20%)	61.243 (6%)
6 ^η	5.542 (16%)	41.890 (40%)	161.751 (35%)	50.670 (11%)	108.263 (10%)
7 ^η	2.242 (6%)	7.104 (7%)	19.617 (4%)	-	118.537 (11%)
ΣΥ Ν.	35.159 (100%)	105.949 (100%)	458.741 (100%)	470.033 (100%)	1.084.146 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας & ποσοστό κάλυψης κλινών (2009 - 2010)

Δ.Υ.ΠΕ.	ΜΔΝ 2009	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΛΙΝΩΝ 2009	ΜΔΝ 2010	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΛΙΝΩΝ 2010
1 ^η	4,71	71%	4,39	77%
2 ^η	7,74	66%	6,91	72%
3 ^η	5,93	68%	3,96	62%
4 ^η	3,71	63%	3,35	61%
5 ^η	3,20	61%	3,05	71%
6 ^η	3,59	49%	3,67	69%
7 ^η	5,58	56%	3,71	66%
ΣΥΝ.	4,75	63%	4,18	70%

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

Εργαστηριακές εξετάσεις – Χειρουργεία (2009 - 2010)

Δ.Υ.ΠΕ.	ΕΡΓ.ΕΞΕΤ. 2009	ΕΡΓ.ΕΞΕΤ. 2010	% ΜΕΤ/ΛΗ	Χ/Α 2009	Χ/Α 2010	% ΜΕΤ/ΛΗ
1 ^η	51.773.815	38.182.754	-26%	161.867	137.230	-15%
2 ^η	20.792.384	16.148.706	-22%	41.491	52.185	26%
3 ^η	12.593.810	15.003.418	19%	43.337	56.898	31%
4 ^η	21.813.409	18.171.397	-17%	70.624	66.957	-5%
5 ^η	6.785.980	12.400.742	83%	19.008	28.723	51%
6 ^η	17.090.140	22.725.031	33%	67.818	67.833	0%
7 ^η	14.790.188	6.952.515	-53%	13.698	26.579	94%
ΣΥΝ.	145.639.726	129.584.563	-11%	417.843	436.405	4%

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

Αναλογία ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού & σύνολο προσωπικού ανά κλίνη στα
Νοσοκομεία του ΕΣΥ

Δ.Υ.ΠΕ.	ΙΑΤΡΟΙ/ΚΛΙΝΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΚΛΙΝΕΣ	Λ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ/ΚΛΙΝΕΣ	ΣΥΝ.ΠΡΟΣΩΠ.
1 ^η	0,78	1,03	0,9	2,71
2 ^η	0,51	0,86	0,66	2,03
3 ^η	0,64	0,96	0,66	2,27
4 ^η	0,78	1,12	0,75	2,65
5 ^η	0,92	1,27	0,92	3,11
6 ^η	0,8	1,2	0,91	2,91
7 ^η	0,77	1,11	0,81	2,69
ΣΥΝ.	0,72	1,05	0,8	2,57

«Καλές» αναλογίες ιατρικού προσωπικού/κλίνη είναι όσες συγκλίνουν του 0,5, νοσηλευτικού προσωπικού/κλίνη είναι όσες συγκλίνουν του 1,5, λοιπού προσωπικού/κλίνη είναι όσες συγκλίνουν του 1 και συνολικού προσωπικού/κλίνη όσες πλησιάζουν το 3. Κατά το έτος 2010 το ΕΣΥ εμφανίζει χαμηλή αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού/κλίνη, με πολύ καλές τις αναλογίες για το ιατρικό προσωπικό και ικανοποιητικές τις αναλογίες για το λοιπό προσωπικό.

- Συνολικά ανά 1 κλίνη αντιστοιχούν 0,72 ιατροί, λίγο πάνω από έναν εργαζόμενο στη νοσηλευτική υπηρεσία, 0,80 λοιπό προσωπικό και 2,57 επαγγελματίες υγείας στο σύνολο.
- Συνολικά ανά 1 ιατρό αντιστοιχούν 1,5 νοσηλευτές, όταν το διεθνές αποδεκτό επίπεδο για το συγκεκριμένο δείκτη είναι πάνω από 2.

Συμπερασματικά, στο ΕΣΥ υπηρετούν 25.235 ιατροί σε σύνολο 34.917 κλινών. Η μέση αναλογία ιατρού ανά κλίνη είναι 0,72, δηλαδή περίπου 3 ιατροί / 4 κλίνες, όταν στην Ευρώπη αντιστοιχεί περίπου 1 ιατρός / 3 κλίνες. Συνεπώς, παρατηρούμε πληθώρα στο ιατρικό προσωπικό, που γίνεται εμφανέστερη στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου ενδεικτικά αναφέρουμε, ότι στην 1η Δ.Υ.ΠΕ. υπηρετεί σχεδόν το 1/3 του συνολικού ιατρικού προσωπικού.

Ειδικότερα, τα τρία πρώτα Νοσοκομεία ανά Δ.Υ.ΠΕ. με την καλύτερη αναλογία ιατρού ανά κλίνη, είναι:

- 1η Δ.Υ.ΠΕ.: το Οφθαλμιατρείο Αθηνών με 1,67, το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» με 1,06 και το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» με 1,03.
- 2η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. - Κ.Υ. Νάξου με 1,84, το Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας με 1,07 και τα Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» και Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικών» με 0,92.
- 3η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. Βέροιας με 1,00, το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος» με 0,99 και το Γ.Ν. Έδεσσας με 0,96.
- 4η Δ.Υ.ΠΕ.: το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νοσημάτων Θεσσαλονίκης με 1,39, το Γ.Ν. Χαλκιδικής με 1,24 και το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης με 0,99.
- 5η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. Λάρισας με 1,30, το Γ.Ν. Χαλκίδας με 1,29 και το Γ.Ν. Θηβών με 1,05.
- 6η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. Αγρινίου με 1,45, το Γ.Ν. Πατρών με 1,36 και το Γ.Ν. - Κ.Υ. Καλαβρύτων με 1,20.
- 7η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. - Κ.Υ. Νεάπολης με 0,96, το Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο» με 0,95 και το Γ.Ν. Ρεθύμνου με 0,93.

Τα τρία πρώτα Νοσοκομεία ανά Δ.Υ.ΠΕ. με την μικρότερη αναλογία ιατρού ανά κλίνη είναι:

- 1η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» με 0,33, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με 0,34 και το Γ.Ν. «Η Παμμακάριστος» με 0,45.
- 2η Δ.Υ.ΠΕ.: το Κ.Θ. – Κ.Υ. Λέρου με 0,06, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» με 0,09 και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με 0,10.
- 3η Δ.Υ.ΠΕ.: το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου με 0,10, το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης με 0,22 και το Γ.Ν. Πτολεμαΐδας με 0,35.
- 4η Δ.Υ.ΠΕ.: το Γ.Ν. Κιλκίς με 0,55, το Γ.Ν. Κομοτηνής με 0,64 και τα Γ.Ν. Ξάνθης, Γ.Ν. Δράμας και το Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» με 0,68.
- 5η Δ.Υ.ΠΕ.: το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Λάρισας με 0,76, το Γ.Ν. Τρικάλων με 0,77 και το Γ.Ν. Άμφισσας με 0,80.
- 6η Δ.Υ.ΠΕ.: το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας με 0,05, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης με 0,11 και το Γ.Ν. Ληξουρίου με 0,29.
- 7η Δ.Υ.ΠΕ.: το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Χανίων με 0,28, το Γ.Ν. - Κ.Υ. Ιεράπετρας με 0,64 και τα Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου και Γ.Ν. Χανίων με 0,70.

4.3 Στελέχωση - Ανθρώπινοι Πόροι

4.3.1 Κέντρα Υγείας

Με βάση τα στοιχεία της πιο πρόσφατης καταγραφής δομών ΠΦΥ (στοιχεία Νοεμβρίου 2010), φαίνεται ότι συνολικά το ΕΣΥ διαθέτει 1.801 δομές ΠΦΥ, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- 201 είναι Κέντρα Υγείας (ΚΥ)
- 8 Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (ΚΥΑΤ)
- 89 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ)

- 1.460 Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ)
- 43 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ)

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά

(Διεύθυνση Π.Φ.Υ, Υ.Υ.Κ.Α. (11/2010), ΚΥ: Κέντρα Υγείας, ΚΥΑΤ: Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου: ΠΠΙ: Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, ΠΙ: Περιφερειακά Ιατρεία, ΕΠΙ: Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία)

Δ.Υ.ΠΕ.	ΚΥ	ΚΥΑΤ	ΠΠΙ	ΠΙ	ΕΠΙ	ΣΥΝΟΛΟ
1 ^η	7 (3%)	2 (25%)	-	7 (0,5%)	1 (2%)	17 (1%)
2 ^η	25 (12%)	3 (38%)	37 (42%)	132 (9%)	10 (23%)	207 (11%)
3 ^η	17 (8%)	-	3 (3%)	176 (12%)	2 (5%)	198 (11%)
4 ^η	35 (17%)	2 (25%)	12 (13%)	223 (15%)	5 (12%)	277 (15%)
5 ^η	33 (16%)	1 (13%)	15 (17%)	296 (20%)	7 (16%)	352 (20%)
6 ^η	70 (35%)	-	20 (22%)	500 (34%)	10 (23%)	600 (33%)
7 ^η	14 (7%)	-	2 (2%)	126 (9%)	8 (19%)	150 (8%)
ΣΥΝ.	201	8	89	1460	43	1.801

4.3.2 Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά

Σύμφωνα με την καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού των δομών ΠΦΥ του ΕΣΥ (στοιχεία Μαρτίου 2010), υπηρετούν συνολικά 5.448 άτομα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, σε σύνολο 7.987 υπηρετούντων. Ειδικότερα:

- αριθμός των υπηρετούντων ιατρών είναι 3.073 (εξ αυτών, 1.443 είναι στα Κέντρα Υγείας και 1.630 είναι γενικοί ιατροί/ιατροί υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου) ή το 38,47% του συνολικού προσωπικού
- αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι 2.375 (ΤΕ:1.402, ΔΕ:881, ΥΕ:92) ή το 29,74% του συνολικού προσωπικού
- αριθμός του λοιπού προσωπικού ανέρχεται σε 2.539 (διοικητικό:1.713, τεχνικό: 303, παραϊατρικό: 523) ή το 31,79% του συνολικού προσωπικού

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά

(Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α. (03/2010))

Δ.Υ.ΠΕ.	ΙΑΤΡΙΚΟ	ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ – ΑΓΡΟΤΙΚΟΙ ΚΥ & ΠΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΛΟΙΠΟ	ΣΥΝΟΛΟ
1 ^η	87 (6%)	0 (0%)	179 (8%)	128 (5%)	394 (5%)
2 ^η	175 (12%)	182 (11%)	271 (11%)	356 (14%)	984 (12%)
3 ^η	194 (13%)	187 (11%)	294 (12%)	279 (11%)	954 (12%)
4 ^η	280 (19%)	361 (22%)	502 (21%)	435 (17%)	1578 (20%)
5 ^η	222 (15%)	454 (28%)	450 (19%)	502 (20%)	1628 (20%)
6 ^η	406 (28%)	386 (24%)	550 (23%)	635 (25%)	1977 (25%)
7 ^η	79 (5%)	60 (4%)	129 (5%)	204 (8%)	472 (6%)
ΣΥΝΟΛΟ	1443	1630	2375	2539	7987

Παρατηρήσεις:

Όσον αφορά στο ιατρικό προσωπικό, σχετικά με τον αριθμό των υπηρετούντων, περιλαμβάνεται τόσο το προσωπικό που υπηρετεί σε οργανικές θέσεις όσο και οι ιατροί υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου. Όσον αφορά στο Νοσηλευτικό και για λοιπό προσωπικό, που υπηρετεί στις μονάδες Π.Φ.Υ, περιλαμβάνεται το προσωπικό που υπηρετεί σε κενές οργανικές θέσεις, καθώς και το προσωπικό που είναι αποσπασμένο από άλλους φορείς και το οποίο μπορεί να μεταβάλλεται.

Στους οργανισμούς των Κέντρων Υγείας περιλαμβάνονται 2.967 οργανικές θέσεις ιατρικού προσωπικού (ποσοστό κάλυψης 48,63%), οι οποίες κατανέμονται ανά Δ.Υ.ΠΕ. ως ακολούθως:

- 136 στην 1η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 5% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 64%)
- 355 στη 2η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 12% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 49% για τα Κέντρα Υγείας και συνολικά 64%, προσμετρώντας και τις θέσεις υπηρετούντων γενικών ιατρών ή ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου)
- 313 στην 3η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 10,5% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 62% για τα Κέντρα Υγείας και συνολικά 12%, προσμετρώντας και τις θέσεις υπηρετούντων γενικών ιατρών ή ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου)
- 550 στην 4η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 18,5% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 51% για τα Κέντρα Υγείας και συνολικά 74%, προσμετρώντας και τις θέσεις υπηρετούντων γενικών ιατρών ή ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου)
- 589 στην 5η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 20% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 38% για τα Κέντρα Υγείας και συνολικά 60%, προσμετρώντας και τις θέσεις υπηρετούντων γενικών ιατρών ή ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου)
- 839 στην 6η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 28% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 48% για τα Κέντρα Υγείας και συνολικά 87%, προσμετρώντας και τις θέσεις υπηρετούντων γενικών ιατρών ή ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου)
- 185 στην 7η Δ.Υ.ΠΕ. ή το 6% των θέσεων (ποσοστό κάλυψης 43% για τα Κέντρα Υγείας και συνολικά 55%, προσμετρώντας και τις θέσεις υπηρετούντων γενικών ιατρών ή ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου)

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

Κάλυψη οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά Δ.Υ.Π.Ε.

Δ.Υ.Π.Ε.	ΟΡΓ.ΘΕΣ./ΚΥ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ/ΚΥ	% ΚΑΛΥΨΗ	ΟΡΓ.Θ. ΚΥ/ΠΙ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΥΠ.ΥΠΗΡ. ΥΠΑΙΘΡΟΥ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΚΥ/ΠΙ ΓΕΝ. & ΥΠ.ΥΠΗΡ. ΥΠΑΙΘΡΟΥ	
1 ^η	136 (5%)	87 (6%)	64%	-	-	(
2 ^η	355 (12%)	175 (12%)	49%	204 (16%)	182 (11%)	(
3 ^η	313 (10,5%)	194 (13%)	62%	61 (5%)	187 (11%)	:
4 ^η	550 (18,5%)	280 (19%)	51%	315 (25%)	361 (22%)	'
5 ^η	589 (20%)	222 (15%)	38%	533 (43%)	454 (28%)	(

6 ^η	839 (28%)	406 (28%)	48%	73 (6%)	386 (24%)	:
7 ^η	185 (6%)	79 (5,5%)	43%	66 (5%)	60 (4%)	:
Συν.	2967	1443	48,63	1252	1630	'

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

Κατανομή πληθυσμού, δομών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά

Δ.Υ.ΠΕ. (Στοιχεία Απογραφής Πληθυσμού, ΕΣΥΕ, 2001)

Δ.Υ.ΠΕ.	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΟΜΕΣ ΠΦΥ ΕΣΥ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ/ΔΟΜΗ ΠΦΥ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΔΟΜΗ ΠΦΥ
1 ^η	3.068.694 (28%)	17 (1%)	87 (2,83%)	179 (8%)
2 ^η	1.359.244 (12,4%)	207 (11%)	357 (11,62%)	271 (11%)
3 ^η	1.972.123 (18%)	198 (11%)	381 (12,4%)	294 (12%)
4 ^η	811.983 (7,4%)	277 (15%)	641 (20,86%)	502 (21%)
5 ^η	1.359.217 (12,4%)	352 (20%)	676 (22%)	450 (19%)
6 ^η	1.791.628 (16,3%)	600 (33%)	792 (25,77%)	550 (23%)
7 ^η	601.131 (5,5%)	150 (8%)	139 (4,52%)	129 (5%)
ΣΥΝ.	10.964.020	1.801	3.073	2.375

Από την ανάλυση των στοιχείων αυτών, και λαμβάνοντας υπόψη τα πληθυσμιακά δεδομένα της απογραφής του 2001 ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, προκύπτει ότι στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου κατοικεί ο περισσότερος πληθυσμός, συγκεντρώνονται συγκριτικά οι λιγότερες μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη κατανομή στην περιφέρεια. Έτσι, η 1η Δ.Υ.ΠΕ., η οποία συγκεντρώνει το 28% του πληθυσμού, έχει αναλογικά τις λιγότερες δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ (1%), καθώς και το λιγότερο ιατρικό (2.83%) και νοσηλευτικό (8%) προσωπικό, με τις περισσότερες δομές να συγκεντρώνονται στην 6η Δ.Υ.ΠΕ. (33%) και στην 5η Δ.Υ.ΠΕ. (20%). Αντίστοιχη, κατ' αναλογία, είναι η κατανομή του ιατρικού (26% στην 6η Δ.Υ.Πε.) και του νοσηλευτικού (23% στην 6η Δ.Υ.Πε.) προσωπικού.

Ο μέσος μηνιαίος αριθμός επισκέψεων ανά ιατρό προσδιορίζεται αν λάβουμε υπόψη τα λειτουργικά στοιχεία των Κέντρων Υγείας και με βάση τους υπηρετούντες κλινικούς ιατρούς. Το παραγόμενο έργο για τα πέντε πρώτα σε κίνηση ανά Δ.Υ.ΠΕ., είναι το εξής :

- 1η Δ.Υ.ΠΕ.: Μαρκόπουλου (306), Βύρωνα (664), Καπανδριτίου (264), Ν. Μάκρης (465), Λαυρίου (410)
- 2η Δ.Υ.ΠΕ.: Πάρου (505), Πυργίου (3.723), Μυκόνου (828), Θήρας (418), Καρλοβασίου (273)
- 3η Δ.Υ.ΠΕ.: Διαβατών (405), Λαγκαδά (204), Πύργου (Χαλάστρας) (248), Αλεξάνδρειας (129), Αριδαίας (178)
- 4η Δ.Υ.ΠΕ.: Ορεστιάδας (879), Θέρμης (383), Μουδανιών (600), Χρυσούπολης (255), Ν. Μαδυτού (283)
- 5η Δ.Υ.ΠΕ.: Ελασσόνας (230), Ψαχνών (166), Αλμυρού (255), Αλιβερίου (164), Φαρκαδόνας (314)
- 6η Δ.Υ.ΠΕ.: Θέρμου (1.143), Αιτωλικού (1.154), Μεσσήνης (577), Χαλανδρίτσας (337), Ηγουμενίτσας (527)
- 7η Δ.Υ.ΠΕ.: Μοιρών (491), Καστελίου (368), Αρκαλοχωρίου (472), Χάρακα (392), Περάματος (296)

Τα στοιχεία αυτά αφορούν εξετασθέντες ανά ιατρό Π.Φ.Υ./γενικό ιατρό ή παθολόγο, εξετασθέντες ανά συνολικό αριθμό ιατρικού προσωπικού, εξετασθέντες ανά νοσηλευτή καθώς και αριθμό εξετάσεων ανά εργαστηριακό ιατρό. Οι αποκλίσεις μεταξύ των Κέντρων Υγείας οφείλονται στο ότι στην καταγραφή του μέσου μηνιαίου αριθμού επισκέψεων ανά γιατρό έχουν ληφθεί υπόψη οι υπηρετούντες στα Κέντρα Υγείας και έχει εξαιρεθεί ο αριθμός των γιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου ή των ε-πιμελητών γενικής ιατρικής που κατέχουν θέσεις ΠΠΙ – ΠΙ.

4.3.3 Νοσοκομεία

Το ΕΣΥ το 2010 αποτελείται από 131 Νοσοκομεία, τα οποία με βάση τον αριθμό των ανεπτυγμένων κλινών που διαθέτουν, ταξινομούνται σε:

- 36 (27,5%) μικρά,
- 45 (34%) μικρο - μεσαία
- 21 (16%) μεγάλο - μεσαία
- 29 (22%) μεγάλα

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

Κατανομή Νοσοκομείων - ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ. και συνολικά, έτος 2010

Δ.Υ.ΠΕ	Κλίνες	0-100	101-250	251-400	>400	Σύνολο
1 ^η	9200 (26%)	4 (16%)	6 (24%)	5 (20%)	10 (40%)	25
2 ^η	6646 (19%)	6 (29%)	5 (24%)	3 (14%)	7 (33%)	21
3 ^η	4322 (12%)	2 (12%)	11 (65%)	1 (6%)	3 (18%)	17
4 ^η	4697 (13%)	2 (13%)	4 (27%)	6 (40%)	3 (20%)	15
5 ^η	2510 (7%)	6 (46%)	2 (15%)	4 (31%)	1 (8%)	13
6 ^η	5542 (16%)	12 (39%)	15 (48%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)	31
7 ^η	2242 (6%)	4 (44%)	2 (22%)	-	3 (33%)	9
Σύνολο	35159 (100%)	36 (27,5%)	45 (34%)	21 (16%)	29 (22%)	131 (100%)

Τα περισσότερα μεγάλα Νοσοκομεία βρίσκονται στην 1η Δ.Υ.ΠΕ. (10/29, 34.5%), ενώ η 6η Δ.Υ.ΠΕ. παρόλο που διαθέτει τα περισσότερα Νοσοκομεία στο σύνολο της χώρας (31

Νοσοκομεία έναντι των 25 της 1ης Δ.Υ.ΠΕ.), έχει μόλις 2 μεγάλα Νοσοκομεία (2/29, 7%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

Ιατρικό προσωπικό ανά Δ.Υ.ΠΕ., έτος 2010

Πηγή Δεδομένων: Δ.Υ.ΠΕ (09/2010), Το Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας έχει υπολογιστεί στη 2η Δ.Υ.ΠΕ., στην οποία ανήκει από το Β' εξάμηνο του 2010.

Δ.Υ.ΠΕ	Συντ. Δ/ντες	Δ/ντες	Επιμελητές	Επικουρικοί	Ειδικευόμενοι	Αγροτικοί	Παν/κοί	Σύνολο
1 ^η	417	1185	1253	390	3453	0	245	6943
2 ^η	240	576	795	196	1439	177	134	3557
3 ^η	154	422	677	94	1110	182	141	2780
4 ^η	218	470	876	167	1440	162	320	3653
5 ^η	112	365	657	122	636	424	0	2316
6 ^η	218	608	1121	241	1291	552	224	4255
7η	103	226	519	108	605	91	79	1731
Σύν.	1462	3852	5898	1318	9974	1588	1143	25235

Σημείωση: Αναφορικά με τον αριθμό των αγροτικών ιατρών που συμπεριλαμβάνονται στο ιατρικό προσωπικό των Νοσοκομείων, πρόκειται για τους ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου που ασκούνται επί 3μηνο στα Νοσοκομεία πριν την τοποθέτησή τους στα Π.Ι., καθώς και για εκείνους που υπηρετούν σε θέσεις Γ.Ν. - Κ.Υ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

Νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομειακό τομέα του ΕΣΥ, έτος 2010

Πηγή Δεδομένων: Διεύθυνση Νομικών Προσώπων ΥΥΚΑ (09/2010)

Δ.Υ.ΠΕ	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
1 ^η	14849	9145	3975
2 ^η	9332	5986	2815
3 ^η	4653	4157	731
4 ^η	7243	5255	1181
5 ^η	4446	3181	939
6 ^η	8630	6359	1474
7 ^η	3676	2478	889

Σύνολο	52829	36561	12004
--------	-------	-------	-------

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

Λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομειακό τομέα του ΕΣΥ, έτος 2010

Πηγή Δεδομένων: Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α. (03/2010)

Δ.Υ.ΠΕ	Διοικητικό	Επιστημονικό μη Ιατρικό	Τεχνικό	Παραϊατρικό	Σύνολο
1 ^η	4339	554	1019	2014	7926
2 ^η	2448	544	801	849	4642
3 ^η	1554	194	449	666	2863
4 ^η	1898	153	497	997	3545
5 ^η	1306	168	377	462	2313
6 ^η	2763	217	807	1012	4799
7 ^η	1038	87	274	426	1825
Σύνολο	15346	1917	4224	6426	27913

Ειδικότερα, ο αριθμός:

- των ιατρών που υπηρετούν στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι 25.235 (Ειδικευμένοι: 12.530, Ειδικευόμενοι: 9.974, Πανεπιστημιακοί: 1.143, Αγροτικοί: 1.588),
- του νοσηλευτικού προσωπικού είναι 36.561,
- των λοιπών εργαζομένων, που ανήκουν στο λοιπό προσωπικό, είναι 27.913, εκ των οποίων οι περισσότεροι είναι υπάλληλοι της Διοικητικής Υπηρεσίας (Διοικητικοί κ.λπ.: 15.346, επιστημονικό μη ιατρικό: 1.917, τεχνικό: 4.224, παραϊατρικό: 6.426).

4.4 Αποτελέσματα της μελέτης των Πόλλυος και συν, 2011

4.4.1 Σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του ΕΣΥ

Το 2010 παρατηρήθηκε μια συνολική αύξηση της προσέλευσης ασθενών στις μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ (ΚΥ/ΠΠΠ/ΠΠ) της τάξεως του 4% συγκριτικά με το 2009. Η μεγαλύτερη

αύξηση παρατηρήθηκε στα Κέντρα Υγείας της 1ης Δ.Υ.ΠΕ. (61%), γεγονός που επιβεβαιώνει εμπειρικά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία το «κόστος χρόνου» που καλείται να καταβάλει ο ασφαλισμένος, ιδιαίτερα του ΙΚΑ (ραντεβού με τους ιατρούς του Ιδρύματος και μετά από 35 ημέρες για συγκεκριμένες ειδικότητες), προκειμένου να εξυπηρετηθεί, τον οδηγεί στην αναζήτηση υπηρεσιών από μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών στην νησιωτική Ελλάδα (Κρήτη κατά 40%, νησιά Αιγαίου κατά 13%). Αντίθετα, παρατηρήθηκε μια συνολική μείωση του αριθμού των διενεργηθεισών εξετάσεων της τάξεως του 3%, με εξαίρεση την 1η Δ.Υ.ΠΕ., όπου η αυξημένη προσέλευση ασθενών συνοδεύτηκε και από αντίστοιχη αύξηση στη διενέργεια εξετάσεων (58%).

Τα επιμέρους δεδομένα επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ (Τούντας και συν, 2006), σύμφωνα με τα οποία, στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, ενώ αντίθετα, στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων, τις μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ, τις μονάδες υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Μεθοδολογικά προβλήματα σχετικά με την αξιολόγηση των λειτουργικών δεδομένων των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ και την εξαγωγή σχετικών δεικτών, θα αντιμετωπιστούν με την επικείμενη ένταξή τους στις καταγραφές του ESY.net.

4.4.2 Σχετικά με Νοσοκομεία του ΕΣΥ

Το 2010 παρουσιάστηκε μια πολύ σημαντική αύξηση στον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών στα Νοσοκομεία της τάξεως του 24%, ενδεικτική της προτίμησης των πολιτών προς τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Χαρακτηριστικά αυτής της προτίμησης των πολιτών είναι, τόσο οι αυξημένες ροές προς τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, με το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» να βρίσκεται μέσα στα πέντε πρώτα, όσο και η μείωση που παρατηρήθηκε σε Νοσοκομεία της επαρχίας υπέρ μεγαλύτερων Νοσοκομείων (π.χ. μείωση 21% στο Γ.Ν. - Κ.Υ. Κύμης με αντίστοιχη αύξηση 107% στο Γ.Ν. Χαλκίδας, μείωση 32% στο Γ.Ν. - Κ.Υ. Κρέστενων και του Γ.Ν. Πύργου κατά 6% με αύξηση των ροών στο Π.Γ.Ν. Ρίου ή την μείωση κατά 8% στο Γ.Ν. - Κ.Υ. Σητείας με αντίστοιχη αύξηση 62% στο Γ.Ν. Αγίου Νικολάου). Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η μείωση κατά 12% της ετήσιας μέσης

διάρκεια νοσηλείας το 2010 σε σχέση με το 2009, γεγονός που συνηγορεί υπέρ της ταχύτερης διακίνησης και εξυπηρέτησης των ασθενών, καθώς η αύξηση της κάλυψης των κλινών (από 63% το 2009 στο 70% το 2010). Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια αύξηση της τάξεως του 4% στα χειρουργεία, με μόνο τα Νοσοκομεία της 1ης Δ.Υ.ΠΕ. να εμφανίζουν αρνητικό πρόσημο (-15%).

Στην συνολική μείωση της τάξεως του 9% στους εξωτερικούς ασθενείς (τα επιμέρους στοιχεία δείχνουν μια μείωση 5% στην προσέλευση στα ΤΕΠ, μείωση 11% στην προσέλευση στα ΤΕΙ και μια μείωση 6% στα απογευματινά ιατρεία) και ιδιαίτερα στα Νοσοκομεία της 1ης Δ.Υ.ΠΕ., πρέπει να επισημανθεί η πολύ σημαντική αύξηση σε κεντρικά Νοσοκομεία (π.χ. στο Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» κατά 52%) ή σε Νοσοκομεία της επαρχίας (π.χ. Γ.Ν. Σάμου 143%). Κατ' αντιστοιχία, παρατηρήθηκε μια μείωση της τάξεως του 11% στις διενεργηθείσες εξετάσεις.

Κατά τις χρονικές περιόδους 2009 – 2010, σχετικά με την κατανομή του προσωπικού, παρατηρούμε μια πολύ καλή εικόνα σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα για το ιατρικό προσωπικό, χωρίς αυτό να αναιρεί προβλήματα ανισοκατανομής και ιδιαίτερα στη νησιωτική Ελλάδα, ενώ σχετικά με το υγειονομικό προσωπικό, η πρόσληψη νέων νοσηλευτών είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της εικόνας. (Πολύζος Ν. και συνεργάτες, Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. και των Μονάδων του ΕΣΥ 2010 Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

Το 2012 η Ελληνική Βουλή ψήφισε και εξέδωσε το νόμο υπ' αριθ. 4052, αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας». Περιελάμβανε ρύθμιση θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας και εποπτευομένων φορέων με περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με το νόμο 4052 (Παράρτημα 4) η Επικράτεια διαιρείται σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες, τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των επτά (7) Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας, οι οποίες είναι : η 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας, η 3η Υγειονομική Περιφέρεια Ηπείρου – Δυτικής Μακεδονίας, η 4η Υγειονομική Περιφέρεια

Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου, η 5η Υγειονομική Περιφέρεια Αιγαίου, η 6η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, η 7η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας – Θράκης. Έδρα έχει την πόλη όπου εδρεύει κάθε Αποκεντρωμένη Διοίκηση και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να μεταβιβάζονται αρμοδιότητες του σχετικά με τον έλεγχο και εποπτεία των Δ.Υ.ΠΕ. στον Γενικό Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4052/2012 τα διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία του ΕΣΥ αποτελούν από τις 1/1/2013 ενιαία και αυτοτελή Ν.Π.Δ.Δ. Σε εφαρμογή των ως άνω διατάξεων, εκδόθηκαν και δημοσιεύθηκαν οι προβλεπόμενες Κ.Υ.Α. με τις οποίες ενοποιήθηκαν οι οργανισμοί των Νοσοκομείων. (Παράρτημα 5)

4.5 Μελέτη περιπτώσεων : Υφιστάμενη κατάσταση – Αποκλίσεις

Σε αυτήν την ενότητα, ενδεικτικά θα εξετάσουμε τις περιπτώσεις μεγάλων νοσοκομείων, όπως του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Αλεξάνδρα το οποίο έχει ενοποιηθεί με το Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, το οποίο έχει ενοποιηθεί με το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης, καθώς και του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας, σύμφωνα με τον Υγειονομικό Χάρτη, ένα εργαλείο βέλτιστης κατανομής και ανακατανομής των πόρων του συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, που βασίζεται σε πραγματικά δεδομένα. Σκοπός αυτού του εγχειρήματος είναι να γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης της υφιστάμενης κατάστασης για τον προσδιορισμό πιθανών αποκλίσεων από τα διεθνή πρότυπα, μέσα από τυχαία επιλογή ορισμένων νοσοκομείων και με τη χρήση στατιστικών δεικτών υγείας.

4.5.1 Γενικό Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου – Αλεξάνδρα

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα

Διεύθυνση: Βασιλίσσης Σοφίας 80

Δημοτικό Διαμέρισμά: Αθηναίων

Δήμος: Αθηναίων

Νομός: Αττικής

Διοικητική Περιφέρεια: Περιφέρεια Πρωτεύουσας

Υγειονομική Περιφέρεια: 1^η Αττικής

Ημερομηνία Σύστασης: 21/06/1955

Ημερομηνία Λειτουργίας: 21/06/1955

ΦΕΚ Σύστασης: ΦΕΚ 157 Α' /21.06.1955

Τροποποιήσεις ΦΕΚ: ΦΕΚ: 898 Β/22.12.1986 , ΦΕΚ: 481 Β/14.07.1988, ΦΕΚ:308 Β/23.03.2001, ΦΕΚ 911 Β/04.07.2003, ΦΕΚ 430 Β /07.04.2006 , ΦΕΚ 2260 Β/27.11.2007

Κλινικές/Τμήματα/Εργαστήρια: 21

- | | | |
|---|---|--|
| ➤ Αιματολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
Αιμοδοσία | ➤ Ενδοκρινολογικό
Τμήμα | ➤ ΜΕΘ
➤ Μονάδα Τεχνητού
Νεφρού |
| ➤ Ακτινοδιαγνωστικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Θεραπευτική
Πανεπιστημιακή | ➤ Νεογνολογική
Κλινική |
| ➤ Ακτινοθεραπευτικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Κυτταρολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Ογκολογικό Τμήμα |
| ➤ Αναισθησιολογικό
Τμήμα | ➤ Μαιευτική
Γυναικολογική
Κλινική | ➤ Οδοντιατρικό Τμήμα |
| ➤ Ανοσοβιολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Μαιευτική
Γυναικολογική | ➤ Παθολογική Κλινική |
| ➤ Γαστρεντερολογικό
Τμήμα | ➤ Πανεπιστημιακή
Κλινική | ➤ Παθολογική Κλινική |
| ➤ Γενετικής
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Μικροβιολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Πυρηνικής Ιατρικής
Εργαστηριακό Τμήμα |

Ιατρικό Προσωπικό: 345

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| ➤ Ακτινοδιαγνώστης: 20 | ➤ Κυτταρολόγος: 12 | ➤ Οδοντίατρος: 2 |
| ➤ Ακτινοθεραπευτής
Ογκολόγος: 13 | ➤ Μαιευτήρας
Γυναικολόγος: 97 | ➤ Ουρολόγος: 1 |
| ➤ Αναισθησιολόγος: 12 | ➤ Μικροβιολόγος
(Ιατρική | ➤ Παθολογοανατόμος: 6 |
| ➤ Γαστρεντερολόγος: 6 | Βιοπαθολογίας): 39 | ➤ Παθολόγος: 64 |
| ➤ Ενδοκρινολόγος: 20 | ➤ Νεφρολόγος: 1 | ➤ Παθολόγος Ογκολόγος: 8 |
| ➤ Καρδιολόγος: 20 | | ➤ Παιδίατρος: 11 |
| | | ➤ Πυρηνικής Ιατρικής: 13 |

Νοσηλευτικό Προσωπικό: 278

Διοικητικό Προσωπικό: 85

Τεχνικό προσωπικό: 95

Επαγγελματίες Υγείας: 326

Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου

Διεύθυνση : Πλατεία Έλενας Βενιζέλου 2

Δημοτικό Διαμέρισμα: Αθηναίων

Δήμος: Αθηναίων

Νομός: Αττικής

Διοικητική Περιφέρεια: Περιφέρεια Πρωτευούσης

Υγειονομική Περιφέρεια: 1^η Αττικής

Ημερομηνία Σύστασης: 31/05/1985

Ημερομηνία Λειτουργίας: 31/05/1985

ΦΕΚ Σύστασης: ΦΕΚ 115/31.5.1985

Τροποποιήσεις ΦΕΚ: ΦΕΚ 208/23.3.1995, ΦΕΚ 299/21.3.2001, ΦΕΚ 34/29.1.2004, ΦΕΚ 577/22.8.1988, ΦΕΚ1852/14.12.2004

Κλινικές/Τμήματα/Εργαστήρια: 27

- | | | |
|----------------|-------------|----------------------|
| ➤ Αιματολογικό | ➤ Μαιευτική | ➤ Οδοντιατρικό Τμήμα |
|----------------|-------------|----------------------|

Εργαστηριακό Τμήμα	Γυναικολογική	➤ Παθολογική
➤ Αιμοδοσία	Κλινική Β	Ογκολογική Κλινική
➤ Ακτινοδιαγνωστικό	➤ Μαιευτική	➤ Παθολογοανατομικό
Εργαστηριακό Τμήμα	Γυναικολογική	Εργαστηριακό Τμήμα
➤ Αναισθησιολογικό	Κλινική Γ	➤ Παιδιατρικό Εξωτερικό
Τμήμα	➤ Μαιευτική	Ιατρείο
➤ Ανοσοβιολογικό	Γυναικολογική	➤ Παιδοχειρουργική
Εργαστηριακό Τμήμα	Κλινική Δ	Κλινική
➤ Γαστρεντερολογική	➤ Μαιευτική	➤ Περιγεννητικής
Κλινική	Γυναικολογική	Παθολογοανατομίας
➤ Ενδοκρινολογική	Κλινική Ε	Κλινική
Κλινική	➤ Μαιευτική –	➤ Χειρουργική Κλινική Α
➤ Καρδιολογική Κλινική	Γυναικολογική	➤ Χειρουργική Κλινική Α,
➤ Κυτταρολογικό	Κλινική ΣΤ	Β
Εργαστηριακό Τμήμα		➤ Χειρουργική Κλινική Β
➤ Μαιευτική	➤ Μικροβιολογικό –	
Γυναικολογική	Βιοχημικό	
Κλινική Α	Εργαστηριακό	
➤ Μαιευτική	Τμήμα	
Γυναικολογική	➤ Νεογνολογική	
Κλινική Α- ΣΤ	Κλινική	

Ιατρικό Προσωπικό: 168

➤ Αιματολόγος: 3	➤ Καρδιολόγος: 3	➤ Οδοντίατρος: 2
➤ Ακτινοδιαγνώστης: 3	➤ Κυτταρολόγος: 5	➤ Παθολογοανατόμος: 5
➤ Αναισθησιολόγος: 10	➤ Μαιευτήρας	➤ Παιδίατρος: 11
➤ Γαστρεντερολόγος: 3	Γυναικολόγος: 85	➤ Παιδοχειρουργός: 3
➤ Ενδοκρινολόγος: 7	➤ Μικροβιολόγος	➤ Χειρουργός: 9
	(Ιατρική	
	Βιοπαθολογίας): 14	

Νοσηλευτικό Προσωπικό: 190

Διοικητικό Προσωπικό: 95

Τεχνικό προσωπικό: 74

Επαγγελματίες Υγείας: 277

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα ενοποιημένα πλέον νοσοκομεία «Αλεξάνδρα» και «Ελενα Βενιζέλου» διαθέτουν 897 κλίνες. Διαθέτουν 513 άτομα ιατρικό προσωπικό, 468 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό, 180 άτομα διοικητικό προσωπικό, 169 τεχνικό προσωπικό και 603 επαγγελματίες υγείας.

Χρησιμοποιώντας τους στατιστικούς δείκτες: Δείκτες Υπηρεσιών Υγείας – Ανθρώπινοι Πόροι μπορούμε, βασιζόμενοι στα στοιχεία που συλλέξαμε από τον Υγειονομικό Χάρτη, να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα.

✚ Ιατροί ανά Κλίνη:

$$\text{Ιατροί/Κλίνες} = 513/897 = 0,57$$

Συνεπώς, σε κάθε ιατρό αντιστοιχούν 2 ασθενείς. Η αναλογία αυτή θεωρείται πολύ καλή.

✚ Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Κλίνη:

$$\text{Νοσηλευτικό προσωπικό/Κλίνες} = 468/897 = 0,52$$

Συνεπώς, σε κάθε νοσηλευτή αντιστοιχούν 2 ασθενείς. Θεωρείται μια από τις πιο καλές αναλογίες για τη ποιοτική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

✚ Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρό:

$$\text{Νοσηλευτικό προσωπικό/Ιατροί} = 468/513 = 0,9$$

Συνεπώς, σε 10 ιατρούς αντιστοιχούν 9 νοσηλευτές. Η αναλογία θεωρείται εξαιρετική καθώς η αριθμητική επάρκεια και η καλή συνεργασία μεταξύ των δύο αυτών ομάδων προάγει τη παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας

✚ Ιατροί, % του Προσωπικού:

$$\text{Ιατροί} * 100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 513 * 100/1933 = 26,5$$

Το Ιατρικό προσωπικό αποτελεί το 26,5% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Νοσηλευτικό προσωπικό, % του Προσωπικού:

$$\text{Νοσηλευτικό προσωπικό} * 100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 468 * 100/1933 = 24,21$$

Το Νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 24,21% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Επαγγελματίες Υγείας, % του Προσωπικού:

Επαγγελματίες Υγείας*100/Σύνολο προσωπικού = $603*100/1933=31,19$

Οι Επαγγελματίες Υγείας αποτελούν το 31,19% του συνόλου του προσωπικού. Παρατηρούμε ότι το ποσοστό Επαγγελματιών Υγείας επί του συνόλου του προσωπικού ξεπερνά το ποσοστό του ιατρικού προσωπικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

✚ Διοικητικό – Οικονομικό Προσωπικό, % του Προσωπικού:

Διοικητικό – Οικονομικό προσωπικό*100/Σύνολο προσωπικού = $180*100/1933=9,3$

Το Διοικητικό – Οικονομικό προσωπικό αποτελεί το 9,3% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Τεχνικό – Ξενοδοχειακό Προσωπικό, % του Προσωπικού:

Τεχνικό – Ξενοδοχειακό προσωπικό*100/Σύνολο προσωπικού = $169*100/1933=8,7$

Το Τεχνικό – Ξενοδοχειακό προσωπικό αποτελεί το 8,7% του συνόλου του προσωπικού.

Τα νοσοκομεία «Αλεξάνδρα» και «Ελενα Βενιζέλου» σε γενικές γραμμές θεωρούνται επαρκώς στελεχωμένα ως προς όλες τις Υπηρεσίες. Δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε αν υπάρχουν επιμέρους ελλείψεις σε υποειδικότητες καθότι δεν έχουμε αναλυτικότερα στοιχεία για το προσωπικό (π.χ. ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ κ.α.) από τον Υγειονομικό Χάρτη. Επίσης, παρόλο που τα νοσοκομεία αυτά είναι επαρκώς στελεχωμένα, δεν γνωρίζουμε αν στα νοσοκομεία αυτά γίνεται σωστή ή άνιση κατανομή του προσωπικού. Κάτι τέτοιο χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

4.5.2 Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο (Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και Ν. Αφροδίσια & Δερματικών Νόσων)

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Διεύθυνση: Κωνσταντινουπόλεως 49

Δημοτικό Διαμέρισμα: Θεσσαλονίκης

Δήμος: Θεσσαλονίκης

Νομός: Θεσσαλονίκης

Διοικητική Περιφέρεια: Κεντρική Μακεδονία

Υγειονομική Περιφέρεια: 4^η Μακεδονίας – Θράκης

Ημερομηνία Σύστασης: 24/02/1983

Ημερομηνία Λειτουργίας: 24/02/1983

ΦΕΚ Σύστασης: Π.Δ. 67/24.02.1983

Τροποποιήσεις ΦΕΚ: ΦΕΚ 642/30.09.1986, ΦΕΚ 926/29.01.1989, ΦΕΚ 901/19.12.1989, ΦΕΚ 876/20.12.1995, ΦΕΚ 954/24.10.1997, ΦΕΚ 138/11.02.2003, ΦΕΚ 1950/30.12.2003

Κλινικές/Τμήματα/Εργαστήρια: 51

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

- Αιματολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Αιμοδοσία
- Ακτινοδιαγνωστικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Ακτινοδιαγνωστικό
Εργαστηριακό Τμήμα Β
- Ακτινολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Ακτινολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα Β
- Αναισθησιολογικό
Τμήμα
- Αναισθησιολογικό
Τμήμα Β
- Αναισθησιολογικό
Τμήμα Γ
- Ανοσολογικής
Ιστοσυμβατότητας
Εργαστηριακό Τμήμα
- Ενδοκρινολογική
Κλινική
- Καρδιολογική Κλινική
Β
- Κέντρο Οικογενειακού
Προγραμματισμού
- Κυτταρολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Μαιευτική Γυν/κή
Κλινική Β
- Μαιευτική
Γυναικολογική Κλινική
Γ
- Μαιευτική
Γυναικολογική Κλινική
Δ
- Μικροβιολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Μικροβιολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
Β
- Μονάδα Εντατικής
Θεραπείας
- Μονάδα Εντατικής
Θεραπείας Ενηλίκων
- Μονάδα Εντατικής
Θεραπείας Νεογνών
- Μονάδα Εντατικής
Θεραπείας Παιδών
- Μονάδα Τεχνητού
Νεφρού
- Νεογνολογικό Τμήμα
- Νεογνολογικό Τμήμα
Πανεπιστημιακό
- Νευρολογική Κλινική
- Νευροχειρουργική
Κλινική
- Νεφρολογική Κλινική
- Οδοντιατρικό Τμήμα
- Ορθοπαιδική Κλινική
- Οφθαλμολογική Κλινική
- Παθολογική Κλινική Α
- Παθολογική Κλινική Β
- Παθολογική Κλινική Δ
- Παθολογική Προπαιδευτική
Β
- Παθολογοανατομικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Παιδιατρική Κλινική
- Παιδιατρική Κλινική Γ
- Παιδιατρική Ογκολογική
Κλινική
- Παιδοχειρουργική Κλινική
- Παιδοψυχιατρική Κλινική
- Πυρηνικής Ιατρικής
Εργαστηριακό Τμήμα
- Σύνολο Νοσοκομείου
- Τμήμα Επειγόντων
Περιστατικών
- Χειρουργική Κλινική
- Χειρουργική Κλινική Ε
- Χειρουργική Κλινική
Μεταμοσχεύσεων
- Χειρουργική Προπαιδευτική
Κλινική Β
- Ψυχιατρική Κλινική
- Ωτορινολαρυγγολογική
Κλινική

Ιατρικό Προσωπικό: 634

- Αγγειοχειρουργός: 3
- Αιματολόγος: 7
- Ακτινοδιαγνώστης : 35
- Αλλεργιολόγος: 1
- Καρδιολόγος: 23
- Κυτταρολόγος: 5
- Μαιευτήρας-
Γυναικολόγος: 43
- Οφθαλμίατρος: 19
- Παθολογοανατόμος: 8
- Παθολόγος: 81
- Παιδίατρος: 84

- | | | |
|------------------------|-----------------------|---------------------------|
| ➤ Αναισθησιολόγος: 48 | ➤ Μικροβιολόγος | ➤ Παιδοχειρουργός: 18 |
| ➤ Γαστρεντερολόγος: 11 | (Ιατρική | ➤ Παιδοψυχίατρος: 12 |
| ➤ Γενικός Ιατρός: 23 | Βιοπαθολογίας): 37 | ➤ Πλαστικός Χειρουργός: 1 |
| ➤ Γναθοπροσωπικός και | ➤ Νευρολόγος: 13 | ➤ Πυρηνικής Ιατρικής: 9 |
| Στοματικός | ➤ Νευροχειρουργός: 10 | ➤ Ρευματολόγος: 1 |
| Χειρουργός: 1 | ➤ Νεφρολόγος: 18 | ➤ Χειρουργός: 54 |
| ➤ Ενδοκρινολόγος: 13 | ➤ Οδοντίατρος: 4 | ➤ Ψυχίατρος: 4 |
| ➤ Εξειδικευμένος | ➤ Ορθοπαιδικός: 16 | ➤ Ωτορινολαρυγγολόγος: 9 |
| Εντατικολογίας: 7 | ➤ Ουρολόγος: 16 | |

Νοσηλευτικό Προσωπικό: 749

Διοικητικό Προσωπικό: 122

Τεχνικό προσωπικό: 226

Επαγγελματίες Υγείας: 421

Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης

Διεύθυνση: Δελφών 124

Δημοτικό Διαμέρισμα: Θεσσαλονίκης

Δήμος: Θεσσαλονίκης

Νομός: Θεσσαλονίκης

Διοικητική Περιφέρεια: Κεντρική Μακεδονία

Υγειονομική Περιφέρεια: 4^η Μακεδονίας – Θράκης

Ημερομηνία Σύστασης: 01/01/1917

Ημερομηνία Λειτουργίας: 20/03/1917

ΦΕΚ Σύστασης: ΦΕΚ 60/1917

Τροποποιήσεις ΦΕΚ: ΦΕΚ 56/59, ΦΕΚ 284/75, ΦΕΚ 125B/84, ΦΕΚ 382B/84, ΦΕΚ 142B/86, ΦΕΚ 780B/86

Κλινικές/Τμήματα/Εργαστήρια: 2

- Δερματολογική Κλινική
- Σύνολο Νοσοκομείου

Ιατρικό Προσωπικό: 41

- Ακτινοδιαγνώστης : 1
- Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος: 34
- Μικροβιολόγος (Ιατρική Βιοπαθολογίας): 5
- Παθολόγος: 1

Νοσηλευτικό Προσωπικό: 36

Διοικητικό Προσωπικό: 13

Τεχνικό προσωπικό: 13

Επαγγελματίες Υγείας: 12

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα ενοποιημένα πλέον νοσοκομεία «Ιπποκράτειο» και «Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων» Θεσσαλονίκης διαθέτουν 800 κλίνες. Διαθέτουν 675 άτομα ιατρικό προσωπικό, 785 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό, 135 άτομα διοικητικό προσωπικό, 239 τεχνικό προσωπικό και 433 επαγγελματίες υγείας.

Χρησιμοποιώντας τους στατιστικούς δείκτες: Δείκτες Υπηρεσιών Υγείας – Ανθρώπινοι Πόροι μπορούμε, βασιζόμενοι στα στοιχεία που συλλέξαμε από τον Υγειονομικό Χάρτη, να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα.

✚ Ιατροί ανά Κλίνη:

$$\text{Ιατροί/Κλίνες} = 675/800 = 0,84$$

Συνεπώς, ανά 2 περίπου ιατρούς αντιστοιχούν 3 ασθενείς. Η αναλογία αυτή θεωρείται πολύ καλή.

✚ Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Κλίνη:

$$\text{Νοσηλευτικό προσωπικό/Κλίνες} = 785/800 = 0,98$$

Συνεπώς, σε κάθε νοσηλευτή αντιστοιχεί 1 ασθενής. Η αναλογία αυτή είναι άριστη και προάγει την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτή η αναλογία 1:1 επιδιώκεται στις ΜΕΘ και τις ΜΕΝΝ.

✚ Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρό:

$$\text{Νοσηλευτικό προσωπικό/Ιατροί} = 785/675 = 1,16$$

Συνεπώς, σε κάθε ιατρό αντιστοιχεί 1 τουλάχιστον νοσηλευτής. Αναλογία εξίσου πολύ καλή.

✚ Ιατροί, % του Προσωπικού:

$$\text{Ιατροί} * 100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 675*100/2267=29,7$$

Το Ιατρικό προσωπικό αποτελεί το 29,7% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Νοσηλευτικό προσωπικό, % του Προσωπικού:

$$\text{Νοσηλευτικό προσωπικό}*100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 785*100/2267=34,62$$

Το Νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 34,62% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Επαγγελματίες Υγείας, % του Προσωπικού:

$$\text{Επαγγελματίες Υγείας}*100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 433*100/2267=19,1$$

Οι Επαγγελματίες Υγείας αποτελούν το 19,1% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Διοικητικό – Οικονομικό Προσωπικό, % του Προσωπικού:

$$\text{Διοικητικό – Οικονομικό προσωπικό}*100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 135*100/2267=5,95$$

Το Διοικητικό – Οικονομικό προσωπικό αποτελεί το 5,95% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Τεχνικό – Ξενοδοχειακό Προσωπικό, % του Προσωπικού:

$$\text{Τεχνικό – Ξενοδοχειακό προσωπικό}*100/\text{Σύνολο προσωπικού} = 239*100/2267=10,54$$

Το Τεχνικό – Ξενοδοχειακό προσωπικό αποτελεί το 10,54% του συνόλου του προσωπικού.

Τα νοσοκομεία «Ιπποκράτειο» και «Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων» Θεσσαλονίκης σε γενικές γραμμές θεωρούνται επαρκώς στελεχωμένα ως προς όλες τις Υπηρεσίες. Δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε αν υπάρχουν επιμέρους ελλείψεις σε

υποειδικότητες καθότι δεν έχουμε αναλυτικότερα στοιχεία για το προσωπικό (π.χ. ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ κ.α.) από τον Υγειονομικό Χάρτη. Επίσης, παρόλο που τα νοσοκομεία αυτά είναι επαρκώς στελεχωμένα, δεν γνωρίζουμε αν στα νοσοκομεία αυτά γίνεται σωστή ή άνιση κατανομή του προσωπικού. Κάτι τέτοιο χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

4.5.3 Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας

Διεύθυνση: Αριστοτέλη Βαλαωρίτη 24

Δημοτικό Διαμέρισμα: Λευκάδος

Νομός: Λευκάδος

Διοικητική Περιφέρεια: Ιόνιοι Νήσοι

Υγειονομική Περιφέρεια: 6^η Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων – Δυτικής Ελλάδας – Ηπείρου

Ημερομηνία Σύστασης: 18/09/1953

Ημερομηνία Λειτουργίας: 20/01/1956

ΦΕΚ Σύστασης: ΦΕΚ 50/21.03.1954 (Β.Δ. 18.1.1954)

Τροποποιήσεις ΦΕΚ: ΦΕΚ 12 Α (Β.Δ 64/1960), ΦΕΚ 86 Α (Β.Δ. 329/1963)ΦΕΚ222 Α (Π.Δ. 685/1975) και ΦΕΚ 100 Α/1978 (Π.Δ. 480/1978)ΦΕΚ 382 Β / 13.6.84,ΦΕΚ 814 Β/25.11.86, ΦΕΚ 335 Β /15.5.86,ΦΕΚ 391 Β/25.5.89,ΦΕΚ405 Β /26.5. 89,ΦΕΚ 116 Β/1.3.90,ΦΕΚ 1060 Β /31.12.91,ΦΕΚ 969 Β /24.11.95, ΦΕΚ 1022 Β/20.11.97, ΦΕΚ 553 Β / 7.7.97, ΦΕΚ 147 Γ /6. 8. 98, ΦΕΚ 410 Β/5.5. 98,ΦΕΚ 301 Β/10.3.2000, ΦΕΚ 1383 Β/10.11.2000,ΦΕΚ 1001 Β/26.7.2006,ΦΕΚ 934 Β/21.5.2008 και ΦΕΚ 671 Β/16.4.2008

Κλινικές/Τμήματα/Εργαστήρια: 17

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| ➤ Αιματολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Μαιευτική
Γυναικολογική
Κλινική | – | ➤ Ουρολογικό
Εξωτερικό Ιατρείο |
| ➤ Ακτινολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα | ➤ Μικροβιολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα | | ➤ Οφθαλμολογικό
Εξωτερικό Ιατρείο |
| ➤ Αναισθησιολογικό
Τμήμα | ➤ Μονάδα Τεχνητού
Νεφρού | | ➤ Παθολογική Κλινική |
| ➤ Καρδιολογική
Κλινική | ➤ Οδοντιατρικό Τμήμα | | ➤ Παιδιατρική Κλινική |
| | | | ➤ Χειρουργική Κλινική |
| | | | ➤ Ψυχιατρικό Τμήμα |

- Κυτταρολογικό
Εργαστηριακό Τμήμα
- Ορθοπαιδική Κλινική
- Ωτορινολαρυγγολογικό
Εξωτερικό Ιατρείο

Ιατρικό Προσωπικό: 53

- Αιματολόγος: 1
- Μικροβιολόγος
(Ιατρική
Βιοπαθολογίας): 3
- Οφθαλμίατρος: 1
- Ακτινοδιαγνώστης: 4
- Νευρολόγος: 1
- Παθολόγος: 11
- Αναισθησιολόγος: 2
- Νεφρολόγος :2
- Παιδίατρος: 6
- Καρδιολόγος: 2
- Οδοντίατρος: 1
- Πνευμονολόγος
Φυματιολόγος :1
- Κυτταρολόγος: 1
- Ορθοπαιδικός: 3
- Χειρουργός: 9
- Μαιευτήρας –
Γυναικολόγος: 4
- Ωτορινολαρυγγολόγος:
1

Νοσηλευτικό Προσωπικό: 95

Διοικητικό Προσωπικό: 25

Τεχνικό προσωπικό: 14

Επαγγελματίες Υγείας: 38

Σύμφωνα με τα στοιχεία, το Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας διαθέτει 120 κλίνες. Διαθέτουν 53 άτομα ιατρικό προσωπικό, 95 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό, 25 άτομα διοικητικό προσωπικό, 14 τεχνικό προσωπικό και 38 επαγγελματίες υγείας.

Χρησιμοποιώντας τους στατιστικούς δείκτες: Δείκτες Υπηρεσιών Υγείας – Ανθρώπινοι Πόροι μπορούμε, βασιζόμενοι στα στοιχεία που συλλέξαμε από τον Υγειονομικό Χάρτη, να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα.

✚ Ιατροί ανά Κλίνη:

$$\text{Ιατροί/Κλίνες} = 53/120 = 0,44$$

Συνεπώς, σε κάθε ιατρό αντιστοιχούν 2 ασθενείς. Η αναλογία αυτή θεωρείται πολύ καλή.

✚ Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Κλίνη:

Νοσηλευτικό προσωπικό/Κλίνες = $95/120 = 0,79$

Συνεπώς, σε καθένα νοσηλευτή αντιστοιχούν περίπου 2 ασθενείς. Η αναλογία αυτή θεωρείται πολύ καλή.

✚ Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρό:

Νοσηλευτικό προσωπικό/Ιατροί = $95/53 = 1,79$

Συνεπώς, σε κάθε ιατρό αντιστοιχούν 2 περίπου νοσηλευτές. Η αναλογία αυτή θεωρείται άριστη και προάγει την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

✚ Ιατροί, % του Προσωπικού:

Ιατροί * 100/Σύνολο προσωπικού = $53*100/225=23,55$

Το Ιατρικό προσωπικό αποτελεί το 23,55% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Νοσηλευτικό προσωπικό, % του Προσωπικού:

Νοσηλευτικό προσωπικό*100/Σύνολο προσωπικού = $95*100/225=42,22$

Το Νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 42,22% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Επαγγελματίες Υγείας, % του Προσωπικού:

Επαγγελματίες Υγείας*100/Σύνολο προσωπικού = $38*100/225=16,88$

Οι Επαγγελματίες Υγείας αποτελούν το 16,88% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Διοικητικό – Οικονομικό Προσωπικό, % του Προσωπικού:

Διοικητικό – Οικονομικό προσωπικό*100/Σύνολο προσωπικού = $25*100/225=11,1$

Το Διοικητικό – Οικονομικό προσωπικό αποτελεί το 11,1% του συνόλου του προσωπικού.

✚ Τεχνικό – Ξενοδοχειακό Προσωπικό, % του Προσωπικού:

Τεχνικό – Ξενοδοχειακό προσωπικό*100/Σύνολο προσωπικού = $14*100/225=6,22$

Το Τεχνικό – Ξενοδοχειακό προσωπικό αποτελεί το 6,22% του συνόλου του προσωπικού.

Το Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας σε γενικές γραμμές θεωρείται επαρκώς στελεχωμένο ως προς όλες τις Υπηρεσίες. Δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε αν υπάρχουν επιμέρους ελλείψεις σε υποειδικότητες καθότι δεν έχουμε αναλυτικότερα στοιχεία για το προσωπικό (π.χ. ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ κ.α.) από τον Υγειονομικό Χάρτη. Επίσης, παρόλο που το νοσοκομείο είναι επαρκώς στελεχωμένο, δεν γνωρίζουμε αν γίνεται σωστή ή άνιση κατανομή του προσωπικού. Κάτι τέτοιο χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Παρατηρούμε ότι τα νοσοκομεία, που επελέγησαν τυχαία, τόσο της πρωτεύουσας όσο και της συμπρωτεύουσας, αλλά και της επαρχίας είναι επαρκώς στελεχωμένα ως προς όλες τις Υπηρεσίες και δεν παρατηρούνται σε αυτά εξαιρετικές αποκλίσεις από τα διεθνή πρότυπα. Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι τουλάχιστον αριθμητικά τα νοσοκομεία είναι επαρκώς στελεχωμένα και υποθέτουμε ότι αυτό συμβάλει ιδιαίτερα στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί αν έχει γίνει στα νοσοκομεία αυτά σωστή κατανομή του προσωπικού ή αν υπάρχει μεγάλος αριθμός αποσπασμένων υπαλλήλων σε άλλες υπηρεσίες, γεγονότα τα οποία μπορούν να αλλάξουν εντελώς την εικόνα.

5. ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών σε συνδυασμό με την ενδεικτική εξέταση περιπτώσεων μεγάλων νοσοκομείων, όπως του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Αλεξάνδρα το οποίο έχει ενοποιηθεί με το Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, το οποίο έχει ενοποιηθεί με το Νοσοκομείο Αφροδίσιας και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης, καθώς και του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας, ως προσπάθεια προσέγγισης της υφιστάμενης κατάστασης για τον προσδιορισμό πιθανών αποκλίσεων από τα διεθνή πρότυπα με τη χρήση στατιστικών δεικτών υγείας, της παρούσας εργασίας, έδωσαν χρήσιμα αποτελέσματα για τη δημιουργία μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας ως προς τη στελέχωση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Κατά τις δεκαετίες του '80, '90 και '00, στην Ελλάδα επικρατούσαν δυσμενείς συνθήκες και η ποσοτική και ποιοτική σύνθεση του προσωπικού αναδεικνύονταν προβληματική και ανεπαρκής. Ως προς την ποσοτική σύνθεση, λόγω της υποστελέχωσης, μεγάλος αριθμός ασθενών αντιστοιχούσε σε έναν εργαζόμενο σε κάθε βάρδια, με μεγαλύτερη αντιστοιχία στις απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες. Λόγω της υποστελέχωσης αυξάνονταν ο όγκος εργασίας για κάθε εργαζόμενο, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η παροχή της προγραμματισμένης φροντίδας, να μεγιστοποιούνται οι πιθανότητες λαθών και τραυματισμού κατά την παροχή φροντίδας, καθώς και η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού. Λόγω της ελλιπούς στελέχωσης, οι εργαζόμενοι αναγκάζονταν να εργαστούν πολλές νυχτερινές βάρδιες. Ταυτόχρονα, η ανεπαρκής στελέχωση δημιουργούσε συνθήκες μεγαλύτερης υποβάθμισης της εκπαίδευσης, διότι αδυνατούσαν οι επαγγελματίες να εκμεταλλευθούν ευκαιρίες μάθησης, όπως η παρακολούθηση μεταπτυχιακών προγραμμάτων, συνεδρίων και ημερίδων. Τις δεκαετίες αυτές παρατηρήσαμε ότι μεγάλο ποσοστό εργαζομένων δεν διέθετε επιπλέον προσόντα, όπως μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, διδακτορικό τίτλο σπουδών ή πτυχίο της ΕΣΔΥ.

Κατά τις χρονικές περιόδους 2009 – 2010, σχετικά με την κατανομή του προσωπικού, παρατηρήσαμε μια πολύ καλή εικόνα σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα για το ιατρικό προσωπικό, χωρίς αυτό να αναιρεί προβλήματα ανισοκατανομής και ιδιαίτερα στη νησιωτική Ελλάδα, ενώ σχετικά με το υγειονομικό προσωπικό, η πρόσληψη νέων νοσηλευτών ήταν απαραίτητη για τη βελτίωση της εικόνας.

Σήμερα, μέσω της ενδεικτικής εξέτασης περιπτώσεων, διαπιστώνουμε ότι επικρατούν πολύ καλά επίπεδα στελέχωσης στο σύνολο του προσωπικού των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Παρατηρείται επαρκής στελέχωση τουλάχιστον αριθμητικά, χωρίς ιδιαίτερες αποκλίσεις από τα διεθνή πρότυπα και μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτό συμβάλει ιδιαίτερα στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί αν έχει γίνει στα νοσοκομεία αυτά σωστή κατανομή του προσωπικού ή αν υπάρχει μεγάλος αριθμός αποσπασμένων υπαλλήλων σε άλλες υπηρεσίες, γεγονός τα οποία μπορούν να αλλάξουν εντελώς την εικόνα. Επιπλέον, δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε αν υπάρχουν επιμέρους ελλείψεις σε υποειδικότητες καθότι δεν έχουμε αναλυτικότερα στοιχεία για το προσωπικό (π.χ. ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ κ.α.) από τον Υγειονομικό Χάρτη. Τέλος, παρόλο που τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα είναι επαρκώς στελεχωμένα, η σωστή ή η άνιση κατανομή του προσωπικού χρήζει περισσότερης διερεύνησης ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.

Οι σημαντικότερες αλλαγές που πρέπει να γίνουν για τη σωστή λειτουργία των νοσοκομείων είναι η αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων από περιστατικά πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη λειτουργία των Αστικών Κέντρων Υγείας και του νέου συστήματος Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Ανδριώτη,1999), συνεχής έλεγχος ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών των Νοσοκομείων για την προστασία των πολιτών (Ανδριώτη,1999), συστηματικός έλεγχος της οικονομικής διαχείρισης τους, βάσει αντικειμενικών κριτηρίων κόστους-παραγωγικότητας (Ανδριώτη, 1999), επέκταση του θεσμού της μονοήμερης νοσηλείας σε όλα τα Νοσοκομεία (Νιάκας, 2003), καθιέρωση του θεσμού της κατ' οίκον νοσηλείας (Νιάκας, 2003), ανάπτυξη δικτύου κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας εκτός νοσοκομείων (Κοτζαμπασάκη, 2004), δημιουργία οργανωμένων κέντρων με εξειδίκευση σε συγκεκριμένο αντικείμενο (Κοτζαμπασάκη, 2004), δημιουργία νέων τραυματολογικών κέντρων σε νοσοκομεία πόλεων κατά μήκος των εθνικών οδών (Κοτζαμπασάκη, 2004), πρόγραμμα αύξησης των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, ώστε να προσεγγίσουμε το επίπεδο της Ε.Ε. (Κοτζαμπασάκη, 2004), πρόγραμμα βελτίωσης, υποδομών και εξοπλισμού, των νοσοκομείων. Κατάργηση των πολύκλιων δωματίων νοσηλείας και αντικατάστασή τους με δωμάτια από 1 ως 4 κλίνες (Κοτζαμπασάκη, 2004), ορθολογικός σχεδιασμός και ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαραίτητες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο, διεκδίκηση συνθηκών εργασίας που διατηρούν ικανούς νοσηλευτές στα πλαίσια του τομέα της υγείας, επαναδιαπραγμάτευση της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών και των ιατρών, συντονισμός μελετών αξιολόγησης αποτελέσματος σχετικά με τις εργασιακές συνθήκες, την εργασιακή ζωή και την ασφάλεια των ασθενών σε σχέση με το υπάρχον προσωπικό, προώθηση πιστοποίησης για οργανισμούς υγείας με κριτήριο την ασφαλή στελέχωση, συμμαχίες με οργανισμούς ασθενών ή άλλων επαγγελματικών ομάδων για ενημέρωση κοινού για τη σημασία των ασφαλών νοσηλευτικών υπηρεσιών και την σημαντικότητα των επιπέδων ασφαλούς στελέχωσης και των επαρκών ποσοστών αναλογιών νοσηλευτών ανά ασθενή. Επιπλέον, οι επαγγελματικοί σύνδεσμοί να εξακολουθήσουν να ασκούν πίεση για ρυθμιστικές νομοθεσίες, δημιουργία ελκυστικού εργασιακού περιβάλλοντος και συνεχής παροχή ευκαιριών για εκπαίδευση έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να λαμβάνουν ικανοποίηση από το επάγγελμα και να μην απομακρύνονται από αυτό. (Μαλλιαρού και συν, 2008), η οργανωτική και διοικητική δομή του ΕΣΥ θα πρέπει να συνδυάζει ένα σύστημα υπηρεσιών που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο και είναι προσανατολισμένες στην εξυπηρέτηση του πολίτη, εξασφάλιση δυνατότητας συντονισμού των υπηρεσιών στις περιφέρειες, τις νομαρχίες, τα νοσοκομεία, τα κέντρα

υγείας, τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας και τη δημόσια υγεία, εξασφάλιση ομαλής μεταβίβασης προτεραιοτήτων από το κέντρο στην περιφέρεια, καθώς και αξιολόγηση της απόδοσης των περιφερειακών διοικήσεων, ανανέωση ανθρώπινων πόρων και ειδικότερα των διευθυντικών θέσεων σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο. Απαραίτητο προσόν η αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση των προβλημάτων του τομέα υγείας, απεμπλοκή των διαδικασιών οικονομικής διαχείρισης από αναποτελεσματικές δημοσιοϋπαλληλικές πρακτικές, θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής θέσης εργασίας, ώστε να είναι ξεκάθαρη η έννοια της ευθύνης (accountability) του κάθε εργαζόμενου, ενιαιοποίηση του θεσμικού πλαισίου και μερική αυτονομία των νοσοκομείων ως αυτοδύναμων οργανισμών – επιχειρήσεων θα δώσει αναπτυξιακό χαρακτήρα στις προσπάθειες του προσωπικού και των διοικούντων, εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας (labour quality assurance). Έλεγχος του παραγόμενου έργου και σαφείς προτεραιότητες στον προγραμματισμό. (Πολύζος και συν, 2000)

Σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού προτείνεται η δημιουργία Τμημάτων Νοσηλευτικής και σε άλλα Πανεπιστήμια, η αναβάθμιση του προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών σχολών των ΤΕΙ και την ουσιαστική σύνδεσή τους με τα μεγάλα νοσοκομεία, η παροχή στους νοσηλευτές κινήτρων οικονομικών, ηθικών και επαγγελματικών, η δημιουργία φορέα ελέγχου επαγγέλματος νοσηλευτών, η υλοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων, η προκήρυξη όσο το δυνατόν περισσότερων θέσεων εργασίας για την κάλυψη των μεγάλων αναγκών, υποχρεωτική νομοθεσία σχεδίων στελέχωσης, η συνεχής και συστηματική καταγραφή των αναγκών των μονάδων υγείας για την έγκαιρη πρόβλεψη των αναγκαίων θέσεων εργασίας και η διεξαγωγή ερευνητικών μελετών σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ ικανοποιητικής στελέχωσης, παραγωγικότητας, ποιότητας νοσηλευτικού έργου και αυξημένων δαπανών. (Βλαχιώτη και συν, 2011).

Η υγεία αποτελεί υπέρτατο, δημόσιο, κοινωνικό αγαθό.

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

6.1 Παράρτημα 1

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3839/2010 Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια – Σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.) και λοιπές διατάξεις.

Άρθρο 84 - Προϊστάμενοι οργανικών μονάδων

1. Ως προϊστάμενοι Γενικής Διεύθυνσης επιλέγονται υπάλληλοι της κατηγορίας ΠΕ με βαθμό Α΄, εφόσον:
 - α) έχουν διατελέσει προϊστάμενοι Γενικής Διεύθυνσης ή
 - β) έχουν διατελέσει προϊστάμενοι Διεύθυνσης ή Υποδιεύθυνσης για τρία (3) τουλάχιστον έτη ή

γ) έχουν δεκαοκτώ (18) τουλάχιστον έτη υπηρεσίας και είναι ή έχουν διατελέσει προϊστάμενοι Διεύθυνσης. Δεν επιτρέπεται να είναι υποψήφιος για επιλογή σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης, υπάλληλος που αποχωρεί αυτοδικαίως από την υπηρεσία και το διάστημα που υπολείπεται είναι μικρότερο των δύο (2) ετών κατά την πρώτη ημέρα συνεδρίασης του Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.) που συνιστάται με τις διατάξεις του άρθρου 157 του Υ.Κ. Η απαγόρευση αυτή δεν ισχύει για τους προϊσταμένους Γενικής Διεύθυνσης που υπηρετούν κατά το χρόνο της πρώτης συνεδρίασης του ΕΙ.Σ.Ε.Π.

2. Ως προϊστάμενοι Διεύθυνσης ή αντίστοιχου ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διευθύνσεως και Τμήματος) επιπέδου οργανικών μονάδων επιλέγονται υπάλληλοι κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με βαθμό Α', οι οποίοι έχουν ασκήσει καθήκοντα προϊσταμένου Διεύθυνσης ή Υποδιεύθυνσης ή προϊσταμένου Τμήματος. Αν δεν υπάρχουν υποψήφιοι με τις προϋποθέσεις αυτές επιλέγονται υπάλληλοι με βαθμό Α'.

3. Ως προϊστάμενοι Τμήματος και αυτοτελούς γραφείου ή αντίστοιχου επιπέδου οργανικής μονάδας επιλέγονται υπάλληλοι που έχουν ασκήσει καθήκοντα προϊσταμένου Τμήματος ή υπάλληλοι με βαθμό Α'. Αν δεν υπάρχουν ή δεν επαρκούν, επιλέγονται υπάλληλοι με βαθμό Β', οι οποίοι έχουν συμπληρώσει ελάχιστο χρόνο υπηρεσίας στο βαθμό Β' τέσσερα (4) έτη. Αν δεν υπάρχουν υποψήφιοι με τις ως άνω προϋποθέσεις για την κάλυψη των θέσεων επιλέγονται υπάλληλοι με λιγότερο χρόνο στο βαθμό Β'.

4. Τον προϊστάμενο μη αυτοτελούς γραφείου ή αντίστοιχου επιπέδου μη αυτοτελούς οργανικής μονάδας ορίζει, με αιτιολογία, ο προϊστάμενος της αμέσως υπερκείμενης οργανικής μονάδας από τους υπαλλήλους που υπάγονται σε αυτόν και έχουν τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στην παράγραφο 3, χωρίς επιλογή από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

5. Δεν επιτρέπεται να είναι υποψήφιος για την επιλογή προϊσταμένου οποιουδήποτε επιπέδου οργανικής μονάδας, υπάλληλος στον οποίο έχει επιβληθεί τελεσίδικα οποιαδήποτε πειθαρχική ποινή για παράπτωμα από αυτά που ορίζονται στην παράγραφο 2 του άρθρου 109.

6. Οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής πρέπει να συντρέχουν κατά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων. Η ημερομηνία αυτή λαμβάνεται υπόψη και για τη μοριοδότηση των υποψηφίων, όπου απαιτείται. Το κώλυμα επιλογής της παραγράφου 5 δεν πρέπει να συντρέχει τόσο κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής της αίτησης υποψηφιότητας όσο και κατά την ημερομηνία τοποθέτησης από το αρμόδιο όργανο.

7. Με τους οργανισμούς των οικείων υπηρεσιών καθορίζονται οι κλάδοι ΠΕ, ΤΕ και

ΔΕ, των οποίων οι υπάλληλοι κρίνονται για την κατάληψη θέσεων προϊσταμένων των κατά περίπτωση οργανικών μονάδων ανάλογα με την ειδικότητα του κλάδου και το αντικείμενο των συγκεκριμένων οργανικών μονάδων. Οργανικές μονάδες είναι η Γενική Διεύθυνση, η Διεύθυνση, το Τμήμα, το αυτοτελές Τμήμα, το αυτοτελές Γραφείο, το μη αυτοτελές Τμήμα, το μη αυτοτελές Γραφείο, καθώς και τυχόν ενδιάμεσα επίπεδα διοίκησης, όπως αυτά προβλέπονται από τις οικείες οργανικές διατάξεις.

Το άρθρο 85 του συγκεκριμένου νόμο καθορίζει τα κριτήρια επιλογής, τα οποία είναι τα εξής :

1. Η επιλογή των προϊσταμένων Γενικής Διεύθυνσης γίνεται από το Ειδικό Συμβούλιο Επιλογής Προϊσταμένων βάσει κριτηρίων που αξιολογούνται ως ακολούθως:

α. Επαγγελματικά – Τεχνικά προσόντα

- Ο βαθμός του βασικού τίτλου σπουδών πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 25.
- Ο βαθμός του δεύτερου τίτλου σπουδών, εφόσον είναι της ίδιας εκπαιδευτικής βαθμίδας με το βασικό τίτλο σπουδών, πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 7.
- Το διδακτορικό δίπλωμα σε γνωστικό αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο της υπηρεσίας: μόρια 200.
- Το διδακτορικό δίπλωμα σε άλλο γνωστικό αντικείμενο: μόρια 100.
- Ο μεταπτυχιακός τίτλος ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας σε γνωστικό αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο της υπηρεσίας: μόρια 160.
- Ο μεταπτυχιακός τίτλος ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας σε άλλο γνωστικό αντικείμενο: μόρια 80.
- Η επιτυχής αποφοίτηση από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης ή από την Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.: μόρια 180.

Εάν υπάλληλος έχει αποφοιτήσει και από τις δύο ως άνω σχολές, μοριοδοτείται μόνο για τη μια από αυτές. Αν υποψήφιος κατέχει διδακτορικό δίπλωμα και μεταπτυχιακό τίτλο ή περισσότερα του ενός διδακτορικά διπλώματα ή μεταπτυχιακούς τίτλους ή έχει αποφοιτήσει από την Ε.Σ.Δ.Δ. και την Ε.Σ.Τ.Α. του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. και κατέχει διδακτορικό δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο, υπολογίζεται το προσόν με τα περισσότερα μόρια, καθώς και το 1/3 των μορίων του άλλου ή άλλων προσόντων.

- Η άριστη γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 80.
- Η πολύ καλή γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 50.
- Η καλή γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 30.
- Η άριστη γνώση γλώσσας άλλων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 50.

- Η πολύ καλή γνώση γλώσσας άλλων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 30.

Μοριοδοτούνται αθροιστικά μέχρι δύο (2) ξένες γλώσσες.

– Η πιστοποιημένη επιμόρφωση που παρέχεται από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) και άλλες σχολές του Δημοσίου, καθώς και αυτή που παρέχεται από Πανεπιστήμια ή Τ.Ε.Ι, ή από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης, το Κοινωνικό Πολύκεντρο ή από το Διαβαλκανικό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης και αποδεικνύεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό: μέχρι 50 μόρια (ανά ημέρα επιμόρφωσης ένα (1) μόριο με ανώτατο όριο τα 50 μόρια). Στην πιστοποιημένη επιμόρφωση, που μοριοδοτείται κατά τα ανωτέρω, περιλαμβάνονται και τα πιστοποιητικά επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. ή άλλων σχολών επιμόρφωσης του Δημοσίου που έχουν αποκτηθεί μέχρι 15.5.2009 (ημερομηνία έναρξης πιστοποιημένης επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.).

β. Εργασιακή – Διοικητική εμπειρία

- Ο χρόνος υπηρεσίας: μέχρι 300 μόρια (για κάθε έτος υπηρεσίας 10 μόρια με ανώτατο όριο τα 30 έτη). Χρόνος υπηρεσίας μεγαλύτερος του εξαμήνου λογίζεται ως πλήρες έτος.
- Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης: μέχρι 380 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 2,11 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
- Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Διεύθυνσης ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διεύθυνσης και Τμήματος) επιπέδου: μέχρι 300 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 1,67 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
- Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Τμήματος ή αυτοτελούς γραφείου: μέχρι 200 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 1,11 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες). Το σύνολο των μορίων που μπορεί να λάβει υποψήφιος από το χρόνο υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης, προϊσταμένου Διεύθυνσης και προϊσταμένου Τμήματος υπολογίζονται με ανώτατο όριο τους 180 μήνες και δεν μπορεί να υπερβεί τα 380 μόρια.

γ. Ικανότητες – δεξιότητες

1) Υπηρεσιακή αξιολόγηση: μέχρι 300 μόρια. Τα κριτήρια της έκθεσης αξιολόγησης αξιολογούνται βάσει της βαθμολόγησης τους στις εκθέσεις αξιολόγησης και λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος αυτής για κάθε κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 6.

2) Ειδικές δραστηριότητες, μέχρι 80 μόρια συνολικά όπως:

- συγγραφικό έργο (άρθρα, μελέτες, προτάσεις) που σχετίζεται με το αντικείμενο

της υπηρεσίας ή της δημόσιας διοίκησης γενικότερα εισηγήσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια, ημερίδες κ.λπ. συναφείς με το αντικείμενο της υπηρεσίας ή της δημόσιας διοίκησης γενικότερα, καθώς και η διενέργεια Ε.Δ.Ε. ή ανάκρισης που ανατίθενται στον υπάλληλο από την υπηρεσία του στο πλαίσιο του πειθαρχικού ελέγχου

- εκπροσώπηση σε συμβούλια, επιτροπές ή ομάδες εργασίας τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, ουσιαστικού περιεχομένου
- μέλη Δ.Σ., Πρόεδροι, Διοικητές και λοιπά όργανα διοίκησης νομικών προσώπων του δημόσιου τομέα.

3) Η ηθική αμοιβή του επαίνου ή το μετάλλιο διακεκριμένων πράξεων εφόσον σχετίζονται με το αντικείμενο της υπηρεσίας: 70 μόρια.

4) Συνέντευξη: μέχρι 350 μόρια.

Ο βαθμός του υποψηφίου προκύπτει από την ορθότητα και την πληρότητα των απαντήσεων με τυχαίες ερωτήσεις μέσα από τράπεζα ερωτήσεων. Σκοπός της συνέντευξης είναι να διαμορφώσει γνώμη για την προσωπικότητα, την ικανότητα και την καταλληλότητα του υποψηφίου για την άσκηση των καθηκόντων της θέσης για την οποία κρίνεται. Περιεχόμενο της συνέντευξης αποτελούν οι ακόλουθες θεματικές ενότητες:

- a. Δραστηριότητες του υποψηφίου με βάση το περιεχόμενο του βιογραφικού του.
- b. Η γνώση του αντικειμένου του φορέα, της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης γενικότερα.
- c. Οι διοικητικές ικανότητες του υποψηφίου να προγραμματίζει, να συντονίζει, να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, να λαμβάνει αποτελεσματικές αποφάσεις και να διαχειρίζεται κρίσεις. Η κάθε ενότητα βαθμολογείται ξεχωριστά και ο τελικός βαθμός προκύπτει από το μέσο όρο της βαθμολογίας κάθε ενότητας. Το περιεχόμενο της συνέντευξης αναφέρεται συνοπτικά στο πρακτικό του ΕΙ.Σ.Ε.Π., χωρίς την παράλειψη κρίσιμων και ουσιαστικών σημείων και η βαθμολογία για τον κάθε υποψήφιο ξεχωριστά αιτιολογείται συνοπτικά από το κάθε μέλος. Στη συνέντευξη μπορεί να παρίστανται οι λοιποί συνυποψήφιοι και ένας εκπρόσωπος της ΑΔΕΔΥ.

5) Γραπτή εξέταση: μέχρι 350 μόρια. Η γραπτή εξέταση διενεργείται από το ΑΣΕΠ, έχει τη μορφή ερωτηματολογίου πολλαπλών επιλογών και η κλίμακα βαθμολόγησης είναι από 0–100. Η τελική βαθμολογία πολλαπλασιάζεται επί το συντελεστή 3,5. Η γραπτή εξέταση αποσκοπεί στη διακρίβωση των γνώσεων του υποψηφίου σε θέματα αρμοδιότητας του φορέα στον οποίο υπηρετεί και την ικανότητα συνθετικής και αναλυτικής σκέψης που του επιτρέπει να προτείνει αποτελεσματικές λύσεις για την

αντιμετώπιση θεμάτων που ανακύπτουν κατά το χειρισμό υποθέσεων αρμοδιότητας του φορέα που προκηρύσσει τη θέση. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, ύστερα από εισήγηση του Προέδρου του ΑΣΕΠ, ρυθμίζονται οι διαδικασίες, ο τρόπος διεξαγωγής και όλες οι λεπτομέρειες που διασφαλίζουν το αδιάβλητο της γραπτής αυτής εξέτασης.

2. Η επιλογή των προϊσταμένων Διεύθυνσης ή αντίστοιχου ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διεύθυνσης και Τμήματος) επιπέδου οργανικής μονάδας γίνεται από το Σ.Ε.Π. βάσει κριτηρίων που αξιολογούνται ως ακολούθως:

α. Επαγγελματικά – Τεχνικά προσόντα

- Ο βαθμός του βασικού τίτλου σπουδών πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 25 για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ.
- Ο βαθμός του δεύτερου τίτλου σπουδών, εφόσον είναι της ίδιας εκπαιδευτικής βαθμίδας με το βασικό τίτλο σπουδών, πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 7 για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ.
- Το διδακτορικό δίπλωμα σε γνωστικό αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο της υπηρεσίας: μόρια 200.
- Το διδακτορικό δίπλωμα σε άλλο γνωστικό αντικείμενο: μόρια 100.
- Ο μεταπτυχιακός τίτλος ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας σε γνωστικό αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο της υπηρεσίας: μόρια 160.
- Ο μεταπτυχιακός τίτλος ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας σε άλλο γνωστικό αντικείμενο: μόρια 80.
- Η επιτυχής αποφοίτηση από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης ή από την Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.: μόρια 180. Εάν υπάλληλος έχει αποφοιτήσει και από τις δύο ως άνω σχολές, μοριοδοτείται μόνο για τη μια από αυτές. Αν υποψήφιος κατέχει διδακτορικό δίπλωμα και μεταπτυχιακό τίτλο ή περισσότερα του ενός διδακτορικά διπλώματα ή μεταπτυχιακούς τίτλους ή έχει αποφοιτήσει από την Ε.Σ.Δ.Δ. και την Ε.Σ.Τ.Α. του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. και κατέχει διδακτορικό δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο, υπολογίζεται το προσόν με τα περισσότερα μόρια, καθώς και το 1/3 των μορίων του άλλου ή άλλων προσόντων.
- Η άριστη γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 80.
- Η πολύ καλή γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 50.
- Η καλή γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 30.
- Η άριστη γνώση γλώσσας άλλων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 50.

- Η πολύ καλή γνώση γλώσσας άλλων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 30. Μοριοδοτούνται αθροιστικά μέχρι δύο (2) ξένες γλώσσες.
 - Η πιστοποιημένη επιμόρφωση που παρέχεται από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) και άλλες σχολές του Δημοσίου, καθώς και αυτή που παρέχεται από Πανεπιστήμια ή Τ.Ε.Ι, ή από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης, το Κοινωνικό Πολύκεντρο ή από το Διαβαλκανικό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης και αποδεικνύεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό: μέχρι 50 μόρια (ανά ημέρα επιμόρφωσης ένα (1) μόριο με ανώτατο όριο τα 50 μόρια). Στην πιστοποιημένη επιμόρφωση που μοριοδοτείται κατά τα ανωτέρω περιλαμβάνονται και τα πιστοποιητικά επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. ή άλλων σχολών επιμόρφωσης του Δημοσίου που έχουν αποκτηθεί μέχρι 15.5.2009 (ημερομηνία έναρξης πιστοποιημένης επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.).
- β. Εργασιακή – Διοικητική εμπειρία
- Ο χρόνος υπηρεσίας: μέχρι 300 μόρια (για κάθε έτος υπηρεσίας 10 μόρια με ανώτατο όριο τα 30 έτη). Χρόνος υπηρεσίας μεγαλύτερος του εξαμήνου λογίζεται ως πλήρες έτος.
 - Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης: μέχρι 380 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 2,11 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
 - Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Διεύθυνσης ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διεύθυνσης και Τμήματος) επιπέδου: μέχρι 300 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 1,67 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
 - Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Τμήματος ή αυτοτελούς γραφείου: μέχρι 200 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 1,11 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
 - Το σύνολο των μορίων που μπορεί να λάβει υποψήφιος από το χρόνο υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης, προϊσταμένου Διεύθυνσης και προϊσταμένου Τμήματος υπολογίζονται με ανώτατο όριο τους 180 μήνες και δεν μπορεί να υπερβεί τα 380 μόρια.
- γ. Ικανότητες – δεξιότητες
1. Υπηρεσιακή αξιολόγηση: μέχρι 300 μόρια. Τα κριτήρια της έκθεσης αξιολόγησης αξιολογούνται βάσει της βαθμολόγησης τους στις εκθέσεις αξιολόγησης και λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος αυτής για κάθε κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 6.
 2. Ειδικές δραστηριότητες, μέχρι 80 μόρια συνολικά όπως:

- συγγραφικό έργο (άρθρα, μελέτες, προτάσεις) που σχετίζεται με το αντικείμενο της υπηρεσίας ή της δημόσιας διοίκησης γενικότερα εισηγήσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια, ημερίδες κ.λπ. συναφείς με το αντικείμενο της υπηρεσίας ή της δημόσιας διοίκησης γενικότερα, καθώς και η διενέργεια ΕΔΕ ή ανάκρισης που ανατίθενται στον υπάλληλο από την υπηρεσία του στο πλαίσιο του πειθαρχικού ελέγχου εκπροσώπηση σε συμβούλια, επιτροπές ή ομάδες εργασίας τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, ουσιαστικού περιεχομένου
 - μέλη Δ.Σ., Πρόεδροι, Διοικητές και λοιπά όργανα διοίκησης νομικών προσώπων του δημόσιου τομέα.
3. Η ηθική αμοιβή του επαίνου, καθώς και μετάλλιο διακεκριμένων πράξεων, εφόσον σχετίζεται με το αντικείμενο της υπηρεσίας: 70 μόρια.
4. Συνέντευξη: μέχρι 350 μόρια. Ο βαθμός του υποψηφίου προκύπτει από την ορθότητα και την πληρότητα των απαντήσεων με τυχαίες ερωτήσεις μέσα από τράπεζα ερωτήσεων. Σκοπός της συνέντευξης είναι να διαμορφώσει γνώμη για την προσωπικότητα, την ικανότητα και την καταλληλότητα του υποψηφίου για την άσκηση των καθηκόντων της θέσης για την οποία κρίνεται.
- Περιεχόμενο της συνέντευξης αποτελούν οι ακόλουθες θεματικές ενότητες:
- a. Οι δραστηριότητες του υποψηφίου με βάση το περιεχόμενο του βιογραφικού του.
 - b. Η γνώση του αντικειμένου του φορέα και της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης γενικότερα.
 - c. Οι διοικητικές ικανότητες του υποψηφίου να προγραμματίζει, να συντονίζει, να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, να λαμβάνει αποτελεσματικές αποφάσεις και να διαχειρίζεται κρίσεις. Η κάθε ενότητα βαθμολογείται ξεχωριστά και ο τελικός βαθμός προκύπτει από το μέσο όρο της βαθμολογίας κάθε ενότητας. Το περιεχόμενο της συνέντευξης αναφέρεται συνοπτικά στο πρακτικό του Σ.Ε.Π., χωρίς την παράλειψη κρίσιμων και ουσιαστικών σημείων και η βαθμολογία για τον κάθε υποψήφιο ξεχωριστά αιτιολογείται συνοπτικά από το κάθε μέλος. Στη συνέντευξη μπορεί να παρίστανται οι λοιποί συνυποψήφιοι.
5. Γραπτή εξέταση: μέχρι 350 μόρια. Η γραπτή εξέταση διενεργείται από το ΑΣΕΠ, έχει τη μορφή ερωτηματολογίου πολλαπλών επιλογών και η κλίμακα βαθμολόγησης είναι από 0-100. Η τελική βαθμολογία πολλαπλασιάζεται επί το συντελεστή 3,5. Η γραπτή εξέταση αποσκοπεί στη διακρίβωση των γνώσεων του υποψηφίου σε θέματα

αρμοδιότητας του φορέα στον οποίο υπηρετεί και την ικανότητα συνθετικής και αναλυτικής σκέψης που του επιτρέπει να προτείνει αποτελεσματικές λύσεις για την αντιμετώπιση θεμάτων που ανακύπτουν κατά το χειρισμό υποθέσεων αρμοδιότητας του φορέα που προκηρύσσει τη θέση. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, ύστερα από εισήγηση του προέδρου του ΑΣΕΠ, ρυθμίζονται οι διαδικασίες, ο τρόπος διεξαγωγής και όλες οι λεπτομέρειες που διασφαλίζουν το αδιάβλητο της γραπτής αυτής εξέτασης.

3. Η επιλογή των προϊσταμένων Τμήματος, Αυτοτελούς Γραφείου ή αντίστοιχου επιπέδου οργανικής μονάδας γίνεται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 159 βάσει κριτηρίων που αξιολογούνται ως ακολούθως:

α. Επαγγελματικά – Τεχνικά προσόντα

- Ο βαθμός του βασικού τίτλου σπουδών πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 25 για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ, ΤΕ και 6 για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΔΕ.
- Ο βαθμός του δεύτερου τίτλου σπουδών, εφόσον είναι της ίδιας εκπαιδευτικής βαθμίδας με το βασικό τίτλο σπουδών, πολλαπλασιάζεται με το συντελεστή 7 για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ και με το συντελεστή 2 για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΔΕ.
- Το διδακτορικό δίπλωμα σε γνωστικό αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο της υπηρεσίας: μόρια 200. Το διδακτορικό δίπλωμα σε άλλο γνωστικό αντικείμενο: μόρια 100.
- Ο μεταπτυχιακός τίτλος ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας σε γνωστικό αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο της υπηρεσίας: μόρια 160. Ο μεταπτυχιακός τίτλος ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας σε άλλο γνωστικό αντικείμενο: μόρια 80.
- Η επιτυχής αποφοίτηση από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης ή από την Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.: μόρια 180. Εάν υπάλληλος έχει αποφοιτήσει και από τις δύο ως άνω σχολές, μοριοδοτείται μόνο για τη μια από αυτές. Αν υποψήφιος κατέχει διδακτορικό δίπλωμα και μεταπτυχιακό τίτλο ή περισσότερα του ενός διδακτορικά διπλώματα ή μεταπτυχιακούς τίτλους ή έχει αποφοιτήσει από την Ε.Σ.Δ.Δ. και την Ε.Σ.Τ.Α. του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. και κατέχει διδακτορικό δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο, υπολογίζεται το προσόν με τα περισσότερα μόρια, καθώς και το 1/3 των μορίων του άλλου ή άλλων προσόντων.
- Η άριστη γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 80.

- Η πολύ καλή γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 50.
 - Η καλή γνώση γλώσσας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 30.
 - Η άριστη γνώση γλώσσας άλλων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 50.
 - Η πολύ καλή γνώση γλώσσας άλλων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης: μόρια 30.
 - Μοριοδοτούνται αθροιστικά μέχρι δύο (2) ξένες γλώσσες.
 - Η πιστοποιημένη επιμόρφωση που παρέχεται από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) και άλλες σχολές του Δημοσίου, καθώς και αυτή που παρέχεται από Πανεπιστήμια ή Τ.Ε.Ι, ή από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης, το Κοινωνικό Πολύκεντρο ή από το Διαβαλκανικό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης και αποδεικνύεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό: μέχρι 50 μόρια (ανά ημέρα επιμόρφωσης ένα (1) μόνιο με ανώτατο όριο τα 50 μόρια). Στην πιστοποιημένη επιμόρφωση που μοριοδοτείται κατά τα ανωτέρω περιλαμβάνονται και τα πιστοποιητικά επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. ή άλλων σχολών επιμόρφωσης του Δημοσίου που έχουν αποκτηθεί μέχρι 15.5.2009 (ημερομηνία έναρξης πιστοποιημένης επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.).
- β. Εργασιακή – Διοικητική εμπειρία
- Ο χρόνος υπηρεσίας: μέχρι 300 μόρια (για κάθε έτος υπηρεσίας 10 μόρια με ανώτατο όριο τα 30 έτη). Χρόνος υπηρεσίας μεγαλύτερος του εξαμήνου λογίζεται ως πλήρες έτος.
 - Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης: μέχρι 380 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 2,11 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
 - Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Διεύθυνσης ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διεύθυνσης και Τμήματος) επιπέδου: μέχρι 300 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 1,67 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
 - Ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Τμήματος ή αυτοτελούς γραφείου: μέχρι 200 μόρια (για κάθε συμπληρωμένο μήνα 1,11 μόρια με ανώτατο όριο τους 180 μήνες).
 - Το σύνολο των μορίων που μπορεί να λάβει υποψήφιος από το χρόνο υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης, προϊσταμένου Διεύθυνσης και προϊσταμένου Τμήματος υπολογίζονται με ανώτατο όριο τους 180 μήνες και δεν μπορεί να υπερβεί τα 380 μόρια.

γ. Ικανότητες – δεξιότητες

1. Υπηρεσιακή αξιολόγηση: μέχρι 300 μόρια Τα κριτήρια της έκθεσης αξιολόγησης αξιολογούνται βάσει της βαθμολόγησης τους στις εκθέσεις αξιολόγησης και λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος αυτής για κάθε κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 6. Το κριτήριο «Διοικητικές Ικανότητες» δεν λαμβάνεται υπόψη κατά την κρίση για την επιλογή προϊσταμένων τμήματος ή αυτοτελούς γραφείου ή αντίστοιχου επιπέδου οργανικής μονάδας όταν αυτό δεν υπάρχει. Στην περίπτωση αυτή τα υπόλοιπα κριτήρια αξιολογούνται και λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος για κάθε κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 6.
2. Ειδικές δραστηριότητες, μέχρι 80 μόρια συνολικά όπως:
 - συγγραφικό έργο (άρθρα, μελέτες, προτάσεις) που σχετίζεται με το αντικείμενο της υπηρεσίας ή της δημόσιας διοίκησης γενικότερα,
 - εισηγήσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια, ημερίδες κ.λπ. συναφείς με το αντικείμενο της υπηρεσίας ή της δημόσιας διοίκησης γενικότερα, καθώς και η διενέργεια Ε.Δ.Ε. ή ανάκρισης που ανατίθενται στον υπάλληλο από την υπηρεσία του στο πλαίσιο του πειθαρχικού ελέγχου, εκπροσώπηση σε συμβούλια, επιτροπές ή ομάδες εργασίας τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, ουσιαστικού περιεχομένου,
 - μέλη Δ.Σ., Πρόεδροι, Διοικητές και λοιπά όργανα διοίκησης νομικών προσώπων του δημόσιου τομέα.
3. Η ηθική αμοιβή του επαίνου και το μετάλλιο διακεκριμένων πράξεων εφόσον σχετίζεται με το αντικείμενο της υπηρεσίας: 70 μόρια.
4. Γραπτή εξέταση: μέχρι 350 μόρια. Η γραπτή εξέταση διενεργείται από το ΑΣΕΠ, έχει τη μορφή ερωτηματολογίου πολλαπλών επιλογών και η κλίμακα βαθμολόγησης είναι από 0-100. Η τελική βαθμολογία πολλαπλασιάζεται επί το συντελεστή 3,5. Η γραπτή εξέταση αποσκοπεί στη διακρίβωση των γνώσεων του υποψηφίου σε θέματα αρμοδιότητας του φορέα στον οποίο υπηρετεί και την ικανότητα συνθετικής και αναλυτικής σκέψης που του επιτρέπει να προτείνει αποτελεσματικές λύσεις για την αντιμετώπιση θεμάτων που ανακύπτουν κατά το χειρισμό υποθέσεων αρμοδιότητας του φορέα που προκηρύσσει τη θέση. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, ύστερα από εισήγηση του Προέδρου του ΑΣΕΠ, ρυθμίζονται οι διαδικασίες, ο τρόπος διεξαγωγής και όλες οι λεπτομέρειες που διασφαλίζουν το αδιάβλητο της γραπτής αυτής εξέτασης.
4. Οι συστηματικά επαναλαμβανόμενες αναρρωτικές άδειες και οι πειθαρχικές

ποινές λαμβάνονται υποχρεωτικά υπόψη από το ΕΙ.Σ.Ε.Π., τα Σ.Ε.Π. και τα Υπηρεσιακά Συμβούλια, τα οποία μειώνουν κατά την κρίση των μελών τους τη βαθμολογία των υποψηφίων μέχρι 100 μόρια, ανάλογα με τον αριθμό των αναρρωτικών αδειών και τη βαρύτητα ή τον αριθμό των πειθαρχικών ποινών.

5. Η συνολική βαθμολογία των κριτηρίων των περιπτώσεων β' και γ' των παραγράφων 1, 2 και 3 εξάγεται με προσέγγιση δύο δεκαδικών ψηφίων.

6. Για τη βαθμολογία του κριτηρίου της πιστοποιημένης επιμόρφωσης που προβλέπεται στην περίπτωση α' των παραγράφων 1, 2 και 3 λαμβάνεται υπόψη η επιμόρφωση της τελευταίας εικοσαετίας.

7. Η βαθμολογία του κριτηρίου της υπηρεσιακής αξιολόγησης που προβλέπεται στην περίπτωση γ' των παραγράφων 1, 2 και 3 εξάγεται με βάση τις εκθέσεις αξιολόγησης που υπάρχουν στο προσωπικό μητρώο του υπαλλήλου.

8. Την τελική βαθμολογία του κριτηρίου της συνέντευξης της περίπτωσης γ' των παραγράφων 1 και 2, των ειδικών δραστηριοτήτων της περίπτωσης γ' των παραγράφων 1, 2 και 3, καθώς και της παραγράφου 4 αποτελεί ο μέσος όρος του βαθμού των μελών του ΕΙ.Σ.Ε.Π., του Σ.Ε.Π. και του Υπηρεσιακού Συμβουλίου αντίστοιχα.

9. Όπου στα άρθρα του παρόντος Κώδικα αναφέρονται κριτήρια ή μόρια νοούνται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του άρθρου αυτού.

Σύμφωνα με το άρθρο 86 του ίδιου νόμου η επιλογή προϊσταμένων οργανικών μονάδων διενεργείται ως εξής :

1. Η κατάταξη γίνεται βάσει της βαθμολογίας που ο κάθε υποψήφιος λαμβάνει σύμφωνα με τα κριτήρια που ορίζονται στο προηγούμενο άρθρο και η επιλογή γίνεται κατά φθίνουσα σειρά βαθμολογίας και τη διαδικασία των επόμενων παραγράφων. Αν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης τα μέλη του ΕΙ.Σ.Ε.Π. ή των Σ.Ε.Π. διαπιστώσουν ότι ο υποψήφιος είναι ακατάλληλος για την άσκηση των καθηκόντων προϊσταμένου οργανικής μονάδας, μπορούν με πλήρως αιτιολογημένη ομόφωνη απόφαση τους να τον αποκλείσουν από την επιλογή, ανεξάρτητα από τη σειρά κατάταξης του με βάση τη βαθμολογία που συγκέντρωσε. Όμοια απόφαση αποκλεισμού από την επιλογή μπορεί να εκδώσουν και τα υπηρεσιακά συμβούλια, αν από προσωπική γνώση και αντίληψη των μελών τους κρίνουν ότι ο υποψήφιος είναι ακατάλληλος για την άσκηση των καθηκόντων προϊσταμένου οργανικής μονάδας.

2.

α) Η επιλογή προϊσταμένων Γενικών Διευθύνσεων γίνεται από το ΕΙ.Σ.Ε.Π. ύστερα από κοινή απόφαση – προκήρυξη του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και

Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και του οικείου Υπουργού και προκειμένου για Ν.Π.Δ.Δ. του Υπουργού που το εποπτεύει, με την οποία προσδιορίζονται οι κενές θέσεις προϊσταμένων Γενικών Διευθύνσεων και καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις συμμετοχής στη διαδικασία της επιλογής.

β) Η προκήρυξη εκδίδεται πέντε (5) μήνες πριν από τη λήξη της θητείας των υπηρετούντων προϊσταμένων Γενικών Διευθύνσεων και περίληψη της δημοσιεύεται σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες της Αθήνας. Εάν πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ. που εδρεύει εκτός Αθηνών, η περίληψη δημοσιεύεται και σε μία εφημερίδα ημερήσια ή εβδομαδιαία της έδρας του Ν.Π.Δ.Δ., εφόσον εκδίδεται. Ο οικείος φορέας καταχωρίζει την προκήρυξη στην ιστοσελίδα του. Η μη καταχώριση της προκήρυξης στην ιστοσελίδα του οικείου φορέα δεν επηρεάζει το κύρος της σχετικής διαδικασίας.

γ) Δικαίωμα υποβολής αίτησης έχουν όλοι οι υπάλληλοι των δημοσίων υπηρεσιών ή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, εφόσον πληρούν τους όρους και τις προϋποθέσεις της προκήρυξης και υπάγονται στο βαθμολογικό σύστημα του παρόντος Κώδικα ή η συμμετοχή τους προβλέπεται από ειδική διάταξη. Ειδικά για τις Γενικές Διευθύνσεις Διοικητικής Υποστήριξης, ο υποψήφιος από άλλη υπηρεσία πρέπει να έχει τα προσόντα που περιγράφονται στις οργανικές διατάξεις της υπηρεσίας που προκηρύσσει τη θέση ή στις οργανικές διατάξεις της υπηρεσίας από την οποία προέρχεται. Η αίτηση υποψηφιότητας συνοδεύεται από βιογραφικό σημείωμα που συντάσσεται με ευθύνη του υποψηφίου και το περιεχόμενο του οποίου προκύπτει από τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου του υπαλλήλου.

δ) Με απόφαση του ΕΙ.Σ.Ε.Π. οι υποψήφιοι που δεν πληρούν τους όρους του νόμου και της προκήρυξης αποκλείονται από την περαιτέρω διαδικασία. Στη συνέχεια το ΕΙ.Σ.Ε.Π. μοριοδοτεί κάθε υποψήφιο, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παράγραφο 1 του άρθρου 85. Για τη συνέντευξη, το ΕΙ.Σ.Ε.Π. καλεί κάθε υποψήφιο χωριστά.

ε) Οι προϊστάμενοι Γενικών Διευθύνσεων των οποίων η θητεία λήγει, εξακολουθούν να διατηρούν τη θέση τους και να ασκούν τα καθήκοντά τους έως την επιλογή και τοποθέτηση νέων προϊσταμένων,

στ) Αν κενωθεί θέση προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης πριν από τη λήξη της θητείας του υπηρετούντος ή συσταθεί νέα, η θέση προκηρύσσεται το αργότερο εντός τριών (3) μηνών από τη κένωσή της ή από τη σύστασή της και επιλέγεται νέος προϊστάμενος για το υπόλοιπο της θητείας, σύμφωνα με τις πιο πάνω διατάξεις.

3.

α) Η επιλογή προϊσταμένων Διευθύνσεων αντιστοίχου ή ενδιάμεσου (μεταξύ

Διευθύνσεως και Τμήματος) επιπέδου οργανικής μονάδας, Τμημάτων και αυτοτελών γραφείων γίνεται από το οικείο Σ.Ε.Π. ή το οικείο Υπηρεσιακό Συμβούλιο αντίστοιχα, το αργότερο μέσα σε ένα (1) μήνα από τη λήξη της θητείας τους. Για την προκήρυξη των θέσεων προϊσταμένων εκδίδεται απόφαση – προκήρυξη, με την οποία τίθεται αποκλειστική προθεσμία δέκα (10) εργάσιμων ημερών για την υποβολή αίτησης υποψηφιότητας. Προκειμένου για υπηρεσίες που έχουν περιφερειακές μονάδες, μπορεί να καθορίζεται αποκλειστική προθεσμία έως είκοσι (20) εργάσιμων ημερών. Η απόφαση – προκήρυξη τοιχοκολλάται με σχετικό αποδεικτικό στον πίνακα ανακοινώσεων της οικείας υπηρεσίας και κοινοποιείται και σε κάθε υπάλληλο που πληροί τις προϋποθέσεις για τις θέσεις οι οποίες προκηρύσσονται. Η υποβολή αίτησης συνοδεύεται από βιογραφικό σημείωμα που συντάσσεται με ευθύνη του αιτούντος, το περιεχόμενο του οποίου προκύπτει από τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου του υπαλλήλου.

β) Αν δεν υποβληθούν αιτήσεις, το Σ.Ε.Π. ή το Υπηρεσιακό Συμβούλιο επιλέγει υπάλληλο που πληροί τις νόμιμες προϋποθέσεις και υπηρετεί στον τόπο που θα ασκήσει καθήκοντα προϊσταμένου.

γ) Το Σ.Ε.Π. ή το Υπηρεσιακό Συμβούλιο μοριοδοτεί τους υποψηφίους για τις θέσεις προϊσταμένων Διευθύνσεων, αντιστοίχου ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διευθύνσεως και Τμήματος) επιπέδου οργανικής μονάδας, Τμημάτων και αυτοτελών γραφείων, κατά τα οριζόμενα στις παραγράφους 2, 3 και 4 αντίστοιχα του άρθρου 85.

4.Όσοι επιλέγονται από το ΕΙ.Σ.Ε.Π., τα Σ.Ε.Π. και τα Υπηρεσιακά Συμβούλια τοποθετούνται, με απόφαση του οικείου οργάνου, η οποία εκδίδεται το αργότερο μέσα σε ένα (1) μήνα από τη γνωστοποίηση της επιλογής τους, ως προϊστάμενοι σε αντίστοιχου επιπέδου οργανικές μονάδες για θητεία πέντε (5) ετών. Αν υπάλληλος άλλης δημόσιας υπηρεσίας ή Ν.Π.Δ.Δ. επιλεγεί ως προϊστάμενος Γενικής Διεύθυνσης, με την τοποθέτηση του αποσπάται αυτοδίκαια στην υπηρεσία για την οποία έχει επιλεγεί. Ο χρόνος της θητείας του αποσπασμένου υπαλλήλου ως προϊσταμένου Γενικής Διεύθυνσης λογίζεται ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας στην οργανική του θέση για κάθε συνέπεια. Οι τοποθετούμενοι ως προϊστάμενοι εξακολουθούν να ασκούν τα καθήκοντά τους και μετά τη λήξη της θητείας τους ως την επανεπιλογή τους ή την τοποθέτηση του νέου προϊσταμένου.

5.Με απόφαση του ΕΙ.Σ.Ε.Π., του Σ.Ε.Π. και του Υπηρεσιακού Συμβουλίου κατά περίπτωση, ο προϊστάμενος οργανικής μονάδας μπορεί να απαλλαγεί από τα καθήκοντα του πριν από τη λήξη της θητείας, για σοβαρό λόγο αναγόμενο στην πλημμελή άσκηση των υπηρεσιακών του καθηκόντων και ιδιαίτερα για αδικαιολόγητη επιείκεια ή

μεροληψία κατά τη σύνταξη των εκθέσεων αξιολόγησης, για πλημμελή άσκηση ή αδυναμία άσκησης ελέγχου επί των υπαλλήλων, για μη προσήκουσα συμπεριφορά προς τους πολίτες, ευθυνοφοβία, απροθυμία για την εφαρμογή νέων μεθόδων οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας, αδικαιολόγητη καθυστέρηση στη διεκπεραίωση των υποθέσεων, κακή συνεργασία με λοιπούς προϊσταμένους και μειωμένη ποιοτική και ποσοτική απόδοση. Ο προϊστάμενος μπορεί, επίσης, να απαλλαγεί από τα καθήκοντα του με αίτησή του, ύστερα από απόφαση του αρμόδιου συμβουλίου, που συνεκτιμά τις υπηρεσιακές ανάγκες. Στην περίπτωση αυτή και ανεξάρτητα από τους λόγους της απαλλαγής του στερείται του δικαιώματος επιλογής του ως προϊσταμένου οργανικής μονάδας για μία τριετία από την επομένη της έκδοσης της απόφασης απαλλαγής του από τα καθήκοντα προϊσταμένου. Αν κενωθεί θέση προϊσταμένου Διεύθυνσης ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διευθύνσεως και Τμήματος) επιπέδου οργανικής μονάδας, Τμήματος ή αυτοτελούς γραφείου πριν από τη λήξη της θητείας ή συσταθεί νέα, το Σ.Ε.Π. ή το Υπηρεσιακό Συμβούλιο επιλέγει νέο προϊστάμενο για το υπόλοιπο της θητείας. Η επιλογή προϊσταμένων για τις θέσεις που κενώθηκαν ή συστάθηκαν γίνεται το αργότερο μέσα σε ένα (1) μήνα από τότε που οι θέσεις κενώθηκαν ή συστάθηκαν με τη διαδικασία της παραγράφου 3. Αν δεν υποβληθούν υποψηφιότητες, το Σ.Ε.Π. ή το Υπηρεσιακό Συμβούλιο αναθέτει καθήκοντα σε υπάλληλο που πληροί τις προϋποθέσεις επιλογής για τη θέση που προκηρύσσεται και υπηρετεί κατά προτίμηση στον τόπο που θα ασκήσει καθήκοντα προϊσταμένου. Οι διατάξεις για την επιλογή προϊσταμένων Διευθύνσεων εφαρμόζονται και στις περιπτώσεις που από τις οργανικές διατάξεις προβλέπονται ενδιάμεσου επιπέδου οργανικές μονάδες μεταξύ Διεύθυνσης και Τμήματος.

Σύμφωνα με το άρθρο 87 του ίδιου νόμου η αναπλήρωση προϊσταμένων διενεργείται ως εξής :

1. Τον προϊστάμενο, που απουσιάζει ή κωλύεται, αναπληρώνει στα καθήκοντα του ο ανώτερος κατά βαθμό προϊστάμενος των υποκείμενων οργανικών μονάδων, εφόσον ανήκει σε κλάδο του οποίου οι υπάλληλοι προβλέπεται ότι μπορούν να προϊστανται σύμφωνα με τις οικείες οργανικές διατάξεις και επί ομοιοβάθμων ο προϊστάμενος που έχει ασκήσει περισσότερο χρόνο καθήκοντα προϊσταμένου.
2. Το αρμόδιο για την τοποθέτηση προϊσταμένων όργανο μπορεί, τηρουμένου του προβαδίσματος των βαθμών, να ορίσει ως αναπληρωτή προϊσταμένου οργανικής μονάδας, που απουσιάζει ή κωλύεται, έναν από τους προϊσταμένους των υποκείμενων οργανικών μονάδων.

3. Αν δεν υπάρχουν υποκείμενες οργανικές μονάδες, τον προϊστάμενο αναπληρώνει στα καθήκοντά του ο ανώτερος κατά βαθμό υπάλληλος που υπηρετεί στην ίδια οργανική μονάδα, εφόσον ανήκει σε κλάδο του οποίου οι υπάλληλοι προβλέπεται ότι μπορούν να προϊστανται σύμφωνα με τις οικείες οργανικές διατάξεις. Αν υπηρετούν περισσότεροι υπάλληλοι με τον ίδιο βαθμό, αναπληρώνει αυτός που έχει περισσότερο χρόνο στο βαθμό ή αυτός που ορίζεται από τον προϊστάμενο της αμέσως υπερκείμενης μονάδας ή αρχής.

4. Το αρμόδιο για την τοποθέτηση όργανο μπορεί με απόφαση του να ορίσει ως αναπληρωτή προϊσταμένου οργανικής μονάδας τον προϊστάμενο άλλης οργανικής μονάδας του ίδιου επιπέδου.

5. Αν κενωθεί ή συσταθεί θέση προϊσταμένου οργανικής μονάδας, έως την επιλογή και τοποθέτηση νέου προϊσταμένου, εφαρμόζονται οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2. Ο αναπληρωτής προϊσταμένου οργανικής μονάδας κατά την παράγραφο αυτή δικαιούται το προβλεπόμενο για τη θέση επίδομα από την έναρξη της αναπλήρωσης.

Τα άρθρα 157 έως 162 του Κεφαλαίου Α' του μέρους Ζ' του Υ.Κ., που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν. 3528/ 2007 (ΦΕΚ 26/Α'), αντικαθίστανται ως εξής:

Με το άρθρο 157 συστήνεται το Ειδικό Συμβούλιο Επιλογής Προϊσταμένων

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Ειδικό Συμβούλιο Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.), το οποίο εδρεύει στη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

2. Το ΕΙ.Σ.Ε.Π. είναι αρμόδιο για την εν γένει υπηρεσιακή κατάσταση των ανωτάτων υπαλλήλων του Δημοσίου και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, με την επιφύλαξη του άρθρου τρίτου του παρόντος νόμου, με εξαίρεση την Ακαδημία Αθηνών, τα Πανεπιστήμια και τα Τ.Ε.Ι.

3. Το ΕΙ.Σ.Ε.Π. είναι πενταμελές και αποτελείται από:

α) έναν (1) Αντιπρόεδρο του ΑΣΕΠ ως Πρόεδρο με τον αναπληρωτή του και τρία (3) μέλη με τους αναπληρωτές τους. Ο Πρόεδρος με τον αναπληρωτή του και τα μέλη με τους αναπληρωτές τους είναι μέλη του ΑΣΕΠ και προτείνονται από τον Πρόεδρό του,

β) έναν (1) Βοηθό Συνηγόρου του Πολίτη που προτείνεται από το Συνήγορο του Πολίτη με τον αναπληρωτή του, επίσης βοηθό Συνηγόρου του Πολίτη.

4. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ορίζονται τα μέλη του ΕΙ.Σ.Ε.Π. με τους αναπληρωτές τους, καθώς και ο Γραμματέας του Συμβουλίου με τον αναπληρωτή του, προϊστάμενος Διεύθυνσης ή Τμήματος της Γενικής Γραμματείας

Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του προέδρου, των μελών και του γραμματέα του ΕΙ.Σ.Ε.Π.

Με το άρθρο 158 συστήνονται τα Συμβούλια Επιλογής Προϊσταμένων

1. Με απόφαση του οικείου Υπουργού ή του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας αντίστοιχα, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, συνιστάται σε κάθε Υπουργείο και κάθε περιφέρεια της χώρας, ένα Συμβούλιο Επιλογής Προϊσταμένων (Σ.Ε.Π.). Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η σύσταση περισσότερων συμβουλίων, όταν αυτό επιβάλλεται από ειδικότερους υπηρεσιακούς λόγους ή ειδικές συνθήκες. Με απόφαση του οικείου Υπουργού επιτρέπεται η σύσταση Σ.Ε.Π. σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου στα οποία, από τις οικείες οργανικές διατάξεις, προβλέπονται τουλάχιστον δύο (2) Γενικές Διευθύνσεις.

2. Τα Σ.Ε.Π. είναι αρμόδια για την επιλογή προϊσταμένων Διευθύνσεων ή αντιστοίχου ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διευθύνσεως και Τμήματος) επιπέδου οργανικών μονάδων των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

3. Τα Σ.Ε.Π. των Υπουργείων είναι αρμόδια για την επιλογή προϊσταμένων Διευθύνσεων του οικείου Υπουργείου ή άλλων αυτοτελών δημοσίων υπηρεσιών ή Γενικών Γραμματειών που υπάγονται στο Υπουργείο, καθώς και για την επιλογή των προϊσταμένων Διευθύνσεων των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου που εποπτεύονται από το Υπουργείο.

4. Τα Σ.Ε.Π. των περιφερειών είναι αρμόδια τόσο για την επιλογή προϊσταμένων Διευθύνσεων της οικείας περιφέρειας όσο και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου που εποπτεύουν.

5. Τα Σ.Ε.Π. είναι πενταμελή και αποτελούνται από δύο (2) προϊσταμένους Γενικών Διευθύνσεων του οικείου Υπουργείου ή της οικείας Περιφέρειας από τους οποίους ο ένας (1) ορίζεται πρόεδρος αυτού με τους αναπληρωτές τους και έναν (1) προϊστάμενο Γενικής Διεύθυνσης άλλης δημόσιας υπηρεσίας ή Ν.Π.Δ.Δ. που λειτουργεί στην έδρα του οικείου Υπουργείου ή της οικείας Περιφέρειας με τον αναπληρωτή του και δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των εργαζομένων με βαθμό Α', οι οποίοι εκλέγονται σύμφωνα με τις διατάξεις της υπ' αριθμ. ΔΙΚΠΡ/Φ.80/30/8703/19.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β') απόφασης του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης, όπως ισχύει. Αν δεν επαρκούν οι προϊστάμενοι Γενικής Διεύθυνσης της οικείας Περιφέρειας ή του οικείου Ν.Π.Δ.Δ. ή

αυτοί που υπηρετούν σε υπηρεσίες της οικείας Περιφέρειας, ορίζονται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, προϊστάμενοι Γενικής Διεύθυνσης από υπηρεσίες όμορης Περιφέρειας ή από Ν.Π.Δ.Δ. που εποπτεύονται από το οικείο Υπουργείο και αν δεν υπάρχουν από Ν.Π.Δ.Δ. άλλου Υπουργείου. Στα Υπουργεία, στα οποία δεν προβλέπονται από τις οργανικές διατάξεις δύο (2) τουλάχιστον Γενικές Διευθύνσεις, τα Σ.Ε.Π. συγκροτούνται από προϊσταμένους Γενικών Διευθύνσεων των Υπουργείων Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονική Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υποδομών, Μεταφορών και Δικτύων.

6. Τα μέλη του Σ.Ε.Π. με τους αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του οικείου Υπουργού ή του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας αντίστοιχα. Εισηγητής του Συμβουλίου ορίζεται προϊστάμενος Γενικής Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης ή προϊστάμενος Διεύθυνσης Διοικητικού/Προσωπικού. Χρέη γραμματέα ασκεί υπάλληλος με βαθμό Α΄ που ορίζεται με τον αναπληρωτή του με την απόφαση ορισμού των μελών.

Με το άρθρο 159 συστήνονται τα Υπηρεσιακά Συμβούλια

1. Με απόφαση του οικείου Υπουργού, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, συνιστάται σε κάθε Υπουργείο ή Ν.Π.Δ.Δ. ένα Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η σύσταση περισσότερων συμβουλίων όταν αυτό επιβάλλεται από ειδικότερους υπηρεσιακούς λόγους ή ειδικές συνθήκες. Με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, συνιστάται σε κάθε περιφέρεια ένα Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

2. Με απόφαση του οργάνου που ασκεί την εποπτεία στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, που εδρεύουν στον ίδιο νομό, επιτρέπεται η σύσταση ενός ή περισσότερων κοινών Υπηρεσιακών Συμβουλίων. Με όμοια απόφαση, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καθορίζεται και η έδρα των κοινών Υπηρεσιακών Συμβουλίων.

3. Αν συσταθούν περισσότερα Υπηρεσιακά Συμβούλια στο ίδιο Υπουργείο ή Ν.Π.Δ.Δ., με την πράξη σύστασής τους, καθορίζεται και η αρμοδιότητα καθενός από αυτά.

4. Στην Ακαδημία Αθηνών και σε κάθε Πανεπιστήμιο και Τ.Ε.Ι, συνιστάται, με απόφαση του Προέδρου της Ακαδημίας Αθηνών ή του Πρύτανη Πανεπιστημίου ή του Προέδρου Τ.Ε.Ι, αντιστοίχως, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ένα (1) ή περισσότερα Υπηρεσιακά Συμβούλια. Η προηγούμενη παράγραφος εφαρμόζεται και στην περίπτωση αυτή.

5. Τα Υπηρεσιακά Συμβούλια είναι αρμόδια για την επιλογή προϊσταμένων Τμημάτων και αυτοτελών γραφείων ή αντίστοιχου επιπέδου οργανικών μονάδων και την εν γένει υπηρεσιακή κατάσταση των υπαλλήλων δημοσίων υπηρεσιών, ορισμένου νομικού προσώπου ή πλειόνων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (κοινά). Τα Υπηρεσιακά Συμβούλια λειτουργούν και ως πρωτοβάθμια πειθαρχικά συμβούλια για όλους τους υπαλλήλους που υπάγονται στην αρμοδιότητά τους.

6. Τα Υπηρεσιακά Συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των Ν.Π.Δ.Δ. είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Τρεις (3) μόνιμους υπαλλήλους Προϊσταμένους Διεύθυνσης, από αυτούς που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου και υπηρετούν στην έδρα του ή στο Νομό Αττικής, για τα Υπηρεσιακά Συμβούλια που εδρεύουν στο νομό αυτόν. Αν δεν υπάρχουν ή δεν επαρκούν υπάλληλοι της οικείας υπηρεσίας με τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις για να οριστούν μέλη του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, ορίζονται υπάλληλοι από άλλη δημόσια υπηρεσία ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου που πληρούν τις προϋποθέσεις αυτές. Αν ο αριθμός των υπηρετούντων στην έδρα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου δεν επαρκεί για τη συγκρότησή του, ορίζονται υπάλληλοι που υπηρετούν εκτός της έδρας του νομού αυτού, που πληρούν τις προϋποθέσεις.

β) Δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με βαθμό Α'.

7. Τα μέλη του Υπηρεσιακού Συμβουλίου ορίζονται από τον οικείο Υπουργό ή τον Γενικό Γραμματέα Περιφέρειας ή το διοικητικό συμβούλιο του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου. Ένα από τα μέλη που προβλέπονται στην περίπτωση α' της προηγούμενης παραγράφου ορίζεται ως Πρόεδρος και ένα αναπληρωτής του Προέδρου. Τα μέλη που προβλέπονται στην περίπτωση β' της προηγούμενης παραγράφου εκλέγονται με άμεση, καθολική και μυστική ψηφοφορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της υπ' αριθμ. ΔΙΚΠΡ/Φ.80/30/8703/19.9.1988 (ΦΕΚ 684/Β') απόφασης του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

8. Αν λυθεί η υπαλληλική σχέση τακτικού αιρετού μέλους του Συμβουλίου, τακτικό μέλος ορίζεται ο επόμενος στη σειρά εκλογής, για το υπόλοιπο χρονικό διάστημα της θητείας.

9. Στα περιφερειακά Υπηρεσιακά Συμβούλια διοικητικού προσωπικού του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων μπορεί να ορίζονται ως πρόεδροι ή μέλη εκπαιδευτικοί λειτουργοί με βαθμό Α' από τους υπηρετούντες στην πόλη της έδρας του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, εφόσον δεν υπάρχουν μόνιμοι υπάλληλοι από τους

αναφερόμενους στην περίπτωση α' της παραγράφου 6.

10. Δεν υπάγονται στις διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων τα Υπηρεσιακά Συμβούλια της Εθνικής Υπηρεσίας Πληροφοριών (Ε.Υ.Π.), της Ακαδημίας Αθηνών, των Πανεπιστημίων και Τ.Ε.Ι., του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε.) και της Σιβιτανίδειου Σχολής Τεχνών και Επαγγελμάτων, για τα οποία επιτρέπεται προσαρμογή τους προς τις ρυθμίσεις του παρόντος άρθρου με κοινές αποφάσεις του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και του οικείου Υπουργού. Οι ειδικές διατάξεις για τη συγκρότηση των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των ανεξάρτητων αρχών δεν θίγονται.

11. Στα Υπηρεσιακά Συμβούλια των δημοσίων υπηρεσιών και των Ν.Π.Δ.Δ. ως εισηγητές ορίζονται οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών προσωπικού.

12. Χρήη γραμματέα εκτελεί υπάλληλος με βαθμό τουλάχιστον Β', που ορίζεται με τον αναπληρωτή του με την απόφαση ορισμού των μελών.

Με το άρθρο 160 καθορίζεται η θητεία

1. Η θητεία των μελών του ΕΙ.Σ.Ε.Π. είναι διετής και αρχίζει την 1η Ιανουαρίου του επόμενου έτους από τον ορισμό τους. Κατά την πρώτη εφαρμογή η θητεία των μελών του Συμβουλίου αρχίζει από την ημερομηνία ορισμού τους και λήγει την 31.12.2012.

2. Η θητεία των μελών των Συμβουλίων των άρθρων 158 και 159 είναι διετής και αρχίζει την 1η Ιανουαρίου του επόμενου έτους από τον ορισμό τους. Κατά την πρώτη εφαρμογή η θητεία των μελών των Συμβουλίων αρχίζει από την ημερομηνία ορισμού τους και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του μεθεπόμενου έτους.

Με το άρθρο 161 καθορίζεται η εκπροσώπηση των φύλων

1. Στα Συμβούλια των άρθρων 157, 158 και 159 ο αριθμός των μελών που ορίζονται από κάθε φύλο ανέρχεται σε ποσοστό ίσο τουλάχιστον με το ένα τρίτο (1/3) του συνόλου των μελών που ορίζονται σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, εφόσον στην οικεία υπηρεσία υπηρετεί επαρκής αριθμός υπαλλήλων που συγκεντρώνει τις νόμιμες προϋποθέσεις για ορισμό και τα μέλη που ορίζονται είναι περισσότερα από ένα (1).

2. Τυχόν δεκαδικός αριθμός στρογγυλοποιείται στην επόμενη ακέραιη μονάδα, εφόσον το κλάσμα είναι ίσο τουλάχιστον με μισό της μονάδας.

Με το άρθρο 162 καθορίζεται η λειτουργία

1. Κάθε συμβούλιο αποτελεί ιδιαίτερη αρχή.
2. Κατά τη διάρκεια της θητείας απαγορεύεται η αντικατάσταση μελών των Συμβουλίων, εκτός αν συντρέχουν σοβαροί υπηρεσιακοί ή προσωπικοί λόγοι, με εξαίρεση την περίπτωση που μέλος του Σ.Ε.Π. ή του Υπηρεσιακού Συμβουλίου μετά τη λήξη της θητείας του δεν επιλεγεί εκ νέου προϊστάμενος Γενικής Διεύθυνσης ή Διεύθυνσης αντίστοιχα.
3. Τα αναπληρωματικά μέλη μετέχουν σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος των τακτικών μελών.
4. Ο αναπληρωτής του προέδρου προεδρεύει σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος του προέδρου. Στην περίπτωση που προεδρεύει ο αναπληρωτής του προέδρου, συμμετέχει ως τακτικό μέλος ο αναπληρωτής του προεδρεύοντος.
5. Το ΕΙ.Σ.Ε.Π., τα Σ.Ε.Π. και τα Υπηρεσιακά Συμβούλια βρίσκονται σε απαρτία, όταν είναι παρόντα τρία (3) τουλάχιστον μέλη τους.
6. Τα τμήματα του Δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου βρίσκονται σε απαρτία όταν είναι παρόντα πέντε (5) τουλάχιστον μέλη τους, στα οποία απαραίτητως πρέπει να περιλαμβάνεται ο Πρόεδρος ή ο αναπληρωτής του.
7. Τα Συμβούλια αποφασίζουν ή γνωμοδοτούν με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Εάν σχηματισθούν περισσότερες από δύο γνώμες, όσοι ακολουθούν την ασθενέστερη οφείλουν να προσχωρήσουν σε μία από τις επικρατέστερες.
8. Οι πράξεις όλων των Συμβουλίων διατυπώνονται σε πρακτικά που υπογράφονται από τον πρόεδρο και τον γραμματέα το συντομότερο δυνατόν και πάντως όχι πέραν του διμήνου από την ημερομηνία της συνεδρίασης κατά την οποία λήφθηκε η απόφαση. Ως την υπογραφή των πρακτικών μπορεί να χορηγείται στην οικεία υπηρεσία βεβαίωση για τις αποφάσεις που έχουν ληφθεί, η οποία υπογράφεται από τον πρόεδρο του Υπηρεσιακού Συμβουλίου. Βάσει της βεβαίωσης αυτής μπορεί να γίνονται από τη διοίκηση οι απαιτούμενες περαιτέρω ενέργειες για την εκτέλεση των πράξεων των Συμβουλίων. Όμοια βεβαίωση μπορεί να χορηγείται και στους ενδιαφερόμενους υπαλλήλους, ύστερα από αίτησή τους. Στα πρακτικά καταχωρίζεται και η γνώμη όσων μειοψήφησαν.
9. Η ψηφοφορία των μελών των Συμβουλίων γίνεται κατά σειρά αντίστροφη από εκείνη της απόφασης ορισμού τους. Δεν επιτρέπεται η αποχή από την ψηφοφορία ή η λευκή ψήφος.
10. Ο υπάλληλος μπορεί να παρίσταται ενώπιον του Συμβουλίου που κρίνει

πειθαρχική του υπόθεση αυτοπροσώπως ή με συμπάρασταση δικηγόρου ή μόνο δια δικηγόρου.

11. Κατά την εξέταση πειθαρχικών υποθέσεων, ως εισηγητής του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, με δικαίωμα ψήφου,

ορίζεται, σύμφωνα με τη διαδικασία της παρ. 1 του άρθρου 133, ένα (1) από τα μέλη αυτού. Η ιδιότητα του εισηγητή του Συμβουλίου δεν είναι ασυμβίβαστη με την ιδιότητα του μέλους αυτού.

12. Στο Δευτεροβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο ως εισηγητές ορίζονται, με πράξη του προέδρου, μόνο μέλη αυτού.

13. Η λειτουργία όλων των Συμβουλίων διέπεται συμπληρωματικά από τις γενικές διατάξεις για τη λειτουργία των συλλογικών οργάνων διοίκησης.

Στο τέλος του άρθρου 163 του Υ.Κ., που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/Α'9.2.2007) προστίθεται παράγραφος 11, ως εξής: Το Δευτεροβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο λειτουργεί αποκλειστικά ως πειθαρχικό με την επιφύλαξη του άρθρου 95. Κρίνει σε δεύτερο βαθμό, κατά το νόμο και την ουσία και κατ' εξαίρεση σε πρώτο βαθμό όταν αυτό προβλέπεται. Το Συμβούλιο αυτό λειτουργεί και ως πειθαρχικό των ανωτάτων υπαλλήλων του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο κρίνει σε πρώτο και τελευταίο βαθμό.

Τελικές διατάξεις

1. Ο χρόνος υπηρεσίας των αποσπασμένων υπαλλήλων που διανύθηκε στη Μόνιμη Ελληνική Αντιπροσωπεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή σε άλλα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή σε διεθνείς οργανισμούς, λαμβάνεται υπόψη για την εφαρμογή των άρθρων 84 και 85 του Υ.Κ. και λογίζεται ως χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Τμήματος. Προκειμένου για υπαλλήλους που είχαν ασκήσει καθήκοντα προϊσταμένου Διεύθυνσης πριν την απόσπασή τους, το ανωτέρω χρονικό διάστημα λογίζεται ως χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Διεύθυνσης.

2. Ο χρόνος υπηρεσίας, ο οποίος βάσει ειδικών διατάξεων που ισχύουν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου λογίζεται ως χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου Διεύθυνσης ή Τμήματος, λαμβάνεται υπόψη μόνο για την εφαρμογή των άρθρων 84 και 85 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο πρώτο του παρόντος νόμου.

3. Ο χρόνος υπηρεσίας, ο οποίος διανύθηκε σε θέση προϊσταμένου οργανικής μονάδας με νόμιμη αναπλήρωση, λογίζεται ως χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου

οργανικής μονάδας και λαμβάνεται υπόψη για την εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 84 και 85 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο πρώτο του παρόντος νόμου.

4. Με τους οργανισμούς των υπηρεσιών μπορεί να προβλέπεται, όπου κρίνεται αναγκαίο, ως τυπικό προσόν για την πλήρωση θέσεων προϊσταμένων οργανικών μονάδων η άριστη ή πολύ καλή γνώση ξένης γλώσσας.

5. Τα Συμβούλια που προβλέπονται στα άρθρα 157, 158 και 159 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκαν από το άρθρο δεύτερο του παρόντος νόμου συντάσσουν ετήσιες εκθέσεις μετά από γραπτή γνώμη της ΑΔΕΔΥ και της αντιπροσωπευτικότερης συνδικαλιστικής οργάνωσης του οικείου φορέα αντίστοιχα στις οποίες αναφέρεται η αποτελεσματικότητα τόσο της λειτουργίας τους όσο και του εφαρμοζόμενου συστήματος επιλογής προϊσταμένων, καθώς και η διατύπωση προτάσεων βελτίωσης των διαδικασιών που ακολουθούνται.

Μεταβατικές διατάξεις

1. Από τη δημοσίευση του νόμου αυτού λήγει αυτοδικαίως η θητεία των μελών των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των δημοσίων υπηρεσιών, των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, στα οποία περιλαμβάνονται και τα μέλη του Ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου, που προβλέπονται στα άρθρα 158 και 159 του Υ.Κ., όπως ίσχυαν πριν να αντικατασταθούν με τις διατάξεις του άρθρου δεύτερου του παρόντος νόμου. Εξαιρούνται τα μέλη του Δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου και τα αιρετά μέλη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, τα οποία εξακολουθούν να ασκούν τις αρμοδιότητες τους μέχρι τη λήξη της θητείας τους, καθώς επίσης και τα μέλη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, της Ακαδημίας Αθηνών, των Πανεπιστημίων και των Τ.Ε.Ι.

2. Από τη δημοσίευση του νόμου αυτού λήγει αυτοδικαίως η θητεία των προϊσταμένων οργανικών μονάδων των δημοσίων υπηρεσιών, των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου είτε αυτοί επιλέγονται με βάση τις διατάξεις του Υ.Κ. είτε με βάση ειδικές διατάξεις. Εξαιρούνται οι προϊστάμενοι οργανικών μονάδων των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, της Ακαδημίας Αθηνών, των Πανεπιστημίων και των Τ.Ε.Ι. Λήγει επίσης η θητεία των μονομελών οργάνων διοίκησης που εξομοιώνονται με Γενικό Διευθυντή ή Προϊστάμενο Γενικής Διεύθυνσης ή έχουν οποιαδήποτε άλλη ονομασία. Έως την επιλογή προϊσταμένων οργανικών μονάδων σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου ή ειδικών διατάξεων, καθήκοντα προϊσταμένων εξακολουθούν να ασκούν οι κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου προϊστάμενοι ή οι αναπληρωτές τους.

3. Έως τη συγκρότηση του ΕΙ.Σ.Ε.Π., το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο που έχει συσταθεί με την παρ. 1 του άρθρου 158 του Υ.Κ., όπως ίσχυε πριν να αντικατασταθεί με τις διατάξεις του άρθρου δεύτερου του νόμου αυτού, αποτελείται από πέντε (5) μέλη, τρεις (3) συνταξιούχους Ανώτατους Δικαστικούς Λειτουργούς της Διοικητικής Δικαιοσύνης ή του Ελεγκτικού Συνεδρίου ή συνταξιούχους Προέδρους, Αντιπροέδρους ή Νομικούς Συμβούλους του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, τον Πρόεδρο της ΑΔΕΔΥ και ένα μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής της με αναπληρωτές τους μέλη της Εκτελεστικής Επιτροπής της, τα οποία ορίζει η ίδια. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ορίζονται τα μέλη του Ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου με τους αναπληρωτές τους, καθώς και ο Γραμματέας του Συμβουλίου με τον αναπληρωτή του.

4. Έως τη συγκρότηση των Σ.Ε.Π. και των Υπηρεσιακών Συμβουλίων που προβλέπονται στα άρθρα 158 και 159 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο δεύτερο του παρόντος νόμου, σε κάθε δημόσια υπηρεσία, Περιφέρεια και Ν.Π.Δ.Δ., συγκροτούνται Υπηρεσιακά Συμβούλια μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού, τα οποία είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Τρεις (3) υπαλλήλους με βαθμό Α', οι οποίοι λαμβάνονται μεταξύ των δέκα (10) υπαλλήλων που έχουν τον περισσότερο χρόνο άσκησης καθηκόντων προϊσταμένου Διεύθυνσης, υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου και υπηρετούν στην έδρα του ή στο Νομό Αττικής, για τα Υπηρεσιακά Συμβούλια που εδρεύουν στο νομό αυτόν. Αν δεν επαρκούν οι υπάλληλοι με τις προϋποθέσεις αυτές ο αριθμός συμπληρώνεται από υπαλλήλους με τον περισσότερο χρόνο άσκησης καθηκόντων προϊσταμένου Τμήματος με την προϋπόθεση να ανήκουν σε κλάδο του οποίου οι υπάλληλοι προβλέπεται ότι μπορεί να προϊστανται Διεύθυνσης. Αν δεν υπάρχουν ή δεν επαρκούν υπάλληλοι της οικείας υπηρεσίας με τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις για να οριστούν μέλη του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, ορίζονται υπάλληλοι από άλλη δημόσια υπηρεσία ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου που πληρούν τις προϋποθέσεις αυτές. Αν ο αριθμός των υπηρετούντων στην έδρα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου δεν επαρκεί για τη συγκρότησή του, ορίζονται υπάλληλοι που υπηρετούν εκτός της έδρας του νομού αυτού, που πληρούν τις προϋποθέσεις.

β) Δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με βαθμό Α'. Τα υπό στοιχείο α' μέλη του Υπηρεσιακού Συμβουλίου ορίζονται με απόφαση του οικείου Υπουργού ή του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας ή του διοικητικού συμβουλίου του Ν.Π.Δ.Δ. και

τοποθετούνται ως προϊστάμενοι Διεύθυνσης μέχρι την επιλογή των προϊσταμένων Διευθύνσεων από τα Σ.Ε.Π. με τις διατάξεις του παρόντος νόμου και πάντως όχι πέραν του ενός (1) έτους από την τοποθέτησή τους. Τα Συμβούλια αυτά λειτουργούν με ελλιπή σύνθεση, χωρίς αναπληρωματικά μέλη μέχρι την επιλογή προϊσταμένων Διευθύνσεων, οπότε ορίζονται και τα αναπληρωματικά τους μέλη. Οι επιλογές των προϊσταμένων Διευθύνσεων, Τμημάτων, αυτοτελών γραφείων και αντίστοιχου επιπέδου οργανικών μονάδων γίνονται από αυτά τα Υπηρεσιακά Συμβούλια.

5. Η κατά τα ανωτέρω επιλογή προϊσταμένων οργανικών μονάδων γίνεται με τις προϋποθέσεις του άρθρου 84 με εξαίρεση τα δύο τελευταία εδάφια της παρ. 1 και των διατάξεων της παρ. 1 των περιπτώσεων δ', ε' και στ' της παρ. 2, της περίπτωσης β' της παραγράφου 3 και των παραγράφων 5, 6 και 7 του άρθρου 86 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο πρώτο του παρόντος νόμου. Για την επιλογή λαμβάνονται υπόψη τα κριτήρια του άρθρου 85 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο πρώτο του παρόντος νόμου, με εξαίρεση τα κριτήρια που προβλέπονται στις υποπεριπτώσεις (1), (4) και (5) της περίπτωσης γ' των παραγράφων 1, 2 και 3. Δεν επιλέγεται ως προϊστάμενος Γενικής Διεύθυνσης υπάλληλος του οποίου το υπολειπόμενο διάστημα, μέχρι την αυτοδίκαιη αποχώρηση από την υπηρεσία είναι μικρότερο του ενός (1) έτους κατά την ημερομηνία συνεδρίασης του Ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου, με εξαίρεση τους ήδη υπηρετούντες προϊσταμένους Γενικής Διεύθυνσης.

6. Για την προκήρυξη των θέσεων προϊσταμένων εκδίδεται απόφαση – προκήρυξη, με την οποία τίθεται αποκλειστική προθεσμία δέκα (10) εργάσιμων ημερών για την υποβολή αίτησης υποψηφιότητας. Προκειμένου για υπηρεσίες που έχουν περιφερειακές μονάδες, μπορεί να καθορίζεται αποκλειστική προθεσμία έως είκοσι (20) εργάσιμων ημερών. Η απόφαση – προκήρυξη τοιχοκολλάται με σχετικό αποδεικτικό στον πίνακα ανακοινώσεων της οικείας υπηρεσίας και κοινοποιείται και σε κάθε υπάλληλο που πληροί τις προϋποθέσεις για τις θέσεις οι οποίες προκηρύσσονται. Η υποβολή αίτησης συνοδεύεται από βιογραφικό σημείωμα που συντάσσεται με ευθύνη του αιτούντος, το περιεχόμενο του οποίου προκύπτει από τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου του υπαλλήλου.

7. Όσοι επιλέγονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού τοποθετούνται με απόφαση του αρμόδιου οργάνου, ως προϊστάμενοι σε αντίστοιχου επιπέδου οργανικές μονάδες και υπηρετούν έως την επιλογή και τοποθέτηση των προϊσταμένων, που θα επιλεγούν από το ΕΙ.Σ.Ε.Π., τα Σ.Ε.Π. και τα Υπηρεσιακά Συμβούλια κατά περίπτωση, με τις διατάξεις των άρθρων 84, 85 και 86 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο πρώτο του

παρόντος νόμου και πάντως όχι πέραν του ενός (1) έτους από την τοποθέτησή τους. Για τους υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, προϊσταμένους Γενικών Διευθύνσεων που δεν επιλέγονται εκ νέου εφαρμόζονται οι διατάξεις του πρώτου, δευτέρου και τέταρτου εδαφίου της περίπτωσης στ' της παρ. 2 του άρθρου 86 του Υ.Κ., όπως ίσχυε πριν την αντικατάστασή του με τον παρόντα νόμο. (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3839/2010 Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιολογικά κριτήρια – Σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.) και λοιπές διατάξεις)

6.2 Παράρτημα 2

Αποτελέσματα έρευνας των Πολύζος και συν, 2000 σχετικά με τα προσόντα στελεχών στις διοικητικές και στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995), τα έτη υπηρεσίας στελεχών νοσοκομείων ΕΣΥ (1995), τα επιπλέον προσόντα στελεχών υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1995), την απασχόληση υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, τους κάτοικοι ανά ιατρό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1960,1970, 1980, 1992), την αναλογία κλινών ανά ιατρό (Κ/Γ), νοσηλευτή (Κ/Ν), λοιπό προσωπικό (Κ/Λ) και σύνολο προσωπικού (Κ/Σ) στα γενικά νοσοκομεία (1993) και συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού Διευθύνσεων Υγείας Νομαρχιών Ελλάδας (1995)

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Προσόντα στελεχών στις διοικητικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995)

Κατηγορία	Διοικητικοί	Υποδ/τές Διοικ	Υποδ/τες Οικον	Υποδ/τές	Τμήμα Οικονομικό	Τμήμα Διατ	Τμήμα Πληροφοριών	Τμήμα Προσ	Τμήμα Τεχν	Τμήμα Βιτα	Λοιπά Τμή	Σύνολο

	Δ/τές	ητικο ύ	ομικο ύ	Τεχ νικο ύ	ν	ροφή ς	ν	ωπικο ύ	ικών	μινώ ν	ματα *	
ΠΕ	87	54	25	26	68	42	12	48	10	2	61	414
%ΠΕ	80	74	100	64	64	83	70	47	20	7	27	50
ΤΕ				14	16	9	3	8	41	23	11	147
%ΤΕ				31	18	16	18	8	80	86	5	18
ΔΕ	21	19		2	19	2	2	45	1	2	155	268
%ΔΕ	20	26		5	18	1	12	45		7	68	32
Σύν. (καλυμ μένες)	108	73	25	42	103	53	17	101	52	27	227	829
Σύν. (οργαν ικές)	113	81	25	81	113	81	113	113	113	113	275	1211
Κενές θέσεις	5	8		39	10	28	96	12	61	86	227	382
Κάλυψ η %	96	90	100	52	91	65	15	90	46	24	82	68

*Κίνησης Ασθενών, Γραμματείας, Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων

ΠΕ : πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ΤΕ : τεχνολογική εκπαίδευση, ΔΕ : δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Το σύνολο των ΠΕ είναι 416, των ΤΕ 145 και των ΔΕ 268. Υπάρχουν ακόμη 505 πτυχιούχοι ΠΕ στις διοικητικές υπηρεσίες, οι οποίοι δεν καταλαμβάνουν θέση προϊσταμένου. (Πολύζος και συν, 2000)

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

Προσόντα στελεχών στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995)

Θέσεις Βαθμίδα	ΠΕ Νοσ.	ΤΕ Νο σ.	ΤΕ Επισ/ τών	ΤΕ Α Ν	ΤΕ ΕΕ Σ	ΤΕ Λοιπ οί	ΤΕ 3του ς	ΤΕ Εξωτ ερικο ύ	ΤΕ Μαι ών	ΤΕ Σύν.	ΔΕ Νοσ.
Δ/τής Δ/νουσα	- 17	23	8	28	6	20	7	3	2	97	

Τομέαρχης Παθολογίας	9	13	5	32	1	24	4	1	2	82	
Τομέαρχης Χειρουργικής	7	24	7	29	1	20	3	1	3	88	
Τομέαρχης Εργαστηρίων	4	7	4	11		10			2	34	
Τομέαρχης Ψυχιατρικής	2	9	2	8		2			6	27	
Επιμέρους Σύνολα	39	76	26	108	8	76	14	5	15	328	
%	12	23	8	31	2	23	4	2	5	1214	14
Προϊστάμενοι Τμημάτων	12									10000	15000
Λοιποί*	106									11542	15014
Γενικά Σύνολα	157									43,2	65,2
%	0,6										

Οι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) αφορούν στο σύνολο των νοσοκομείων, τα οποία παρέδωσαν στοιχεία, οι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) και οι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) αποτελούν εκτιμήσεις από στοιχεία του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας.

ΑΝ : Αδελφών Νοσοκόμων

ΕΕΣ : Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (Πολύζος και συν, 2000)

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

Έτη υπηρεσίας στελεχών νοσοκομείων ΕΣΥ (1995)

Θέσεις - έτη	<10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30	Σύνολο	Άγνωστο
Διοικητικοί Δ/τές	6	18	27	19	16	12	98	10
Υποδ/τές Διοικητικού	7	18	15	18	7	1	66	7
Υποδ/τές Οικονομικών	3	7	7	2	4	1	24	2
Υποδ/τές Τεχνικού	16	14	4	3		1	38	4
Προϊστάμενοι Τμημάτων	63	62	31	31	14	7	208	372
Σύνολα Διοικητικών	95	119	84	73	41	22	434	362

%	22	28	19	17	9	5	100	
Δ/τές Νοσ. Προσωπικού	1	6	27	42	19	14	109	5
Τομάρχες Νοσ. Προσωπικού	3	14	53	84	29	9	192	51
Προϊστάμενοι Κλινικών	23	33	152	161	38	2	409	821
Σύνολα Νοσηλευτικού	27	53	232	287	86	25	710	877
%	4	8	32	40	12	4	100	
Γενικά Σύνολα	122	172	318	360	127	47	1144	1039
%	11	15	28	31	11	4	100	

Σημείωση : τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν επαρκές δείγμα. Ελάχιστα νοσοκομεία δεν παρέδωσαν καθόλου στοιχεία, πολλά νοσοκομεία ωστόσο δεν παρέδωσαν σαφή στοιχεία.
(Πολύζος και συν, 2000)

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

Επιπλέον προσόντα στελεχών υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1995)

(Πολύζος και συν, 2000)

	ΕΣΔΥ	MSc	PhD	Σύνολο	ΕΣΔΥ %	MSc %	PhD %	Σύνολο %
Διευθυντής/Διευθύνουσα				2	2		10,5	1,2
Τομάρχες νοσ. προσωπικού			1	1			5,4	0,6
Λοιποί ΠΕ νοσ. προσωπικού			5	5			26,3	3
Διοικητικοί Διευθυντές	13	6	2	21	10,6	26,1	10,5	12,7
Υποδιευθυντές Διοικητικού	8	2		10	6,5	8,7		6,1
Υποδιευθυντές Οικονομικού	7			7	5,7			4,2
Υποδιευθυντές Τεχνικού		1	2	3		4,4	10,5	1,8
Προϊστάμενοι Τμημάτων	19	3	2	24	15,4	13	10,5	14,5
Λοιποί ΠΕ Διοικητικού	76	11	5	92	61,8	47,8	26,3	55,9
Σύνολο	123	23	19	165	100	100	100	100

%	74,5	13,9	11,6	100				
---	------	------	------	-----	--	--	--	--

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

Η απασχόληση υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση
(Πολύζος και συν, 2000, Abel-Smith et al, 1994)

	Ελλάδα 1974	Ελλάδα 1983	Ελλάδα 1993	Ευρωπαϊκή Ένωση 1989-1990
Ιατροί/1000 κατοίκους	2	2,8	3,9	2,8
Νοσηλεύτες/1000 κατοίκους	1,6	2,2	3,9	4,3
Λοιπό προσωπικό (% εργατικού δυναμικού)	0,5	1,1	1,5	3,3
Σύνολο προσωπικού (% εργατικού δυναμικού)	1,6	2,5	3,5	4,6

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

Κάτοικοι ανά ιατρό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1960, 1970, 1980, 1992)
(Δερβένης και συν, 1995, Πολύζος και συν, 2000)

Γεωγραφικό διαμέρισμα	1960	1970	1980	1992	1980-1992 ποσοστό % αύξησης ιατρών/κάτοικο
Σύνολο Ελλάδας	805	615	394	265	32,7
Περιφέρεια πρωτευούσης	500	338	226	172	24
Λοιπή Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	2000	1290	1330	656	50,6
Πελοπόννησος	1301	1010	853	391	54
Νησιά Ιονίου	1436	1175	1009	452	55
Ήπειρος	1959	1116	845	359	57,5
Θεσσαλία	1497	1176	760	483	36,4

Μακεδονία	1106	672	424	270	36,3
Θράκη	2764	1263	809	481	40,5
Νησιά Αιγαίου	1197	878	875	577	34
Κρήτη	1252	988	779	318	59

ΠΙΝΑΚΑΣ 41

*Αναλογία κλινών ανά ιατρό (Κ/Γ), νοσηλευτή (Κ/Ν), λοιπό προσωπικό (Κ/Λ) και σύνολο προσωπικού (Κ/Σ) στα γενικά νοσοκομεία (1993)
(Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ίδιες εκτιμήσεις, 1995)*

	ΕΣΥ	ΕΣΥ	ΕΣΥ	ΕΣΥ	ΙΔΙΩΤΙΚ	ΙΔΙΩΤΙΚ	ΙΔΙΩΤΙΚ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ
	Κ/Γ	Κ/Ν	Κ/Λ	Κ/Σ	Α	Α	Α	Κ/Σ
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	2,6	1	1,2	0,4	7	4,1	7	1,8
Κεντρική Μακεδονία	1,7	1,1	1,3	0,4	6	3,2	5	1,5

Δυτική Μακεδονία	4,5	1,1	1,5	0,5	4,8	4,5	5,4	1,6
Ήπειρος	2	0,8	1	0,4	7,2	5	10	2,3
Θεσσαλία	2,3	0,8	1,1	0,4	7,5	4,2	6,7	1,9
Νησιά Ιονίου	4,6	1,2	1,4	0,6	1,7	1,7	4	0,7
Δυτική Ελλάδα	2,1	0,8	1	0,4	6,3	3,6	6,5	1,7
Στερεά Ελλάδα	3	1,1	1,1	0,5	7,6	7,8	11,3	2,9
Αττική	1,6	1	1	0,4	3,6	2,1	2,4	0,9
Πελοπόννησος	3,6	1,2	1,4	0,5	6,1	4,4	4,8	1,7
Βόρειο Αιγαίο	4	1,3	1,2	0,5	4,2	3	5	1,3
Νότιο Αιγαίο	4	1,7	2,4	0,8	2,9	2,5	5	1
Κρήτη	2,1	0,9	1	0,4	7,2	4,5	5,9	1,9
Σύνολα	1,9	1	1,1	0,4	4,5	2,7	3,3	1,1

Στο σύνολο απασχολούμενου νοσηλευτικού προσωπικού, περίπου 40000, οι κενές οργανικές θέσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ το 1995 ήταν περίπου 20000. Η αναλογία πτυχιούχων νοσηλευτών είναι 1:950 κατοίκους. Αν προστεθούν οι νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης, η αναλογία μετατρέπονταν σε 1:460 κατοίκους. Ο δείκτης αυτός ήταν ο χειρότερος στην Ευρωπαϊκή Ένωση με απόκλιση από τις άλλες χώρες.

Η αναλογία ιατρών ήταν 1:210 κατοίκους.

Οι ελλείψεις στα άλλα υγειονομικά επαγγέλματα ήταν λιγότερες, τουλάχιστον σε σχέση με το αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι απασχολούμενοι στα παραϊατρικά επαγγέλματα υπολογίζονταν περί τις 8000 εκ των οποίων τα 2/3 απασχολούνταν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 1/5 στο ΙΚΑ (σήμερα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ), το 1/20 στα κέντρα υγείας. Περίπου 22000 τεχνικό, βοηθητικό και λοιπό προσωπικό απασχολούνταν κατά τα 3/4 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και το 1/10 στα κέντρα υγείας. Ωστόσο, παρατηρήθηκε έλλειψη σε ορισμένες παραϊατρικές ειδικότητες και σε επαγγέλματα κρίσιμα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, όπως διευθυντικά στελέχη, φυσικοί, κλινικοί μηχανικοί, πληροφορικοί, επιχειρησιακοί ερευνητές, στατιστικοί. Αντίθετα, σε προηγμένα υγειονομικά συστήματα, η παρουσία ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού θεωρείται θεμελιώδης για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος και συχνά οι ειδικότητες αυτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των εργαζομένων. Στο χώρο της υγείας έχουν καταγραφεί 300 περίπου επαγγέλματα. (Πολύζος, 2000)

ΠΙΝΑΚΑΣ 42

Συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού Διευθύνσεων Υγείας Νομαρχιών Ελλάδας (1995)

(Νομαρχιακές Διευθύνσεις, ίδιοι υπολογισμοί, 1995)

Προσόντα υπηρετούντων	Σύνολο υπηρετούντων	Ποσοστό & επί του συνόλου	Σύνολο κενών επί του συνόλου	Ποσοστό %	Γενικό σύνολο	Κάλυψη%
ΠΕ Ιατρών – υγειονολόγων	51	4,68	67	6,98	118	43
ΠΕ Ιατρών Γενικής Ιατρικής	4	0,37	7	0,73	11	36
ΠΕ Ιατρών Κοινωνικής Ιατρικής	15	1,38	29	3,02	44	34
ΠΕ Ελεγκτών Ιατρών	38	3,49	62	6,46	100	38
ΠΕ Οδοντιάτρων	10	0,92	30	3,13	40	25
ΠΕ Μικροβιολόγων	0	0	3	0,31	3	0
ΠΕ Νοσηλευτών	0	0	1	0,1	1	0
ΠΕ Σχολιάτρων	1	0,09	8	0,83	9	11
ΠΕ Φαρμακοποιών	13	1,19	17	1,77	30	43
ΠΕ Διοικητικού - λογιστικού	87	7,99	49	5,1	136	64
ΠΕ Ψυχολόγων	0	0	18	1,88	18	0
ΠΕ Υγ. μηχαν.	0	0	8	0,83	8	0
ΠΕ Περιβάλλοντος	0	0	2	0,21	2	0
ΠΕ Αρχιτεκτόνων	1	0,09	0	0	1	100
ΠΕ Κοινωνιολόγων	11	1,01	10	1,04	21	52
ΤΕ Εποπτών Δημόσιας Υγείας	244	22,41	236	24,58	480	51
ΤΕ Διοικητικού	10	0,92	76	7,92	86	12
ΤΕ Επισκεπτών Υγείας	81	7,44	55	5,73	136	60
ΤΕ Μαιών	46	4,22	14	1,46	60	77
ΤΕ Νοσηλευτών	41	3,76	15	1,56	56	73
ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών	31	2,85	19	1,98	50	62
ΤΕ Παρασκευαστών	1	0,09	9	0,94	10	10
ΤΕ Διαιτολόγων	0	0	1	0,1	1	0

ΤΕ Τεχνιτών γραφ.	0	0	1	0,1	1	0
ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας	5	0,46	9	0,94	14	36
ΔΕ Διοικητικού	258	23,69	123	12,81	381	68
ΔΕ Παρασκευαστών	11	1,01	8	0,83	19	58
ΔΕ Τεχνικού	0	0	0	0	0	0
ΔΕ Νοσηλευτών	15	1,29	13	1,35	27	52
Βοηθητικό προσωπικό	116	10,65	70	7,29	186	62
Σύνολο	1089	100	960	100	2049	53

6.3 Παράρτημα 3

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4024/2011 Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015

Βάσει των μεταβατικών διατάξεων (άρθρο 28) του ν. 4024/2011 (ΦΕΚ 226 Α' / 27-10-2011) καθορίστηκε νέο Βαθμολόγιο – Μισθολόγιο, καθώς και οδηγίες για την κατάταξη των υπηρετούντων υπαλλήλων στους βαθμούς. Με το Κεφάλαιο Δεύτερο του νόμου αυτού εισάγονται νέες ρυθμίσεις σχετικά με το σύστημα βαθμολογικών προαγωγών και μισθολογικής εξέλιξης των υπαλλήλων του κράτους, των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού και άλλων φορέων του δημοσίου τομέα. Ειδικότερα, με τις διατάξεις των άρθρων 6 έως 11 του ν. 4024/2011 ρυθμίζονται τα εξής θέματα:

Ανακαθορίζεται η βαθμολογική κλίμακα των υπαλλήλων που υπάγονται στις διατάξεις του άρθρου 4 του ν. 4024/2011. Η νέα βαθμολογική κλίμακα περιλαμβάνει έξι (6) βαθμούς, που κατανέμονται κατά κατηγορία προσωπικού ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 43

Βαθμολογική κλίμακα προσωπικού βάσει Νόμου 4024/2011

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ				
	ΠΕ (Α-ΣΤ)	ΤΕ (Α-ΣΤ)	ΔΕ (Β-ΣΤ)	ΥΕ (Γ-ΣΤ)	
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ					
	ΣΤ	ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΣ 2 ΕΤΗ			
100% των κρινόμενων	Ε	4 ΕΤΗ	4 ΕΤΗ	6 ΕΤΗ	10 ΕΤΗ
90% των κρινόμενων	Δ	4 ΕΤΗ	4 ΕΤΗ	6 ΕΤΗ	10 ΕΤΗ
80% των κρινόμενων	Γ	4 ΕΤΗ	4 ΕΤΗ	8 ΕΤΗ	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)
70% των κρινόμενων	Β	6 ΕΤΗ	8 ΕΤΗ	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)	
30% των κρινόμενων	Α	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΣ (ΣΕ 22 ΕΤΗ)		

Εισαγωγικός βαθμός για τους κατόχους συναφούς διδακτορικού διπλώματος είναι ο Βαθμός Δ, με συνολική βαθμολογική και μισθολογική προώθηση έξι (6) ετών. Εισαγωγικός βαθμός για τους κατόχους συναφούς μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών είναι ο Βαθμός Ε, με συνολική βαθμολογική και μισθολογική προώθηση δύο (2) ετών. Εισαγωγικός βαθμός για τους αποφοίτους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης και Τοπικής Αυτοδιοίκησης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι ο Βαθμός Δ, με συνολική βαθμολογική και μισθολογική προώθηση έξι (6) ετών. Ο χρόνος φοίτησης στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ), με την αποφοίτησή τους, θεωρείται ως χρόνος επιτυχούς δοκιμαστικής υπηρεσίας.

Δίνεται η δυνατότητα στους υπαλλήλους να αναγνωρίσουν την προϋπηρεσία τους στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η μονιμοποίηση των υπαλλήλων, μετά το πέρας της διετούς δοκιμαστικής υπηρεσίας δεν γίνεται πλέον αυτοδίκαια, αλλά υπό προϋποθέσεις μετά από ουσιαστική κρίση του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου. Ειδικότερα, ο υπάλληλος μονιμοποιείται ή συνεχίζει να απασχολείται εφόσον πρόκειται για προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, εφόσον:

- α) στην έκθεση αξιολόγησής του εξασφαλίζει, με βάση τη βαθμολόγηση της

απόδοσής του και της υλοποίησης της στοχοθεσίας, καθώς και τη βαθμολόγηση των λοιπών κριτηρίων αξιολόγησης βαθμολογία μεγαλύτερη της βάσης και
β) κριθεί από το οικείο υπηρεσιακό συμβούλιο επιτυχής η δοκιμαστική του υπηρεσία.

Σε περίπτωση που το υπηρεσιακό συμβούλιο κρίνει τον υπάλληλο μη ικανό να μονιμοποιηθεί ή να συνεχίσει την απασχόλησή του, ο υπάλληλος απολύεται. Το υπηρεσιακό συμβούλιο μπορεί, κατά περίπτωση, να αποφασίσει, άπαξ, την παράταση της δοκιμαστικής υπηρεσίας του υπαλλήλου από έξι (6) μέχρι δώδεκα (12) μήνες, εφόσον, με βάση την έκθεση αξιολόγησης και τα λοιπά στοιχεία του φακέλου του, δεν προκύπτει σαφώς η καταλληλότητα του κρινόμενου προκειμένου να μονιμοποιηθεί ή να συνεχίσει να απασχολείται. Σε αυτή την περίπτωση, μετά τη λήξη της παράτασης της δοκιμαστικής υπηρεσίας, ο υπάλληλος επαναξιολογείται. Το υπηρεσιακό συμβούλιο, κατά την επανάκριση, καλεί σε συνέντευξη τον υπάλληλο. Για την περίοδο αυτή ο υπάλληλος δεν εξελίσσεται μισθολογικά.

Η προαγωγή των υπαλλήλων από βαθμό σε βαθμό, που διενεργείται από το οικείο υπηρεσιακό συμβούλιο μία φορά το χρόνο, δεν γίνεται ακώλυτα, αλλά υπό προϋποθέσεις και με βάση την ποσόστωση, που καθιερώνεται με την παρ. 6 του άρθρου 7, επί των κάθε φορά κρινόμενων. Ειδικότερα:

- Για την προαγωγή από βαθμό σε βαθμό, λαμβάνεται υπόψη: η αξιολόγηση του υπαλλήλου στο πλαίσιο του συστήματος αξιολόγησης και συγκεκριμένα: η απόδοσή του, που μετράται με βάση το βαθμό επιτυχούς ή μη υλοποίησης της στοχοθεσίας και οι διοικητικές ικανότητές του και η συμπεριφορά στην υπηρεσία, το ανώτατο ποσοστό, επί τοις εκατό, προαγωγής στον επόμενο βαθμό, των κρινόμενων υπαλλήλων, όπως ορίζεται στην παράγραφο 6 του άρθρου και ο προβλεπόμενος ελάχιστος χρόνος παραμονής στο βαθμό.
- Ο χρόνος κατά τον οποίο ο υπάλληλος δεν εξελίσσεται μισθολογικά δεν συνυπολογίζεται για τον υπολογισμό του ελάχιστου χρόνου παραμονής στο βαθμό.
- Για την προαγωγή από βαθμό σε βαθμό, η απόδοση του κρινόμενου υπαλλήλου λαμβάνεται υπόψη σε ποσοστό 70% τουλάχιστον επί του συνόλου, που αφορά στα λοιπά κριτήρια αξιολόγησης των ουσιαστικών και άλλων προσόντων, όπως ορίζονται ειδικότερα από το σύστημα αξιολόγησης. Προκειμένου για την προαγωγή από το Βαθμό Β στο Βαθμό Α το ποσοστό αυτό είναι 80% τουλάχιστον. Η κατάταξη όλων των υπαλλήλων στους νέους βαθμούς διενεργείται σύμφωνα με το συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας και το χρόνο προϋπηρεσίας στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα που έχει αναγνωριστεί για τη βαθμολογική ή τη μισθολογική κατάταξη

και εξέλιξη του υπαλλήλου κατά την 1 η -11-2011 (ημερομηνία έναρξης ισχύος του νέου βαθμολογίου- μισθολογίου). Τυχόν πλεονάζων χρόνος θεωρείται ότι διανύθηκε στο βαθμό κατάταξης. Για την κατάταξη στους νέους βαθμούς λαμβάνεται υπόψη μόνο η προϋπηρεσία που έχει αναγνωρισθεί μέχρι 31-10-2011. Τυχόν προϋπηρεσία που δεν έχει αναγνωρισθεί μέχρι την εν λόγω ημερομηνία, αναγνωρίζεται μετά την κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 6 του ν. 4024/2011.

Η κατάταξη διενεργείται ως τους ακόλουθους πίνακες :

ΠΙΝΑΚΑΣ 44

Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς - Κατηγορία ΠΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	ΣΤ
3-9	Ε
9-15	Δ
15-21	Γ
>21	Β

ΠΙΝΑΚΑΣ 45

Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς - Κατηγορία ΤΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	Στ
3-9	Ε
9-15	Δ
15-23	Γ
>23	Β

ΠΙΝΑΚΑΣ 46

Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς - Κατηγορία ΔΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	Στ
3-11	Ε
11-19	Δ

19-27	Γ
>27	Β

ΠΙΝΑΚΑΣ 47

Κατάταξη του υπαλλήλου στους νέους βαθμούς - Κατηγορία ΥΕ

Έτη υπηρεσίας	Βαθμός
0-3	Στ
3-15	Ε
15-25	Δ
>25	Γ

Από το συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας αφαιρούνται, επίσης, τα εξής χρονικά διαστήματα: ο χρόνος της διαθεσιμότητας, ο χρόνος της αργίας που επήλθε είτε εξαιτίας ποινικής δίωξης που κατέληξε σε οποιαδήποτε καταδίκη είτε εξαιτίας πειθαρχικής δίωξης που κατέληξε σε πειθαρχική ποινή τουλάχιστον προστίμου αποδοχών τριών (3) μηνών, ο χρόνος της αδικαιολόγητης αποχής από τα καθήκοντα, ο χρόνος της προσωρινής παύσης, ο χρόνος της άδειας άνευ αποδοχών που δεν αποτελεί χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας, ο χρόνος της αναστολής άσκησης καθηκόντων, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο στερήθηκε ο υπάλληλος το δικαίωμα για προαγωγή, χρονικό διάστημα ίσο προς το μισό του απαιτούμενου προς προαγωγή χρόνου, σε περίπτωση επιβολής της πειθαρχικής ποινής του υποβιβασμού.

Οι υπάλληλοι που κατά την 1.11.2011 ασκούσαν καθήκοντα προϊσταμένου επιπέδου Γενικής Διεύθυνσης, Περιφερειακής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης και Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατόπιν επιλογής από το αρμόδιο όργανο και είχαν τον απαιτούμενο χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας σύμφωνα με την παράγραφο 7 του άρθρου 7, δηλαδή τουλάχιστον 20 έτη υπηρεσίας, κατατάχθηκαν στο Βαθμό Α'. Για τους υπαλλήλους που κατείχαν συναφές διδακτορικό δίπλωμα, καθώς και για τους αποφοίτους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης (Ε.Σ.Δ.Δ.) και της Εθνικής Σχολής Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ε.Σ.Τ.Α.) του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, αφαιρέθηκαν από τον απαιτούμενο χρόνο για την τελική κατάταξη, έξι (6) έτη. Για τους κατόχους συναφούς μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, αφαιρέθηκαν δύο (2) έτη. (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4024/2011 Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015)

6.4 Παράρτημα 4

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4052/2012. Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις

Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 (Α' 81) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

1. Η Επικράτεια διαιρείται στις ακόλουθες επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες, τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των επτά (7) Αποκεντρωμένων

Διοικήσεων της χώρας:

α) Την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, η οποία εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Αττικής και περιλαμβάνει τους Δήμους του Νομού Αττικής, με έδρα την Αθήνα.

β) Τη 2η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας, η οποία εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας, Τρικάλων Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος, με έδρα τη Λάρισα.

γ) Την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Ηπείρου – Δυτικής Μακεδονίας, η οποία εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Ηπείρου και Δυτικής Μακεδονίας και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Πρεβέζης, Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας, με έδρα τα Ιωάννινα.

δ) Την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου, η οποία εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας, Μεσσηνίας, Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας, Ηλείας, Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας, με έδρα την Πάτρα.

ε) Την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Αιγαίου, η οποία εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Βορείου Αιγαίου και Νοτίου Αιγαίου και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Λέσβου, Σάμου, Χίου, Κυκλάδων και Δωδεκανήσου με έδρα τον Πειραιά. Για το 2013 προστίθενται και οι Δήμοι της Αντιπεριφέρειας Πειραιώς και Νήσων.

στ) Την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, η οποία εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Κρήτης και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων, με έδρα το Ηράκλειο.

ζ) Την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας – Θράκης, η οποία εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας – Θράκης και Κεντρικής Μακεδονίας και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης, Ροδόπης, Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής, με έδρα τη Θεσσαλονίκη. Η ισχύς της παρούσας διάταξης άρχεται την 1.1.2013.

2. Το εδάφιο γ' της παρ. 2 του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 (Α'81) αντικαθίσταται ως ακολούθως: Έδρα έχει την πόλη όπου εδρεύει κάθε Αποκεντρωμένη Διοίκηση και

εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να μεταβιβάζονται αρμοδιότητές του σχετικά με τον έλεγχο και εποπτεία των Δ.Υ.ΠΕ. στον Γενικό Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης.

3. Προστίθεται παρ. 7 στο άρθρο 1 του ν. 3329/2005 (Α'81) ως ακολούθως :

Τα υπάρχοντα επτά Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.» μετονομάζονται την 1.7.2013 ως ακολούθως:

- α) Η 1η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής μετονομάζεται σε «1η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής».
- β) Η 5η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας μετονομάζεται σε «2η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας».
- γ) Η 3η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας μετονομάζεται σε «3η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου – Δυτικής Μακεδονίας».
- δ) Η 6η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας μετονομάζεται σε «4η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου».
- ε) Η 2η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου μετονομάζεται σε «5η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αιγαίου».
- στ) Η 7η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης μετονομάζεται σε «6η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης».
- ζ) Η 4η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης μετονομάζεται σε «7η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας – Θράκης».

Το προσωπικό της 3ης και 4ης Δ.Υ.ΠΕ. που κατέχει μόνιμη οργανική θέση, ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ή προσωποπαγή θέση, δύναται με αίτησή του να παραμείνει στην έδρα της 4ης Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης που μετονομάζεται σε 7η Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης με έδρα τη Θεσσαλονίκη. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Εσωτερικών και Οικονομικών ρυθμίζονται θέματα που αφορούν την ακίνητη περιουσία των Δ.Υ.ΠΕ. που βρίσκεται στην τοπική αρμοδιότητα άλλης Δ.Υ.ΠΕ. μετά τον επαναπροσδιορισμό των ορίων κάθε Δ.Υ.ΠΕ. ανάλογα με τα όρια των Αποκεντρωμένων Διοικήσεων, τη μεταβολή έδρας κάποιας Δ.Υ.ΠΕ., θέματα προσωπικού και τη ρύθμιση κάθε σχετικού θέματος.

Σύμφωνα με το 2^ο άρθρο του ίδιου νόμου υπάρχουν μεταβολές στα νοσοκομεία του ΕΣΥ που πλέον αποτελούν Ενιαία Ν.Π.Δ.Δ., οι οποίες είναι οι εξής :

Από 1.1.2013 τα λειτουργούντα υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στις διατάξεις των άρθρων 32 και 70 του ν. 3918/2011 (Α' 31), του άρθρου 66 του ν. 3984/2011 (Α' 150), του άρθρου 18 του ν. 3868/2010 (Α' 129) και της αντίστοιχης απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποτελούν αυτοτελή και ενιαία Ν.Π.Δ.Δ.. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών, ρυθμίζεται ο τίτλος και η έδρα του Ν.Π.Δ.Δ., ενώ ενοποιούνται μέχρι 31.12.2012 οι οργανισμοί των ανωτέρω, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις οργανικές θέσεις των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Από 1.1.2013 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., διαθέτουν ενιαίο προϋπολογισμό και πρόγραμμα προμηθειών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ρυθμίζεται κάθε είδους θέμα που αφορά τα ανωτέρω.

Κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. – ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ. του άρθρου 2 έχει Διοικητή, οι αρμοδιότητες του οποίου ρυθμίζονται από τις διατάξεις των άρθρων 7 και επ. του ν. 3329/2005 (Α' 81), όπως ισχύει σήμερα.

Κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. 400 κλινών και άνω, όπως και κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. που εντάσσεται στο ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ. του άρθρου 2 μπορεί να έχει Αναπληρωτή Διοικητή οι αρμοδιότητες του οποίου ρυθμίζονται από τις διατάξεις των άρθρων 7 και επ. του ν. 3329/2005 (Α' 81), όπως ισχύει σήμερα.

Οι Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές των νοσοκομείων πρέπει να είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ ή αντιστοίχου αναγνωρισμένου τίτλου του εξωτερικού. Συνεκτιμώνται μεταπτυχιακοί τίτλοι, με έμφαση τη διοίκηση, τα οικονομικά, την πληροφορική μονάδων υγείας, η εμπειρία διοίκησης, με έμφαση στις μονάδες υγείας, καθώς και η γενικότερη κοινωνική και επαγγελματική αναγνώριση.

Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συστήνει Επιτροπή αποτελούμενη από τον αρμόδιο για το Ε.Σ.Υ.ΚΑ Γενικό Γραμματέα ΥΥΚΑ, τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., έναν καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή της ΕΣΔΥ ή ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ με συναφές αντικείμενο, έναν αντιπρόεδρο του ΑΣΕΠ και ένα υψηλόβαθμο στέλεχος του ιδιωτικού τομέα, με αντικείμενο μη συναφές με τις μονάδες υγείας. Κατόπιν προσκλήσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για εκδήλωση ενδιαφέροντος, η ως άνω Επιτροπή συντάσσει κατάλογο αξιολόγησης των υποψηφίων και εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος και διορίζει τους Διοικητές και

Αναπληρωτές Διοικητές.

Η θητεία των ανωτέρω είναι τριετής, στην αρχή της οποίας υπογράφουν σύμβαση αποδοτικότητας με βάση τα προβλεπόμενα στο ν. 2889/2001. Ετήσιες εκθέσεις προόδου υποβάλλονται στην ανωτέρω Επιτροπή από τη Διοίκηση των ΥΠε. Η Επιτροπή αξιολογεί ετησίως και δύναται να εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την αυτοδίκαιη και χωρίς αποζημίωση διακοπή της θητείας Διοικητή ή αναπληρωτή Διοικητή με βάση την τεκμηρίωση και την αποδοχή της ως άνω έκθεσης προόδου ή και άλλα στοιχεία. Στην απόφαση διακοπής, λήξης θητείας ή παύσης Διοικητή ή αναπληρωτή Διοικητή νοσοκομείου χωρίς αποζημίωση μπορεί να ενσωματώνεται και η απόφαση διορισμού του αντικαταστάτη τους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να καθορίζεται και κάθε είδους θέμα που αφορά τις αρμοδιότητες των ως άνω Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών.

Έδρα των ανωτέρω Ν.Π.Δ.Δ. είναι το μεγαλύτερο σε οργανική δύναμη κλινών νοσοκομείο. Τα ως άνω αναφερόμενα Ν.Π.Δ.Δ. διοικούνται από εννεαμελές Δ.Σ. που αποτελείται από:

- α) τον Διοικητή, ο οποίος ορίζεται ως Πρόεδρος του Συμβουλίου,
- β) έναν Αναπληρωτή Διοικητή, ο οποίος ορίζεται ως αντιπρόεδρος του Συμβουλίου και είναι, κατά προτίμηση, ο αναπληρωτής Διοικητής του μεγαλύτερου σε κλίνες νοσοκομείου,
- γ) δύο μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους, κατά προτίμηση το ένα με εμπειρία σε οικονομικά της υγείας, διοίκηση νοσοκομείων, πληροφορική και το άλλο στα λοιπά επαγγέλματα υγείας,
- δ) δεύτερο αναπληρωτή Διοικητή στις περιπτώσεις που το ως άνω Ν.Π.Δ.Δ. περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο νοσοκομεία, ενώ στα Ν.Π.Δ.Δ. που δεν υπάρχει αναπληρωτής Διοικητής, ένα μέλος που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- ε) έναν εκπρόσωπο των ιατρών που υπηρετεί στα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, ο οποίος εκλέγεται από τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους ιατρούς μέλη ΔΕΠ που υπηρετούν στα νοσοκομεία,
- στ) έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών, προσωπικού του νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του από το λοιπό, πλην των ιατρών προσωπικό των νοσοκομείων,
- ζ) τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Πρόεδρο του

Επιστημονικού Συμβουλίου του μεγαλύτερου σε οργανική δύναμη κλινών Νοσοκομείου, η) τον Προϊστάμενο της Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του μεγαλύτερου σε οργανική δύναμη κλινών Νοσοκομείου.

Σε νοσοκομεία τα οποία προέρχονται από δωρεές ως μέλη υπό στοιχεία β' ή και ε' διορίζεται ένα ή και δύο μέλη ως εκπρόσωπος του δωρητή ή των κληρονόμων του.

Η συγκρότηση του ως άνω Δ.Σ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι αρμοδιότητες του είναι όσες αναφέρονται στο άρθρο 7 του ν. 3329/2005 (Α' 81), όπως ισχύει σήμερα. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να καθορίζεται και κάθε είδους θέμα που αφορά τη Διοίκηση και την εν γένει λειτουργία των ως άνω Ν.Π.Δ.Δ..

Η ισχύς της διάταξης αυτής άρχεται την 1.1.2013, εκτός του τελευταίου εδαφίου της παρ. 6 του παρόντος άρθρου που ισχύει από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

Από τις διατάξεις του παρόντος άρθρου εξαιρούνται το Γ.Ν. Λαμίας, το Γ.Ν. Καρπενησίου, το Γ.Ν. Άμφισσας και το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων, το Γ.Ν.- Κ.Υ. Φιλιατών. Έως το διορισμό Διοικητή και Διοικητικού Συμβουλίου τις αρμοδιότητες τους ασκούν ο Αναπληρωτής Διοικητής και το Συμβούλιο Διοίκησης αντίστοιχα.

Το Άρθρο 3 του ίδιου νόμου αναφερόμενο στα Συμβούλια Διοίκησης Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ καθορίζει τα εξής:

1. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνιστάται πενταμελές Συμβούλιο Διοίκησης που αποτελείται από:

- α) τον Διοικητή των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων,
- β) τον αναπληρωτή Διοικητή, του νοσοκομείου για το οποίο συστήνεται το Συμβούλιο Διοίκησης ή αν δεν υπάρχει τον αναπληρωτή Διοικητή της έδρας των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων ή αν αυτός δεν υπάρχει ένα μέλος που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- γ) τον δεύτερο αναπληρωτή Διοικητή του Δ.Σ. του άρθρου 2 του παρόντος ή ένα μέλος που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- δ) τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας,
- ε) τον Προϊστάμενο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Τεχνικής - Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας.

2. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου καθορίζονται ο Αντιπρόεδρος του Συμβουλίου Διοίκησης και οι αρμοδιότητες που ασκούνται από το ως άνω Συμβούλιο

Διοίκησης, καθώς και κάθε είδους θέμα που αφορά τη διοίκηση και λειτουργία του ως άνω Συμβουλίου, το οποίο πάντως έχει μόνον εκτελεστικές και εποπτικές αρμοδιότητες, καθώς και εισηγητικές προς το Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ., μέσω του Διοικητή του. Στα Συμβούλια Διοίκησης που υπάρχει Αναπληρωτής Διοικητής, αυτός διορίζεται και Αντιπρόεδρος.

3. Η ισχύς της διάταξης άρχεται την 1.1.2013.

Το άρθρο 4 του ίδιου νόμου αναφέρεται σε θέματα Νοσοκομείων και Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα:

1. Σε κάθε ιατρικό τομέα είναι δυνατόν να λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα, ειδικές μονάδες που είτε υπάγονται οργανικά και λειτουργικά σε ιατρικά τμήματα χωρίς δική τους σύνθεση προσωπικού, είτε αναπτύσσονται και λειτουργούν αυτόνομα, καθώς και λοιπές μονάδες διάφορου γνωστικού αντικείμενου από το παρεχόμενο γνωστικό αντικείμενο του ιατρικού τμήματος στο οποίο ανήκουν και λειτουργούν υποστηρικτικά σε αυτό.
2. Το δεύτερο εδάφιο της παρ. 4 του άρθρου 34 του ν. 2519/1997 (Α' 165) αντικαθίσταται ως εξής: Στα τμήματα ή στις μονάδες που απαρτίζουν τους τομείς τοποθετούνται ιατροί ειδικοτήτων των οποίων το γνωστικό αντικείμενο είναι αντίστοιχο με το παρεχόμενο από το τμήμα και τις μονάδες που το υποστηρίζουν ιατρικό έργο. Οι ειδικότητες προσδιορίζονται με την απόφαση σύστασης των θέσεων. Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων εδαφίων εφαρμόζονται αναδρομικά από την έναρξη ισχύος του ν. 1397/1983.
3. Τα δύο πρώτα εδάφια της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (Α' 37) αντικαθίσταται ως εξής: Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών που εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα τμήματα και τις μονάδες του. Η δύναμη κάθε κλινικού τομέα δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 250 κλίνες.
4. Η παρ. 2 του άρθρου 8 του ν. 2889/2001 (Α' 37) καταργείται.
5. Τα αυτοτελή γραφεία Επιστάσιας και Ιματισμού, όπως ορίζονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης νοσοκομείων, ενοποιούνται και αποτελούν ένα (1) τμήμα. Σε νοσοκομεία μικρής δυναμικότητας, τα τμήματα Τεχνικού και βιοϊατρικής Τεχνολογίας όπως ορίζονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης νοσοκομείων, είναι δυνατόν να ενοποιούνται και να αποτελούν ένα (1) τμήμα.
6. Το τελευταίο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2889/2001 (Α' 37) αντικαθίσταται ως ακολούθως: Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 200 κλινών, δύναται: α) να συνίσταται Υποδιεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπεται

- αυτοτελές τμήμα Ελέγχου Ποιότητας και Έρευνας και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου και β) να συνίσταται τμήμα προμηθειών υπαγόμενο στη Διοικητική - Οικονομική Υπηρεσία.
7. Στο πρώτο εδάφιο του άρθρου 30 του ν. 3209/2003 (Α' 304) μετά τις λέξεις «εφόσον στελεχώνονται από» διαγράφεται η λέξη «ιατρούς».
8. Οι υποπεριπτώσεις 2 και 3 της περίπτωσης β' της παρ. 2 του άρθρου 17 του π.δ. 95/2000 (Α' 76) αντικαθίστανται ως εξής: 2) Η χορήγηση αιγίδας μετά από αίτηση των ενδιαφερόμενων φορέων σε συνέδρια, σεμινάρια και παρόμοιες εκδηλώσεις συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με επιστημονικό χαρακτήρα που οργανώνονται από κρατικούς φορείς, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, επιστημονικές ενώσεις κάθε νομικής μορφής και από ιδιωτικά θεραπευτήρια, καθώς και ο καθορισμός κριτηρίων χορήγησης αιγίδας. 3) Η οικονομική ενίσχυση συλλογικών επιστημονικών φορέων για προώθηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και εν γένει εκδηλώσεων, που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας, καθώς και ο καθορισμός κριτηρίων της οικονομικής ενίσχυσης.
9. Μετά το στοιχείο 18 της παραγράφου 2α του άρθρου 15 του π.δ. 95/2010 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (Α' 76) προστίθεται στοιχείο 19 ως εξής: «19) Η εποπτεία του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.»
10. Στο υπό στοιχείο 8 της παραγράφου 2α του άρθρου 16 του π.δ. 95/2010 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (Α' 76) καταργείται η φράση «του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου».
- Στο άρθρο 5 του ίδιου νόμου γίνεται λόγος για διασύνδεση με ιδρυματικά νοσοκομεία. Συγκεκριμένα :
1. Στην αρχή της παρ. 11 του άρθρου 66 του ν. 3984/2011 (Α' 150) προστίθεται σημείο Α. Στο τέλος της ίδιας παραγράφου προστίθεται παράγραφος ως εξής:
- Β. Όταν ένα εκ των δύο νοσοκομείων που διασυνδέονται, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 70 του ν. 3918/2011 (Α' 31), υπάγεται στην παρ. 10 του άρθρου 13 του ν. 2889/2001 (Α' 37) (εφεξής ιδρυματικό νοσοκομείο) δεν υφίσταται ενιαίο συλλογικό όργανο διοίκησης, διορίζεται όμως κοινός διοικητής σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 7 του άρθρου 7 του ν. 3329/2005 (Α' 81), όπως προστέθηκε με το άρθρο 69 παρ. 1 του ν. 3918/2011, όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 14 του άρθρου 66 του ν. 3984/2011 και την παρ. 3 του άρθρου 22 του ν. 4025/2011. Ο κοινός διοικητής συμμετέχει στο διοικητικό συμβούλιο του ιδρυματικού νοσοκομείου, ως ορίζουν οι ειδικές για τα νοσοκομεία αυτά

διατάξεις. Κατά τα λοιπά το ιδρυματικό νοσοκομείο διοικείται σύμφωνα με τις συστατικές του πράξεις και ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Το έτερο νοσοκομείο διοικείται κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 7 παρ. 7 του ν. 3329/2005 (Α' 81), όπως τροποποιήθηκε με το ν. 3370/2005 (Α176), το ν. 3868/2010 (Α' 129), το ν. 3918/2011 (Α' 31) και το ν. 4025/2011 (Α' 228). Εάν ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων υπερβαίνει τις τετρακόσιες, μπορεί να τοποθετηθεί στο ιδρυματικό νοσοκομείο Αναπληρωτής Διοικητής εφόσον το επιτρέπουν οι συστατικές του πράξεις και ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις, οπότε εφαρμόζεται αναλογικά η παρ. 7 του άρθρου 7 του νόμου 3329/2005, ως ισχύει.

Γ. Όταν διασυνδέονται δύο ή περισσότερα νοσοκομεία με ιδρυματικό νοσοκομείο τότε εφαρμόζεται η προηγούμενη παράγραφος υπό Β όσον αφορά το ιδρυματικό νοσοκομείο και η διάταξη της περίπτωσης Α του παρόντος για τα λοιπά νοσοκομεία της διασύνδεσης.

2. Στο τέλος της παρ. 12 του άρθρου 66 του ν. 3984/2011 προστίθεται το εξής: Από την ως άνω διάταξη εξαιρούνται τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του εδαφίου Β. της παραγράφου 11 του παρόντος.

Με το άρθρο 6 ρυθμίζονται θέματα νοσοκομείων. Συγκεκριμένα: Η παρ. 2 του άρθρου 17 του ν. 1397/1983 (Α' 143) αντικαθίσταται ως ακολούθως: Υπεύθυνος για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός γενικής ιατρικής ή παθολόγος, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ. και ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αναπληρωτής του. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ., ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας στον αρχαιότερο ιατρό με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος πήρε το βαθμό του Διευθυντή με αναβάθμιση ή που κατέχει προσωποπαγή θέση. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός αυτών των ειδικοτήτων σε οργανική θέση Διευθυντή ή θέση Διευθυντή από αναβάθμιση ή σε προσωποπαγή θέση, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή οδοντίατρο με βαθμό Διευθυντή και εφόσον δεν υπάρχουν, σε Επιμελητή Α' του Κέντρου Υγείας. Η θητεία του Υπεύθυνου για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ως άνω υπεύθυνου. Οι ιατροί της

περίπτωσης α' της παρ. 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Κέντρο Υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργασίας και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του Κέντρου Υγείας.

Η παρ. 5 του άρθρου 18 του ν. 1397/1983 (Α' 143) αντικαθίσταται ως ακολούθως: Υπεύθυνος για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός γενικής ιατρικής ή παθολόγος, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ. και ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αναπληρωτής του. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ., ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας στον αρχαιότερο ιατρό με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος πήρε το βαθμό του Διευθυντή με αναβάθμιση ή που κατέχει προσωποπαγή θέση. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός αυτών των ειδικοτήτων σε οργανική θέση Διευθυντή ή θέση Διευθυντή από αναβάθμιση ή σε προσωποπαγή θέση, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή οδοντίατρο με βαθμό Διευθυντή και εφόσον δεν υπάρχουν, σε Επιμελητή Α' του Κέντρου Υγείας. Η θητεία του Υπεύθυνου για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ως άνω Υπεύθυνου.

Στο άρθρο 5 του ν. 3868/2010 προστίθεται παράγραφος 4 ως ακολούθως: Για την κάλυψη επειγουσών και επιτακτικών αναγκών στις άγονες και νησιωτικές περιοχές διατίθενται στις Υγειονομικές Περιφέρειες επιπλέον θέσεις επικουρικού προσωπικού όλων των προβλεπόμενων ειδικοτήτων αντίστοιχες των κενών οργανικών ή άλλων θέσεων που δε καλύπτονται. Οι ανωτέρω θέσεις κατανέμονται στους Φορείς και στις ειδικότητες με Πράξη του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας οποτεδήποτε μέσα στο ίδιο έτος. Για τον ίδιο λόγο επιτρέπεται η παράταση σύμβασης επικουρικού προσωπικού έως έξι (6) μήνες και μέχρι την κάλυψη των αναγκών από νέα πρόσληψη επικουρικού προσωπικού. Στην περίπτωση αδυναμίας κάλυψης της δαπάνης μισθοδοσίας του ανωτέρω προσωπικού από τους Φορείς στους οποίους διορίζονται, τη συγκεκριμένη δαπάνη αναλαμβάνει η οικεία Υγειονομική Περιφέρεια.

Η παρ. 2 του άρθρου 10 του ν. 3329/2005 (Α'81) αντικαθίσταται ως εξής: Στη

Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της κάθε Δ.Υ.ΠΕ. καταρτίζονται κατάλογοι επικουρικού προσωπικού, κατά κλάδο, για τους κλάδους Νοσηλευτών Π Ε και ΤΕ, ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων, ΥΕ Τραυματιοφορέων, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών, ΔΕ Πληρώματος Ασθενοφόρου, ΤΕ Φυσιοθεραπείας, ΠΕ ή ΤΕ Λογοθεραπείας, ΠΕ ή ΤΕ Εργοθεραπείας, ΠΕ Ειδικών Παιδαγωγών, ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας και ΤΕ ή ΔΕ θεραπευτών Παιδαγωγών, ΠΕ Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., ΠΕ Βιοχημικών, ΠΕ Βιολόγων, ΠΕ Ψυχολόγων, ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου, ΠΕ ή ΤΕ Πληροφορικής, ΠΕ ή ΤΕ Διαιτολόγων, ΠΕ Ακτινοφυσικών, ΤΕ Μαιών-Μαιευτών, ΔΕ Βρεφονηπιοκόμων και ΠΕ Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕ ή ΔΕ θεραπευτών Παιδαγωγών, ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ Διοικητικού Λογιστικού, ΤΕ Λογιστικής, ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων, ΔΕ Προσωπικού Η/Υ, ΠΕ και ΤΕ Μηχανικών και ΔΕ Τεχνικού διαφόρων ειδικοτήτων, για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών των ΦΠΥΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Στους καταλόγους αυτούς εγγράφονται όσοι κατέχουν αντίστοιχο τίτλο σπουδών και άδεια άσκησης επαγγέλματος, όπου απαιτείται. Για την πρόσληψη του ανωτέρω προσωπικού λαμβάνεται υπόψη η ανεργία σε ποσοστό 40% και η εμπειρία σε ποσοστό 60%. Η προτεραιότητα μεταξύ των ανέργων καθορίζεται από τη σειρά εγγραφής τους στα μητρώα επιδοτούμενων ανέργων του ΟΑΕΔ. Η εμπειρία αποδεικνύεται με βεβαίωση υπηρεσίας του οικείου φορέα, εφόσον έχει προσφερθεί στο δημόσιο τομέα, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή σε φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα, από βεβαίωση του εργοδότη με κατάθεση των αντίστοιχων ενσήμων εργασίας του οικείου ασφαλιστικού φορέα εφόσον έχει προσφερθεί στον ιδιωτικό τομέα και από βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα εφόσον ο ενδιαφερόμενος έχει ιδιωτεύσει. Οι υποψήφιοι που εγγράφονται στους καταλόγους επικουρικού προσωπικού δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο πέραν του επόμενου έτους από το έτος εγγραφής τους.

Η φράση «Ο χρόνος διάρκειας της σύμβασης των επικουρικών ιατρών είναι υποχρεωτικά ένα (1) έτος και μπορεί να παρατείνεται για το ίδιο χρονικό διάστημα μόνο εφόσον η θέση προκηρυχθεί εκ νέου και δεν καλυφθεί.» της περίπτωσης β' της παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 3580/2007 (Α' 134) αντικαθίσταται με την εξής: Ο χρόνος διάρκειας της σύμβασης των επικουρικών ιατρών είναι υποχρεωτικά ένα (1) έτος και μπορεί να παρατείνεται για το ίδιο χρονικό διάστημα μόνο εφόσον η θέση επικουρικού ιατρού προκηρυχθεί εκ νέου και δεν καλυφθεί. Στην περίπτωση που η θέση επικουρικού ιατρού

προκηρυχθεί και καλυφθεί, η θητεία του υπηρετούντος επικουρικού ιατρού παρατείνεται μέχρι την κάλυψη της θέσης από τον επικουρικό ιατρό που διορίζεται.

Στην παρ. 5 του άρθρου 6 του ν. 2889/2001 (Α'37) προστίθεται το εξής εδάφιο: Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. απασχολούνται και ιατροί Γενικής Ιατρικής.

Στο άρθρο 5 του ν. 3868/2010 προστίθεται παράγραφος 4: Παρατείνεται η θητεία των Επικουρικών Φαρμακοποιών και Βοηθών Φαρμακείου που υπηρετούσαν σε ΦΠΥΥΚΑ κατά την 31.12.2011, εφόσον οι ανάγκες των Φορέων που προσέφεραν τις υπηρεσίες τους εξακολουθούν να υφίστανται, για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών από τη λήξη της θητείας τους και μέχρι την κάλυψη των αναγκών από νέες προσλήψεις επικουρικών Φαρμακοποιών. Επικουρικοί Φαρμακοποιοί που υπηρετούσαν σε ΦΠΥΥΚΑ κατά την 31.12.2011 αλλά δεν υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου, εφόσον οι ανάγκες των Φορέων που προσέφεραν τις υπηρεσίες τους εξακολουθούν να υφίστανται, διορίζονται εκ νέου για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών και μέχρι την κάλυψη των αναγκών από νέες προσλήψεις επικουρικών Φαρμακοποιών. Σε περίπτωση που έχει λήξει ή λήγει η θητεία επικουρικού Φαρμακοποιού σύμφωνα με τα ανωτέρω, υφίστανται ανάγκες στον Φορέα που προσέφερε ή προσφέρει τις υπηρεσίες του, αλλά ο επικουρικός Φαρμακοποιός που υπηρετούσε ή υπηρετεί δεν επιθυμεί να παραταθεί η θητεία του ή να διορισθεί εκ νέου, είναι δυνατόν να διορισθεί άλλος επικουρικός Φαρμακοποιός από το σχετικό κατάλογο που τηρείται στην οικεία Δ.Υ.ΠΕ., για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών και μέχρι την κάλυψη των αναγκών από νέες προσλήψεις επικουρικών Φαρμακοποιών.

Η παρ. 5 του άρθρου 22 του ν. 4025/2011 (Α' 228) αντικαθίσταται: Στα νησιά που δεν έχουν νοσοκομείο, ο μέχρι τώρα Αναπληρωτής Διοικητής ή ελλείπει αυτού ο Αντιπρόεδρος, μετέχει ως μέλος στο Διοικητικό Συμβούλιο. Πανεπιστημιακές Κλινικές και Εργαστήρια, καθώς και τμήματα του ΕΣΥ που μετεγκαταστάθηκαν ή εγκαταστάθηκαν στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» μπορεί να στελεχώνονται με ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό νοσοκομείων του ΕΣΥ με μετάταξη προσωπικού με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από αίτηση του υπαλλήλου και σύμφωνη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» και του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.ΠΕ. στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο από το οποίο μετατάσσεται ο υπάλληλος.

Οι κατά νόμο ετήσιες αξιολογήσεις των ιατρών ΕΣΥ, καθώς και οι αξιολογήσεις για αναβάθμιση θέσης ή νέας κρίσης για κάλυψη θέσης, είναι υποχρεωτικές και υποβάλλονται εντός του πρώτου τριμήνου κάθε έτους για το προηγούμενο έτος, με

ευθύνη του Επιστημονικού Συμβουλίου και του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας προς το Διοικητή ή Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου. Οι αξιολογήσεις αυτές περιέχουν υποχρεωτικά ποσοτικά στοιχεία κλινικού έργου, όπως νοσηλευθέντες, ημέρες νοσηλείας μέση διάρκεια νοσηλείας, εξετάσεις, χειρουργικές ή άλλες επεμβάσεις, άμεση διακίνηση λίστας ασθενών, διαγνωστικές πράξεις, συμμετοχή στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τη χρήση γενοσήμων, τον ιατρικό φάκελο, τις κωδικοποιήσεις (διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων), την τεκμηριωμένη εξοικονόμηση πόρων και την ικανοποίηση των ασθενών με έρευνες ποιότητας.

Μετά το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 155 του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. (Υπαλληλικός Κώδικας) προστίθεται το εξής εδάφιο : «Το παραπάνω δεν ισχύει για τους ιατρούς του ΕΣΥ, των οποίων η παραμονή στην υπηρεσία παρατείνεται μέχρι το 65^ο έτος της ηλικίας τους.

Το άρθρο 30 περιλαμβάνει την κατάργηση των εξής Ψυχιατρικών Νοσοκομείων:

1. Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής» καταργείται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου.
2. Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων» καταργείται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και εντάσσεται στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ως Ψυχιατρικός Τομέας.
3. Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης» καταργείται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και εντάσσεται στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης ως Ψυχιατρικός Τομέας.
4. Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας» καταργείται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και εντάσσεται στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας ως Ψυχιατρικός Τομέας.
5. Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου» καταργείται ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και εντάσσεται στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης ως Ψυχιατρικός Τομέας.
6. Προστίθεται παράγραφος 9 στο άρθρο 13 του ν. 2716/1999 (Α' 96) ως ακολούθως:
Τα άτομα, τα οποία τοποθετούνται σε μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του άρθρου 9 του παρόντος νόμου, που παρέχονται από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου και μόνο για τις δομές των οποίων η λειτουργία τους έχει ανατεθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συμμετέχουν στη δαπάνη

περίθαλψης τους για όσο χρόνο διαμένουν στις δομές αυτές, με ποσοστό επί της σύνταξης την οποία λαμβάνουν. Τα Ν.Π.Ι.Δ. ελέγχονται ετησίως από ορκωτό ελεγκτή για το ποσό που συγκεντρώθηκε και τον τρόπο διαθέσεως του, την έκθεση του οποίου υποχρεούται να υποβάλλει η διοίκηση του Ν.Π.Ι.Δ. μέχρι 31 Ιανουαρίου του επόμενου έτους στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του Ν.Π.Ι.Δ. με την υποχρέωση αυτή η κρατική επιχορήγηση διακόπτεται. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καθορίζεται το ποσοστό συμμετοχής κλιμακωτά ανάλογα με τη σύνταξη του κάθε περιθαλπόμενου, η διαδικασία και ο τρόπος καταβολής του, το όργανο ελέγχου και διαχείρισης των χρημάτων αυτών, πού δαπανούνται τα χρήματα αυτά και κάθε άλλο σχετικό θέμα. Αντίθετοι όροι στις συναφθείσες συμβάσεις των εν λόγω φορέων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τους ασφαλιστικούς φορείς δεν ισχύουν.

Τα δικαιώματα των εργαζομένων στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που καταργούνται δεν θίγονται. Οι οργανικές θέσεις του ιατρικού και λοιπού προσωπικού που υπηρετεί στα καταργούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου μεταφέρονται στο νοσοκομείο που εντάσσεται ως Ψυχιατρικός Τομέας για τη στελέχωση του Ψυχιατρικού Τμήματος. Οι ιατροί που υπηρετούν στα καταργούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου κατά το χρόνο ένταξης μεταφέρονται αυτοδικαίως με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, βαθμό και ειδικότητα που κατέχουν, στο αντίστοιχο νοσοκομείο. Το λοιπό προσωπικό, που κατέχει οργανικές θέσεις κατά το χρόνο ένταξης, μεταφέρεται αυτοδικαίως με τις οργανικές θέσεις τους, στο οικείο νοσοκομείο που εντάσσονται με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα που κατέχουν. Για την υπηρεσιακή κατάσταση (άδειες, αποσπάσεις, μετακινήσεις, πειθαρχικές διαδικασίες, λύση υπηρεσιακής σχέσης κ.λπ.) του ανωτέρω προσωπικού, εφαρμόζονται μετά την κατά τα άνω μεταφορά του στα νοσοκομεία υποδοχής, οι διατάξεις που διέπουν το αντίστοιχο προσωπικό των φορέων αυτών. Το ίδιο προσωπικό, μετά τη μεταφορά του, μισθοδοτείται από τα νοσοκομεία υποδοχής και λαμβάνει τις αποδοχές της αντίστοιχης κατηγορίας (μισθολόγιο, επιδόματα, αποζημιώσεις κ.λπ.) του προσωπικού αυτών. Το παραπάνω προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό καθεστώς που είχε πριν από τη μεταφορά του στους φορείς υποδοχής. Το προσωπικό που κατέχει προσωποπαγείς θέσεις διατηρεί τις θέσεις του, οι οποίες μεταφέρονται αυτοδικαίως ως προσωποπαγείς θέσεις στο αντίστοιχο νοσοκομείο. Για την αυτοδίκαιη μεταφορά

οργανικών ή προσωποπαγών θέσεων εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Διοικητή της οικείας Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας. Το προσωπικό που κατέχει θέσεις οργανικές ή προσωποπαγείς στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που καταργήθηκαν και εντάχθηκαν ως Ψυχιατρικός Τομέας στο οικείο νοσοκομείο, εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντα του σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας απαγορευμένης κάθε εσωτερικής μετακίνησης του για οποιονδήποτε λόγο. Οι ιατροί που υπηρετούν στο «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής» μεταφέρονται αυτοδικαίως μαζί με την οργανική τους θέση με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, βαθμό και ειδικότητα στο Κέντρο Υγείας Ραφήνας - Πικερμίου. Οι οργανικές θέσεις ιατρών του «Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής» που βρίσκονται στη διαδικασία επαναπροκήρυξης, κρίσης ή διορισμού μεταφέρονται αυτοδικαίως στο Κέντρο Υγείας Ραφήνας - Πικερμίου. Οι οργανικές θέσεις και το λοιπό νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό που τις κατέχει, καθώς και το προσωπικό που κατέχει προσωποπαγείς θέσεις του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής» μεταφέρονται στο κέντρο υγείας Ραφήνας - Πικερμίου με την ίδια εργασιακή σχέση, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα. Μετά τη στελέχωση του κέντρου υγείας Ραφήνας - Πικερμίου, οι εναπομείνασες οργανικές θέσεις και το προσωπικό, καθώς και το προσωπικό που κατέχει προσωποπαγείς θέσεις μεταφέρονται με την ίδια εργασιακή σχέση, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα που κατέχουν σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ ή σε Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας εντός της Περιφέρειας Αττικής. Η μεταφορά οργανικών θέσεων και προσωπικού, καθώς και προσωποπαγών θέσεων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από εισήγηση του Διοικητή της 1ης Δ.Υ.ΠΕ., ο οποίος λαμβάνει υπόψη την αίτηση προτίμησης του υπαλλήλου αν έχει υποβληθεί, εντός προθεσμίας ενός μηνός από την ψήφιση του παρόντος νόμου στην 1η Δ.Υ.ΠΕ. και τις ανάγκες που υπάρχουν από έλλειψη προσωπικού στις κατηγορίες, κλάδους και ειδικότητες στα νοσοκομεία ή στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Η εισήγηση υποβάλλεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εντός προθεσμίας δύο μηνών από τη δημοσίευση του συγκεκριμένου νόμου.

Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. δημιουργείται αυτοτελές τμήμα «Κλινικής Διατροφής» που υπάγεται απευθείας στον Διοικητή. Αποτελείται από κατόχους πτυχίου ΑΕΙ διαιτολογίας - διατροφής ή ΤΕΙ διατροφής και διαιτολογίας, με αναλογία ένας ανά 80 οργανικές κλίνες και πάντως όχι λιγότερους από δύο, καθώς και από έναν τουλάχιστον τεχνολόγο διατροφής ή τεχνολόγους τροφίμων ΤΕ. Προϊστάμενος του τμήματος ορίζεται διαιτολόγος κατηγορίας ΠΕ και αν δεν υπάρχει, ΤΕ. Οι διαιτολόγοι υπάγονται στην

Ιατρική Υπηρεσία. Η οικονομική διαχείριση και η διοίκηση του τμήματος εντάσσεται στις δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας. Αρμοδιότητα του τμήματος είναι η διατροφική υποστήριξη των ασθενών, είτε νοσηλεύονται, είτε επισκέπτονται τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, με ελεύθερη ή ειδική διαιτητική αγωγή, η πληροφόρηση και εκπαίδευση τους, καθώς και η καταπολέμηση του υποσιτισμού και της δυσθρεψίας, δηλαδή των προβλημάτων που απορρέουν από την παχυσαρκία ή από την ανεπαρκή ποσοτικά ή και ποιοτικά διατροφική υποστήριξη τους. Το τμήμα Κλινικής Διατροφής μπορεί να αναλαμβάνει, σε συνεργασία με την Υγειονομική Περιφέρεια στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο ή με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας, με στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται ειδικότερα οι αρμοδιότητες του τμήματος Κλινικής Διατροφής, τα καθήκοντα του προϊστάμενου και τα καθήκοντα των διαιτολόγων και του τεχνολόγου διατροφής ή τροφίμων. Επίσης, προβλέπεται η οργάνωση της διοικητικής υπηρεσίας προμήθειας, διαχείρισης και αποθήκευσης των τροφίμων, η διενέργεια υγειονομικών ελέγχων και το προσωπικό του μαγειρείου.

Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. δημιουργείται «Συμβουλευτικό Γραφείο Διατροφής», το οποίο λειτουργεί ως τακτικό εξωτερικό ιατρείο και στελεχώνεται από τους διαιτολόγους, ανεξαρτήτου κατηγορίας, του Τμήματος Κλινικής Διατροφής. Το Συμβουλευτικό Γραφείο Διατροφής μπορεί να συμμετέχει στην ολόημερη πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 9 του ν. 2889/2001. Στις αρμοδιότητες του ανήκουν: 1) η εκτίμηση θρέψης και η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου των ασθενών, 2) η διαμόρφωση σχημάτων ειδικής διαιτητικής αγωγής, σε συνεργασία με αρμόδιο ιατρό, 3) η πληροφόρηση και εκπαίδευση ασθενών, των οποίων η πάθηση χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται ειδικότερα οι αρμοδιότητες, η μεθοδολογία εργασίας του Συμβουλευτικού Γραφείου Διατροφής και ο αναγκαίος εξοπλισμός. Για τη διατροφική υποστήριξη των νοσηλευόμενων ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν διατροφικό κίνδυνο, σε κάθε κλινική του νοσοκομείου δημιουργείται μία «Ομάδα Υποστήριξης θρέψης», τα μέλη της οποίας ορίζονται με απόφαση του διοικητή του νοσοκομείου και είναι ένας διαιτολόγος που προτείνεται από τον προϊστάμενο του τμήματος Κλινικής Διατροφής, ένας ιατρός κάθε κλινικής, που προτείνεται από τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και ένας νοσηλευτής που προτείνεται από τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ως μέλη της Ομάδας

Υποστήριξης θρέψης ορίζονται κατά προτεραιότητα οι ιατροί και οι νοσηλευτές που έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα ιατρικής και κλινικής διατροφής, όπως μεταπτυχιακές σπουδές, παρακολούθηση σεμιναρίων ή συνεδρίων. Εάν κρίνεται αναγκαίο τα μέλη της Ομάδας Υποστήριξης θρέψης καλούν τον Φαρμακοποιό του νοσοκομείου να εκφέρει άποψη για τη διατροφική υποστήριξη κάποιου ασθενούς. Τον ασθενή αναλαμβάνει η Ομάδα Υποστήριξης θρέψης, μετά από αίτημα του θεράποντος ιατρού ή του διαιτολόγου που τον παρακολουθεί ή του ίδιου του ασθενούς. (Νόμος 4052/2012 Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.)

6.5 Παράρτημα 5

Ενοποίηση νοσοκομείων

ΠΙΝΑΚΑΣ 48							
Κατάλογος νοσοκομείων ΕΣΥ κατόπιν των ενοποιήσεων							
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΕΣΥ ΚΑΤΟΠΙΝ ΤΩΝ ΕΝΟΠΟΙΗΣΕΩΝ							
Α/Α	Δ.Υ.ΠΕ	ΝΟΜΟΣ	ΣΥΝ. ΝΟΣ. Δ.Υ.ΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡ.ΚΛΙΝΩΝ	ΕΔΡΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ	ΦΕΚ
1	1 ^η Δ.Υ.ΠΕ	ΑΤΤΙΚΗΣ	1	Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	1150	Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ	3515/Β'/20
2		ΑΤΤΙΚΗΣ	2	Γ.Ν.Ν.Θ.Α. ΣΩΤΗΡΙΑ	710	ΑΘΗΝΑ	207/Β/1987 όπως ισχύει
3		ΑΤΤΙΚΗΣ	3	Γ.Ν.Α. ΚΑΤ-ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	830	Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, ΚΗΦΙΣΙΑ	3515/Β'/20
4		ΑΤΤΙΚΗΣ	4	Γ.Ν.Α. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	720	ΑΘΗΝΑ	3507/Β'/20
5		ΑΤΤΙΚΗΣ	5	Γ.Ν.Π.Α. Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ-	816	Γ.Ν.Π.Α. Η ΑΓΙΑ	3515/Β'/20

				ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ		ΣΟΦΙΑ, ΑΘΗΝΑ	
6		ΑΤΤΙΚΗΣ	6	Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ	580	ΑΘΗΝΑ	75/Β/1987, όπως ισχύει
7		ΑΤΤΙΚΗΣ	7	Γ.Ν.Α. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	500	ΑΘΗΝΑ	75/Β/1987, όπως ισχύει
8		ΑΤΤΙΚΗΣ	8	Γ.Ν. ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ- ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	897	ΑΘΗΝΑ	3486/Β/20
9		ΑΤΤΙΚΗΣ	9	Γ.Ν.Α. ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ/ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ	500	ΑΘΗΝΑ	1680/Β/201
10		ΑΤΤΙΚΗΣ	10	Γ.Ν.Π.Α. Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ	424	ΑΘΗΝΑ	1147/Β/201
11		ΑΤΤΙΚΗΣ	11	Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ- ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ	860	Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΜΑΡΟΥΣΙ	3499/Β/20
12		ΑΤΤΙΚΗΣ	12	Γ. ΑΝΤΙΚΑΡ/ΚΟ Ν.Α. ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ	450	ΑΘΗΝΑ	1683/Β/201
13		ΑΤΤΙΚΗΣ	13	Γ.Ν. Ν.ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ	518	Γ.Ν.Ν.ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ	3515/Β/20
14		ΑΤΤΙΚΗΣ	14	Γ.ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ Ν. ΚΗΦΙΣΙΑΣ ΟΙ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ	350	ΚΗΦΙΣΙΑ	8/Β/1987, όπως ισχύει
15		ΑΤΤΙΚΗΣ	15	Γ.Ν.Α. Η ΕΛΠΙΣ	200	ΑΘΗΝΑ	1485/Β/201 1714/Β/201
16		ΑΤΤΙΚΗΣ	16	Γ.Ν.Α. Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ	170	ΑΘΗΝΑ	1255/Β/201
17		ΑΤΤΙΚΗΣ	17	Ν. ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ Α. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ	120	ΑΘΗΝΑ	124/Β/1987 όπως ισχύει
18		ΑΤΤΙΚΗΣ	18	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Ν.Α. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ Η ΑΓ.ΕΛΕΝΗ	33	ΑΘΗΝΑ	3323/Β/20
19		ΑΤΤΙΚΗΣ	20	ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ, ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			
20	2 ^η Δ.Υ.ΠΕ	ΑΤΤΙΚΗΣ	1	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ Ν. Α.	650+750 ΜΨΑ	ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
21		ΑΤΤΙΚΗΣ	2	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ Ν. Α. ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ	300+150 ΜΨΑ	ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
22		ΑΤΤΙΚΗΣ	3	Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ	730	ΧΑΪΔΑΡΙ	1250/Β/201
23		ΑΤΤΙΚΗΣ	4	Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	402	ΒΟΥΛΑ	1432/Β/201
24		ΑΤΤΙΚΗΣ	5	Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ ΑΓ.ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ- Γ.Ν.ΔΥΤ.ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑ	798	Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ, ΝΙΚΑΙΑ	3486/Β/20
25		ΑΤΤΙΚΗΣ	6	Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ	430	ΠΕΙΡΑΙΑΣ	1253/Β/201
26		ΑΤΤΙΚΗΣ	7	Γ.ΑΝΤΙΚ/ΚΟ Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ	410	ΠΕΙΡΑΙΑΣ	1484/Β/201
27		ΑΤΤΙΚΗΣ	8	Γ.Ν.ΕΛ. ΘΡΙΑΣΙΟ	428	ΕΛΕΥΣΙΝΑ	425/Β/1898 όπως ισχύει
28		ΑΤΤΙΚΗΣ	9	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΥΘΗΡΩΝ	20	ΠΟΤΑΜΟΣ ΚΥΘΗΡΩΝ	1254/Β/201
29		ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	10	ΚΡ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ-Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ	80+400 ΜΨΑ	ΛΑΚΚΙ ΛΕΡΟΥ	3280/Β/20

30		ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	11	Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ Α.ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ-Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΩ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ-Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ	495	Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ Α.ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ, ΡΟΔΟΣ	3486/Β'/20
31		ΛΕΣΒΟΥ	12	Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ-Γ.Ν.-Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ	330	Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ, ΜΥΤΙΛΗΝΗ	3499/Β'/20
32		ΚΥΚΛΑΔΩΝ	13	Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ-Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ	180	Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ, ΣΥΡΟΣ	3499/Β'/20
33		ΣΑΜΟΥ	14	Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ ΑΓ.ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ-Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ	160	Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ, ΣΑΜΟΣ	3486/Β'/20
34		ΧΙΟΥ	15	Γ.Ν. ΧΙΟΥ ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ	160	ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΧΙΟΥ	3461/Β'/20
35		ΑΤΤΙΚΗΣ	16	ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	130	ΑΘΗΝΑ	
36	3 ^η Δ.Υ.ΠΕ	ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	1	Γ.Ν. Θ. Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Γ.Ν.Θ.Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ+ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ Ν.Θ.)	1000+300 ΜΨΑ	Γ.Ν.Θ. Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, ΕΞΟΧΗ, ΠΥΛΑΙΑ ΧΟΡΤΙΑΤΗ	3515/Β'/20
37		ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	2	Γ.Ν. Θ. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ-Ο ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	455	Γ.Ν.Θ. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	3515/Β'/20
38		ΠΙΕΡΙΑΣ	4	Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ(+ ΠΕΤΡΑ ΟΛΥΜΠΙΟΥ)	200 (50+200 ΜΨΑ)	ΚΑΤΕΡΙΝΗ	1519/Β/200 όπως ισχύει
39		ΚΟΖΑΝΗΣ	5	Γ.Ν. ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ- ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ (Γ.Ν.ΚΟΖΑΝΗΣ ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ+Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ)	400	Γ.Ν.ΚΟΖΑΝΗΣ, ΚΟΖΑΝΗ	3486/Β'/20
40		ΗΜΑΘΙΑΣ	6	Γ.Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ (Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ & Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ	330+10 ΚΕΦΙΑΠ	Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ, ΒΕΡΟΙΑ	3486/Β'/20
41		ΠΕΛΛΑΣ	7	Γ.Ν. ΠΕΛΛΑΣ (Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ-Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	350	Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ, ΕΔΕΣΣΑ	3510/Β'/20
42		ΓΡΕΒΕΝΩΝ	8	Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ	110	ΠΟΛΗ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	1490/Β/201
43		ΦΛΩΡΙΝΑΣ	9	Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΕΛ.Θ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	110+30 ΚΕΦΙΑΠ	ΠΟΛΗ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	3301/Β'/20
44		ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	10	Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	120+35 ΚΕΦΙΑΠ	ΠΟΛΗ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	3462/Β/201
45		ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	11	Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	710	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	711/Β/1998 1297/Β/115 439/Β/2003
46	4 ^η Δ.Υ.ΠΕ	ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	1	Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ	680	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	897/Β/1986 όπως ισχύει
47		ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	2	Γ.Ν. Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ (Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ+ Ν. ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ	800	Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	3515/Β'/20

48		ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	3	1 ^ο Γ.Ν.Θ. ΑΓ.ΠΑΥΛΟΣ	400	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	3314/Β'/20
49		ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	4	ΑΝΤΙΚ/ΚΟ Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ	361	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	3282/Β'/20
50		ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	3	Ν. ΕΙΔ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	10	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	1679/Β'/201
51		ΕΒΡΟΥ	5	Π.Γ.Ν. ΕΒΡΟΥ (Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ-Γ.Ν. ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	765	Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ	3499/Β'/20
52		ΚΑΒΑΛΑΣ	6	Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	420	ΚΑΒΑΛΑ	3506/Β'/20
53		ΣΕΡΡΩΝ	7	Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	400+50 ΚΕΦΙΑΠ	ΣΕΡΡΕΣ	3323/Β'/20
54		ΞΑΝΘΗΣ	8	Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	240	ΞΑΝΘΗ	3496/Β'/20
55		ΔΡΑΜΑΣ	9	Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	250	ΔΡΑΜΑ	1155/Β'/20
56		ΚΙΛΚΙΣ	10	Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ (Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ- Γ.Ν.-Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ)	255	Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ, ΚΙΛΚΙΣ	3486/Β'/20
57		ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	11	Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	200	ΠΟΛΥΓΥΡΟΣ, ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ	3282/Β'/20
58		ΡΟΔΟΠΗΣ	12	Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	220	ΚΟΜΟΤΗΝΗ, ΡΟΔΟΠΗ	3283/Β'/20
59	5 ^η Δ.Υ.Π.Ε	ΛΑΡΙΣΑΣ	1	Π.Γ.Ν.Α.-Γ.Ν.Α. ΚΟΥΤΑΙΜΠΛΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ	950	Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ, ΛΑΡΙΣΑ	3486/Β'/20
60		ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	2	Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ	400	ΒΟΛΟΣ	1236/Β'/20
61		ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	3	Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	340	ΛΑΜΙΑ	3524/Β'/201
62		ΤΡΙΚΑΛΩΝ	4	Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	300	ΤΡΙΚΑΛΑ	1230/Β'/201
63		ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	5	Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	260+6 ΚΕΦΙΑΠ	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	3518/Β'/201
64		ΒΟΙΩΤΙΑΣ	6	Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ-Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ	260+6 ΚΕΦΙΑΠ	Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ, ΛΙΒΑΔΕΙΑ	3510/Β'/201
65		ΕΥΒΟΙΑΣ	7	Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ-Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ-Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ	330+6 ΚΕΦΙΑΠ	Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ, ΧΑΛΚΙΔΑ	3510/Β'/201
66		ΦΩΚΙΔΑΣ	8	Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ	80	ΑΜΦΙΣΣΑ	3496/Β'/20
67		ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	9	Γ.Ν. ΚΑΡΠΙΝΗΣΙΟΥ	80	ΚΑΡΠΙΝΗΣΙ	1258/Β'/20
68	6 ^η Δ.Υ.Π.Ε	ΑΧΑΪΑΣ	1	Π.Γ.Ν.Π. ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ	730	ΠΑΤΡΑ	767/Β'/1987 όπως ισχύει
69		ΑΧΑΪΑΣ	2	Γ.Ν.Π. (ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ- ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΝΔ ΕΛΛΑΔΟΣ Ο ΑΓ.ΛΟΥΚΑΣ	450	Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ, ΠΑΤΡΑ	3486/Β'/20
70		ΑΧΑΪΑΣ	3	Γ.Ν.ΑΝ.ΑΧΑΪΑΣ (Γ.Ν.ΑΙΓΙΟΥ- Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ)	120	Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ, ΑΙΓΙΟ	3486/Β'/20
71		ΑΧΑΪΑΣ	4	Γ.Ν.Π.Π. ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	97	ΠΑΤΡΑ	3461/Β'/20
72		ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	5	Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ (Γ.Ν.ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ+Γ.Ν.- Κ.Υ.ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	370+45 ΚΕΦΙΑΠ	Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ, ΚΑΛΑΜΑΤΑ	3499/Β'/20
73		ΛΑΚΩΝΙΑΣ	6	Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ (Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ Ι&ΑΙΚ.ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ+Γ.Ν.- Κ.Υ.ΜΟΛΛΩΝ	240	Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ, ΣΠΑΡΤΗ	3486/Β'/20
74		ΑΡΚΑΔΙΑΣ	7	Γ.ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ	260 (90+150 ΜΨΑ)	ΤΡΙΠΟΛΗ	9/Β'/1987, όπως ισχύει

			(+ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ)			
75		ΗΛΕΙΑΣ	8	Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ (Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ+Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ+Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	330	Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ, ΠΥΡΓΟΣ 3499/Β'/20
76		ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	9	Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	215+25 ΚΕΦΙΑΠ	ΚΟΡΙΝΘΟΣ 3284/Β'/20
77		ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	10	Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ (Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ+Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	250	Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ, ΑΡΓΟΣ 3486/Β'/20
78		ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	11	Γ.Ν. ΑΙΤ/ΝΙΑΣ (Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ+Γ.Ν. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ)	350+30 ΚΕΦΙΑΠ	Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ 3510/Β/201
79		ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	12	Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	760	ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1243/Β/201
80		ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	13	Π.Γ.Ι. Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ	350	ΙΩΑΝΝΙΝΑ 3286/Β'/20
81		ΑΡΤΑΣ	14	Γ.Ν.ΑΡΤΑΣ	220+15 ΚΕΦΙΑΠ	ΑΡΤΑ 3285/Β'/20
82		ΠΡΕΒΕΖΑΣ	15	Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ	110	ΠΡΕΒΕΖΑ 3497/Β'/20
83		ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	16	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	90	ΦΙΛΙΑΤΕΣ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ 1151/Β/201
84		ΚΕΡΚΥΡΑΣ	17	Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ (ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ Ν.Κ.)	300 (20+150 ΜΨΑ)	ΚΕΡΚΥΡΑ 1293/Β/200 όπως ισχύει
85		ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	18	Γ.Ν.ΚΕΦ/ΝΙΑΣ (Γ.Ν. ΚΕΦ/ΝΙΑΣ+Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ)	150	Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ, ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ 3499/Β'/20
86		ΛΕΥΚΑΔΑΣ	19	Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ	120	ΛΕΥΚΑΔΑ 1158/Β/201
87		ΖΑΚΥΝΘΟΥ	20	Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ ΑΓ.ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ	160	ΖΑΚΥΝΘΟΣ 1159/Β/201
88	7 ^η Δ.Υ.ΠΕ	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1	Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ- Γ.Ν. ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	1200	Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΗΡΑΚΛΕΙΟ 3486/Β'/20
89		ΧΑΝΙΩΝ	2	Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ.ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΘΕΡ. ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ)	460 (20+200 ΜΨΑ)	ΔΗΜΟΣ ΜΟΥΡΝΙΩΝ, ΧΑΝΙΑ 287/Β/2004 όπως ισχύει
90		ΛΑΣΙΘΙΟΥ	3	Γ.Ν. ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ-Γ.Ν.-Κ.Υ.ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ- Γ.Ν.Κ.Υ.ΣΗΤΕΙΑΣ-Γ.Ν.-Κ.Υ.ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ	355	Γ.Ν. ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΡΗΤΗΣ 3521/Β'/20
91		ΡΕΘΥΜΝΟΥ	4	Γ.Ν.ΡΕΘΥΜΝΟΥ	220	ΡΕΘΥΜΝΟ 3514/Β'/20

Σύνολο Κλινών : 35.404+2.300 ΜΨΑ+258 ΚΕΦΙΑΠ

(Κατάλογος Νοσοκομείων Κατόπιν Ενοποιήσεων, Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Τμή Οργάνωσης Νοσοκομείων, Υπουργείο Υγείας)

Στα πρώην διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία κλείνουν οι σειρές προτεραιότητας για τη χορήγηση ειδικότητ σε ιατρούς και από 1/1/2013 δημιουργείται νέα σειρά η οποία θα αφορά το ενοποιημένο Ν. Π. Οι σει προτεραιότητας, όπως είχαν διαμορφωθεί μέχρι και την 31/12/2012, παραμένουν ως έχουν και οι ιατροί προτείνονται για τοποθέτηση στις θέσεις των Νοσοκομείων που είχαν υποβάλει τη σχετική αίτη

προκειμένου να τοποθετηθούν για όσο χρόνο το συγκεκριμένο Νοσοκομείο είχε αναγνωρισθεί να χορηγεί ειδικότητα.

Τον Αύγουστο του 2013, ο υπουργός Υγείας, Άδωνις Γεωργιάδης ανακοίνωσε την παύση λειτουργίας οκτώ δημόσιων νοσοκομείων, πέντε στην Αθήνα και τρία στη Θεσσαλονίκη, και το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΙΕΝΘΥΑΕ) στη Θεσσαλονίκη.

Οι 1.618 εργαζόμενοι των οκτώ νοσοκομείων και του ΙΕΝΘΥΑΕ, αλλά και από την κεντρική υπηρεσία του υπουργείου Υγείας εντάχθηκαν από τις 23 Αυγούστου σε κινητικότητα, καθώς αναμένεται εκδοθούν οι ονομαστικές λίστες.

Οι υγειονομικές μονάδες που αλλάζουν χαρακτήρα -είτε θα λειτουργούν σαν Κέντρα Υγείας, είτε σαν μονάδες του ΕΟΠΥΥ- είναι: Στην Αθήνα: Πολυκλινική, Πατησίων, «Αμαλία Φλέμινγκ», «Σπηλιοπούλειο», «Αγία Βαρβάρα». Στη Θεσσαλονίκη: Ειδικών Παθήσεων, Αφροδισίων νοσημάτων «Παναγία» και το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας(ΙΕΝΘΥΑΕ).

Ο σχεδιασμός για την Αθήνα:

- Το προσωπικό του Γ.Ν. Πατησίων προτείνεται να μεταφερθεί κυρίως προς τις δομές του νοσοκομείου «Αγ. Ανάργυροι» και του «Παμμακάριστος». Το ιδιόκτητο κτήριο θα δοθεί για χρήση στον ΕΟΠΥΥ.
- Η Πολυκλινική προτείνεται να μετατραπεί σε Αστικού Τύπου Κέντρο Υγείας και Χρόνια Νοσημάτων στο κέντρο της Αθήνας αλλά και ως σημείο εξυπηρέτησης πολιτών για έκδοση πιστοποιητικών υγειονομικής φύσεως.
- Για το «Σπηλιοπούλειο» Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη» προβλέπεται η δημιουργία Παθολογικού Ξενώνα ανακουφιστικής φροντίδας, Κέντρου Ακτινοθεραπείας και Ακτινοχειρουργικής και λειτουργία εξωτερικών Ιατρείων μιας στάσης (One stop) για έκδοση πιστοποιητικών.
- Το νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμινγκ» αλλάζει χαρακτήρα από Γενικό Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο Αποκατάστασης και θα λειτουργεί σε καθεστώς μερικής εφημερίας.
- Το νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα» μετατρέπεται σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και η λειτουργία τους θα γίνεται σε 2 βάρδιες.

Ο σχεδιασμός για τη Θεσσαλονίκη:

- Μεταφορά 91 ατόμων από το Νοσοκομείο Ειδικών παθήσεων Θεσσαλονίκης στο Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» και στο Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου».
- Μεταφορά 37 ατόμων από το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης στο Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο».
- Μεταφορά 107 ατόμων από το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» - παράρτημα «Παναγία», 87 ατόμων σε

Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ και 20 ατόμων στο Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο».

Πέραν της μεταφοράς του προσωπικού θα υπάρξει και αντίστοιχη μεταφορά των κλινικών, όχι όμως τη μορφή της κινητικότητας, καθώς το ιατρικό προσωπικό δεν εμπίπτει στην κινητικότητα (ιατροί και ΕΣΥ, ειδικευόμενοι).

Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας παύει λειτουργεί και το προσωπικό θα μεταφερθεί σε δομές του Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία» και στο Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αδαλή Ε, «Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών», 2002
2. Αδάμου Ε, Γιακουμιδάκης Κ, Καδδά Ο, Αργυρίου Γ, Καπάδοχος Θ, Βασιλόπουλος Γ, Μαρβάκη Χ, «Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Έρευνα – Original Paper», Το Βήμα του Ασκληπιού, 10^{ος} Τόμος, 2^ο Τεύχος, Απρίλιος – Ιούνιος, 2011
3. Αλεξιάδης Α.Δ. – Ι. Σιγάλας κ.α., Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Πάτρα, Εκδόσεις : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999, Τόμοι Α'-Δ'
4. Βλαχιώτη Ε, Δούσης Ε, Μάτζιου Β, «Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία, Ανασκόπηση – Review», Νοσηλευτική, Τόμος 50, Τεύχος(2), 2011, σ.177-184
5. Βουκάλη Ε, «Προϊστάμενος Νοσηλευτικού τμήματος: Ρόλοι και λειτουργίες» Νοσηλευτική, Τόμος 42, Τεύχος4, 2003, σ. 414-419
6. Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Οργάνωσης και Διαδικασιών Διεύθυνση Απλούστευσης Διαδικασιών και Παραγωγικότητας Τμήμα Συνθηκών Εργασίας και Παραγωγικότητας, Διευκρινήσεις για την εφαρμογή του νέου ωραρίου εργασίας των υπαλλήλων του Δημοσίου Τομέα Αρ. Πρωτ. ΔΙΑΔΠ/Φ.Β.1/22088/03-11-2011/ΥΠΔΒΜΘ

7. Γιακουμιδάκης Κ, Μπαλτόπουλος Γ, Μπροκαλάκη – Παναουδάκη Η, «Η συσχέτιση του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας με τη θνησιμότητα ασθενών», Νοσηλευτική, Τόμος 49, Τεύχος3, 2010, σ.225-235
8. Γιακουμιδάκης Κ, Μπαλτόπουλος ΓΙ, Χαρίτος Χ, Γαλάνης Π, Μπροκαλάκη Η, «Φόρτος νοσηλευτικής εργασίας, διάρκεια νοσηλείας και θνησιμότητα ασθενών μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης», Νοσηλευτική, Τόμος 48, 2009, σ.412–423
9. Γιαννακίδου Α, Πρακτικά 1^{ης} Πολυθεματικής Ημερίδας Νοσηλευτών, Αθήνα,1993
10. Γούλα Α, Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου : Η ελληνική Εμπειρία και Πρακτική, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2007
11. Δασκαλάκη, Γεωργία., Ανάλυση διαδικασιών επιλογής προσωπικού, [χ.ό.], Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων 2009
12. Δερβένης Χ, Πολύζος Ν, Μελέτη – Πρόταση για την Οργάνωση – Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 1995
13. Δημητριάδου Α, Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, 2008
14. Δημητριάδου Α, Σαπουντζή Δ, Ηθικά διλήμματα στην άσκηση Νοσηλευτικού Έργου, Θεσσαλονίκη, Πρακτικά ημερίδας Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994
15. Δημητριάδου Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ, «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό», Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 3^ο, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2009
16. Δημητριάδου-Παντέκα Α, Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ, Ντιό Ε, «Διερεύνηση νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετεροεπαγγελματικής συνεργασίας», Νοσηλευτική, Τόμος 49, Τεύχος 1, 2010, σ. 91-100.

17. Διαμαντοπούλου Ε, Λαβδανίτη Μ, «Η διερεύνηση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική πρακτική των Ελλήνων Νοσηλευτών», Νοσηλευτική, Τόμος 49, Τεύχος 1, 2010, σ. 62-72.
18. Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ, Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999
19. Ζαπουνίδης Κ, Θέματα Μανατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα Εκδόσεις : Κλειδάριθμος, 2007
20. Ηλιοπούλου Α, Πρόληψη και αντιμετώπιση ενδο-οργανωσιακών συγκρούσεων, Πρακτικά 6^{ης} Ημερίδας του Τομέα Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2003
21. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Σ, Σούλης Σ, Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση, 2001
22. Ιθακήσιος Δ, Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Θεωρητική Προσέγγιση της Διοικητικής Επιστήμης και Ανάλυση των Διοικητικών Λειτουργιών, Πειραιάς, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, 2013
23. Ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Σχέδιο Νόμου με τίτλο «Ρυθμίσεις θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας, φαρμάκων, φαρμακείων και άλλες διατάξεις, 2010
24. Κάβουρα Μ., Ζάβρας Δ, Κυριόπουλος Ι, «Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδος», Νοσηλευτική, Τόμος 42, 2003, σ. 457 - 468
25. Καλογεροπούλου Μ. και Π. Μουρδουκούτα, Υπηρεσίες Υγείας : Οργάνωση και Διοίκηση, Αποδοτικότητα, Ποιότητα, Εκδόσεις : Αθήνα, Κλειδάριθμος, 2010
26. Κάπελλα Μ. και συν, «Μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους», Νοσηλευτική, Τόμος 41, Τεύχος 2, 2002
27. Κοκολιού Μ, «Ομιλία στο 10ο Συνέδριο ΠΟΕΔΗΝ», Νοσηλευτική, 1987
28. Κοπανιτσάνου Π, Μπροκαλάκη Η, «Μέθοδοι στελέχωσης νοσηλευτικών τμημάτων. Ανασκόπηση – Review», Νοσηλευτική, Τόμος 48, Τεύχος 1, 2009, σ.50-57

29. Κοπανιτσάνου Π, Σουρτζή Π, Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο του νοσοκομείου. Ανασκόπηση των ελληνικών μελετών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, ΕΚΠΑ, 2005
30. Κοραμπέλη Α., Κτενάς Ε., Κικεμένη Α, Κυκλικό ωράριο, Αθήνα, 2006
31. Λαζάρου Π, Οικονομοπούλου Χ, «Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας», Νοσηλευτική, Τόμος 46, 2007, σ.199–214
32. Λανάρα ΑΒ, Διοίκηση Νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο, Θ΄ Έκδοση, Αθήνα, 2002
33. Λανάρα Β, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, ΙΑ΄ Έκδοση, Αθήνα, 2004
34. Λανάρα Β., Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, θεωρητικό ή οργανωτικό πλαίσιο, ΣΤ΄ Έκδοση, Αθήνα 1999
35. Λιαρόπουλος Λ, Ανθρώπινο Δυναμικό, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1974
36. Λιαρόπουλος Λ, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, ΒΗΤΑ, medical arts, 2007, Α΄ τόμος
37. Μαλλιάρου Μ, Καραθανάση Κ, Σαράφης Π, «Ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση : μια συστηματική ανασκόπηση», ENE newsletter, τεύχος 1, 2008
38. Μαλλίδου Α.Α. , Giannetti R.B, «Κλινικά αποτελέσματα ασθενών εξαρτώμενα από οργανωτικά χαρακτηριστικά και στελέχωση νοσηλευτών – Μέρος II», Νοσηλευτική, Τόμος44, Τεύχος 2,2005, σ.212-222
39. Μπαμπάτσικου Φ, Γερογιάννη Γ, «Νοσηλευτικό τμήμα : Κριτήρια δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου, Ανασκόπηση – Review», Το Βήμα του Ασκληπιού, 11^{ος} Τόμος, 1^ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012
40. Μπουραντός Δ, Μανατζμεντ : Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες Πρακτικές, Αθήνα, Εκδόσεις Γ. Μπένου, 2002
41. Μυριανθεύς Π, Μπούτζουκα Ε, Φιλντίσης Γ, Μπαλτόπουλος Γ, Τσιμογιάννη Α, Λαδάκης Χ, «Στελέχωση πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας: Παρούσα κατάσταση», Επιστημονικό Περιοδικό Πνευμων, Ελληνική Βρογχολογική Εταιρία/Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Τεύχος 1 Ιανουάριος – Απρίλιος 2001

42. Ν.3329(2005), Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005
43. Ν/2889 (2001), Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001
44. Νομικός Α, Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας ΙΙΙ, εκδόσεις ΤΕΙ Αθήνας, 1998
45. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3839/2010, Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια – Σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.) και λοιπές διατάξεις
46. Νόμος υπ' αριθ. 4052/2012, Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις, 2012
47. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4071/2012 Ρύθμιση περί εφημεριών στο Άρθρο 45, 2012
48. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4024/2011, Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015, 2011
49. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3754/2009, Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις, 2009
50. Παπαγεωργίου Δ, Τσαλουκίδης Ν, «Ο ρόλος των Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας στην οργάνωση και διεκπεραίωση της νοσηλευτικής πρακτικής!
51. Παπαλεξανδρή Ν, Μπουραντάς Δ, Διοίκηση ανθρώπινων πόρων, Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου, 2003
52. Παπαλεξανδρή Ν, Οι ανθρώπινες σχέσεις και ο ρόλος τους στα πλαίσια της εργασίας, Πρακτικά 6^{ης} Ημερίδας του Τομέα Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2003.

53. Παπαμικρούλη Σ, «Μελέτη διά το νοσηλευτικό προσωπικό», Νοσηλευτική Τόμος 83, 1981, σ.152 - 182
54. Πιερράκος Γ, «Διερεύνηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σε δύο νοσοκομεία της Αττικής», Νοσηλευτική, Τόμος 44, Τεύχος 1, 2005, σ.98-105.
55. Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ, Αμίτσης Γ, Κυριόπουλος Γ, Σούλης Σ, «Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας», Νοσηλευτική, Τόμος 45, 2006, σ.543-551
56. Πλατή Χ, Λανάρα Β, Σπάρος Λ, « Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Νοσοκομειακά Χρονικά, Τόμος 51, 1989, σ. 380-389
57. Πολύζος Ν, Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994
58. Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι, «Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 17, Τεύχος 6, 2000, σ.627-639
59. Πολύζος Ν. και συνεργάτες, Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. και των Μονάδων του ΕΣΥ 2010 Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011
60. Σούλης Σ, Η Ανάπτυξη των Συστημάτων Υγείας ενόψει των νέων Κοινωνικο – Πολιτισμικών Αλλαγών, στα πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας, , Θεσσαλονίκη, Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, 4-6/11/1994
61. Σούλης Σ, Κυριόπουλος Ι, Μελέτη καθορισμού των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης (εργαζομένων και ανέργων) ανά περιφέρεια και ειδικότητα στον τομέα της υγείας, Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας, 1998
62. Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Ι, Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα 1980-2000, Έρευνα για την V Διεύθυνση του ΕΚΤ της ΕΟΚ, 1993
63. Σταθοπούλου Χ, «Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον», Νοσηλευτική, Τόμος 45, Τεύχος 1, 2006, σ. 50-58

64. Τμήμα Οργάνωσης Νοσοκομείων, Υπουργείο Υγείας, Κατάλογος Νοσοκομείων Κατόπιν Ενοποιήσεων, Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας
65. Τσαλουκίδης Ν., Παπαγεωργίου Δ, «Ο ρόλος των Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας στην οργάνωση και διεκπεραίωση της νοσηλευτικής πρακτικής», Νοσηλευτική, Τόμος 43, Τεύχος 3, 2008, σ. 313-319
66. Τσάρας Κ, Γαλάνης Π, Ζάχος Ι, Σπάρος Π, Determinants of undergraduate performance, Ερευνητική εργασία, 2002
67. Υ1/οικ4234 (2001), Συγκρότηση Επιτροπών Νοσοκομειακών Λοιμώξεων στα νοσοκομεία, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, ΦΕΚ 733/Β/13-6-2001
68. Υπ.Απ.40620 (2001), Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων και καθορισμός του ύψους αμοιβής για επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο, ΦΕΚ 1643/Β/10-12-2001
69. Υπ.Απ.53080, Εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων λεκανοπεδίου Αττικής και άλλες ρυθμίσεις, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2005
70. Υπουργείο Εσωτερικών, Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του υπαλληλικού κώδικα, Αθήνα, 2006
71. Υπουργείο Εσωτερικών, Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του υπαλληλικού κώδικα, Αθήνα, 2006
72. Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν, Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα : 1980-2000. Έκθεση στη διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα, 1993
73. Χαραλαμπίδου Ε, «Ανθρώπινο δυναμικό, περιβάλλον εργασίας και στελέχωση», Νοσηλευτική
74. Χατζηπαντελή Π, Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού : στελέχωση, παρακίνηση, αμοιβές, διαχείριση της υπαλληλικής σχέσης, εργασιακό κλίμα, Μεταίχιμο, 1999
75. Χατζηπαντελής Ε, Σιγάλας Ι, «Η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, Στρατηγικές Βελτίωσης της Ικανοποίησης στον χώρο εργασίας»

76. Χυτήρης Σ.Α, Μανατζμεντ – Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα, 2006

Ξένη Βιβλιογραφία

77. Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunning A, Evans R, Holland W et al, Report on the Greek Health Services, Athens, Ministry of Health and Social Welfare, 1994
78. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. “Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction”, JAMA, Vol. 288, No. 16, 2002, p. 1987 - 1993
79. Aiken L, Havens D & Sloane D, “The magnet nursing services recognition program : A comparison of two groups of magnet hospitals”, American Journal of Nursing, Vol. 100, No. 3, 2000, p. 26-35
80. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M, For the International Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care : cross – national findings, Conference Paper, International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press, 2002
81. American Nurses Association, Nursing Quality Indicators : Definitions and Implications, Washington, DC, 1996
82. American Nurses Credentialing Center, Magnet recognition program, USA, 2003
83. American Organization of Nurse Executives, Leadership: Nurse executive competencies, USA, 2008
84. Attridge C, Callahan M, “Nurses' perspectives of quality work environments”, Can J Nurs Admin, Vol. 3, 1990, p. 18-24
85. Averill C, Fairbrother M, “Developing a statewide patient classification system”, Nurs Adm Q, Vol. 24, 2002, p. 29–35
86. Baker et al, “The Canadian Adverse Events Study : The incidence of adverse events among hospital patients in Canada”, Canadian Medical Association Journal, Vol. II, No. 170, 2004, p. 1678-1686
87. Bateman Thomas S. – Scott A. Snell, Management – Leading and Collaborating in a Competitive World, 8th edition, N.Y., McGraw Hill, 2010

88. Baumann et al, “Commitment and care : the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system”, CHSRF, 2001
89. Beckmann U, Baldwin I, Durie M, Morrison A, Shaw L, “Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study, Anaesth Intens Care, Vol. 26, 1998, p. 396–400
90. Blegen et al, “Nurse staffing and patient outcomes”, Nursing Research, Vol. I, No. 47, 1998, p. 43-50
91. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, “Views of practicing physicians and the public on medical errors”, W Engl J Med, Vol. 347, 2002, p. 1933 - 1940
92. Booyens S, Introduction to Health Services Management, 3rd edition, Gazelle, 2008
93. Buchan J, “Global nursing shortage”, BNJ, California Nurses Association, Vol. 324, 2002, p.751–752 2008
94. Buchan J, O’May F, Determining skill mix in the health workforce. Guidelines for managers and health professionals, Issues in health services delivery paper No 3. Department of organisations of health services delivery. WHO, Geneva, 2000
95. California Nurses Association, Fact sheet on RN staffing ratio law, USA, 2003
96. Canadian Federation of Nurses Union, Enhancement of patient safety through formal nurse – patient ratios : A discussion paper, Canada, 2005
97. Cangelosi J.D, Markham F.S, Bounds W.T, “Factors related to nurse retention and turnover: an updated study”, Health Mark Quarterly, 1998.
98. Carayon P, Gurses AP, “A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units”, Intensive Crit Care Nurs, Vol. 21, 2005, p. 284–301
99. Cho SH, Hwang JH, Kim J, “Nurse staffing and patient mortality in intensive care units”, Nurs Res, Vol. 57, 2008, p. 322–330
100. Cho SH, Yun SC, “Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an

- intensive care unit: Cross-sectional analysis of survey and administrative data” Int J Nurs Stud, Vol. 46, 2009, p. 1092–1101
101. Clarke SP, Aiken LH, “More nursing, fewer deaths”, Qual Saf Health Care Vol. 15, 2006, p.2–3
102. Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH, “Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses”, Am J Public Health Vol. 92, 2002, p.1115–1119
103. Connors, H.R., Weaver, C., Warren, J., & Miller, K.L, “An academic – business partnership for advancing clinical informatics”, Nursing Education Perspectives, 2002, p. 228-233
104. Cooke, R.A. & Lafferty J.L, “Organizational culture inventory”, Plymouth, MI : Human Synergistics, 1989
105. Date CJ, An Introduction to Database Systems, 6th ed, New Date CJ, New York, NY: Addison-Wesley Publishing Company, 1995
106. De Vericourt F, Jennings O.B, “Nurse – to – Patient Ratios in Hospital Staffing : a Queuing Perspective”, Submitted to Management Science manuscript MS
107. DeBaka V, Jones K, Tornebini J, “A cost – benefit analysis of shared governance”, Journal of Nursing Administration, Vol. 23, No.7/8, 1993, p. 50-57
108. Descoin C, Βιταντζάκης Ν, Επιλογή προσωπικού, Έλλην, 1993
109. Doran Hall L, Doran D, Pink G, “Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes”, JONA , Vol. 34, 2004, p.1-45
110. Fagin CM, “When care becomes a burden: diminishing access to adequate nursing”, Milbank Memorial Fund, 2001
111. Gavin JA, “(Re)thinking the dynamics between healthcare and place: therapeutic geographies in treatment and care practices”, Area, Vol. 36, 2004, p. 307-318
112. Gellinas L.S & Manthey M, “The impact of organizational redesign on nurse executive leadership, Journal of Nursing Administration”, Vol.27, No.10,1997, p. 35-42

113. Gerdtz MF, "5–20: A model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia", J Nurs Manag, Vol.15, 2007, p. 64–71
114. Ghosh B, "Nurse requirement planning: A computer based model", J Nurs Manag, Vol.13, 2005, p.363–371
115. Girotti MJ, Garrick C, Tierney MG, Chesnick K, Brown SJ, "Medication administration errors in an adult intensive care unit", Heart Lung, Vol.16, 1987, p. 449–453
116. Griffith J.R. and White K.R, The Well-Managed Healthcare Organizations, 6th edition, Chicago, Health Administration Press, 2006, IL
117. Harrington C, "Nurse staffing in nursing homes in the United States, part 2", J Gerontol Nurs, Vol.31, 2005, p.9–15
118. Hawley MP, "Sources of Stress for Emergency Nurses in Four Urban Canadian Emergency Departments", J Emerg Nurs, Vol.18, 1992, p.211–216
119. Heinz D, "Hospital nurse staffing and patient outcomes: A review of current literature", Dimens Crit Care Nurs, Vol.23, 2004, p.44–50
120. Hendrickson G, Kovner C, "Effects of computers on nursing resource use: Do computers save nurses time?", Comput Nurs, Vol.8, 1990, p.16–22
121. Hersey, P., Blanchard, K.H. & Johnson, D.E, Management of organizational behavior, Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2001
122. Huarng F, "A primary shift rotation nurse scheduling using zero-one linear goal programming", Comput Nurs, Vol.17, 1999, p.135–144
123. Hurst K, Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams, Nuffield Institute for Health, Leeds University, Leeds, 2002
124. International Council of Nurses, The global nursing shortage : priority areas for intervention, Geneva, 2006
125. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis, 2002

126. Kaluzny A. D, Warner D.M, Warren D.G, Zelman W.N, Management of Health Services, Englewood Cliffs, N.J, ed. Prentice – Hall Inc., 1982
127. Kane R.L., Shamliyan T., Mueller C., Duval S., Wilt T., Nursing staffing and quality of patient care. Evidence Report/Technology Assessment No 151. Rockville, Agency for Healthcare and Quality, 2007
128. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ, “The association of registered nurse staffing levels and patients outcomes: Systematic review and meta-analysis”, Med Care, Vol.45, 2007, p.1195–1204
129. Kavga-Patoglou, “The shortage of nurses in Greece”, Int J Nurs Pract, Vol.6, No.1, 2000, p. 58–58
130. Kiekkas P, Sakellaropoulos GC, Brokalaki H, Manolis E, Samios A, Skartsani C et al, “Association between nursing workload and mortality of intensive care unit patients”, J Nurs Scholarsh, Vol.40, 2008, p.385–390
131. Koontz Harold , Cyril O’ Donnell, Principles of Management, 4th edition, Englewood Cliffs – Prentice Hall, N.J, 1989
132. Kovner CT, Harrington C, “Strengthening the caregiving workforce: Improving the quality of long-term care”, Am J Nurs, Vol.101, 2001, p.55–56
133. Kovner, C. & Gergen P.J, “Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals”, Journal of Nursing Scholarship, Vol.30, No.4,1998, p. 315-321
134. Krejci, J.W, “Changing roles in nursing: Perception of nurse administrators”, Journal of Nursing Administration, Vol.29, No.3,1999, p. 21-29
135. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL, “Nurse – patient ratios: A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes”, J Nurs Adm, Vol.34, 2004, p.326–337
136. Lundgren S, Segesten K, “Job satisfaction in relation to change to all-RN staffing”, J Nurs Manag, Vol.13, 2005, p.322–328
137. Mackay G. Risk M, “Building Quality Practice Settings: An Attributes Model”, ICJNL, Vol. 4, 2001, p.325-329

138. Mathena, K.A, "Nursing manager leadership skills", Journal of Nursing Administration, Vol.32, No.3, 2002, p.136-142
139. Mayo A, Van Slyck A, "Developing staffing standards: Statistical considerations for patient care administrators", J Nurs Adm, Vol. 29, 1999, p.43-48
140. McCue M, Mark BA, Harless DW, "Nurse staffing, quality, and financial performance", J Health Care Finance, Vol.29, 2003, p.54-76
141. McDaniel, C. & Stumpf L, "The organizational culture, Journal of Nursing Administration", Vol.23, No.4, 1993, p.54-60
142. McGillis L, Doran D, Pink G, "Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes", JONA, Vol.34, 2004, p.41-45
143. Meadows S, Levenson R, Baeza J. The Last Straw, Explaining the NHS Nursing Shortage, London, King's Fund Publishing, 2000
144. Merkouris A, Papathanassoglou E, Pistolas D, Papagiannaki V, Floros F, Lemonidou C, "Staffing and organisation of nursing care in cardiac intensive care units in Greece", Eur J Cardiovasc Nurs, Vol.2, 2003, p.123-129
145. Montana P, Charnov B.H, Μανατζμεντ, Αθήνα, Εκδόσεις : Κλειδάριθμος, 1993
146. Moreno R, Miranda DR, Matos R, Fevereiro T, "Mortality after discharge from intensive care: The impact of organ system failure and nursing workload use at discharge", Intensive Care Med, Vol.27, 2001, p.999-1004
147. Μερκούρης Α, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Αθήνα. Ιων, 2010
148. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K, "Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals", NEJM, Vol.346, 2002, p.1715-1722
149. Needleman J. et al, "Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality", The New England Journal of Medicine, Vol.364, 2011, p.11
150. New York State Nurses Association, "Report. (newsletter)", Vol.30, No.6, 1999, p.12-14

151. O'Brien PL, Baumann A, Villeneuve M. The quality of nursing work life Nursing management in Canada, Toronto, In J. Hibberd & M.E. Kyle (Eds.), 1994, p. 391-409
152. Padilha KG, Sousa RM, Kimura M, Miyadahira AM, da Cruz DA, Vattimo Mde F et al, "Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)", Intensive Crit Care Nurs, Vol. 23, 1994, p.162–169
153. Padilha KG, Sousa RM, Queijo AF, Mendes AM, Reis Miranda D, "Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors" Intensive Crit Care Nurs, Vol.24, 2008, p.197–204
154. Porter O' Grady T. & Malloch K, Quantum, leadership : A textbook of new leadership, MD : Aspen, Gaithersburg, 2002
155. Pronovost PJ, Jenckes MW, Dorman T, Garrett E, Breslow MJ, Rosenfeld BA et al, "Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery", JAMA, Vol. 281, 1999, p.1310–1317
156. Rakich J.S, Beaufort B, Longest J and Darr K, Cases in Health Services Management, 4th edition, Baltimor, Health Professions Press, 2004, IL.
157. Rakich J.S, Beaufort B, Longest J. and Darr K, Managing Health Service Organizations and Systems, Baltimor, Health Professions Press, 2004, IL.
158. RCN Policy Guidance 15/2006, Setting Appropriate Ward Nurse Staffing Level in NHS Acute Trusts, 2006
159. Reilly K, Mueller C, Zimmerman D, "A nurse staffing taxonomy for decision making in long-term care nursing facilities", J Nurs Care Qual, Vol.21, 2006, p.176–186
160. Robbins Stephen P, Management, 4th edition, N.J, Prentice Hall International, Inc., 1994
161. Robins SP, Management – Concepts and parches, Englewood Cliffs N.J., Prentice – Hall Inc, 1984

162. Rochiccioli J, Tillovry M, Clinical Nursing Leadership, Philadelphia-London: Saunders, 1996
163. Roseman C, Booker JM, “Workload and environmental factors in hospital medication errors”, Nurs Res, Vol.44,1995, p. 226–230
164. Rothchild et al, “Where have all the nurses gone?”, American Journal of Nursing, Vol.96, No.II, p. 25-39
165. Roussel L., Swansburg R, Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία, Αθήνα, Μ. Πασχαλίδης, 2010
166. Schermerhorn John Jr, Introduction to Management, 11th edition – International Student Version, N.J, John Wiley and Sons, Inc., 2011
167. Scott S, Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues, RCN institute research, 2003
168. Seago J, “A comparison of two patient classification instruments in an acute care hospital”, J Nurs Adm, Vol.32, 2002, p.243–249
169. Snape J, Cavanagh SJ, “Occupational Stress in Neurosurgical Nursing”, Intens Crit Care Nurs, Vol.9, 1993, p.162–170
170. Sovie M.D., Jawad A.F, “Hospital restructuring and its impact on outcomes”, Journal of Nursing Administration, Vol.31, No.12, 2001, p.588-600
171. Stone PW, Du Y, Gershon RR, “Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses”, J Occup Environ Med, Vol.49, 2007, p.50 - 8
172. Sullivan, E.L & Decker P.J, Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Γκιούρδας, 2009
173. Swansburg RS, Swansburg RJ, Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία, 2^η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δ, 1999, σ.123–163
174. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ, “Hospital mortality in relation to staff workload: A 4-year study in an adult intensive-care unit”, Lancet, Vol.356, 2000, p.185–189

175. Teahan MA, "Implementation of a self scheduling system: A solution to more than just schedules", J Nurs Manag, Vol.6, 1998, p.361–368
176. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, "The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units", BMC Health Serv Res, Vol.5, No.1, 2005, p.28
177. Thungjaroenkul P, Cummings GG, Embleton A, "The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: A systematic review", Nurs Econ, Vol.25, 2007, p.255–265
178. Tourangeau et al, "Nursing – related determinants of 30- mortality for hospitalized patients", Canadian Journal of Nursing Research, Vol.33, No. 4, 2002, p.71-88
179. Vahey CD, Aiken HL, Sloane MD, Clarke PS, Vargas D, "Nurse Burnout and Patient Satisfaction", Med Care, Vol.42, 2004, p.57–66.
180. Van den Heede K, Lesaffre E, Diya L, Vleugels A, Clarke SP, Aiken LH et al, "The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data", Int J Nurs Stud, Vol.46, 2009, p.796–803
181. Versieck K, R Bouten R, Pacolet J, "Manpower Problems in the Nursing/Midwifery Profession in the EC Country - comparative report", Νοσηλευτική, T. 2, 1996, σ.106-118
182. Welton J, Unruh L, Halloran E, "Nurse staffing, nursing intensity, staff mix and direct nursing care costs across Massachusetts hospitals", JONA, Vol.36, 2006, p.416–425
183. Wheatly, M.J, Leadership and the new science : Learning about organization from an orderly universe, San Francisco : Berrett – Koehler, 1992, York, NY: Addison-Wesley Publishing Company, 1995
184. Zurn P, Delea C, Stiwell B, Nurse Retention and recruitment: developing a motivated workforce, Geneva Switzerland, ICN, 2005