



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ
www.ouc.ac.cy

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η υποστελέχωση του ΕΣΥ στα χρόνια της κρίσης. Προκλήσεις και προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα απέναντι στα διεθνή πρότυπα. Στάσεις και αντιλήψεις των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας.

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΧΡΥΣΙΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

ΑΘΗΝΑ
2017

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η υποστελέχωση του ΕΣΥ στα χρόνια της κρίσης. Προκλήσεις και προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα απέναντι στα διεθνή πρότυπα. Στάσεις και αντιλήψεις των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ : ΧΡΥΣΙΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

(Α.Μ 11400259)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : κα ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ακόλουθη εργασία έχει τίτλο «Η υποστελέχωση του ΕΣΥ στα χρόνια της κρίσης. Προκλήσεις και προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα απέναντι στα διεθνή πρότυπα. Στάσεις και αντιλήψεις των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας » και εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Η ολοκλήρωση της διατριβής αποτελεί το επιστέγασμα της πορείας προς την ολοκλήρωση της φοίτησης στο Μ.Π.Σ το οποίο υπήρξε μια μορφωτική εμπειρία που πρόσφερε στους φοιτητές που είχαν την τύχη να το παρακολουθήσουν σημαντικό θεωρητικό και πρακτικό υπόβαθρο σε ένα ευρύ γνωσιακό φάσμα που αφορά στη δαιδαλώδη επιστήμη της διοίκησης στις μονάδες υγείας.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Μαριάννα Χαραλάμπους για την πολύτιμη βοήθεια που με προθυμία, αμεσότητα και συνέπεια μου παρείχε. Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Μυλωνά Βασιλική υποψήφια Διδάκτωρα στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο για την ευγενική παραχώρηση της άδειας χρήσης του ερωτηματολογίου που σχεδίασε και χρησιμοποίησε στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της . Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Δαδάκου Καλλιόπη Νοσηλεύτρια MSc , Προϊσταμένη της Β Γενικής Χειρουργικής του Γ.Ν ΚΑΤ και την κα Σπηλιοπούλου Ευγενεία Νοσηλεύτρια MSc , υπευθύνου της Β΄ ΜΕΘ για την βοήθεια τους στη διανομή των ερωτηματολογίων στο προσωπικό του νοσοκομείου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Σκοπός : Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναλυθεί το πρόβλημα της υποστελέχωσης των μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να καταγραφούν οι τρόποι με τους οποίους επανδρώνονται οι νοσηλευτικές μονάδες στην Ελλάδα με ανθρώπινο δυναμικό και να αποτυπωθούν οι απόψεις των εργαζομένων ιατρών και νοσηλευτών για την κατάσταση της στελέχωσης του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο δραστηριοποιούνται.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση : Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται συχνά ως κλάδος παραγωγής εντάσεως εργασίας, καθώς εκτός από την προηγμένη και ακριβή βιοϊατρική τεχνολογία που χρησιμοποιείται, η ποσότητα, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα των παραγόμενων υπηρεσιών εξαρτάται κυρίως από τη σύνθεση, επάρκεια και επιστημονική κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού. Η έλλειψη προσωπικού στην υγεία αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο που ασκεί πιέσεις στο σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα από την ίδρυσή του το 1983 το Ε.Σ.Υ. παρουσίαζε προβλήματα έλλειψης προσωπικού με αποτέλεσμα η κάλυψη του πληθυσμού με ιατροφαρμακευτική περίθαλψη πανελλαδικά να παρουσιάζει ανισότητες και σημαντικές ανεπάρκειες.

Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση που άρχισε από την Αμερική και εξαπλώθηκε παγκόσμια επηρέασε με μεγάλη σφοδρότητα και την Ελλάδα η οποία υπό την απειλή της χρεωκοπίας οδηγήθηκε στην υπογραφή μνημονίων με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Ένωση με συνέπεια την εισαγωγή της χώρας σε Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής. Από το 2010 που υπογράφηκε το πρώτο μνημόνιο μέχρι σήμερα η ελληνική οικονομία παραμένει σε ύφεση παρόλα τα ομολογουμένως πολύ σκληρά μέτρα δημοσιονομικής αναπροσαρμογής που αναγκάστηκε να πάρει. Η παρατεταμένη οικονομική ύφεση έχει οξύνει τα προβλήματα υγείας του ελληνικού πληθυσμού και παράλληλα αύξησε το φορτίο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο αναγκαστικά ταλαντεύεται ανάμεσα στην ανεπαρκή χρηματοδότηση του και στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών για ποιοτική φροντίδα υγείας.

Οι μνημονιακές δεσμεύσεις της χώρας οδήγησαν σε ακόμα μεγαλύτερες περικοπές δαπανών και ελαχιστοποίηση των προσλήψεων έχοντας σαν αποτέλεσμα την ερημοποίηση πολλών δομών της δημόσιας υγείας. Πλέον, οι αναλογίες ιατρού / ασθενή και νοσηλευτή / ασθενή σε αρκετές περιπτώσεις υπολείπονται σημαντικά των προτύπων ασφαλείας.

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα μελετών που αποδεικνύουν τη σχέση μεταξύ της επάρκειας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με την εξέλιξη της υγείας των ασθενών, την ασφάλεια και την ποιότητα. Δείκτες όπως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, η διάρκεια νοσηλείας, οι επιπλοκές δείχνουν να επηρεάζονται σημαντικά από την επάρκεια του

υγειονομικού προσωπικού. Από την άλλη μεριά και οι εργαζόμενοι στην υγεία φαίνεται να υφίστανται τις συνέπειες της υποστελέχωσης των μονάδων υγείας με κυριότερα τα μυοσκελετικά προβλήματα , τα ατυχήματα , τα ιατρικά λάθη και την επαγγελματική εξουθένωση.

Μεθοδολογία : Η εργασία αναπτύσσεται σε 3 μέρη. Τα δύο πρώτα μέρη αποτελούν τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και το τρίτο μέρος αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας.

Το πρώτο μέρος αποτελείται από εισαγωγικά στοιχεία για την έννοια της υγείας και τα βασικά συστήματα υγείας που υπάρχουν σήμερα. Τέλος , γίνεται αναφορά στη διάκριση πρωτοβάθμιας ,δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας αρχικά αποσαφηνίζεται ο όρος και η σημασία του ανθρώπινου δυναμικού για τη διοίκηση των μονάδων της υγείας καθώς και τα προβλήματα που αναδύονται στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Στη συνέχεια παρατίθενται πρότυπα που χρησιμοποιούνται διεθνώς και στη χώρα μας για τον υπολογισμό της βέλτιστης στελέχωσης των μονάδων υγείας. Επίσης , γίνεται ανάλυση των προβλημάτων και των πιέσεων που ασκούνται από την οικονομική κρίση τόσο στους πολίτες όσο και στα συστήματα υγείας. Έπειτα , αναλύονται οι τρόποι πλήρωσης των θέσεων προσωπικού και εκτίμησης των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό. Ακόμα εξετάζεται η διάρθρωση και στελέχωση των υπηρεσιών ενός οργανισμού υγείας, της διοικητικής , ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας αντίστοιχα. Τέλος, γίνεται προσπάθεια να παρατεθούν τα συνεπαγόμενα προβλήματα της υποστελέχωσης του συστήματος υγείας αφενός για τους ασθενείς και αφετέρου για τους ίδιους τους εργαζόμενους σε αυτό.

Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος χρησιμοποιήθηκαν βάσεις δεδομένων όπως είναι το Google Scholar , Elsevier , Scopus, EBSCOhost .

Το τρίτο μέρος αποτελεί την παρουσίαση των αποτελεσμάτων έρευνας των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γενικού νοσοκομείου των Αθηνών. Η έρευνα έγινε στο Γ.Ν. ΚΑΤ έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε άδεια από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα : η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ικανοποιητική , της τάξεως του 55% . Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν προσωπικό με μόνιμη σχέση εργασίας , νοσηλευτές και γυναίκες. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η πλειονότητα του προσωπικού του νοσοκομείου θεωρεί ότι η διοίκηση δεν προγραμματίζει τις ανάγκες τις ανάγκες σε στελέχωση σε επίπεδο στελέχωσης και κατά συνέπεια τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές δεν επαρκούν για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου.

Παρόλες τις ελλείψεις οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η επιλογή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γενικά ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις και οι αρμοδιότητες τους σχετίζονται με τα προσόντα και τις εμπειρίες τους. Ελάχιστοι από τους ερωτώμενους φάνηκαν ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους απολαβές ενώ οι περισσότεροι θεωρούν το περιβάλλον εργασίας και το ωράριο μη ικανοποιητικό . Ως προς την ανάπτυξη και επιμόρφωση του προσωπικού η πλειοψηφία συμφωνεί ότι η υπηρεσία τους διοργανώνει επιμορφωτικά σεμινάρια αλλά ταυτόχρονα δεν διευκολύνει τους υπαλλήλους ιδιαίτερα στην παρακολούθηση τους και δεν δίνει κίνητρα για την επιμόρφωση του προσωπικού.

Συμπεράσματα : Η έλλειψη σε προσωπικό στον κλάδο της δημόσιας υγείας επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την παροχή των υπηρεσιών σε σημείο που να πλήττεται σημαντικά η ασφάλεια ασθενών και εργαζομένων , το δικαίωμα για ισότητα στην υγεία , η ποσότητα και η ποιότητα της φροντίδας.

Το ανθρώπινο δυναμικό της υγείας στη χώρα μας βρίσκεται σε αρκετά υψηλό επιστημονικό επίπεδο . Παρόλα αυτά , οι πιέσεις που ασκούνται στο σύστημα λόγω της υποχρηματοδότησης και της υποστελέχωσης δημιουργούν συνθήκες χαμηλής ικανοποίησης από την εργασία. Η πολιτεία ανέκαθεν δεν αντιμετώπισε το πρόβλημα της υποστελέχωσης του ΕΣΥ σαν προτεραιότητα, γεγονός που επιβάλλεται να αλλάξει προκειμένου να διατηρηθεί η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και να μπορεί να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες προκλήσεις.

Λέξεις κλειδιά : διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού , συστημα υγείας , στελέχωση νοσοκομειακών μονάδων , πρότυπα στελέχωσης , απόψεις προσωπικού.

ABSTRACT

Objective : Purpose of this paper is to analyse the problem of understaffing in the Greek National HealthCare System , to outline the methods used to provide with personnel the hospitals in Greece and to illustrate the opinions of doctors and nurses considering the current staffing condition of the hospital they work at.

Literature review : The health care sector is commonly characterised as a field that is “ based on human efforts” . Besides the modern medical technology used , the quality , quantity and availability of the health care services depend on the synthesis , adequacy and scientific brilliance of the health workforce. The lack of staff in Health is a universal phenomenon that depresses Health Systems around the globe. This problems was present in Greece’s National Health Care System since 1983 resulting in adequate health coverage of the population.

The financial crisis, that originated from the USA and quickly spread globally ,eventually affected Greece which , under the threat of bankruptcy was forced to sign a memorandum with the EU and the IMF. Since 2010 the greek economy remains under depression , despite the district fiscal measures that had to be adopted. The Economic Depression aggravated the problems for both the health status of the population and the National Health System that had to balance between the constricted financing and the growing demands of the population..

Due to the governmental policy the recruitment in the NHS is very limited the past 7 years and the ratio doctor / patients and nurse / patients is in many cases below the safety limits. The relationship between the sufficiency of healthcare workforce and the patient outcomes is a subject well examined in the literature. Important indicators such as mortality , morbidity , the length of hospitalization and other complications seem to be affected by the level of the staff. On the other hand, the employees of the Health System suffer the hazards and consequences of understaffing as well.

Methodology : This paper is divided into 3 parts. Part 1 and 2 consist the literature review of the subject and part 3 is the presentation of the survey results on the opinions of doctors and nurses working in a greek hospital considering the staffing conditions of the institute.

The 1st part of the paper is the introduction to basic concepts such as the definition of Health and the HealthCare Systems. In the 2nd part we clarify the importance and the problems of Human Resources Management . Furthermore , models used for determining the appropriate staff levels are demonstrated. Then , we illustrate the problems following the economic crisis and the understaffing. Also, we examine the structure of the staff in a hospital

and the ways the employees are chosen. The 3rd part is a research that took place in KAT General Hospital regarding the opinions and beliefs of physicians and nurses about the staffing levels and conditions of the hospital.

Results : The attendance of the staff on the survey was sufficient. The majority of the attendants were women, nurses and personnel with permanent work association. In conclusion, the majority thinks that the administration of the hospital did not plan out the needs in personnel effectively and as a result the hospital is understaffed. The scientific quality of the staff is considered sufficient but they evaluate their payment and work conditions unsatisfying. Finally, most of the staff believes that although seminars and educational programs are organized, the administration of the hospital does not provide the proper motivation and facilitation to the employees in order to attend.

Conclusions : The lack of staff affects the health care sector significantly to the point of endangering the patients and employees safety, the right for equity in health and the quality of care.

The human resources of the NHS is in a relatively high scientific level, nevertheless the pressure present, caused by the understaffing and the limited financing, creates a climate of dissatisfaction at the workplace.

The government should treat the problem of understaffing as a priority in order to promote the sustainability of the National Health System.

Key words : human resources management, health system, hospital staffing, models of staffing, opinions and beliefs of physicians and nurses.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελ.
ΕΞΩΦΥΛΛΟ.....	2
Πρόλογος – Ευχαριστίες	3
Περίληψη διατριβής	4
ΜΕΡΟΣ Ι	
Η έννοια της υγείας.....	11
Συστήματα Υγείας.....	14
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	17
Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Φροντίδα	18
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
Κεφάλαιο 1 ^ο	
Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού.....	23
Πρότυπα στελέχωσης νοσοκομειακών μονάδων.....	32
Προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.....	41
Εκτίμηση αναγκών – Τρόπος πλήρωσης θέσεων προσωπικού.....	45
Κεφάλαιο 2 ^ο	
Στελέχωση Μονάδων Υγείας.....	52
Δομή και οργάνωση του νοσοκομείου.....	52
Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας.....	54
Ηγεσία και Διοίκηση.....	59
Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας.....	61
Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	66

Κεφάλαιο 3^ο

Η Οικονομική Κρίση.....	71
Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύστημα Υγείας.....	73
Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην υγεία των πολιτών.....	77

Κεφάλαιο 4^ο

Προβλήματα από την υποστελέχωση των Μονάδων Υγείας.....	78.
---	-----

ΜΕΡΟΣ III

Μεθοδολογία της έρευνας – Παρουσίαση του ερωτηματολογίου και του δείγματος	83
Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	87
Συμπεράσματα.....	100

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	102
----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έγκριση αιτήματος διακίνησης του ερωτηματολογίου από το Επιστημονικό και το Διοικητικό Συμβούλιο του ΓΝΑ ΚΑΤ.....	119
Έγκριση της χρήσης του ερωτηματολογίου.....	121
Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	123

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Η έννοια της υγείας

Το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε τον ορισμό της υγείας ως : «η κατάσταση πλήρους σωματικής , ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (WHO, 1948) Παρόλο που ο ορισμός αυτός έχει υποστεί κριτική, δεν έχει πάψει να ισχύει για σχεδόν 70 χρόνια τώρα. (Machteld et al., 2011) Συγκεκριμένα, οι επικριτές αυτού του ορισμού υποστηρίζουν ότι αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ενός στόχου παρά ένας ορισμός της υγείας. (Καραδήμας , 2005) Είναι γεγονός ότι κανένας ορισμός της υγείας δεν πρόκειται να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητικός εξαιτίας της πολυπλοκότητας της έννοιας που φαίνεται να σχετίζεται με πολλούς παράγοντες όπως είναι η βιολογία, το περιβάλλον , η συμπεριφορά. (Τούντας , 2008)

Στην διάσκεψη της Alma-Ata το 1978 η υγεία αναγνωρίστηκε σαν θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι στόχος που αφορά όλο τον κόσμο που για να πραγματοποιηθεί πρέπει να επιστρατευτούν πολλοί τομείς. (Κουρέα-Κρεμαστινού , 2010)

Ο όρος κοινωνικός καθοριστής υγείας χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει μη ιατρικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των γνώσεων , συμπεριφορών και αντιλήψεων για την υγεία. Περιλαμβάνει επίσης τις συνθήκες κάτω από τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται , μεγαλώνουν, εργάζονται και γηράσκουν. Οι κοινωνικοί καθοριστές υγείας έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων και πληθυσμών και βοηθούν στην υιοθέτηση τρόπου ζωής και συμπεριφοράς που οδηγεί στην υγεία ή την ασθένεια δρώντας τροποποιητικά στις δημόσιες πολιτικές υγείας. (Bharmal et al. , 2015)

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ οι δέκα παράγοντες που καθορίζουν την υγεία είναι:

1. Η κοινωνική θέση
2. Τα πρώτα χρόνια της ζωής
3. Το στρες
4. Ο κοινωνικός αποκλεισμός
5. Η εργασία
6. Η ανεργία
7. Η κοινωνική στήριξη
8. Η τροφή
9. Οι μεταφορές
10. Οι εθισμοί (Marmot, 2005)



(πηγή: Dahlgren, Whitehead, 1993)

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, ζει και εργάζεται κάθε άτομο. Οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων καθώς οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι άνισα κατανομημένοι. (Τούντας, 2000) Οι φτωχές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία σε όλη τη διάρκεια της ζωής. (Wilkinson, Marmot, 2003) Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το προσδόκιμο ζωής το οποίο ποικίλλει από τα 34 χρόνια στη Σιέρα Λεόνε μέχρι 81 χρόνια στην Ιαπωνία (Marmot, 2005) Ωστόσο ακόμα και μέσα στις ευρωπαϊκές χώρες τα λιγότερο προνομιούχα τμήματα της κοινωνίας έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας. (Whitehead, Dahlgren, 2007) Σύμφωνα με έρευνα σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, τα άτομα σε κατώτερες κοινωνικές τάξεις δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερη θνησιμότητα αλλά και χειρότερο επίπεδο υγείας από τα άτομα στα ανώτερα στρώματα της κοινωνίας. (Τούντας, 2000)

Το χρόνιο στρες οδηγεί σε πληθώρα αρνητικών συμπεριφορών, ψυχολογικών, νευρολογικών, νοητικών αλλοιώσεων τα οποία καταλήγουν σε αρνητικά αποτελέσματα υγείας, ειδικά όταν η έκθεση στο στρες αρχίζει από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου. (Egertter et al., 2011)

Τα άτομα στρέφονται προς τους εθισμούς σε ναρκωτικά, αλκοόλ και κάπνισμα καθώς προσφέρουν εφήμερη ψευδαίσθηση διαφυγής από τις αντιξοότητες και το στρες. Το μονοπάτι του εθισμού είναι συχνά αμφίδρομο μια και είναι ταυτόχρονα αντίδραση στην κατάρρευση του κοινωνικού ιστού και παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων στην υγεία και κοινωνικής καταβαράθρωσης. (Wilkinson, Marmot, 2003)

Οι εργασιακές συνθήκες, η υγιεινή και ασφάλεια καθορίζουν και την πιθανότητα μυοσκελετικών παθήσεων και άλλων διαταραχών, την παχυσαρκία και την καθιστική ζωή και τα συνδεδεμένα με αυτή νοσήματα αλλά

και την ψυχική υγεία. Επίσης , οι αποδοχές από την εργασία , η ασφαλιστική κάλυψη και η πρόσβαση που εξασφαλίζει σε υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν τις αποφάσεις που παίρνουν τα άτομα για την υγεία τη δικιά τους και των οικογενειών τους. (Egerter et al., 2008)

Ο τρόπος μετακίνησης και η πολιτική που ακολουθείται ως προς τις μεταφορές επηρεάζει τόσο την υγεία όσο και τις ανισότητες στην υγεία. Το σύγχρονο οδικό δίκτυο, το μέσο που επιλέγεται για τις μετακινήσεις (π.χ. το περπάτημα αντί για το Ι.Χ) και τα μέτρα επιτήρησης και ασφαλείας στους δρόμους είναι μέτρα που μειώνουν τα τροχαία ατυχήματα , θανατηφόρα ή μη. (Bambra, et. al, 2010) Στην Ελλάδα το 55,9% του συνόλου των ατυχημάτων αφορούν τροχαία. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση , η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα κατέχει την πρώτη θέση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και η θέση της χώρας μας στο δείκτη αυτό είναι πολύ πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Τούντας και συν., 2007)

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν ότι τα θεμέλια της καλής υγείας ενός ενήλικα βρίσκονται στα πρώτα χρόνια της ζωής και την περίοδο πριν τη γέννηση του ανθρώπου. Βιολογικοί παράγοντες σε συνδυασμό με βιώματα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενσωματώνονται αναπτυξιακά και διαμορφώνουν την βάση του ανθρώπινου κεφαλαίου για την μετέπειτα ζωή. (Wilkinson, Marmot, 2003)

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το 2000 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε το σύστημα υγείας ως το σύνολο των δραστηριοτήτων των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή , αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας. Τα συστήματα υγείας έχουν ευθύνη όχι μόνο να βελτιώσουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύσουν από το κόστος της ασθένειας , θεραπεύοντας τους με αξιοπρέπεια (WHO, 2000) Ένα σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως ο τρόπος διοίκησης και οργάνωσης υλικών και ανθρώπινων πόρων του τομέα υγείας που μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του πληθυσμού προσαρμοσμένο στις δυνατότητες της οικονομίας της κοινωνίας. (Λιαρόπουλος, 2007)

Οι τρεις θεμελιώδεις σκοποί του συστήματος υγείας είναι :

- 1) Η βελτίωση της υγείας του εξαρτώμενου πληθυσμού
- 2) Η ανταπόκριση στις προσδοκίες των ανθρώπων
- 3) Η προστασία των ασθενών απέναντι στο οικονομικό κόστος της ασθένειας. (W.H.O, 2000)

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη διαμορφώθηκαν τη δεκαετία του '50 όταν αναπτύχθηκε το κράτος πρόνοιας με πολιτικό στόχο την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας (Φιλαλήθης, 2002) Οι τρεις κύριες παραλλαγές είναι :

- Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας τύπου Beveridge (Μ. Βρετανία, Σκανδιναβικές χώρες) που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία (Φιλαλήθης, 2002) Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των Εθνικών Συστημάτων Υγείας είναι :
 - Η κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική και πλήρης
 - Η φορολογία είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης
 - Η πολιτική υγείας χαράζεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
 - Υπάρχει διαχωρισμός σε Πρωτοβάθμιο , Δευτεροβάθμιο και Τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας ώστε να προσαρμόζεται σε όλο τον πληθυσμό : αγροτικό, ημιαστικό και αστικό. (Υφαντόπουλος, 2006)
- Τα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης τύπου Bismarck (Γερμανία, Γαλλία) που χρηματοδοτούνται από τις εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση (Φιλαλήθης, 2002) Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης είναι :
 - Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική με στόχο την κοινωνική δικαιοσύνη
 - Η ασφάλιση του πληθυσμού είναι υποχρεωτική για το σύνολο του πληθυσμού

- Το σύστημα χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος
- Οι παραγωγικοί συντελεστές είναι είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί και παρέχονται μέσω ενός μεικτού συστήματος υπηρεσιών υγείας
- Το κράτος χαράζει το γενικότερο προγραμματισμό της πολιτικής και στοχεύει στην περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. (Υφαντόπουλος, 2006)

Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας βασίζεται στην πλήρη ελευθερία των ασθενών και των γιατρών και λειτουργεί βασιζόμενο στις δυνάμεις της αγοράς με μικρή ή μηδαμινή κρατική παρέμβαση. Ο μηχανισμός της αγοράς και του καθορισμού των τιμών μέσω της προσφοράς και ζήτησης, αποτελεί το βασικό παράγοντα που ορίζει την παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών. Κυρίαρχη μορφή ασφάλισης είναι η ιδιωτική και το θέμα της υγειονομικής κάλυψης αποτελεί προσωπική υπόθεση που πηγάζει από την ελευθερία επιλογής του καθενός. Το άτομο επιλέγει να ασφαλιστεί είτε απευθυνόμενο στις ασφαλιστικές εταιρείες επιλέγοντας το ασφαλιστικό πακέτο που το καλύπτει και μπορεί να πληρώσει , είτε μέσω του εργοδότη του ο οποίος πληρώνει ολόκληρα ή μέρος των ασφαλιστρών. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Χαρακτηριστικότερος εκπρόσωπος του φιλελεύθερου συστήματος είναι οι Η.Π.Α όπου περίπου τα 2/3 των υπηρεσιών ανήκουν σε ιδιώτες (ΗΜΟ's . ΡΡΟ's κτλ) , ενώ το κράτος παρεμβαίνει για να καλύπτει μόνο τους φτωχούς και ηλικιωμένους μέσω των Medicaid και Medicare. Οι υπολοίποι πολίτες που δεν ασφαλίζονται πληρώνουν για τις υπηρεσίες υγείας απευθείας από το ατομικό τους εισόδημα. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Τα πλεονεκτήματα του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι :

- Η ελαχιστοποίηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών στο σύστημα υγείας.
- Η ανάπτυξη καλύτερης σχέσης μεταξύ γιατρών και ασθενών.
- Η αυξημένη ευελιξία και ταχύτερη προσαρμογή στις αξιώσεις των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. (Σούλης , 1999)
- Η διασφάλιση του δικαιώματος του ατόμου να επιλέγει το γιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί , αν και ουσιαστικά το δικαίωμα αυτό υφίσταται μόνο για τους οικονομικά εύρωστους. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Τα κυριότερα μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- Ο αποκλεισμός ασθενών από την αγορά Υπηρεσιών Υγείας.
- Η άνιση κατανομή των πόρων υγείας.
- Η αδυναμία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας να καλύψει τις κοινωνικές ανάγκες καθώς βασίζεται στους νόμους της αγοράς.

- Η επιδίωξη των γιατρών για μεγιστοποίηση των κερδών τους και όχι για τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και της εξυπηρέτησης των πολιτών.
- Η αύξηση του κόστους των Υπηρεσιών Υγείας συνολικά. (Σούλης , 1999)
- Η μη καθολική και πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Τα κράτη αντιμετωπίζουν παρόμοιους κινδύνους όπως είναι γήρανση του πληθυσμού, η ανεργία , η φτώχεια , η μετανάστευση κ.α , έχουν τις ίδιες ανάγκες και προχωρούν σε επιλογές. Το βασικό όμως πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα και οι πολιτικές υγείας είναι ο τρόπος κατανομής της ευθύνης στους 3 βασικούς πυλώνες της πρόνοιας : την αγορά , την οικογένεια και το κράτος. (Χαλκιά , Βαρακλιώτη , 2015)

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του ΟΟΣΑ , το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (τύπου Beveridge) , των συμβολοιακών ασφαλιστικών συστημάτων (τύπου Bismarck) και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης (Φιλελεύθερο σύστημα) ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων . (Οικονόμου, 2012).

Από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ το 1983 προκύπτει ότι βασικός σκοπός ήταν η παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε όλους τους πολίτες μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Την ευθύνη για τη διανομή των υπηρεσιών αυτών προς τους πολίτες είχε το κράτος (Ν. 1397/Φ. 143^Α/7.10.83)

Επομένως συνοπτικά οι τρεις βασικές αρχές που διέπουν το Ε.Σ.Υ είναι :

- Η Υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και δεν υπόκειται στους νόμους της αγοράς.
- Όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική θέση ή τον τόπο διαμονής τους έχουν ίσα δικαιώματα στην θεραπεία και τις υπηρεσίες υγείας.
- Η προστασία της δημόσιας υγείας είναι υποχρέωση της πολιτείας και ασκείται μέσα από ένα δημοκρατικό ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.

Στα χρόνια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. κάμποι από τους αρχικούς στόχους επετεύχθησαν άλλοι πάλι καθόλου και κάμποι μόνο μερικώς. (Tountas et al., 2002)

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι αρμόδιο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ. Στο πλαίσιο αυτό , αποφασίζει για τον ευρύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό , την εφαρμογή και την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής , των επιμέρους πολιτικών , των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας. Επίσης , καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης και κατανέμει τους σχετικούς πόρους. Επιπρόσθετα, είναι υπεύθυνο για τους επαγγελματίες υγείας και το συντονισμό του συστήματος προσλήψεων νέου προσωπικού. (Οικονόμου , 2012)

Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της αποκέντρωσης των υπηρεσιών η χώρα χωρίζεται σε Υγειονομικές Περιφέρειες με τη συστάση των ΔΥΠΕ. Η Υγειονομική Περιφέρεια προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα

υγείας και τα περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία. (Κακαλέτσης και συν., 2013)

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ – ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ – ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναδύθηκε τη δεκαετία του 1970 ως απάντηση στη λειτουργική κρίση του ιατροκεντρικού και νοσοκεντρικού συστήματος υπηρειών υγείας. (Αντωνιάδου και συν., 2015) Ο λόγος που τα συστήματα υγείας είναι οργανωμένα είτε νοσοκομκεντρικά είτε εμποροποιημένα είναι ότι επηρεάζονται από την προσφορά που δημιουργεί τεχνητή ζήτηση αλλά και την γενικότερη καταναλωτική κουλτούρα της παγκοσμιοποίησης. Την ίδια στιγμή υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνθρωποι πλέον αντιλαμβάνονται πως τα συστήματα υγείας δεν προσφέρουν την αρμόζουσα απόδοση στην προσφορά και ζήτηση και ότι είναι υποκινούμενα από κίνητρα και στόχους που δεν συνδέονται με τις προσδοκίες του κόσμου. (W.H.O, 2008)

Η ΠΦΥ έχει πολλαπλά οφέλη τόσο για το σύστημα όσο και για τους πολίτες γι'αυτό και αποτελεί τη βάση όλων των σύγχρονων υγειονομικών μοντέλων όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα.



Πιο συγκεκριμένα, αυξάνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες περίθαλψης για τα σχετικώς αποκλεισμένα κομμάτια του πληθυσμού , μια και αποτελεί το σημείο πρώτης επαφής για το υπόλοιπο σύστημα υγείας. Επίσης, συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Για παράδειγμα μελέτες δείχνουν ότι συγκεκριμένες παθήσεις όπως π.χ ο διαβήτης αντιμετωπίζονται καλύτερα από φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από ότι στα Τριτοβάθμια

νοσοκομεία. Η ΠΦΥ εστιάζει περισσότερο στο να επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα υγείας σε όλες τις εκφάνσεις της οδηγώντας έτσι σε πιο κατάλληλη φροντίδα. Ακόμα, η συμβολή της ΠΦΥ στην πρόληψη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, πριν χρειαστούν νοσοκομειακή περίθαλψη υποστηρίζεται από πολλές έρευνες, μειώνοντας έτσι τη χρήση περιττής και κοστοβόρας εξειδικευμένης νοσοκομειακής περίθαλψης. Τέλος, η συμβολή της ΠΦΥ στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη με μέτρα όπως είναι οι αντικαπνιστική εκστρατεία, ο αντιγριπτικός εμβολιασμός, η εκπαίδευση για την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής είναι καταλυτική στην πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας. (Starfield et. al, 2005)

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνουν :

- α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- β) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, των προσυμπτωματικό έλεγχο και την προαγωγή της υγείας
- γ) Την παροχή πρώτων βοηθειών
- δ) Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας
- ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα
- στ) Την παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα
- ζ) Υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ'οίκον φροντίδας και αποκατάστασης
- η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας-παιδιού
- θ) Την ανακουφιστική φροντίδα
- ι) Την διασύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες
- ια) Τα προγράμματα εμβολιασμού
- ιβ) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική (ΦΕΚ 38/17-2-2014 Ν.4238)

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ προσφέρονται στους πολίτες μέσω:

- Των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων
- Του ΕΚΑΒ
- Των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων
- Των Αγροτικών Ιατρείων
- Των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ

- Των Κέντρων Αποκατάστασης , Αποθεραπείας και ημερήσιας νοσηλείας
- Ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων
- Των μονάδων ψυχικής υγείας
- Των μονάδων αιμοκάθαρσης
- Των φυσικοθεραπευτηρίων
- Των σταθμών προστασίας μάνας – παιδιού και εφήβου (ΦΕΚ 3054 / 18-11-2012)

Η ΠΦΥ από την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ δεν είχε τη δέουσα πολιτική στήριξη και την αναγκαία μεταφορά πόρων ώστε να αποτελέσει εμφανή προτεραιότητα . (ΕΣΔΥ, 2013) Στην περίφημη έκθεση Abel – Smith για το σύστημα υγείας της Ελλάδας επισημαίνεται ότι υπάρχει σοβαρή αδυναμία οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ενώ οι ασθενείς περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό ενός νοσοκομειοκεντρικού συστήματος (Σωτηριάδου και συν., 2011)

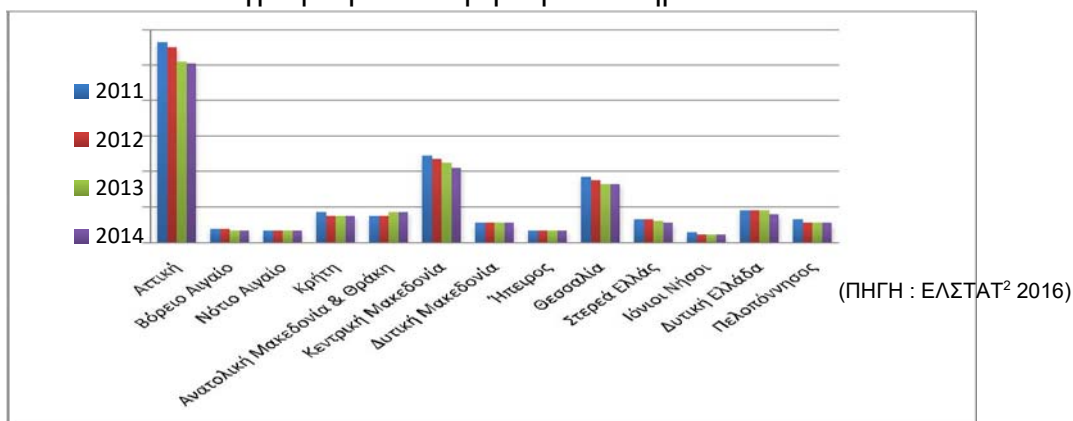
Ως Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζονται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις οι οποίες διενεργούνται εντός των εσωτερικών τμημάτων των νοσοκομείων , στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές , στις μονάδες ψυχικής υγείας , στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας. (ΦΕΚ 3054/18-11-2012)

Από τη στιγμή της ίδρυσης του το ΕΣΥ σχεδιάστηκε έτσι ώστε η Τριτοβάθμια Φροντίδα και ειδικότερα το νοσοκομείο να είναι η ραχοκοκαλιά του συστήματος. Έτσι , στο πνεύμα των υφιστάμενων συστημάτων των ανεπτυγμένων χωρών της εποχής, το ΕΣΥ οικοδομήθηκε μέσω γεναίων επενδύσεων σε υποδομές και προηγμένη ιατρική τεχνολογία. Ταυτόχρονα , υποβαθμίστηκαν άλλες συνιστώσες προς τις οποίες τα σύγχρονα συστήματα υγείας ήδη από τη δεκαετία του '80 είχαν αρχίσει να στρέφονται με σημαντικές μεταρρυθμίσεις. Οι συνιστώσες αυτές περιλάμβαναν την προληπτική ιατρική , την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , την κοινωνική ιατρική , τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού κ.α (Αντωνοπούλου ,2008)

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα ταξινομούνται με βάση το θεσμικό τους καθεστώς σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) , Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) , σε στρατιωτικά και σε ιδιωτικά (ΑΕ). Τα κρατικά νοσοκομεία είναι ΝΠΔΔ. Τα νοσοκομεία ΝΠΙΔ όπως είναι το Ωνάσειο , το Ερρίκος Ντυνάν , το Παπαγεωργίου λειτουργούν με διαφορετικό καθεστώς , δεν θεωρούνται ούτε κρατικά ούτε δημόσια, υπάγονται όμως στην εποπτεία του δημόσιου τομέα (Τούντας και συν., 2008) Ο αριθμός των

θεραπευτηρίων απο το 2011 και εφεξής βαίνει μειούμενος με -3,8 % κατά τη σύγκριση των ετών 2012 προς 2011 , -4% κατά τη σύγκριση των ετών 2013 με 2012 και -2,4% κατά τη σύγκριση των ετών 2014 προς 2013. Το 2014 ο αριθμός των θεραπευτηρίων ήταν 283 στην πλειοψηφία τους με ποσοστό 54,8% να είναι ιδιωτικά έναντι των 45,2% του συνόλου που είναι κρατικά. Παρατηρείται δε μεγάλη γεωγραφική ανισοκατανομή των με το 36% περίπου του συνόλου να βρίσκεται στην Αττική. (ΕΛΣΤΑΤ² , 2016)

Γεωγραφική κατανομή θεραπευτηρίων



Θεραπευτηρια ανά νομικό καθεστώς και ειδικότητα για τα έτη 2011-2014

ΕΤΗ	ΝΠΙΔ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΓΕΝΙΚΑ	ΕΙΔΙΚΑ	ΜΙΚΤΑ
		ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΩΝ ΝΠΔΔ	ΚΛΙΝΙΚΕΣ				
2011	5	141	168	314	190	111	13
2012	5	133	164	302	187	106	9
2013	4	125	161	290	178	103	9
2014	4	124	155	283	176	101	6

(ΠΗΓΗ : ΕΛΣΤΑΤ², 2016)

Το σημερινό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως πανάκριβο , σπάταλο και αναποτελεσματικό οδηγώντας σε περαιτέρω υποβάθμιση της υγείας του πληθυσμού (Στάθης , 2010) Ως αιτίες αναποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται :

- Η απουσία εθνικής πολιτικής και στρατηγικής για την υγεία.
- Η έλλειψη δομών και σχεδιασμού σε περιφερειακό επίπεδο

- Η χρηματοδότηση από πολλά ασφαλιστικά ταμεία, η υψηλή κρατική επιχορήγηση και η παραοικονομία.
- Η κακοδιαχείριση στους προϋπολογισμούς και τις τιμές.
- Η έλλειψη επιτελικού σχεδιασμού και σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών.
- Η έλλειψη πολιτικού ελέγχου των δαπανών και αξιολόγησης του συστήματος.
- Η έλλειψη εγγυήσεων παραγωγικότητας , αποτελεσματικότητας , αποδοτικότητας , ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών.
- Η ανεπαρκής πολιτική ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η ανεπάρκεια υποδομών / τεχνολογίας
- Οι αντιλήψεις του ανθρώπινου δυναμικού στην αντιμετώπιση και εξυπηρέτηση των ασθενών. (Γούλα , 2014)

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Κεφάλαιο 1^ο

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού ασχολείται με τις πολιτικές και τις πρακτικές που απαιτούνται για την επιμέλεια των θεμάτων που αφορούν θέματα προσωπικού. (Dessler, 2015)

Το σύστημα υγείας αποτελεί σύστημα εντάσεως εργασίας , άρα ο άνθρωπος είναι ο πιο σημαντικός συντελεστής της παραγωγής των υπηρεσιών και της επιτυχίας των στόχων . (Μάτης , Χρύσου, 2007) Κάτω από αυτή την οπτική το μέγεθος , η σύνθεση και η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και οικονομικών υγειονομικών πόρων. (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012)

Ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί τη διαδικασία που εξασφαλίζει τους απαραίτητους ανθρώπινους πόρους για την ικανοποίηση άμεσων αλλά κυρίως μελλοντικών αναγκών ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και έχει τεράστια σημασία διότι η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επάρκεια , την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του προσωπικού. (Τούντας , 2006)

Οι πρακτικές και πολιτικές της διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού μπορεί να περιλαμβάνουν :

- Διεξαγωγή αναλύσεων εργασίας (καθορισμός της φύσης της εργασίας κάθε εργαζόμενου)
- Σχεδιασμός των αναγκών σε εργατικό δυναμικό και προσέλκυση υποψήφιων εργαζομένων
- Επιλογή του προσωπικού
- Εκπαίδευση και κατεύθυνση του προσωπικού
- Αξιολόγηση της απόδοσης
- Διαχείριση των αμοιβών του προσωπικού
- Παροχή κινήτρων – ενδυνάμωση του προσωπικού
- Επικοινωνία (συμβουλευτική , εμπέδωση πειθαρχίας κ.α) (Dessler , 2015)

Η αναγνώριση της σημασίας του ανθρώπινου παράγοντα και η απόδοση της οφειλόμενης αξίας προς αυτόν ενεργούν ως προσδιοριστές της

παραγωγικότητας. Οι λέξεις κλειδιά που κυριαρχούν στο σύγχρονο μανατζμεντ είναι :

- Υποκίνηση – παρακίνηση
- Ενεργοποίηση
- Επικοινωνία
- Υπευθυνότητα
- Συναισθηματική επένδυση
- Συμμετοχή του προσωπικού στις διεργασίες παραγωγής έργου , στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στις εργασιακές σχέσεις συνολικά , παράγοντες που συνιστούν στο επίπεδο ικανοποίησης των απασχολούμενων στο νοσοκομειακό σύστημα (Σαρρής , 2001)

Η ερμηνεία της ιδιαίτερης σημασίας που αποδίδεται στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας μπορεί να συνοψιστεί σε 4 διαστάσεις :

- Οι άνθρωποι πόροι στον υγειονομικό κλάδο αποτελούν σημαντικό παράγοντα της παραγωγής , της διαχείρισης και της διανομής των υπηρεσιών υγείας.
- Η απόδοση και η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και το μίγμα των ειδικοτήτων των εργαζομένων και βασίζεται στην ορθολογική διαχείριση της γνώσης. Ο άνθρωπος παράγοντας είναι αυτός που προσδιορίζει το χρόνο , τον τόπο και τον τρόπο των θεραπευτικών παρεμβάσεων
- Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες και το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά πάνω από το μισό του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία.
- Το οικονομικό και το ανθρώπινο εναλλακτικό κόστος στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό σε περίπτωση κακής διαχείρισης του ανθρώπινου κεφαλαίου. (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012)

Ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί την ασφαλιστική δικλείδα για τη διασφάλιση της επιθυμητής αναλογίας του προσωπικού , με βάση τα προσόντα κάθε δεδομένη στιγμή και ως εκ τούτου την επιτυχή κατανομή του στο σύστημα. Στις πολύπλοκες υγειονομικές δομές , καλούνται να συνεργαστούν με απόλυτο συντονισμό και υπό πίεση χρόνου άνθρωποι διαφορετικών ειδικοτήτων , οι οποίοι εκτός από τις θεραπευτικές διαδικασίες αντιμετωπίζουν ζητήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση του συστήματος, την αποδοτική χρήση των πόρων και την αποτίμηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. (Κυριόπουλος και συν., 2011) .Η στρατηγική ενός οργανισμού και η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού τείνουν να συνδέονται όλο και περισσότερο . Οι γνώσεις και οι δεξιότητες των εργαζομένων αποτελούν ένα συγκριτικό

πλεονέκτημα για τον οργανισμό που δύσκολα μπορεί να αντιγραφεί (Παπαλεξανδρή και συν., 2016)

Ο διττός ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικά του ιατρικού προσωπικού στην παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η επικυριαρχία των γιατρών λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης και της σχέσης αντιπροσώπισης θέτουν στο επίκεντρο τον προγραμματισμό και την ορθολογική διαχείριση των επαγγελματιών υγείας. (Κυριόπουλος και συν., 2011)

Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού είναι η διαδικασία υπολογισμού του αριθμού των απαιτούμενων ατόμων και του επιπέδου γνώσεων, ικανοτήτων , προσόντων και στάσεων που χρειάζονται για να επιτευχθούν οι καθορισμένοι στρατηγικοί στόχοι του συστήματος υγείας. Αυτού του είδους ο προγραμματισμός απαιτεί επίσης τον καθορισμό του ποιος θα κάνει τι , πότε , που και πώς, τι μέσα θα χρησιμοποιήσει , σε ποια πληθυσμιακή ομάδα θα απευθυνθεί ώστε η επαρκής και ικανοποιητική απόδοση να είναι διαθέσιμη ανάλογα με τις προκαθορισμένες πολιτικές και χρονοδιαγράμματα. Επίσης , αυτός ο προγραμματισμός θα πρέπει να είναι συνεχής και να υπόκειται σε διαρκή παρακολούθηση και αξιολόγηση (Hall , Mejia , 1978)

Σημαντικά βήματα στην ανάλυση του προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού είναι :

- Η αναγνώριση των ανισοροπιών στο υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό , μετά από ανάλυση της σημερινής κατάστασης στα πλαίσια της προσφοράς και ζήτησης σε υπηρεσίες υγείας.
- Η ανάλυση των συνιστωσών των ανισοροπιών αυτών όπως είναι οι εισροές και εκροές του συστήματος υγείας , η αξιολόγηση του κόστους και της ποιότητας , των γεωγραφικών ανισοτήτων , της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και του κατά πόσο η παραγωγή υπηρεσιών υγείας καλυπτει τις ανάγκες του πληθυσμού.

Προκειμένου να έχουμε μια επιτυχημένη ανάλυση όπως περιγράφεται πιο πάνω θα πρέπει να ακολουθηθούν τουλάχιστον τα εξής 4 βήματα :

1. *Πρόβλεψη της προσφοράς* : Υπολογισμός της προσφοράς σε επαγγελματίες υγείας με αναφορά στο υπάρχον προσωπικό που εξυπηρετεί τις ανάγκες του συστήματος και της μελλοντικής διαθεσιμότητας για την αντικατάσταση των απωλειών. Η πρόγνωση αυτή θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τις τάσεις στην αγορά εργασίας.
2. *Πρόγνωση της ζήτησης* : υπολογισμός των μελλοντικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και των στόχων του συστήματος για το μέλλον.

3. *Πρόγνωση των απαιτήσεων* : αναγνώριση των πλεονεσμάτων και ελλειμμάτων μετά από ανάλυση των προβλέψεων σε προσφορά και ζήτηση.
4. *Σχέδιο δράσης* : Ανάπτυξη σχεδίου δράσης για τη διατήρηση , ελαστικότητα , συνταξιοδότηση και άλλες στρατηγικές που θα διαμορφώσουν το ανθρώπινο δυναμικό , έχοντας υπόψη ότι το έλλειμμα θα δημιουργήσει ανικανοποίητη ζήτηση ενώ το πλεόνασμα προσωπικού θα αυξήσει το κόστος του συστήματος υγείας.(Malgieri et al., 2015)

Επιπλέον , θα πρέπει προκειμένου να μην υπάρχει ανισορροπία στο σύστημα να καθοριστεί το πλέον κατάλληλο μίγμα εργαζομένων. Ο όρος μίγμα δεξιοτήτων (skill mix) στον τομέα της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει το μίγμα των θέσεων , βαθμών ή επαγγελματιών σε έναν οργανισμό. Μπορεί επίσης να αναφέρεται στο συνδυασμό από δραστηριότητες ή δεξιότητες που χρειάζονται για την κάθε εργασία μέσα ένα οργανισμό. (Buchan , Dal Poz , 2002)

Προκειμένου να καθοριστεί το κατάλληλο μίγμα ειδικοτήτων και δεξιοτήτων σε έναν οργανισμό θα πρέπει να ακολουθηθούν τα εξής βήματα :

1) Αξιολόγηση και καθορισμός του προβλήματος:

Για να αξιολογηθεί μια πορεία προς την αλλαγή για το επιθυμητό μίγμα ανθρώπων / επαγγελματιών πρέπει πρώτα να οριστούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες , οι τρέχουσες δραστηριότητες και το ήδη διαμορφωμένο ανθρώπινο δυναμικό. Πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη μερικοί βασικοί παράγοντες όπως είναι :

- Οι ανάγκες των ασθενών – χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- Οι υπάρχουσες προβλέψεις για την ποσότητα των ζητούμενων υπηρεσιών
- Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Το εμπλεκόμενο προσωπικό (αριθμός , δείκτες στελέχωσης , ελλείψεις)
- Δείκτες αποτελεσμάτων υγείας

2) Αποτίμηση των ευκαιριών και εμποδίων.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει :

- Την γενική οικονομική κατάσταση
- Την εργατική νομοθεσία
- Την αγορά εργασίας
- Κοινωνικο-πολιτιστικές αξίες
- Μοντέλα στελέχωσης / ποσοστά στελέχωσης

- Αυτονομία του εκπαιδευτικού συστήματος

3) Διαθεσιμότητα πόρων

Η αποτίμηση του υφιστάμενου ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού και η διαθεσιμότητα του θα παίξει σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή και αξιολόγηση του κατάλληλου μίγματος.

4) Εφαρμογή

Η επιλογή και εφαρμογή του κατάλληλου σχεδίου θα εξαρτηθεί από τον χρονικό ορίζοντα και το ποσοστό κάλυψης που απαιτείται (πχ. η αλλαγή θα γίνει σε ένα τμήμα ή σε ολόκληρο τον οργανισμό ;) (Buchan , Ο' May, 2000)



Ο κύλος του του καθορισμού του μίγματος εργασίας και δεξιοτήτων

(Buchan , Ο' May, 2000)

Οι κατηγορίες των δεδομένων που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού (ΔΑΔ) περιλαμβάνουν :

1. Δημογραφικά δεδομένα (σημερινά και μελλοντικές προβλέψεις για τον πληθυσμό , προσδόκιμο επιβίωσης , μετανάστευση , ποσοστά γεννήσεων και θανάτων κ.ά)

2. Οικονομικά δεδομένα (πρότυπα και τάσεις αναφορικά με εθνικά και ατομικά έσοδα και έξοδα , κόστη για υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας.)
3. Επίπεδο και ανάγκες υγείας (θνησιμότητα , νοσηρότητα , περιβαλλοντικοί , διατροφικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ανά φύλο , ηλικία και γεωγραφική κατανομή)
4. Χρήση των υπηρεσιών υγείας (αριθμός και τύποι υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται και ζητούνται, χαρακτηριστικά και αντιλήψεις των χρηστών των υπηρεσιών , ποιότητα και όγκος επιθυμητών υπηρεσιών και λόγοι που δεν αποκτήθηκαν)
5. Προσφορά ανθρώπινων πόρων υγείας (ανά επαγγελματική κατηγορία , εμπειρία , επαγγελματικά προσόντα, εξειδίκευση κτλ.)
6. Σύστημα υγείας και χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού (μοντέλα στελέχωσης μονάδων υγείας , δείκτες παραγωγικότητας)
7. Εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού (αριθμός εισερχόμενων στα εκπαιδευτικά ιδρύματα , διάρκεια σπουδών , αριθμός και προσόντα εκπαιδευτικού προσωπικού)
8. Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού σε εθνικό επίπεδο (προτεραιότητες της κυβέρνησης) (Hall, Mejia , 1978)

Οι λόγοι που ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού δεν υπήρξε τόσο επιτυχημένος στο παρελθόν είναι πολλοί και περιλαμβάνουν :

1. Περιορισμένη στήριξη από το γενικό στρατηγικό σχεδιασμό. Οι συχνές αλλαγές στην πολιτική , τις κυβερνήσεις και τις προτεραιότητές τους δεν επιτρέπουν το μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού.
2. Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι συχνά ευκαιριακό και ενεργοποιείται μόνο ταυτόχρονα με κάποια κρίση του δυναμικού.
3. Υπάρχει έλλειψη σε ακριβή και κατάλληλα δεδομένα που να αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό όπως είναι ετήσιες αναφορές απόδοσης, απωλειών παραγωγικότητας και ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του προσωπικού.
4. Υπάρχει έλλειψη σε κατάλληλα «εργαλεία» και μεθόδους προγραμματισμού για συστήματα υγείας, όπως είναι τα δημόσια συστήματα, όπου παρουσιάζονται προβλήματα παραγωγικότητας και κακοδιαχείρισης . Παρατηρείται επίσης συχνά να χρησιμοποιούνται περίπλοκα ή ακατάλληλα εργαλεία προγραμματισμού που έχουν σχεδιαστεί για άλλες χώρες και συστήματα.
5. Υπάρχει συχνά το φαινόμενο πλεονάσματος υψηλόβαθμων στελεχών και έλλειμμα υποστηρικτικού και τεχνικού προσωπικού. (Hall, 1998)

Ο προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού αποτελείται από 4 βασικές λειτουργίες :

1. Τη στελέχωση (staffing)
2. Την εκπαίδευση και ανάπτυξη (training and development)
3. Την ενδυνάμωση (motivation)
4. Τη διατήρηση (maintenance) (DeCenzo, Robbins , 2010)

Για τις νοσοκομειακές μονάδες ο σύγχρονος τρόπος διοίκησης βασίζεται στην πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού η οποία περιλαμβάνει ένα σύνολο δραστηριοτήτων και μέτρων που αποβλέπουν στην ενεργοποίηση και αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του προσωπικού όπως :

- Το σύστημα προσλήψεων
- Το σύστημα κινήτρων – αντικινήτρων
- Ο μηχανισμός επιστημονικής αναβάθμισης και βαθμολογικής εξέλιξης
- Ο καθορισμός κριτηρίων για την οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων
- Η λήψη μέτρων για την κινητοποίηση και ενεργοποίηση του προσωπικού. (Γούλα, 2007)

Ο προγραμματισμός της στελέχωσης ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι αποκομμένος από τον στρατηγικό σχεδιασμό του. Ο καθορισμός των στρατηγικών στόχων είναι θεμελιώδης για κάθε απόφαση που παίρνει ο οργανισμός και το κατάλληλο ανθρώπινο κεφάλαιο είναι καταλύτης στην επίτευξη αυτών των στόχων. (DeCenzo, Robbins , 2010)

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

- Καθορισμός του είδους του οργανισμού

ΣΤΟΧΟΙ

- Καθορισμός των στόχων και των επιδιώξεων του οργανισμού

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΑΤΙΣΜΟΣ

- Καθορισμός του τρόπου και των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού

ΔΟΜΗ

- Καθορισμός των απαραίτητων εργασιών και των ατόμων που θα τις πραγματοποιήσουν

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

- Αντιστοίχιση των προσόντων , γνώσεων και ικανοτήτων των εργαζομένων με τις ζητούμενες εργασίες

(DeCenzo , Robbins, 2010)

Στο επίπεδο του στρατηγικού σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού ο χρονικός ορίζοντας είναι σχετικά μακροπρόθεσμος (3 – 5 χρόνια) και απευθύνεται στα εξής ερωτήματα :

- Τι είδους άτομα να διοικήσουν και να στελεχώσουν τον οργανισμό ώστε να επιτευχθούν οι στρατηγικοί στόχοι;
- Πώς μπορούν τα προγράμματα για το ανθρώπινο δυναμικό να σχεδιαστούν ώστε να ανταπεξέλθουν στις εξωτερικές πιέσεις και τα απρόοπτα; (Nkomo , 1988)

Ο προγραμματισμός σαν λειτουργία περιλαμβάνει τον αποσαφηνισμό των στόχων του οργανισμού , την εγκαθίδρυση της στρατηγικής για την επίτευξη των στόχων αυτών και στην ανάπτυξη ενός σαφούς σχεδίου για την ενσωμάτωση και τον συντονισμό των δραστηριοτήτων. Ο επιτυχημένος προγραμματισμός των ανθρωπίνων πόρων αφορά στη σύγκλιση των τωρινών αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό με τις μελλοντικές ανάγκες. (Lunenburg, 2012)

Ο σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνει τουλάχιστον 3 διαφορετικά στοιχεία:

- Την ανάλυση εργασίας (job analysis)
- Την πρόβλεψη προσφοράς και ζήτησης και
- Τους νομικούς περιορισμούς / νομικό πλαίσιο (Lunenberg, 2012)

Η **Λειτουργική Ανάλυση Εργασίας (Functional Job Analysis)** είναι:

- 1) Ένα εννοιολογικό σύστημα που καθορίζει τις διαστάσεις των δραστηριοτήτων της εργασίας και της ανθρώπινης απόδοσης όπως είναι το γνωστικό και το ψυχοκινητικό επίπεδο και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση
- 2) Μια μέθοδος παρατήρησης και άρα καταγραφής της εργασίας και
- 3) Μια μέθοδος ανάλυσης που συνδέει το τελικό προϊόν της εργασίας με τους στόχους και τις επιδιώξεις.

Το θεμελιώδες δομικό στοιχείο της θέσης εργασίας είναι το «έργο» (task). Έτσι :

- Μια εργασία αποτελείται από μια σειρά από έργα και η εποπτεία της απόδοσης του εργαζόμενου βασίζεται στην απόδοση των έργων που τους έχουν ανατεθεί. ,
- Η εκπαίδευση σχεδιάζεται ώστε ο εργαζόμενος να αποδώσει σε αυτή τη σειρά από έργα.
- Οι προσλήψεις και τα κριτήρια επιλογής των εργαζομένων βασίζονται στις παρατηρήσεις και τα προσόντα που απαιτούνται από το έργο.
- Η κατηγοριοποίηση των εργασιών βασίζεται στην επεξεργασία της πολυπλοκότητας που αποτελεί την εργασία (Moore , 1999)

Η ανάλυση εργασίας αποτελεί μια συστηματική έρευνα που συλλέγει όλες τις συναφείς πληροφορίες για κάθε έργο που παράγει ένας εργαζόμενος . Από αυτή την ανάλυση αναγνωρίζονται οι γνώσεις και ικανότητες που απαιτούνται , καθορίζονται τα καθήκοντα και οι ευθύνες της κάθε εργασίας. Η ανάλυση εργασίας πρέπει να εμπεριέχει πληροφορίες όπως :

- Τίτλος εργασίας
- Τμήμα εργασίας
- Η απαιτούμενη επιτήρηση
- Κύρια και δευτερεύοντα καθήκοντα και υποχρεώσεις
- Μοναδικά χαρακτηριστικά της εργασίας
- Είδη υλικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται
- Τυπικά απαιτούμενα προσόντα

- Εργασιακή εμπειρία που απαιτείται
- Εκπαιδευτικό επίπεδο
- Φυσικά και ψυχικά χαρακτηριστικά και επιδεξιότητες που απαιτούνται
- Εργασιακές συνθήκες (Roberts et al., 1987)

Σε κρατικό επίπεδο ο προγραμματισμός των θέσεων του προσωπικού γίνεται από το Υπουργείο Εσωτερικών , Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με βάση τις ανάγκες των υπηρεσιών. Οι νέες προσλήψεις για τα Δημόσια Νοσοκομεία στηρίζονται στις κενές θέσεις που δημιουργούνται στον Οργανισμό του νοσοκομείου είτε από την ίδρυσή του , είτε από μετέπειτα τροποποιήσεις. Οι τροποποιήσεις αυτές άλλοτε ανοίγουν θέσεις εργασίας , άλλοτε μετατρέπουν τις ήδη υπάρχουσες κάνοντας μια αναδιανομή για όλες τις υφιστάμενες ειδικότητες. (Κελέση – Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2010)

ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Ένα απλό μοντέλο , αλλά ευρύτατα χρησιμοποιούμενο , στον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού είναι η μέθοδος των αναλογιών (ratio method) . Αυτή η μέθοδος παίρνει σαν σταθερά την αναλογία μιας κατηγορίας υγειονομικού προσωπικού προς έναν πληθυσμό ή υποομάδα. Π.χ μια περιοχή με αναλογία 0,8 ιατρών ανά 1000 κατοίκους υπολείπεται μιας άλλης με αναλογία 1,6 ανά 1000 κατοίκους. Η μέθοδος των αναλογιών είναι απλή και ανέξοδη όμως έχει και κάποιους περιορισμούς. Ένας προφανής περιορισμός είναι ότι περιλαμβάνει μόνο ποσοτικά δεδομένα του ανθρώπινου δυναμικού μη λαμβάνοντας υπόψη ως σχετικές άλλες πολύ σημαντικές μεταβλητές όπως είναι το κόστος , τα εισοδήματα , το υπόλοιπο προσωπικό κ.ά. (Yett et al., 1972) Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου αποτελεί η πολιτεία της Καλιφόρνια στις Η.Π.Α. που με το νόμο AB 394 ήταν η πρώτη πολιτεία της Αμερικής που θέσπισε την κατώτερη επιτρεπόμενη αναλογία νοσηλευτών ανά ασθενή. (Spetz et al., 2000)

ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΑΝΑΛΟΓΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΑΛΙΦΟΡΝΙΑ

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)	1:2
ΜΕΘ ΝΕΟΓΝΩΝ	1:2
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	1:1
ΑΝΑΝΗΨΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	1:2
ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΟΥ	1:2
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1:4
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)	1:4
ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ ΤΕΠ	1:2
ΤΜΗΜΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΤΕΠ	1:1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1:6
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1:4

(Spetz et al., 2000)

Οι πολλαπλές εισροές που απαιτούνται σε ένα σύστημα υγείας για την παραγωγή των υπηρεσιών μπορούν να παρασταθούν μέσω μιας συνάρτησης παραγωγής όπου διαφορετικά μέσα / μεταβλητές όπως (D) ιατροί , (N) Νοσηλευτές , (A) λοιπές παραϊατρικές ειδικότητες και (K) κεφάλαιο π.χ κρεβάτια , εξοπλισμός κ.τ.λ , συνδυάζονται ώστε να παράγουν ένα (Y) νοσοκομειακό προϊόν

Οπότε :
$$Y = F(D, N, A, K)$$

Διαφορετικοί συνδυασμοί από διαφορετικές μεταβλητές επηρεάζουν το επίπεδο του τελικού αποτελέσματος. Αυτή η συνάρτηση παραγωγής αναγνωρίζει ότι η παραγωγικότητα μιας συγκεκριμένης κατηγορίας επαγγελματιών υγείας εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των υπόλοιπων εισροών του συστήματος (Ono et al., 2013)

Οι ανάγκες σε προσωπικό σε μια χώρα για τον τομέα της υγείας ποικίλλει ανάλογα με ένα πολύπλοκο σύστημα από κοινωνικούς , πολιτικούς , οικονομικούς , δημογραφικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες. Οι απαιτήσεις σε υπηρεσίες και στο ανάλογο προσωπικό που θα τις προσφέρει ποικίλλουν ανάλογα με την πυκνότητα, την ηλικία , το φύλο , τη θνησιμότητα , την οικονομική κατάσταση , το μορφωτικό επίπεδο , τις συνήθειες χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και την ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επομένως , θεσμικά μοντέλα στελέχωσης βασιζόμενα αποκλειστικά στον πληθυσμό ή το μέγεθος του ιδρύματος δεν μπορούν επαρκώς να υπολογίσουν αυτές τις διαφοροποιήσεις σε ανάγκες σε μια χώρα. (Seprtil , Hornby , 1999)

Τα πιο πολλά μοντέλα σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού προσπαθούν να υπολογίσουν τόσο το σύνολο των ατόμων που χρειάζονται (head counts) όσο και των ισοδύναμων πλήρους απασχόλησης (full – time equivalents ή FTEs) για την αποτίμηση της υπάρχουσας και μελλοντικής

προσφοράς ανθρώπινου δυναμικού. (Ono et al., 2013) Ως ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης ορίζεται ο λόγος του συνολικού αριθμού των ωρών εργασίας που αμείφθηκαν κατά τη διάρκεια μιας περιόδου προς το συνολικό αριθμό ωρών εργασίας ανά εβδομάδα. Συγκεκριμένα, ένα ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης προσωπικού (ΙΠΑΠ) ισοδυναμεί με έναν εργαζόμενο πλήρους απασχόλησης (για την Ελλάδα ισχύει η 5νθήμερη 8ωρη εργασία) ή πολλοί εργαζόμενοι που εργάζονται 40 ώρες την εβδομάδα στο συνολό τους. Εργασία 0,8 ΙΠΑΠ σημαίνει 4 βάρδιες την εβδομάδα ενώ εργασία 0,6 ΙΠΑΠ 3 βάρδιες την εβδομάδα. (Ίντας , 2012) Η μετατροπή σε FTE ξεκάθαρα προσφέρει μεγαλύτερη ακρίβεια στην μέτρηση τωρινής και μελλοντικής προσφορόμενης εργασίας καθώς λαμβάνει υπόψη τις ώρες εργασίας των παρόχων . (Ono et al., 2013)

Για τον υπολογισμό των FTEs χρειάζεται ο μέσος αριθμός ασθενών και ο μέσος αριθμός ωρών καθημερινής φροντίδας . Στο πρώτο βήμα υπολογίζονται οι συνολικές ώρες φροντίδας που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος κατά μέσο όρο

ώρα Ώρες φροντίδας = αριθμός ασθενών x μέσος αριθμός ωρών καθημερινής φροντίδας

Έπειτα , υπολογίζονται τα FTEs :

FTEs = ώρες φροντίδας / ώρες βάρδιας

Στη συνέχεια υπολογίζονται οι απαιτούμενες βάρδιες ανά εβδομάδα :

Βάρδιες = FTEs x 7 (ημέρες της εβδομάδας)

Τέλος , υπολογίζεται ο αριθμός των ισοδύναμων πλήρους απασχόλησης που χρειάζονται ως βασικό προσωπικό της μονάδας.

FTEs = βάρδιες ανά εβδομάδα / 5 (ο αριθμός 5 αντιπροσωπεύει τις 8ωρες βάρδιες)

Στον Καναδά χρησιμοποιείται μια σύνθετη μεθοδολογία για τη μετατροπή του αριθμητικού συνόλου σε FTEs με σκοπό να αντισταθμιστούν οι ώρες εργασίας των ιατρών. Δεδομένα σχετικά με το ακαθάριστο εισόδημα ανά ιατρό με το σύστημα αμοιβής κατά πράξη (fee for service) χρησιμοποιείται για να αποδόσει κατά προσέγγιση τον φόρτο εργασίας. Το ποσοστό μεταξύ 40% και 60% της κατανομής των εισοδημάτων χρησιμοποιείται ως σημείο αναφοράς (benchmark) εντός του οποίου μετράται FTE ίσον με 1 . Για τους ιατρούς που το ακαθάριστο εισόδημα εκπίπτει από το σημείο αναφοράς το FTE αυξάνεται γραμμικά μέχρι το ποσοστό 40% και λογαριθμικά μετά το 60%. (Ono et al., 2013)

Ένα μοντέλο πρόβλεψης των αναγκών για την αξιοποίηση του προσωπικού θα πρέπει να περιλαμβάνει το επίπεδο εκπαίδευσης , τις επαγγελματικές ικανότητες , το εργασιακό περιβάλλον , την ικανοποίηση των ασθενών και όχι μόνο την αναλογία του προσωπικού προς τον πληθυσμό της χώρας. Η ανάγκη για ένα αποτελεσματικό μοντέλο πρόβλεψης των αναγκών και διαμόρφωσης στρατηγικής στην αξιοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε στην ανάπτυξη του μοντέλου RN4CAST. Σκοπός του είναι η επέκταση και βελτίωση των υπάρχοντων μοντέλων πρόβλεψης και η διαμόρφωση νέων στρατηγικών αποτελεσματικής διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού. (Προδρόμου και συν., 2014) Η συγκεκριμένη μελέτη προέκυψε μέσα από την κοινοπραξία 15 χωρών – ανάμεσά τους και η Ελλάδα – η οποία κατέληξε σε ένα σύμφωνο πρωτόκολλο συλλογής δεδομένων ανάμεσα στα κράτη – μέλη της κοινοπραξίας. Τα 4 βασικά στοιχεία της μελέτης RN4CAST περιλαμβάνουν :

- Έρευνα ανάμεσα στους διπλωματούχους νοσηλευτές
- Δεδομένα που αφορούν τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών (θνησιμότητα, αποτυχία ανάνηψης κ.τ.λ)
- Έρευνα ικανοποίησης των ασθενών
- Χαρακτηριστικά του νοσοκομείου / οργανισμού. (Ball et.al., 2012)

Το μοντέλο RN4CAST στοχεύει στο να προσομοιώσει σενάρια που επιφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα στην ποιότητα της φροντίδας , όταν εναλλάσσονται διαφορετικές εκδοχές στη σύσταση του νοσηλευτικού προσωπικού. (Sermeus et al., 2011)

Στην πρόβλεψη των αναγκών στελέχωσης ενός τμήματος μιας μονάδας υγείας βοηθητικά εργαλεία αποδείχθηκαν τα μοντέλα μέτρησης φόρτου εργασίας. Τα κυριότερα συστήματα μέτρησης του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας που αναπτύχθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες είναι :

- Τα συστήματα βαθμολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων (TISS-76 , TISS-28)
- Η κλίμακα βαθμολόγησης νοσηλευτικών δραστηριοτήτων (Nursing Activity Score - NAS)
- Η περιεκτική κλίμακα βαθμολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Comprehensive Nursing Intervention Score – NIS)
- Η κλίμακα αξιολόγησης 9 ισοδύναμων αξιοποίησης του νοσηλευτικού δυναμικού (Nine equivalent of nursing manpower use score - NEMS) (Στούφης , 2011)

Το TISS αρχικά δημιουργήθηκε το 1974 για την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου σε σχέση με το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας . Αρχικά

χρησιμοποιήθηκε για την κατηγοριοποίηση των ασθενών με βάση τη βαρύτητα της κατάστασης τους. Στη συνέχεια το εργαλείο αυτό απλοποιήθηκε όμως η φιλοσοφία του παρέμεινε η ίδια : ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας είναι ανάλογος της βαρύτητας της νόσου των ασθενών και όσο αυξάνεται η βαρύτητα της νόσου τόσο αυξάνεται και ο φόρτος εργασίας του υγειονομικού προσωπικού. Το αρχικό σύστημα περιλάμβανε 57 παραμέτρους με θεραπευτικές δραστηριότητες και η βαθμολογία για την κάθε δραστηριότητα αποδίδεται σε διάρκεια 24 ωρών. Οι πιο εξειδικευμένες ή χρονοβόρες δραστηριότητες λαμβάνουν και πιο υψηλές βαθμολογίες. Το 1983 το σύστημα διευρύνθηκε περιλαμβάνοντας 76 παραμέτρους που διακρίνονται σε 3 ομάδες. Κάθε παράμετρος βαθμολογείται με τιμή από 1 έως 4 και το τελικό άθροισμα αποτελεί την τελική βαθμολογία του. Το 1996 παρουσιάστηκε μια απλούστερη μορφή του TISS-76 το TISS-28 εφαρμόζοντας περισσότερο εξελιγμένες στατιστικές μεθόδους . Το TISS-28 διακρίνεται σε 7 ομάδες

1. Βασικές δραστηριότητες
2. Αναπνευστική υποστήριξη
3. Καρδιαγγειακή υποστήριξη
4. Νεφρική υποστήριξη
5. Νευρολογική υποστήριξη
6. Μεταβολική υποστήριξη
7. Ειδικές παρεμβάσεις

Στο σύστημα αυτό αξιολογούνται μόνο 28 παράμετροι με μια πεντάβαθμη κλίμακα. Το σύστημα αυτό έχει μέγιστη βαθμολογία το 78 και μια υψηλή βαθμολογία στο TISS-28 δείχνει ότι καταναλώνεται περισσότερος χρόνος για τη φροντίδα του ασθενή. Σύμφωνα με το TISS-28 κάθε νοσηλευτής μέσης εμπειρίας και δεξιοτήτων μπορεί να ανταπεξέλθει επαρκώς σε φροντίδα που αντιστοιχεί σε 46,35 βαθμούς της κλίμακας κατά τη διάρκεια μιας 8ωρης βάρδιας και κάθε ένας βαθμός TISS-28 αντιστοιχεί σε 10,6 λεπτά εργασίας κάθε μέσου νοσηλευτή. (Φίκα και συν., 2014)

Το σύστημα μέτρησης νοσηλευτικού φόρτου εργασίας NAS προέκυψε μετά από την προσθήκη 5 νέων παραμέτρων στον κατάλογο θεραπευτικών παρεμβάσεων TISS-28 και επαναπροσδιορίστηκαν οι συντελεστές βαρύτητας των παραμέτρων. Το σύστημα NAS μπορεί να υπολογίσει το 81% του χρόνου που αφιερώνουν οι νοσηλευτές στη φροντίδα των ασθενών σε αντίθεση με το TISS-28 που μπορεί να υπολογίσει μόνο το 43%. Οι 5 νέοι παράμετροι που προστέθηκαν αφορούν :

- Στην παρακολούθηση και ανάλυση των δεδομένων
- Στις διαδικασίες ατομικής υγιεινής του ασθενή
- Στην κινητοποίηση του ασθενή
- Στην υποστήριξη συγγενών και ασθενών
- Σε οργανωτικά και διοικητικά καθήκοντα

Ο τελικός κατάλογος των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων απαριθμεί συνολικά 30 παραμέτρους που ταξινομούνται σε 4 κατηγορίες:

Κατηγορία 1^η : Περιλαμβάνει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα του ασθενή

Κατηγορία 2^η : Περιλαμβάνει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που δεν αφορούν άμεσα στον ασθενή και δεν είναι θεραπευτικές παρεμβάσεις . Σε αυτές τις παρεμβάσεις περιλαμβάνονται συναντήσεις που αφορούν σε υπηρεσιακά θέματα , την ανάθεση καθηκόντων , το γενικό ανεφοδιασμό, την επίβλεψη της εκπαίδευσης , τις ερευνητικές δραστηριότητες , την επικοινωνία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου κ.α.

Κατηγορία 3^η : Περιλαμβάνει τον προσωπικό χρόνο του εργαζόμενου

Κατηγορία 4^η : Περιλαμβάνει παρεμβάσεις που δεν θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες . (Καλαφάτη, Παϊκοπούλου , 2006)

Το 1994 το Ίδρυμα Ερευνών για την Εντατική Θεραπεία στην Ευρώπη (Foundation for Research on Intensive Care in Europe – FRICE) ξεκίνησε μια μεγάλη έρευνα στις ΜΕΘ της Ευρώπης. Ένα από τα στοιχεία της έρευνας ήταν η μέτρηση του ημερήσιου φόρτου εργασίας των νοσηλευτών. Έτσι το FRICE ανέπτυξε μια πιο απλοποιημένη και εύχρηστη εκδοχή των μοντέλων TISS το NEMS. Τα 9 στοιχεία που αξιολογεί το μοντέλο NEMS είναι :

1. Βασική παρακολούθηση (ζωτικών σημείων, ισιζυγίου υγρών κτλ)
2. Ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή
3. Μηχανική αναπνευστική υποστήριξη
4. Συμπληρωματική αναπνευστική φροντίδα
5. Απλή καρδιαγγειακή αγωγή
6. Σύνθετη καρδιαγγειακή αγωγή
7. Τεχνικές διάλυσης
8. Παρεμβάσεις εντός της ΜΕΘ (ακτινογραφίες , καθετηριασμοί , φυσικοθεραπείες κ.α)
9. Παρεμβάσεις εκτός της ΜΕΘ (αξονικές τομογραφίες , χειρουργικές επεμβάσεις κ.α) (Reis Miranda et al., 1997)

Η Αυστραλία χρησιμοποιεί ως μοντέλο το NHPPD (Nursing Hours per Patient Day) για την συστηματική μέτρηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών ως οδηγό για τον υπολογισμό του αριθμού εργαζομένων για κάθε συγκεκριμένο κλινικό τομέα. Το μοντέλο NHPPD δεν είναι ένας άκαμπτος , υποχρεωτικός καθοριστής της στελέχωσης αλλά βασίζεται στις κλινικές κρίσεις και αποφάσεις για την πρόβλεψη του απαραίτητου προσωπικού για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας σε καθημερινή βάση. Υπολογίζει τον ακριβή αριθμό των ωρών εργασίας που απαιτούνται για

τη φροντίδα του ασθενή και έτσι σκιαγραφεί το γενικό πλαίσιο της σύνθεσης του προγράμματος του νοσηλευτικού προσωπικού. Αποτελείται από 7 κατηγορίες που περιλαμβάνουν συγκεκριμένα κριτήρια για τη μέτρηση της ποικιλομορφίας και πολυπλοκότητας των καθηκόντων που απαιτούνται σε ένα τμήμα. Οι κατηγορίες αυτές αντιστοιχούνται σε συγκεκριμένη χρονική αξία σε περίοδο 24 ωρών, οι τιμές των οποίων κυμαίνονται μεταξύ 3,0 και 7,5 ωρών ανά ασθενή. (Department of Health and Human Services, 2011)

Ένα ακόμα σύστημα για τον προγραμματισμό της στελέχωσης των νοσοκομειακών μονάδων είναι τα συστήματα ταξινόμησης ασθενών . Πρόκειται για συστήματα που κατατάσσουν τους ασθενείς σε διαχειρίσιμες ομοιογενείς ομάδες. Η ομαδοποίηση γίνεται σύμφωνα με την κύρια διάγνωση , τις διαδικασίες , την ηλικία , τα σύννοδα προβλήματα και τις επιπλοκές. Τα Συστήματα Ταξινόμησης Ασθενών παρέχουν τα κατάλληλα εργαλεία για τη στελέχωση με επαρκές προσωπικό που θα ανταποκρίνεται στα πρότυπα ποιότητας και καταλληλότητας φροντίδας υγείας. Η ταξινόμηση των ασθενών γίνεται σε 5 επίπεδα.

Επίπεδο 1 : Αυτοφροντίδα

Η γενική κατάσταση της υγείας είναι καλή , δεν υπάρχουν αποκλίσεις από το αποδεκτό πρότυπο συμπεριφοράς ή είναι ελάχιστες και δεν υπάρχει περιορισμός στις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Εφαρμόζονται απλές θεραπείες με ελάχιστη φαρμακευτική αγωγή και διδασκαλία . Παρέχεται υποστήριξη και έλεγχος του προσανατολισμού μία φορά ανά βάρδια

Επίπεδο 2 : Ελάχιστη φροντίδα

Η κατάσταση του ασθενή απαιτεί ελάχιστη νοσηλευτική φροντίδα σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης . Η γενική κατάσταση της υγείας του απαιτεί απλές πράξεις. Οι θεραπείες και η φαρμακευτική αγωγή διαρκούν 20 με 30 λεπτά ανά βάρδια και η συναισθηματική υποστήριξη και διδασκαλία διαρκούν 5 – 10 λεπτά ανά βάρδια.

Επίπεδο 3 : Μέτρια νοσηλευτική φροντίδα

Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια για τις περισσότερες δραστηριότητες και χρειάζεται άμεση φροντίδα για σίτιση , ατομική φροντίδα , απέκκριση , κινητοποίηση. Οι θεραπείες και η φαρμακευτική αγωγή απαιτούν 30 με 60 λεπτά ανά βάρδια και μέτρηση της διανοητικής κατάστασης ανά ώρα.

Επίπεδο 4 : Εκτεταμένη νοσηλευτική φροντίδα

Ο ασθενής χρειάζεται περίπλοκη , χρονοβόρα και εντατική φροντίδα. Οι δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης είναι ανύπαρκτες (αδυναμία σίτισης , απέκκρισης , κινητικότητας) . Οι θεραπείες και η φαρμακευτική αγωγή

διαρκούν 60΄ ανά βάρδια , απαιτούνται 2 άτομα και η διανοητική κατάσταση θα πρέπει να ελέγχεται συχνότερα από 1 φορά την ώρα.

Επίπεδο 5 : Εντατική φροντίδα

Αποκλειστική ή συνεχής παρακολούθηση σε κάθε βάρδια. Υπάρχουν ανάγκες αυστηρού περιορισμού δραστηριοτήτων , συνεχούς θεραπείας και παρακολούθησης. (Γκοβίνα , 2012)

Μια από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους υπολογισμού του ιατρικού δυναμικού είναι ο καθορισμός των αναγκών υγείας ανάλογα με το υγειονομικό προφίλ και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Με βάση επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα για την εξέλιξη των ασθενειών μιας περιφέρειας οι επιστήμονες προσπαθούν να διατυπώσουν μια ουσιαστική εκτίμηση των αναγκών σε προσωπικό και να προσδιορίσουν το φάσμα και τη δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Από τις πρώτες μελέτες που έγιναν σε αυτό τον τομέα ήταν των Lee and Jones το 1933. Η μέθοδος τους χωρίζεται σε τρεις φάσεις :

1^η Φάση : Στην πρώτη φάση καθορίζονται οι Ιατρικές Πράξεις που σημαίνει ότι το ιατρικό σώμα μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια τις παρεμβάσεις που απαιτούνται στην αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν πλήρως εναρμονιστεί οι καταγεγραμμένες ιατρικές παρεμβάσεις ανά ασθένεια (Diagnostic Related Groups).

2^η Φάση : Στη δεύτερη φάση προσδιορίζεται το επιδημιολογικό προφίλ και ταξινομούνται οι ασθένειες βάσει των γνωστών μεθόδων ταξινόμησης . Η πιο γνωστή και πρόσφατη μέθοδος , που έχει προταθεί από τον Π.Ο.Υ , είναι το ICD-10 (International Classification of Diseases No 10)

3^η Φάση : Στην τρίτη φάση γίνεται συνδυασμός του επιδημιολογικού φάσματος με τις αντίστοιχες ιατρικές παρεμβάσεις και καθορίζεται το ιατρικό προσωπικό που χρειάζεται για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

Η μέθοδος Lee and Jones έχει καλύτερη εφαρμογή σε μικρο – υγειονομική κλίμακα , δηλαδή σε επίπεδο ενός οργανισμού παρά σε ένα ολόκληρο σύστημα υγείας και αυτό γιατί παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα :

- 1) Δεν λαμβάνει υπόψη τις οικονομικές διαστάσεις της στελέχωσης όπως είναι οι αμοιβές του προσωπικού, τα επιδόματα παραγωγικότητας κτλ.
- 2) Δεν λαμβάνει υπόψη τις προτιμήσεις των χρηστών – καταναλωτών υπηρεσιών για διαφορετικές ειδικότητες.
- 3) Δεν λαμβάνει υπόψη το πολιτιστικό σύστημα και το γεγονός ότι οι χρήστες των υπηρεσιών προέρχονται από διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες.

- 4) Είναι αρκετά πολύπλοκο καθώς προϋποθέτει την λεπτομερή καταγραφή των ιατρικών πράξεων ανά ασθένεια σε φόρμες άσκησης της ιατρικής.
- 5) Δεν λαμβάνει υπόψη την ιατρική τεχνολογία
- 6) Δεν λαμβάνει υπόψη τις δυνατότητες υποκατάστασης μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας. (Υφαντόπουλος , 2006)

Τέλος, στον υπολογισμό της απαιτούμενης στελεχειακής δύναμης χρήσιμα έχουν αποδειχτεί τα μοντέλα υπολογισμού της Ζήτησης Νοσοκομειακών Κλινών. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 4 κατηγορίες :

- 1) Μέθοδοι παλινδρόμησης (regression methods) : οι οποίες υποθέτουν ότι η ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες μπορεί να οριστεί και να αναλυθεί με τη χρήση μιας σειράς ανεξάρτητων μεταβλητών , ως υποκατάστατα εκτίμησης και μέτρησης της ζήτησης. Όταν τέτοια υποκατάστατα δεν είναι διαθέσιμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρονικά δεδομένα (π.χ. μήνας , έτος) για την πρόβλεψη της μελλοντικής ζήτησης. Πρόκειται για τη λεγόμενη ανάλυση χρονικών σειρών (time – series analysis) (Πλατής ,2001) Η μέθοδος της παλινδρόμησης αρχίζει με το σχηματισμό ενός διαγράμματος διασποράς στο οποίο εξετάζονται δύο παράγοντες που έχουν άμεση σχέση μεταξύ τους. Σε κάθε περίπτωση ο ένας από τους δύο παράγοντες είναι ο αριθμός του προσωπικού. Στη συνέχεια δημιουργείται το υπόδειγμα παλινδρόμησης για να αντληθούν οι προσδοκώμενες εκτιμήσεις. (Μούζα – Λαζαρίδη , 2013)
- 2) Στοχαστικά μοντέλα (stohastic models) : τα οποία ενσωματώνουν πιθανολογικά δεδομένα στην αποτίμηση της ζήτησης. Παράδειγμα είναι η χρήση της κατανομής Poisson στην μελέτη των εισαγωγών των ασθενών , που δέχεται ως δεδομένο ότι οι εισαγωγές έχουν ένα αναμενόμενο μέσο ρυθμό αν και τυχαίες .
- 3) Τυποποιημένα μοντέλα (Formula models) : προκειται για τυπους υπολογισμού όπως για παράδειγμα

$$\text{Ημερες νοσηλείας} = \left(\frac{\text{τρέχων πληθυσμός ασθενών}}{\text{Τρέχων συνολικός πληθυσμός}} \right) \times \text{Μέση διάρκεια νοσηλείας} \times \text{Αναμενόμενος πληθυσμός προς εισαγωγή}$$
- 4) Μοντέλα προσομοίωσης (Simulation models) : Η μεθοδολογία τους βασίζεται στην ανάπτυξη ενός δυναμικού και αλληλοεξαρτώμενου μοντέλου μέσω του οποίου προσπαθούν να ελέγξουν σύνθετες καταστάσεις στις οποίες τα αληθινά στοιχεία της πραγματικότητας δεν

είναι εφικτό να εκτιμηθούν. Π.χ για τον καθορισμό της πιθανής επίδρασης που μπορεί να έχουν οι αλλαγές στα κριτήρια εισαγωγής ή ακόμα και οι ιατρικές παρεμβάσεις στην αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου , η προσομοίωση είναι χρήσιμη μόνο όταν σχεδιαστούν πραγματικά μοντέλα υπό έρευνα συνθηκών. (Πλατής ,2001)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Τα προβλήματα στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας συχνά διαχωρίζονται σε 3 κατηγορίες :

1. Ανισορροπίες μεταξύ του συνολικού αριθμού του υγειονομικού προσωπικού και του αριθμού των αναγκών του πληθυσμού
2. Ανισορροπίες μεταξύ ειδικοτήτων / γνώσεων (skill –mix imbalances) , δηλαδή ανισορροπίες που προκύπτουν από τον τύπο και το επίπεδο εκπαίδευσης και ειδικότητας που απαιτούνται από το σύστημα υγείας.
3. Ανισορροπίες στην κατανομή του προσωπικού σε γεωγραφικό επίπεδο , σε επίπεδο δημοσίου – ιδιωτικού τομέα κ.ά. (Egger et al., 2000)

Τα ζητήματα της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού δεν θεωρούνται προτεραιότητα. Τα προβλήματα στην διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού γενικά αναπτύσσονται μακροχρόνια και είναι δύσκολο να διορθωθούν . Οι περισσότερες χώρες δεν αντιμετωπίζουν το σχεδιασμό Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού ως προτεραιότητα παρόλο που ο άνθρωπος παράγοντας στην υγεία είναι απαραίτητος για την ορθή λειτουργία του συστήματος ενώ παράλληλα πολύ επιβαρυντικός για τον προϋπολογισμό κάθε κράτους . Ο σχεδιασμός της ΔΑΔ είτε δεν στηρίζεται σε

κάποιο συστηματικό σχέδιο , είτε οι φόρμουλες που αναπτύσσονται είναι αποστασιοποιημένες από το γενικότερο σχεδιασμό του συστήματος υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ελλείψεις σε προσωπικό και υπηρεσίες σε κάποιες περιοχές και κοστοβόρα πλεονάσμα προσωπικού σε κάποιες άλλες, αναποτελεσματική αξιοποίηση του προσωπικού, χαμηλή παραγωγικότητα και υποκίνηση των εργαζομένων (Kolehmainen - Aitken , 1993)

Στην Ελλάδα η κάθετη μεταξύ των περιφερειών και η οριζόντια μεταξύ ειδικοτήτων άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού δημιουργεί ταυτόχρονα τέτοια φαινόμενα υπερ-προσφοράς και υπο-προσφοράς κατά τόπους. (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012) Έτσι παρουσιάζεται ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού προς τον πληθυσμό της . Στην Περιφέρεια Αττικής σύμφωνα με την απογραφή του 2001 διέμενε το 35,6% του πληθυσμού ενώ έχει συγκεντρωθεί το 49,3% του ιατρικού δυναμικού της χώρας (Βαρδαμπάσης και συν., 2014) και το 70% των ειδικοτήτων (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012) , με συνέπεια την υποστελέχωση των περιφερειακών δομών της χώρας. Οι σημαντικότεροι λόγοι που δρουν αποτρεπτικά στο ιατρικό προσωπικό στο να εργαστούν στην επαρχία είναι :

- Ο φόρτος εργασίας
- Η επαγγελματική απομόνωση και ο «θάνατος» της καριέρας
- Η υποστελέχωση των απομακρυσμένων μονάδων με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (Βαρδαμπάσης και συν., 2014)

Η κάλυψη των αναγκών στις απομακρυσμένες περιοχές δεν βασίστηκε στην ουσιαστική κάλυψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανά την επικράτεια αλλά στον υποχρεωτικό χαρακτήρα της υπηρεσίας υπαίθρου , το λεγόμενο «αγροτικό», και λιγότερο στην κινητοποίηση ειδικευμένων ιατρών για εγκατάσταση στην ύπαιθρο (Ζοπουνίδης , 2007)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκου (για το έτος 2006)

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
ΑΤΤΙΚΗ	7,3	4,2
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	2,7	2,3
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	4,2	3,8
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	3,6	2,9
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	4,4	3,6
ΉΠΕΙΡΟΣ	5,5	5,7
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	4,2	3,9
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	5,6	4,2
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	3,2	2,9

ΙΟΝΙΟ		4,2	3,3
ΝΗΣΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ		3,4	3,7
ΝΗΣΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ		3,2	3,6
ΚΡΗΤΗ		5,4	4,7

(Economou , 2010)

Τα τελευταία 20 χρόνια ο αριθμός του υγειονομικού προσωπικού διπλασιάστηκε άναρχα και χωρίς προγραμματισμό και συνοδεύτηκε από μια σειρά στρεβλώσεων στον αριθμό , τη σύνθεση και τη γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού , στην ποιότητα της εκπαίδευσης κυρίως λόγω της αποσύνδεσης των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης και της απουσίας συγκεκριμένης πολιτικής ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας. (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012) Οι επενδύσεις στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας είναι χαμηλότερες από όσο θα υπέθετε κανείς μειώνοντας τη σταθερότητα των συστημάτων υγείας και του εργατικού δυναμικού. Η χρόνια υποεπένδυση στην εκπαίδευση και επιμόρφωση των εργαζομένων στην υγεία και η ασυμφωνία μεταξύ των πολιτικών των συστημάτων υγείας , του εκπαιδευτικού συστήματος και των αναγκών του πληθυσμού καταλήγει σε διαρκή ελλείμματα (WHO, 2016) Υπολογίζεται από έρευνες ότι η έλλειψη σε υγειονομικό προσωπικό ανέρχεται σε παραπάνω από 4 εκατομύρια εργαζόμενους παγκοσμίως. (Dubois , Singh , 2009)

Ένα ακόμα πρόβλημα στην διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού είναι η υψηλή πυκνότητα του ιατρικού προσωπικού που ξεπερνά κατά πολύ τις αναλογίες των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται σαν έντονα ιατροκεντρικό. Η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη αναλογία ιατρών (5,35 ανά 1000 κατοίκους) , με δεύτερο το Βέλγιο (4,02 / 1000 κατοίκους) και τρίτη την Ελβετία (3,85 / 1000 κατοίκους). Ο υψηλός ιατρικός πληθωρισμός και η απουσία ελέγχου της ιατρικής δημογραφίας οδηγεί συχνά στην εισαγωγή φαινομένων προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας , αύξηση των δαπανών υγείας και σε φαινόμενα παραοικονομίας. (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012)

Οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων αλλά και των απαιτήσεων των υπηρεσιών , των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης είναι σημαντικές. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους ενώ οι ακαδημαϊκή κοινότητα αντιμετωπίζει συχνά προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης. (Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000) Έτσι , το πρόβλημα της ποιότητας της εκπαίδευσης στα επαγγέλματα υγείας αποτελεί πρόκληση για την διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού. Τυπικά η παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση ακολουθεί τα πρότυπα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς το περιεχόμενο των μαθημάτων. Παρόλα αυτά υπάρχουν διαχρονικές ποιοτικές αδυναμίες που σχετίζονται με την αναλογία

διδασκαλίας. (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012)

Στην χώρα μας υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ελλείψεις αυτές κατατάσσουν την Ελλάδα τελευταία μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Ένα από τα άμεσα αποτελέσματα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι η ύπαρξη εντός αυτών μεγάλου αριθμού αποκλειστικών νοσοκόμων με βάση ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια χωρίς να διαθέτουν πάντα το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό, μεγάλες είναι και οι ελλείψεις σε επαγγέλματα που είναι απαραίτητα για την επιδίωξη των μεταρρυθμιστικών στόχων, όπως είναι ικανά διευθυντικά στελέχη με γνώση σύγχρονων τεχνικών διοίκησης, επιχειρησιακοί ερευνητές και άλλοι επιστημονες (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012). Ο συνεχιζόμενος προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού απαιτεί ικανά στελέχη με πληθώρα ειδικοτήτων και ικανοτήτων που θα πρέπει να περιλαμβάνουν επιστήμονες με ειδικότητα :

- Στο μανατζμεντ του ανθρώπινου δυναμικού για την υγεία
- Στην οικονομική και στατιστική ανάλυση
- Στην διοίκηση δημόσιας υγείας
- Στις κοινωνικές επιστήμες
- Στο νοσοκομειακό σχεδιασμό
- Στον εκπαιδευτικό σχεδιασμό
- Επιστήμονες υγείας. (Kolehmainen - Aitken, 1993)

Επιπρόσθετα, υπάρχει έλλειψη σε κατάλληλα και διαρκή συστήματα σχεδιασμού στον τομέα της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Πολλές χώρες θεωρούν τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού σαν μια γραμμική διαδικασία με διακριτή αρχή και τέλος αντί για μια κυκλική διαδικασία όπου κάθε φάση του σχεδιασμού ανατροφοδοτεί την επόμενη. Πολύ συχνά επίσης ο σχεδιασμός της ΔΑΔ επικεντρώνεται στον αριθμό του προσωπικού και όχι στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του (Kolehmainen - Aitken, 1993)

Τέλος, υπάρχει έλλειμμα πληροφοριών και δεδομένων καθώς και ακατάλληλες ή υποαναπτυγμένες μέθοδοι στη διαχείριση του ανθρώπινου κεφαλαίου. Πολλές από τις μεθόδους που έχουν αναπτυχθεί σε διάφορα κράτη έχουν σχεδιαστεί αρχικά για διαφορετικές δομές και συστήματα υγείας με συνέπεια να αποδίδουν διαφορετικά αποτελέσματα. Οι τύποι των δεδομένων που είναι απαραίτητοι στον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού (π.χ. επιδημιολογικά και διαχειριστικά δεδομένα) είναι πολλά και πολύπλοκα. Έτσι πολύ συχνά οι διαχειριστές των αποφάσεων βρίσκονται αντιμέτωποι με ακατάλληλα στατιστικά δεδομένα που δεν έχουν αναλυθεί και προσφέρουν ελάχιστη και κατακερματισμένη πληροφορία για τη σύσταση ,

την χρησιμοποίηση και το κόστος της εργασίας. (Kolehmainen - Aitken, 1993)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ – ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΘΕΣΕΩΝ

Ο προγραμματισμός πλήρωσης θέσεων προσωπικού σε μια νοσηλευτική μονάδα διέρχεται από τη διερεύνηση των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό. Η διαδικασία αυτή απαιτεί αρχικά :

- Την οριοθέτηση του εύρους των εργασιακών πεδίων και την αντιστοίχησή τους σε κάθε ειδικότητα επαγγελματιών υγείας
- Τον όγκο παραγωγής των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη δυναμικότητα των κλινών
- Τη γνώση των προτυποποιημένων σχέσεων μεταξύ κλινών και κατηγοριών επαγγελματιών υγείας π.χ τη σχέση ιατρών / κλινών , νοσηλευτών / κλινών κτλ
- Τη γνώση των αναλογιών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας δηλαδή ιατρών – νοσηλευτών, ιατρών – τεχνολόγων κτλ
- Τις παραγόμενες ποσότητες απεικονιστικών εξετάσεων ανά μηχανήμα και ανά τεχνολόγο.
- Τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά εργασίας και τις αντίστοιχες εκροές του εκπαιδευτικού συστήματος για τις ειδικότητες των

επαγγελματιών υγείας και τα επαγγελματικά δικαιώματά τους (Γούλα , 2007)

Για την εκτίμηση των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό παραδοσιακά έχουν περιγραφεί τέσσερις μέθοδοι :

1. Μέθοδοι που βασίζονται στις ανάγκες (needs – based approaches)
2. Μέθοδοι που βασίζονται στη ζήτηση ή χρήση των υπηρεσιών (utilization / demand – based approaches)
3. Μέθοδοι αναλογιών προσωπικού ανα πληθυσμό (health workforce to population ratios)
4. Μέθοδοι καθορισμού στόχων (target – setting approaches) (Dreesch et al., 2005)

Παραδείγματα αυτών των μεθόδων αναλύονται σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας.

Οι μεταβολές στο στελεχιακό δυναμικό μπορεί να είναι μηδενικές , δηλαδή να μην γίνει αλλαγή στο προσωπικό, αφαιρετικές με αποδέσμευση προσωπικού ή προσθετικές με την πρόσληψη νέου προσωπικού (Τζωρτζάκης , Τζωρτζάκη , 2007)

Προσέλκυση προσωπικού

Για την προσέλκυση νέου προσωπικού από την αγορά εργασίας ένας οργανισμός μπορεί να χρησιμοποιήσει εσωτερικές και εξωτερικές πηγές . Μερικές χαρακτηριστικές εσωτερικές και εξωτερικές πηγές αναζήτησης προσωπικού είναι :

1. Εσωτερική αξιοποίηση και ανάπτυξη με την εσωτερική προαγωγή ή μετάθεση του υπάρχοντος προσωπικού , βάσει της αξιολόγησης , βασιζόμενης στις ιδιαιτερότητες και στα προσόντα που απαιτούνται για την ορθή στελέχωση κάθε τμήματος . Έτσι παρέχονται κίνητρα στους εργαζόμενους καθώς επισημαίνεται και αξιοποιείται η συνεισφορά τους στον οργανισμό . Οι ικανοί και πρόθυμοι υπάλληλοι προωθούνται μέσω του εσωτερικού συστήματος προαγωγών από τις κατώτερες στις ανώτερες θέσεις .
2. Ανάρτηση στον πίνακα ανακοινώσεων, στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή σε εκδόσεις του οργανισμού.
3. Συστάσεις εργαζομένων ως εσωτερική πηγή πληροφόρησης. (Βαξεβανίδου , Ρεκλείτης , 2008)

4. Το ίδιο το προσωπικό που ήδη εργάζεται στον οργανισμό μπορεί να κοινοποιεί την ανάγκη για νέο προσωπικό στον κύκλο γνωστών και συγγενών του.
5. Μέσω γραφείων ευρέσεως εργασίας και του ΟΑΕΔ
6. Μέσω των αρμόδιων γραφείων Πανεπιστημίων κι εκπαιδευτικών οργανισμών.
7. Μέσω προκηρύξεων για θέσεις που θα καλυφθούν μετά από διαγωνισμό και αφορά συνήθως Οργανισμούς ΝΠΔΔ.
8. Καταχώρηση αγγελιών σε περιοδικά , εφημερίδες και διαδίκτυο από τις οποίες ο οργανισμός επικοινωνεί με την αγορά εργασίας άμεσα ή έμμεσα , μέσω γραφείου συμβούλων εξειδικευμένου στις προσλήψεις. (Τζωρτζάκης , Τζωρτζάκη , 2007)
9. Ημέρες καριέρας . Πρόκειται για αγορά εργασίας όπου 1 ή 2 φορές το χρόνο συναντιούνται οι επί πτυχίω φοιτητές διαφόρων σχολών με στελέχη οργανισμών με σκοπό τη διερεύνηση ευκαιριών απασχόλησης στο μέλλον.
10. Μέσω εταιρειών leasing εργαζομένων . Πρόκειται για εταιρείες που «νοικιάζουν» υπαλλήλους για προσωρινή απασχόληση. Η εταιρεία leasing χειρίζεται όλα τα θέματα πρόσληψης , μισθοδοσίας , ασφάλειας κτλ αντί για τον οργανισμό. (Χυτήρης , 2001)

Επιλογή και πρόσληψη προσωπικού

Είναι η διαδικασία κατά την οποία η διοίκηση ενός οργανισμού αποφασίζει από ένα σύνολο υποψηφίων ποιος είναι ο ιδανικός για να καλύψει μια συγκεκριμένη θέση. Για τους οργανισμούς του ιδιωτικού τομέα τα συνήθη στάδια για την επιλογή των υποψηφίων είναι :

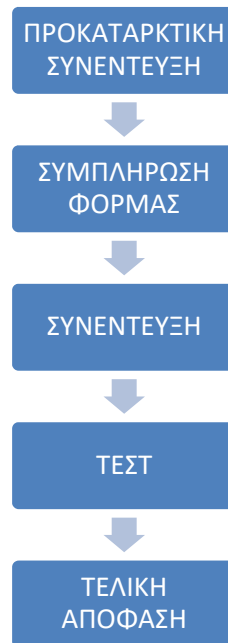
A) Η προκαταρκτική συνέντευξη

B) Η συμπλήρωση του πληροφοριακού εντύπου (φόρμας) από τον υποψήφιο

Γ) Η συνέντευξη

Δ) Το τεστ για την επιλογή

Ε) Η απόφαση της επιλογής.



(Τζωρτάκης , Τζωρτζάκη , 2007)

Κάθε διαδικασία επιλογής , από την πιο άτυπη μέχρι την πιο συστηματική , περιλαμβάνει τη συνέντευξη με σκοπό να εκτιμηθούν οι γνώσεις , οι ικανότητες και η προσωπικότητα των υποψηφίων.

Ανάλογα με τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για την άντληση των πληροφοριών οι τύποι της συνέντευξης είναι :

- 1) *Η μη σχεδιασμένη (ελεύθερη) συνέντευξη* : Αυτός ο τύπος συνέντευξης έχει σχεδιαστεί για υποψηφίους ανώτερων θέσεων και πτυχιούχους πανεπιστημίων. Χρησιμοποιούνται ανοικτές ερωτήσεις και ο υποψήφιος έχει ελευθερία στην έκταση των απαντήσεων του δίνοντας του τη δυνατότητα να μιλήσει για ότι ο ίδιος θεωρεί σημαντικό και ενδιαφέρον.
- 2) *Τυπική ή σχεδιασμένη συνέντευξη* : Οι ερωτήσεις είναι προκαθορισμένες και συγκεκριμένες σχετικά με τις απαιτήσεις της θέσης εργασίας και χρησιμοποιείται ειδικό έντυπο ερωτήσεων. Σε όλους τους υποψήφιους γίνονται οι ίδιες ερωτήσεις . Ενδείκνυται για το αρχικό στάδιο επιλογής όταν υπάρχει μεγάλος αριθμός υποψηφίων , όμως περιορίζει τον συντελεστή στην άντληση πληροφοριών.
- 3) *Συνέντευξη ανάλυσης υποθετικής συμπεριφοράς* : Αποτελεί παραλλαγή της δομημένης συνέντευξης στην οποία δίνεται στον υποψήφιο ένα υποθετικό σενάριο.

- 4) *Συνέντευξη ανάλυσης συμπεριφοράς* : Ζητείται από τον υποψήφιο να περιγράψει τι έκανε σε κάποιο πραγματικό περιστατικό από την εμπειρία του.
- 5) *Συνέντευξη από επιτροπή* : Γίνεται από 3 – 5 αξιολογητές με προκαθορισμένες ερωτήσεις. Είναι αξιόπιστη μέθοδος αφού περισσότεροι άνθρωποι συμφωνούν για την καταλληλότητα ενός υποψηφίου .
- 6) *Συνέντευξη ψυχολογικής πίεσης* : Επιδιώκεται να εκτιμηθεί κατά πόσο ο υποψήφιος αντιδρά ψύχραιμα σε καταστάσεις έντονης ψυχολογικής πίεσης. (Χυτήρης , 2001)

Πολύ συχνά κατά την επιλογή των κατάλληλων υποψηφίων χρησιμοποιούνται οι λεγόμενες ψυχομετρικές δοκιμασίες , οι οποίες κατασκευάστηκαν αρχικά από βιομηχανικούς ψυχολόγους στην προσπάθεια να ανακαλυφθούν πιο αντικειμενικά μέσα μέτρησης των προσόντων των υποψηφίων και να αποκλειστεί η πιθανότητα προκατάληψης. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες : στα τεστ γνώσεων και τα τεστ προσωπικότητας. Παραδείγματα τέτοιων τεστ είναι :

- *Ψυχολογικά τεστ καταλληλότητας ή κλίσης* .
Τα σωστά επιλεγμένα τεστ κλίσης έχουν μεγάλη εγκυρότητα και αξιοπιστία στη διαδικασία επιλογής και καλύπτουν ικανότητες όπως είναι η γενική νοημοσύνη , η λεκτική και χωροαντιληπτική ικανότητα κ.ά . Διακρίνονται περαιτέρω σε τεστ νοημοσύνης και γενικής πνευματικής ικανότητας και σε ειδικά τεστ ικανότητας.
- *Τεστ απόδοσης* .
Είναι από τα πιο απλά καθώς ο υποψήφιος καλείται να επιδείξει την ικανότητα να κάνει κάποια δουλειά γραπτά, προφορικά ή μέσω δείγματος εργασίας.
- *Τεστ εκπαιδευσιμότητας* .
Εφαρμόζονται για εργασίες που ο υποψήφιος δεν αναμένεται να γνωρίζει
- *Τεστ καταστάσεων* .
Αξιολογείται η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων πραγματικού έργου.
- *Τεστ προσωπικότητας*.
Σε αντίθεση με τα γνωστικά τεστ , τα τεστ προσωπικότητας δεν έχουν σωστές απαντήσεις . Ο σκοπός τους είναι να πάρουν από τους υποψηφίους αυτο-περιγραφικές απαντήσεις. Διερευνούν ικανότητες όπως είναι η κυριαρχία , η ανοχή , η εξωστρέφεια , η αυτοπεποίθηση , ο νευρωτισμός κ.α. (Κανελλόπουλος , 2002)

Πλήρωση θέσεων στο Δημόσιο Τομέα

Η οργανωτική δομή των οργανισμών υγείας , οι προσλήψεις , η αξιολόγηση και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και η χρηματοδότηση τους καθορίζονται από την πολιτεία. (Χριστοπούλου , Καρακωστας , 2015) Έτσι , η πλήρωση θέσεων (υφιστάμενων ή ιδρυόμενων) , ο αριθμός , οι κατηγορίες , οι ειδικότητες και οι κλάδοι των προσλαμβανόμενων υπαλλήλων στο δημόσιο τομέα αποφασίζεται από τα αρμόδια όργανα της Κυβέρνησης, των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και από τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου (Ν. 2190/1994 ΦΕΚ Α΄28)

Οι δημόσιες υπηρεσίες και τα ΝΠΔΔ προγραμματίζουν σε ετήσια βάση τις ανάγκες τους σε ανθρώπινο δυναμικό ενώ το Υπουργείο Εσωτερικών , Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης συντονίζει τον τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού στο πλαίσιο της γενικότερης κυβερνητικής πολιτικής . (Ν.3528 /2007 ΦΕΚ Α΄ 26)

Η πλήρωση των θέσεων γίνεται με δημόσιο διαγωνισμό σύμφωνα με τις αρχές της ίσης ευκαιρίας συμμετοχής , της αξιοκρατίας , της αντικειμενικότητας , της κοινωνικής αλληλεγγύης , της διαφάνειας και της δημοσιότητας. Κάθε διαδικασία διορισμού προϋποθέτει προηγούμενη προκήρυξη η οποία δημοσιεύεται σε ειδικό τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως και αναδημοσιεύεται σε άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης για την εξασφάλιση ευρύτερης κοινοποίησης στους υποψηφίους. (Ν.3528 /2007 ΦΕΚ Α΄ 26)

Η πλήρωση των θέσεων προσωπικού υπαγεται στην αρμοδιότητα του Ανώτατου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού (ΑΣΕΠ) το οποίο λειτουργεί σαν ανεξάρτητη αρχή και δεν υπόκειται σε έλεγχο από την κυβέρνηση ή άλλη διοικητική αρχή. Ο ΑΣΕΠ προκηρύσσει την πλήρωση των θέσεων , συγκροτεί τις απαιτούμενες επιτροπές και ασκεί όλες τις απαιτούμενες ενέργειες για την ολοκλήρωση των διαγωνισμών μέχρι τον καθορισμό των διοριστέων.(Ν.2190 / 1994 ΦΕΚ Α΄ 28)

Οι διαδικασίες επιλογής προσωπικού μέσω ΑΣΕΠ είναι :

A) Με γραπτό διαγωνισμό για κατηγορίες Πανεπιστημιακής , . Τεχνολογικής και Διετούς Εκπαίδευσης

B) Με βαθμολόγηση αντικειμενικών κριτηρίων (σειρά προτεραιότητας)

Η διαδικασία αυτή εφαρμόζεται σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού κατά την οποία επιλέγονται όσοι καταλαμβάνουν τις υψηλότερες θέσεις σε πίνακα φθίνουσας κατάταξης βάσει βαθμολογούμενων αντικειμενικών κριτηρίων (όπως τίτλοι σπουδών , εργασιακή εμπειρία , γνώση Η/Υ και ξένων γλωσσών κ.α) με παράλληλη σε ορισμένες περιπτώσεις χρήση και κριτηρίων πρόταξης (π.χ εντοπιότητα)

Συμπληρωματικές μέθοδοι αξιολόγησης είναι :

- Η ειδική γραπτή δοκιμασία (test) για την εξέταση των γενικότερων πρακτικών γνώσεων και δεξιοτήτων το οποίο διενεργείται κάθε 2 χρόνια και ο βαθμός του ισχύει 10 χρόνια. Η συμμετοχή του είναι προαιρετική
- Η πρακτική δοκιμασία , προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι υποψήφιοι που φέρονται σε σειρά πρόσληψης έχουν την απαιτούμενη καταλληλότητα για την άσκηση των καθηκόντων της προς πλήρωση θέσης
- Η προφορική συνέντευξη. Επιτρέπεται εκτός από τις διαδικασίες επιλογής επιστημονικού προσωπικού και σε περιπτώσεις πλήρωσης θέσεων που σχετίζονται με την ασφάλεια της ανθρώπινης ζωής και σε περιπτώσεις πρόσληψης του λοιπού προσωπικού των ανεξάρτητων αρχών στις οποίες προβλέπεται συνέντευξη (ΑΣΕΠ, 2016)

Προϋποθέσεις διορισμού στο ελληνικό δημόσιο είναι :

1. Η ελληνική ιθαγένεια
2. Η συμπλήρωση του 21^{ου} έτους της ηλικίας για τις ΠΕ , ΤΕ και ΔΕ κατηγορίες και του 20^{ου} έτους για την κατηγορία ΥΕ.
3. Η εκπλήρωση ή νόμιμη απαλλαγή των στρατιωτικών υποχρεώσεων
4. Η κατάσταση της υγείας που να επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων που προβλέπονται για τη θέση
5. Η μη καταδίκη για κακούργημα , κλοπή , υπεξαίρεση , απάτη , εκβίαση , απιστία , πλαστογραφία , δωροδοκία , παράβαση καθήκοντος και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γεννητήσιας ζωής
6. Η μη απόλυση από άλλη θέση για πειθαρχικούς λόγους
7. Η κατοχή των προσόντων διορισμού όπως προβλέπονται από την προκήρυξη κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας της αίτησης. (Ν.3528 / 2007 ΦΕΚ Α'26)

Η διαδικασία πλήρωσης θέσεων για το ιατρικό προσωπικό είναι διαφοροποιημένη. Οι υποψήφιοι κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού προσωπικού σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ν. 1278/82 (ΦΕΚ Α /105) . Για τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη :

1. Η ιατρική προϋπηρεσία σε νοσοκομεία , ασφαλιστικούς οργανισμούς , ελεύθερο επάγγελμα.
2. Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα .
3. Η εκπαιδευτική δραστηριότητα τόσο ως εκπαιδευτή όσο και ως εκπαιδευόμενου.

4. Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 87/86 ο αριθμός των θέσεων προσωπικού κάθε νοσοκομείου ορίζεται κατά υπηρεσία σε ποσοστό :

- 6 – 15 % για την ιατρική υπηρεσία
- 35 – 45 % για τη νοσηλευτική υπηρεσία
- 35 – 40 % για τη διοικητική υπηρεσία

επί της συνολικής δύναμης κρεβατιών του Νοσοκομείου , πολλαπλασιάζοντας με το συντελεστή

α) Για τα Γενικά Νοσοκομεία 2 -3

β) Για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία 0,5 – 2 και

γ) Για τα Ειδικά Νοσοκομεία 1,8 – 2,8 .

Κεφάλαιο 2°

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η οργανωτική δομή των νοσοκομείων σήμερα είναι ένα περίπλοκο σύστημα από επιτροπές , τμήματα , προσωπικό και υπηρεσίες. Το

νοσοκομείο εκτός από ανθρωποκεντρικός οργανισμός φροντίδας είναι και πολύπλευρη επιχείρηση με σύγχρονη τεχνολογία και σαν κάθε άλλη σύγχρονη επιχείρηση λειτουργεί με ιεραρχία του προσωπικού, «κανάλια» εξουσιών και ευθυνών. (Sultz , Young ,2011) Το νοσοκομείο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας διότι αποτελεί τον κύριο άξονα προσφοράς υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Σαν οργανισμός ανήκει στον τριτογενή τομέα καθώς συνήθως απασχολεί περισσότερους από 100 εργαζόμενους.(Καρασούλος , 2014)

Με τον Οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται :

1. Η νομική μορφή του
2. Η επωνυμία του
3. Η έδρα του
4. Η σφραγίδα του
5. Ο σκοπός του
6. Ο συνολικός αριθμός κραββατιών και η κατανομή τους στους διάφορους τομείς
7. Οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας
8. Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας και οι αρμοδιότητές τους
9. Οι κλάδοι του προσωπικού
10. Οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους
11. Οι πηγές των εσόδων του. (Π.Δ 87 ΦΕΚ Α΄ 32 , 27-3-1986)

Το προσωπικό του νοσοκομείου κατατάσσεται γενικά σε 4 κατηγορίες :

- Στο ιατρικό προσωπικό
- Στο νοσηλευτικό προσωπικό
- Στους παραϊατρικό προσωπικό
- Στο διοικητικό προσωπικό

Η στελέχωση του νοσοκομείου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως είναι :

- Η πληρότητα του νοσοκομείου
- Η μέση διάρκεια νοσηλείας
- Το ποσοστό κλινών βραχείας νοσηλείας και το ποσοστό κλινών ΜΕΘ επί του συνόλου
- Ο αριθμός εξεταστηρίων στα Εξωτερικά Ιατρεία και ο αριθμός χειρουργείων σε συνδυασμό με την ένταση της χρήσης τους
- Η παραγωγικότητα του προσωπικού (Κονταράτος, 2003)

Οι υγειονομικοί οργανισμοί παρουσιάζουν οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις αρχές και το πλαίσιο διοίκησης άλλων οργανισμών. Χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα , διαρκή εξέλιξη και υψηλού βαθμού καταμερισμό της εργασίας. Η δομή τους είναι πολυεπίπεδη και τα άτομα που τη στελεχώνουν διαφέρουν ως προς το κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο.

Υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες στη διοίκηση λόγω της διάσπασης της δομής της εξουσίας και της σύγχυσης ως προς το δικαίωμα λήψης αποφάσεων (κάθετη διαφοροποίηση) . Έτσι , συχνά παρατηρείται επικάλυψη εξουσίας των κυρίαρχων ομάδων σε βάρος αυτών με μικρότερη ισχύ. Η εξουσία των ιατρών λόγω του ειδικού τους ρόλου καθιστά τα νοσοκομεία ιατροκεντρικούς οργανισμούς. Έτσι συνυπάρχουν δύο μορφές εξουσίας . Η μία ασκείται από τους διοικητές των νοσοκομείων οι οποίοι στηρίζονται θεσμικά από το νόμο , ενώ από την άλλη από τους γιατρούς οι οποίοι στηρίζονται στο σημαντικό τους ρόλο στη θεραπεία των ασθενών. Έτσι επιβάλλεται μια μορφή οργάνωσης και λειτουργίας που να επιτρέπει με τρόπο ομαλό την συνύπαρξη τους και την εξομάλυνση των τυχόν συγκρούσεων. (Κωσταγιόλας και συν., 2008)

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Όργανα διοίκησης του νοσοκομείου στο ΕΣΥ είναι :

- Το Διοικητικό Συμβούλιο
- Ο Διοικητής του Νοσοκομείου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο είναι 7μελές για νοσοκομεία με <399 κλίνες και 9μελές για νοσοκομεία με >400 κλίνες. Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου είναι τα εξής :

- 1) Ο Διοικητής του νοσοκομείου που είναι και ο πρόεδρος του Δ.Σ.
- 2) Τρία ή τέσσερα μέλη (αναλόγως του μεγέθους) που ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας με τους αναπληρωτές τους.
- 3) Τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου.
- 4) Τον εκπρόσωπο της Ιατρικής Υπηρεσίας
- 5) Το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.
- 6) Έναν εκλεγμένο εκπρόσωπο του προσωπικού του Νοσοκομείου (πλην των ιατρών)

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου έχει την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας , της οργάνωσης , του συντονισμού και του ελέγχου όλων των τμημάτων του νοσοκομείου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο συνέρχεται δύο φορές το μήνα τακτικά και εκτάκτως μετά από πρόσκληση του Διοικητή του νοσοκομείου. Το Δ.Σ έχει τις κάτωθι αρμοδιότητες :

- Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο του Νοσοκομείου
- Εγκρίνει τη δημιουργία , συγχώνευση ή μείωση των τμημάτων του νοσοκομείου
- Εγκρίνει την ανέγερση ή αναδιάταξη των υποδομών του νοσοκομείου.
- Εγκρίνει τον οργανισμό του νοσοκομείου
- Εγκρίνει τον ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων προσωπικού.
- Εγκρίνει τον προϋπολογισμό.
- Εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών
- Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τη χρηματοδότηση έργων ή μελετών.
- Εγκρίνει τον προϋπολογισμό των δαπανών που αφορά τις εφημερίες των ιατρών και τις υπερωρίες του υπόλοιπου προσωπικού.
- Εγκρίνει τις εκπαιδευτικές άδειες.
- Αποστέλλει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. (Ν.3329 / ΦΕΚ Α΄ 81/2005)

Στα νοσοκομεία με δύναμη άνω των 400 κλινών η Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τρεις υποδιευθύνσεις :

1. Υποδιεύθυνση Διοικητικού που αποτελείται από τα τμήματα:
 - Προσωπικού
 - Γραμματείας

- Κίνησης ασθενών
- Γραμματείας Εξωτερικών Αθενών
- Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Παραϊατρικών επαγγελματών (Τεχνολόγων)

2. Υποδιεύθυνση Οικονομικού που αποτελείται από τα τμήματα :

- Οικονομικού
- Πληροφορικής Οργάνωσης
- Διατροφής

3. Υποδιεύθυνση Τεχνικού που αποτελείται από τα τμήματα :

- Τεχνικού
- Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Υπάρχουν επίσης τα Αυτοτελή Γραφεία :

- Επιστασίας και
- Ιματισμού (Π.Δ Υπ. Αριθμ. 87 /1986 ΦΕΚ Α΄32)

Οι αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας κατά Τμήμα είναι :

1. *Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού :*

Φροντίζει για τη βέλτιστη διοίκηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και χειρίζεται κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου.

Είναι υπεύθυνο για την τήρηση αρχείου των εργαζομένων στο νοσοκομείο, των συνταξιοδοτήσεων, των απολύσεων και των προσλήψεων και για την τήρηση και φύλαξη του προσωπικού μητρώου όλων των υπαλλήλων, του αρχείου για τις βάρδιες, πάσης φύσεως άδειες, εφημερίες, υπερωρίες όλου του προσωπικού και την έγκρισή τους από τις αρμόδιες Διευθύνσεις. Επίσης καταρτίζει και παρακολουθεί προγράμματα, εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και έρευνας προσωπικού.

2. *Τμήμα Γραμματείας :*

Προσφέρει γραμματειακή υποστήριξη σε όλα τα ιατρικά και νοσηλευτικά τμήματα. Έχει την ευθύνη παροχής πληροφοριών γενικής φύσεως προς το κοινό και τους ασθενείς. Είναι υπεύθυνο για την διατήρηση αρχείου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου και την διακίνηση της αλληλογραφίας . Τέλος , βεβαιώνει το γνήσιο της υπογραφής , επικυρώνει αντίγραφα και φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της Γραμματειακής Υποστήριξης

3. *Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών :*

Προσφέρει γραμματειακή υποστήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών και φροντίζει την υποδοχή και καθοδήγηση των ασθενών , ρυθμίζει την σειρά προσέλευσης των πολιτών και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους αν χρειαστεί. Φροντίζει για την είσπραξη των ανάλογων εσόδων.

4. Τμήμα Κίνησης Ασθενών

Φροντίζει για την έκδοση εισιτηρίων και εξιτηρίων ασθενών και την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής. Τηρεί αρχείο κενών κλινών και ενημερώνει τους ασθενείς για την εισαγωγή τους σύμφωνα με τη σειρά στον κατάλογο αναμονής. Επίσης φροντίζει για τη λογιστική παρακολούθηση του λογαριασμού των νοσηλευομένων και για την είσπραξη των ανάλογων εσόδων. Έχει την ευθύνη της φύλαξης και σωστής αρχειοθέτησης των ιατρικών φακέλων όλων των ασθενών.

5. Τμήμα Οικονομικού :

Είναι υπεύθυνο για όλες τις λογιστικές δραστηριότητες, την τήρηση της φορολογικής νομοθεσίας, την παρακολούθηση παγίων και αποσβέσεων, την είσπραξη των ληξιπρόθεσμων χρεών, τη διαχείριση των χρημάτων και της ταμειακής ρευστότητας του νοσοκομείου. Αναλαμβάνει τις πάσης φύσεως οικονομικές συναλλαγές με ασφαλιστικούς οργανισμούς, τράπεζες, προμηθευτές κ.λπ. (πληρωμές, εισπράξεις, έκδοση επιταγών) και την προετοιμασία της μισθοδοσίας του προσωπικού. Επιμελείται τη σύνταξη του οικονομικού προϋπολογισμού και την παρακολούθηση των τμηματικών προϋπολογισμών. Τέλος έχει την ευθύνη παρακολούθησης όλων των προμηθειών αναλώσιμου και μη υλικού, της σύνταξης του ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών και της οργάνωσης και λειτουργίας των αποθηκών του Νοσοκομείου.

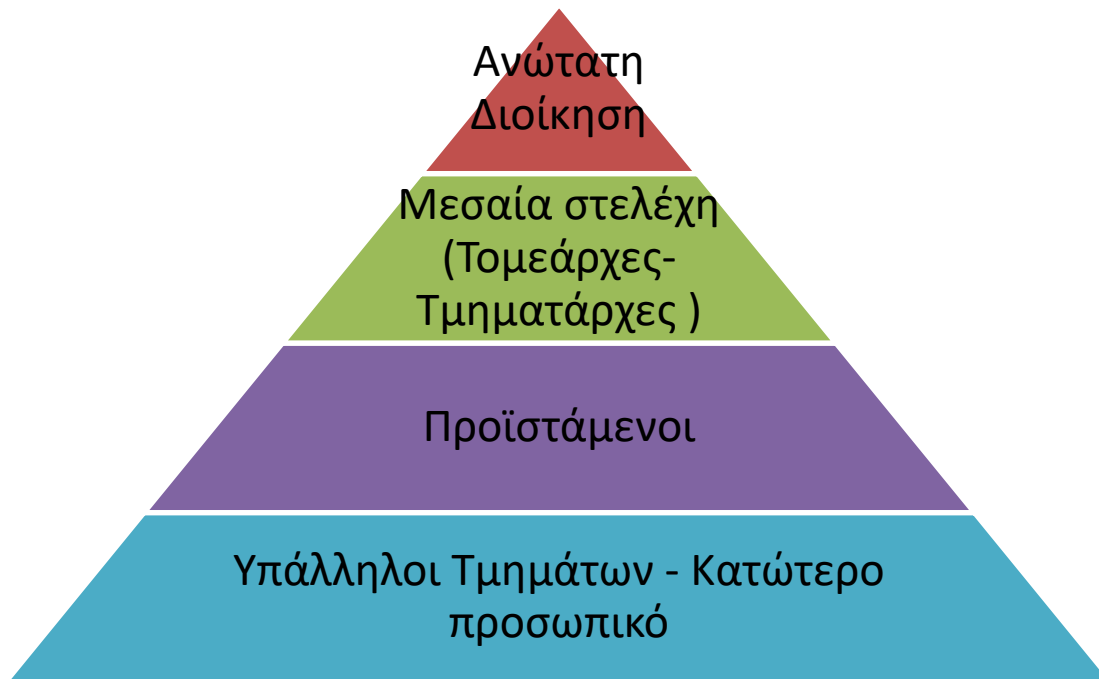
6. Τμήμα Τεχνικού και Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Το τμήμα τεχνικού επιμελείται τη συντήρηση και τις επισκευές όλων των οικοδομικών και κτιριακών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου, του εξοπλισμού και του περιβάλλοντος χώρου. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων και επιβλέπει την εκτέλεσή τους.

Το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας έχει την ευθύνη της ορθολογικής χρήσης και της ομαλής λειτουργίας του ιατρικού εξοπλισμού και των αναλωσίμων, την συντήρηση και επισκευή τους και την τήρηση των προτύπων και κανόνων ασφαλείας για την προστασία του προσωπικού και των ασθενών.

7. Τμήμα Επιστάσις-Ιματισμού: Μεριμνά για τον καθαρισμό, ευπρεπισμό και την καλή εμφάνιση του νοσοκομείου. Έχει την ευθύνη του τηλεφωνικού κέντρου και της ασφάλειας του προσωπικού, των επισκεπτών και νοσηλευομένων στο νοσοκομείο, καθώς και της φύλαξης των κτιρίων, και του πάσης φύσεως εξοπλισμού του νοσοκομείου. Ευθύνεται για τη διαχείριση, τον καθαρισμό, την εν γένει συντήρηση και ανανέωση του ιματισμού και διανομή τους

Τα νοσοκομεία είναι δομημένα σαν γραφειοκρατικές οργανώσεις. Μια αρχή γραφειοκρατικής οργάνωσης που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία είναι η ομαδοποίηση των ατομικών και συνολικών θέσεων σε μια ιεραρχία ή πυραμίδα. Στα πλαίσια αυτής της δομής τα άτομα στην κορυφή της πυραμίδας έχουν καθορισμένο πεδίο εξουσίας και η εξουσία αυτή μεταφέρεται προς τα κάτω, προς τους υπάλληλους στα κατώτερα επίπεδα της πυραμίδας όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα. (Wolper, 2001)

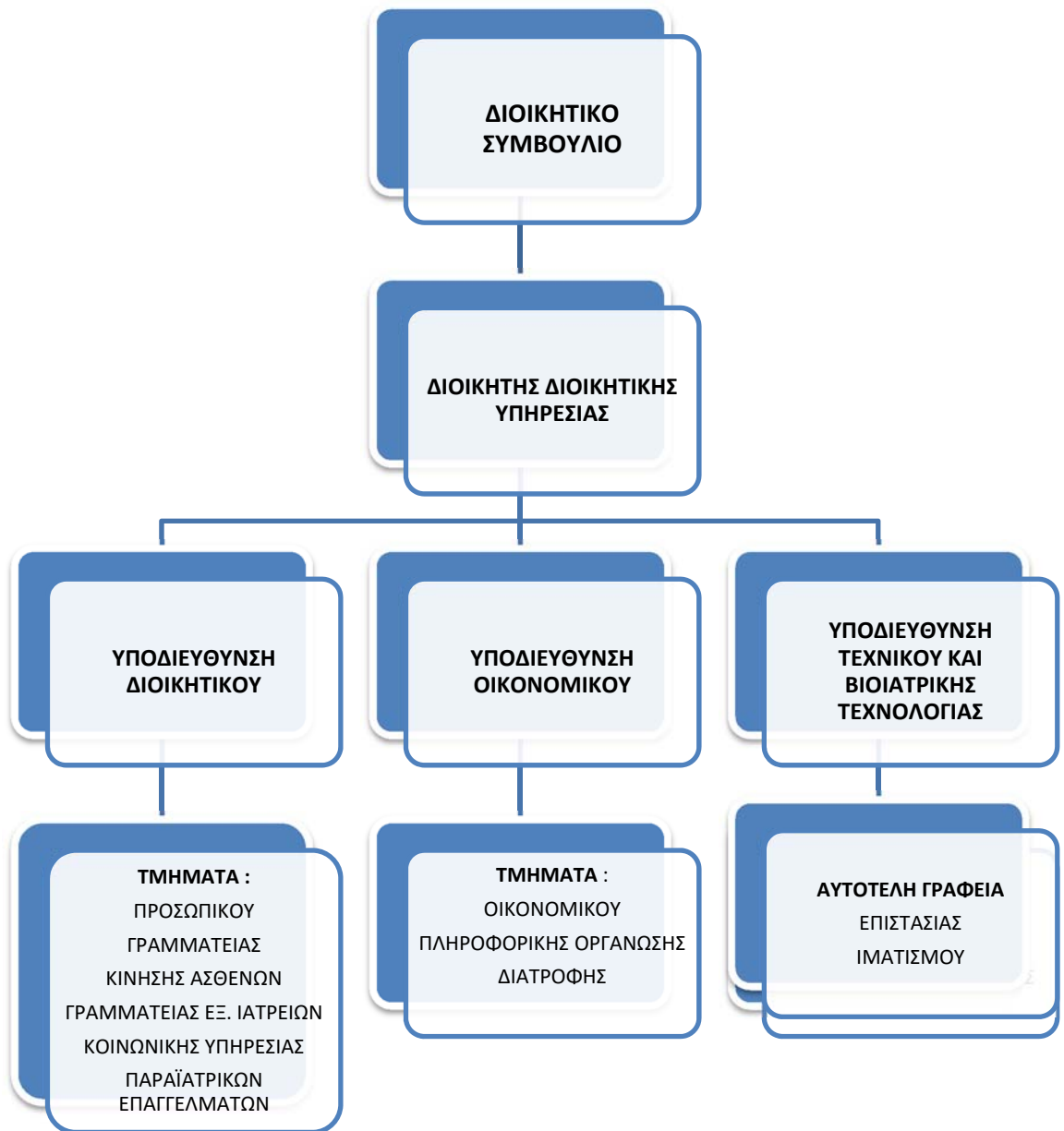


Η αποτελεσματική υλοποίηση του έργου ενός οργανισμού απαιτεί συντονισμό ο οποίος επιτυγχάνεται με την ομαδοποίηση των θέσεων σε διευθύνσεις και τμήματα . Τη διεύθυνση των τμημάτων και των διευθύνσεων αναλαμβάνει ένας προϊστάμενος κατέχοντας συγκεκριμένη θέση που δημιουργείται για το σκοπό αυτό. Βασική επιδίωξη της τμηματοποίησης είναι ασφαλώς η αποτελεσματικότητα που σημαίνει ότι θα πρέπει να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων , η συνέργεια, η συνεργασία και η ικανοποίηση των εργαζομένων.

Το οργανόγραμμα αποτελεί τη σχηματική απεικόνιση των τμημάτων , των θέσεων εργασίας και των γραμμών εξουσίας που τα συνδέουν . Σαν μέσο απεικόνισης της αρχιτεκτονικής του οργανισμού , το οργανόγραμμα παρουσιάζει :

- Τα κύρια και βοηθητικά τμήματα
- Τις θέσεις εργασίας και τους τίτλους αυτών
- Τις γραμμές εξουσίας
- Τη θέση του κάθε υπάλληλου στην οργανωτική δομή
- Τη φύση της εργασίας
- Τα επίπεδα ιεραρχίας
- Τις βασικές ροές πληροφοριών (Μπουραντάς , 2015)

Οργανόγραμμα Διοικητικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου



Η συνηθέστερη επιλογή διοίκησης σε ότι αφορά τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι ο κάθετος και ιεραρχικός , όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή. (Γώγος , 2011)

Ως διοικητικό στέλεχος ορίζεται το στέλεχος εκείνο το οποίο έχει την ευθύνη των αποτελεσμάτων της δουλειάς και άλλων ατόμων πέραν της δικής του. Οι κατέχοντες θέσεις διοικητικής ευθύνης ονομάζονται προϊστάμενοι ενώ αυτοί που διοικούνται από αυτούς τυπικά υφιστάμενοι. Οι πρώτοι διοικούν και οι δεύτεροι λογοδοτούν (Μπουραντάς , 2015)

Ηγεσία και Διοίκηση

Η λέξη ηγεσία προέρχεται από το αρχαίο ρήμα ηγούμαι , όπως ορίζεται η καθοδήγηση ανθρώπων από κάποιον προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση . (Πολύζος , 2014) Ηγέτης είναι το άτομο που χρησιμοποιεί διαπροσωπικές δεξιότητες για να επηρεάσει άλλα άτομα να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους. (Sullivan , 2013) Από κοινωνιολογική άποψη, η ηγεσία είναι η άμεση και για συγκεκριμένο στόχο επίδραση ενός ατόμου στα μέλη μιας ομάδας , ενός οργανισμού , μιας κοινότητας. Αποτελεί μια σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ ηγέτη και υφιστάμενου με προσανατολισμένη δράση σε συγκεκριμένους στόχους. (Πολύζος , 2014)

Το 1916 ο Γάλλος βιομήχανος Henri Fayol ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις λειτουργίες της διοίκησης , οι οποίες εξακολουθούν να υφίστανται μέχρι σήμερα ,παρόλο που η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας καθιστούν αυτές τις λειτουργίες πιο δύσκολες και λιγότερο σαφείς στην εφαρμογή τους. Οι λειτουργίες αυτές είναι :

- 1) Σχεδιασμός ή προγραμματισμός (planning) , ο οποίος περιλαμβάνει 4 στάδια :
 - Καθορισμός στόχων.
 - Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης και πρόβλεψη των μελλοντικών τάσεων και γεγονότων.
 - Διατύπωση γραπτής δήλωσης σχεδιασμού (planning statement) .
 - Μετατροπή του σχεδίου σε δήλωση δράσης.

Η λήψη αποφάσεων και η επίλυση προβλημάτων είναι στενά συνδεδεμένα με τον σχεδιασμό.

- 2) Οργάνωση (organizing) : είναι η διαδικασία συντονισμού των εργασιών που πρέπει να γίνουν . Επισήμως , αυτό συνεπαγεται τον καθορισμό του έργου του οργανισμού , τη διαίρεση της εργασίας , την ανάπτυξη της αλυσίδας της εντολής (δηλαδή της ιεραρχίας) και την ανάθεση των καθηκόντων. Είναι μια συνεχής διαδικασία που εξετάζει συστηματικά την χρήση των ανθρώπινων και υλικών πόρων . Στη φροντίδα υγείας η αποστολή , η επίσημη δομή του οργανισμού , οι μέθοδοι παροχής φροντίδας , οι περιγραφές των θέσεων εργασίας , η εκπαίδευση , οι δεξιότητες και η στελέχωση αποτελούν τη βάση για την οργάνωση.
- 3) Διοίκηση (directing) : είναι η διαδικασία υλοποίησης του έργου του οργανισμού. Η δύναμη , η εξουσία και η μορφή ηγεσίας συνδέονται στενά με την ικανότητα του διοικητή να διοικήσει.

- 4) Έλεγχος (controlling) : περιλαμβάνει τη σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων με τα προβλεπόμενα αποτελέσματα. Αυτό περιλαμβάνει τη θέσπιση προτύπων απόδοσης , τον καθορισμό των μέσων που πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και την αξιολόγηση των επιδόσεων καθώς και την παροχή ανατροφοδότησης. (Sullivan , 2013)

Χαρακτηριστικές ικανότητες ενός ηγέτη είναι :

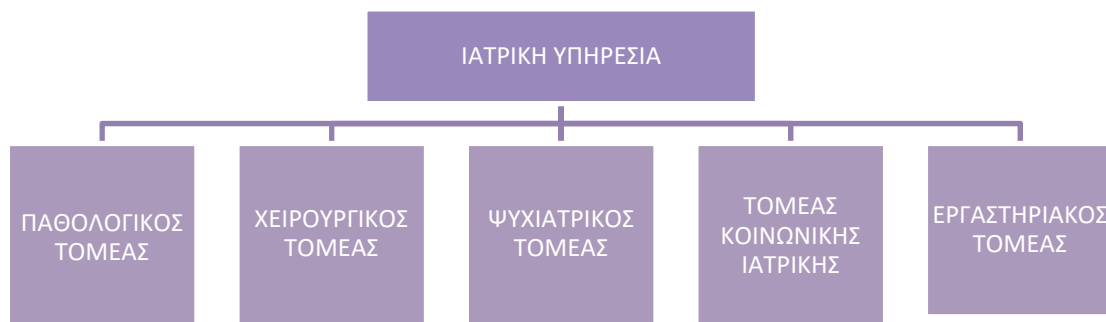
- Το όραμα
- Η ενδυνάμωση του προσωπικού
- Η διαίσθηση
- Οι αξίες και η ενσωμάτωσή τους στο πλαίσιο της ομάδας (Πολύζος , 2014)

Σύμφωνα με τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας η ιατρική αποσκοπεί με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια και προσφέρεται σε όλους ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής θέσης, πολιτικής ιδεολογίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού. (Ν.3418/2005 ΦΕΚ Α' / 287)

Η Ιατρική Υπηρεσία σε κάθε νοσοκομείο διαρθρώνεται στους εξής τομείς :

- A) Παθολογικός Τομέας
- B) Χειρουργικός Τομέας
- Γ) Εργαστηριακός Τομέας
- Δ) Ψυχιατρικός Τομέας
- Ε) Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής. (Π.Δ. Υπ. Αριθμ. 87 / 1986 ΦΕΚ Α'32)

Ένα τυπικό οργανόγραμμα ιατρικής υπηρεσίας έχει ως εξής :



Οι ιατρικές ειδικότητες που περιλαμβάνονται στους παραπάνω τομείς είναι :

1. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	21. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ
2. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	22. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ
3. ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ	23. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ
4. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	24. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
5. ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΑ	25. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ
6. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	26. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	27. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
8. ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	28. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
9. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ	29. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
10. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ	30. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ
11. ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	31. ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
12. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ	32. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
13. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	33. ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	34. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
15. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑ	35. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ
16. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	36. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
17. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ (ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ)	37. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
18. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ	38. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ
19. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	39. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ & ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
20. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ	

(πηγή : Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης , www.isth.gr)

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

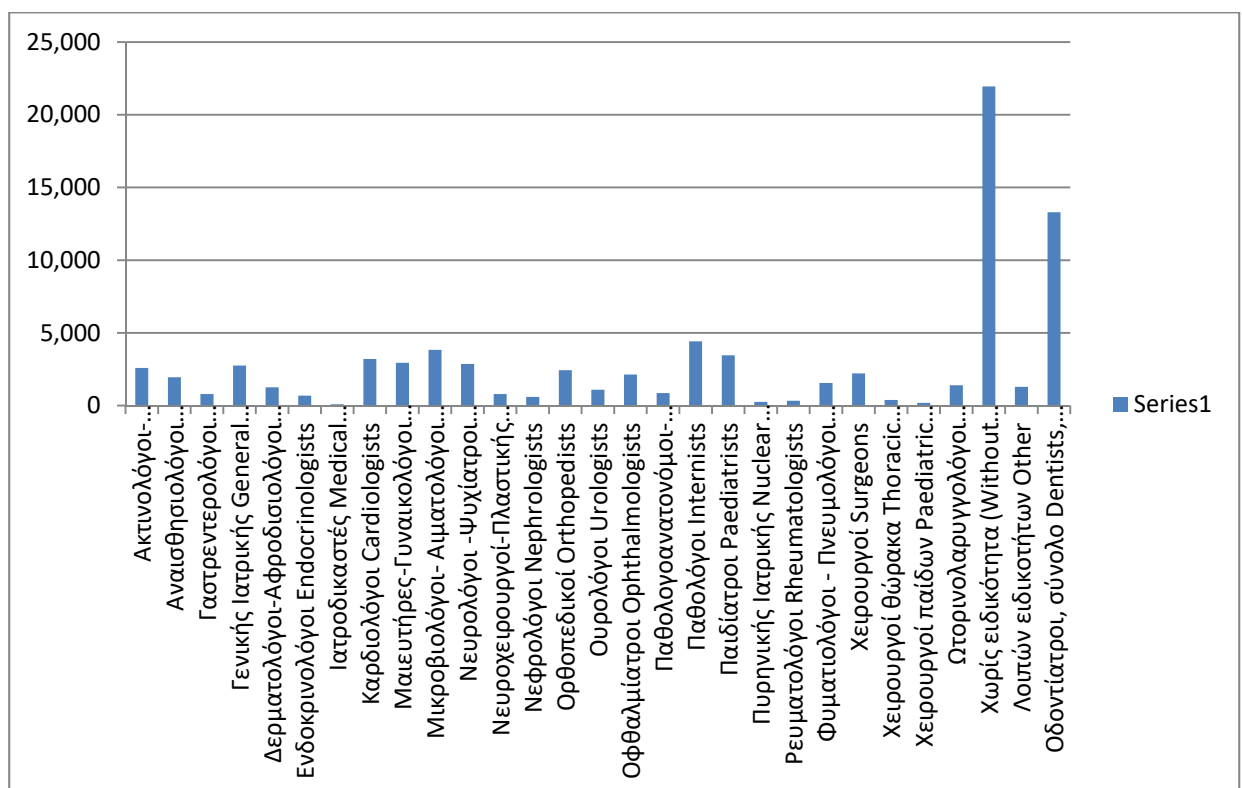
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΩΝ	68401
Ακτινολόγοι – Ακτινοθεραπευτές	2588
Αναισθησιολόγοι	1954
Γαστρεντερολόγοι	793
Γενικής Ιατρικής	2760
Δερματολόγοι – Αφροδισιολόγοι	1262
Ενδοκρινολόγοι	688
Ιατροδικαστές	96
Καρδιολόγοι	3205
Μαιευτήρες -Γυναικολόγοι	2940
Μικροβιολόγοι – Αιματολόγοι	3839
Νευρολόγοι – Ψυχίατροι	2868
Νευροχειρουργοί – Πλαστικής Χειρουργικής	794
Νεφρολόγοι	604
Ορθοπτεδικοί	2437
Ουρολόγοι	1098
Οφθαλμίατροι	2138
Παθολογοανατόμοι – Κυτταρολόγοι	863

Παθολόγοι	4417
Παιδιάτροι	3466
Πυρηνικής Ιατρικής	256
Ρευματολόγοι	340
Πνευμονολόγοι – Φυματιολόγοι	1557
Χειρουργοί	2212
Χειρουργοί Θώρακα	391
Χειρουργοί Παίδων	196
ΩΡΛ	1403
Χωρίς ειδικότητα	21948
Λοιπών ειδικοτήτων	1288
Οδοντίατροι	13301

(ΕΛΣΤΑΤ¹, 2016)

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία ο αριθμός των ιατρών όλων των ειδικοτήτων το 2015 ανήλθε σε 68401 , μειούμενος κατά 0,6 % κατά την προηγούμενη χρονιά. (ΕΛΣΤΑΤ¹, 2016) Ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την παροχή ιατρικού προσωπικού φαίνεται να είναι το συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται στο υγειονομικό σύστημα (Hart et al., 1997)

Ο ιατρικός πληθυσμός ανά ειδικότητα στην Ελλάδα το 2015



(πηγή : ΕΛΣΤΑΤ¹, 2016)

Ηλικιακή κατανομή ιατρικού προσωπικού νοσοκομείων (στοιχεία του 2011)

ΥΠΕ	ΕΤΗ							ΣΥΝΟΛΟ
	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+	
1 ^Η	7	109	419	411	544	900	768	3158
2 ^Η	6	124	245	284	352	378	300	1689
3 ^Η	9	117	197	183	194	249	229	1178
4 ^Η	12	92	225	224	223	341	345	1462
5 ^Η	2	92	142	146	130	181	101	794
6 ^Η	6	124	244	272	307	362	272	1587
7 ^Η	7	74	158	153	144	170	113	819
Νοσοκομεία ΥΠΕΠΘ	0	9	17	27	22	22	63	160
Στρατιωτικά Νοσοκομεία	0	15	55	6	32	29	28	235
Σύνολο	49	756	1702	1776	1948	2632	2219	11082
Ποσοστίαια κατανομή	0,44	6,82	15,36	16,03	17,58	23,75	20,02,	100,00

(πηγή: Πολύζος , 2014)

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα με τα στοιχεία για την ηλικιακή κατανομή του ιατρικού πληθυσμού των δημόσιων νοσοκομείων προκύπτει ότι ο κύριος όγκος του ιατρικού προσωπικού είναι άνω των 55 ετών σε ποσοστό που φτάνει στο 43,77% του συνόλου (Πολύζος , 2014)

Οι ιατροί του ΕΣΥ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης . Η διαβάθμιση των θέσεων ιεραρχικά είναι :

- 1) Διευθυντής
- 2) Αναπληρωτής Διευθυντής
- 3) Επιμελητής Α΄
- 4) Επιμελητής Β΄
- 5) Ειδικευόμενοι

Οι τελευταίοι απασχολούνται στο Δημόσιο με σχέση ιδιωτικού δικαίου (Γούλα , 2007)

Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι :

- Η παροχή υπηρεσιών υγείας
- Η προαγωγή και προώθηση της υγείας
- Η εκπαίδευση του προσωπικού που στελεχώνει τη μονάδα
- Ο προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών

- Η κατάρτιση πρωτοκόλλων για την παροχή και ανάπτυξη των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών
- Η οργάνωση και προώθηση της έρευνας
- Η συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου
- Η εποπτεία της εφημερίας και της αποτελεσματικής λειτουργίας των νοσοκομειακών κλινών , η εποπτεία των ΤΕΠ , των Τακτικών Ιατρείων και των χειρουργείων
- Η επιστημονική και διοικητική ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων της ιατρικής υπηρεσίας
- Η οργάνωση και εκτέλεση των ιατρικών πράξεων . (ΦΕΚ Β΄ 3485 / 31 -12- 2012)

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διοίκηση δεν είναι μόνο διοίκηση γιατί περιλαμβάνει την νοσηλευτική στη θεωρία και πράξη η οποία λειτουργεί και συνεργάζεται με τις υπόλοιπες οργανωμένες υπηρεσίες και ασχολείται με τη διοίκηση τριών ομάδων :

- Τους ασθενείς σαν σύνολο
- Τους νοσηλευτές που εργάζονται σε κάθε τμήμα
- Τον ίδιο τον οργανισμό

Σημαντικό ποσοστό της επιτυχίας ή μη ενός νοσοκομείου εξαρτάται από τις διοικητικές ενέργειες του Νοσηλευτικού προσωπικού που βρίσκεται δίπλα στον ασθενή 24 ώρες το 24ώρο. Η επιτυχία του management στηρίζεται στο σωστό προγραμματισμό , σχεδιασμό , στην υλοποίηση του και στον έλεγχο με στόχο την βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης. (Δαληγγάρου – Βιλαέτη , 2001)

Οι ασκούντες νοσηλευτική διοίκηση έχουν την ουσιαστική ευθύνη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος άσκησης του νοσηλευτικού λειτουργήματος και νέων προτύπων φροντίδας που θα προσανατολίζουν τους εργαζόμενους σε σύγχρονα καθήκοντα και αρμοδιότητες. Οι διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών έχουν διπλό ρόλο που συνδυάζει τις ηγετικές ικανότητες με την υπευθυνότητα και το ενδιαφέρον για το νοσηλευτικό επάγγελμα. Πρόκληση αποτελεί ο σχεδιασμός πρότυπων μοντέλων που συνδυάζουν την ικανοποίηση των ασθενών με τη διατήρηση της ποιότητας του νοσηλευτικού προσωπικού και το οικονομικό όφελος του Οργανισμού (Σαράφης και συν., 2010)

Η διοίκηση και οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επηρεάζεται από το γενικότερο περιβάλλον που λειτουργεί το νοσοκομείο και τις άλλες υπηρεσίες. Οι πέντε λειτουργίες της Νοσηλευτικής Διοίκησης είναι :

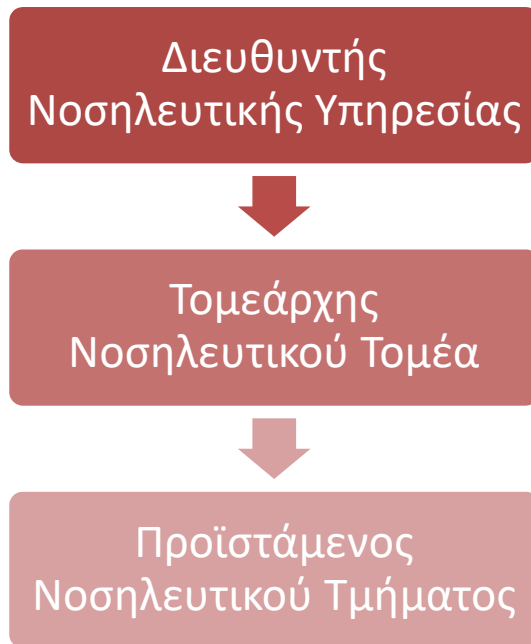
1) Προγραμματισμός – Σχεδιασμός :

Περιλαμβάνει τη διεργασία καθορισμού στόχων και τους τρόπους που θα επιτευχθούν. Η φιλοσοφία και οι πολιτικές της διοίκησης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας παρέχουν κατευθύνσεις αντιμετώπισης καθημερινών ή και έκτακτων καταστάσεων που απαιτούν λήψη αποφάσεων όπως είναι :

- Ο προσδιορισμός μεθόδων νοσηλείας
- Οι κανονισμοί των νοσηλευτικών φροντίδων
- Ο προϋπολογισμός του προσωπικού και του λειτουργικού εξοπλισμού.

2) Οργάνωση :

Περιλαμβάνει την προετοιμασία και τον καταμερισμό του έργου. Η μέχρι τώρα επικρατούσα μορφή ήταν η κάθετη οργάνωση , όμως πιο ευέλικτη για την κάλυψη των σημερινών αναγκών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι η κυκλική , με την οποία υπάρχει καλύτερη ενημέρωση , επικοινωνία και κάλυψη των αναγκών του νοσηλευτικού έργου. Τα επίπεδα ιεραρχίας στη νοσηλευτική διοίκηση διακρίνονται σε 3 επίπεδα στο νοσοκομείο :



Ο καταμερισμός του χρόνου κατά δραστηριότητα ανά επίπεδο διοίκησης για την επίτευξη των στόχων στην λειτουργία του προγραμματισμού αυξάνεται όσο ανεβαίνει το επίπεδο διοίκησης .

3) Στελέχωση

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία παρέχει υπηρεσίες 24 ώρες το 24ωρο όλο το χρόνο και απαιτεί περίπου το 40% του λειτουργικού προϋπολογισμού και το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων από κάθε άλλη υπηρεσία του νοσοκομείου. Η διαχείριση του ανθρώπινου προσωπικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ένα σοβαρό θέμα που καλείται η νοσηλευτική διεύθυνση να αντιμετωπίσει . Η έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης είναι ο βασικός λόγος αποχώρησης του προσωπικού και της πτώσης της ποιότητας του νοσηλευτικού έργου.

4) Διεύθυνση – Συντονισμός - Ηγεσία

5) Έλεγχος – Αξιολόγηση (Δαληγγάρου – Βιλαέτη , 2001)

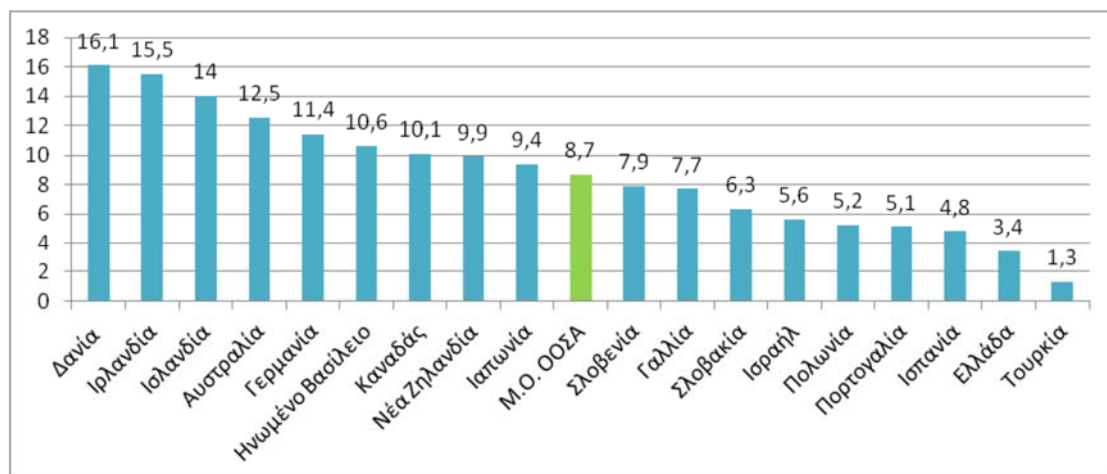
Υπάρχουν 3 είδη νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα :

- Βοηθοί νοσηλευτών , που είναι χαμηλότερα στη νοσηλευτική ιεραρχία και προέρχονται από σχολές φοίτησης ενός μέχρι δύο ετών.
- Μαίες που είναι απόφοιτοι ΑΤΕΙ 4ετούς φοίτησης .
- Πτυχιούχοι νοσηλευτές απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ 4ετούς φοίτησης. (Εconoμου , 2010)

Το 2009 το ΕΣΥ απασχολούσε 35420 άτομα νοσηλευτικό δυναμικό από τα οποία το 2,7 % ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης , 46% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης ,το 41,3% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Από το νοσηλευτικό προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης το 94,5 % ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων (ΤΕΙ) και το 5,5 % απόφοιτοι πανειστημίου (ΑΕΙ), ενώ από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4 % ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% ήταν υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Η Ελλάδα καταλαμβάνει την προτελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ αριθμώντας 3,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους έναντι 8,7 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους που αποτελεί τον μέσο όρο ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ.

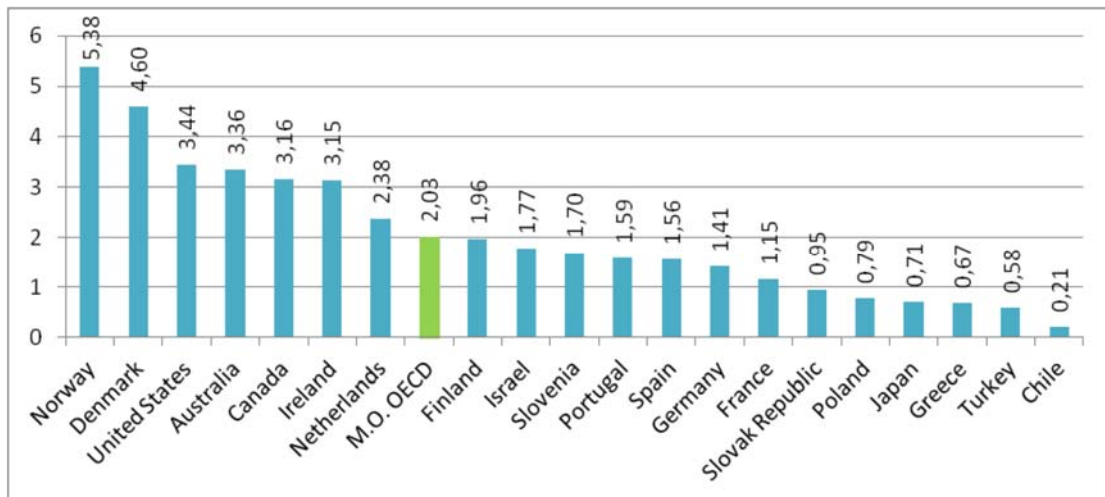
Αριθμός νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ



(πηγή : OECD, 2010)

Η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά νοσοκομειακή κλινη κατατάσει την Ελλάδα στην 3^η θέση από το τέλος ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ με 0,67 νοσηλευτές ανά κλίνη ενώ η μέση τιμή στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 2,03 νοσηλευτές ανά κλίνη.

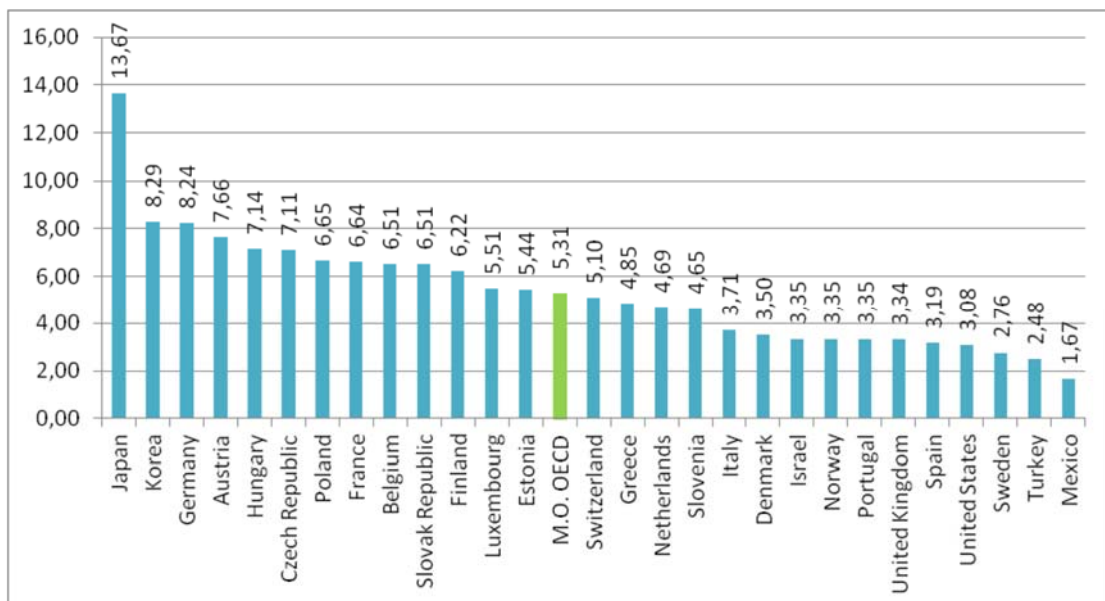
Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη στις χώρες του ΟΟΣΑ



(πηγή : OECD, 2010)

Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με το δεδομένο ότι ο συνολικός αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ υποδηλώνει τη σοβαρή υποστελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία της χώρας . (Σκρουμπέλος και συν., 2012)

Συνολικός αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ



(πηγή : OECD, 2010)

Στις υπηρεσίες υγείας η νοσηλευτική φροντίδα ώντας 24ωρη αναγκάζει το προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλασσόμενο ωράριο. Το ωράριο αυτό που είναι ένας συνδυασμός βαρδιών κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας , περιλαμβάνει οκτώωρες βάρδιες που εναλλάσσονται σε πρωινή , απογευματινή και νυχτερινή έτσι ώστε ο εργαζόμενος να επανέρχεται σε τακτά

διαστήματα σε ημερήσιο ωράριο (Κορόμπελη και συν., 2006) Με βάση την οδηγία 2003 / 88 / ΕΚ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Εργασίας , ως εργασία κατά ωράρια ορίζεται κάθε μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλο στις ίδιες θέσεις εργασίας , με ορισμένο ρυθμό , συμπεριλαμβανόμενου του ρυθμού περιτροπής , η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή ασυνεχής , γεγονός το οποίο υποχρεώνει τους εργαζόμενους να επιτελούν μια εργασία σε διαφορετικές ώρες σε μια δεδομένη περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Στο συνεχές σύστημα ωραρίου εργασίας το ελάχιστο του ανθρώπινου δυναμικού που πρέπει να απασχολείται είναι τέσσερις ομάδες εργαζόμενων – οι τρεις να εργάζονται δωρο πρωινό, απογευματινό και νυχτερινό ωράριο και μία ομάδα να αναπαύεται. Το σύστημα αυτό είναι γνωστό ως «4Χ8 συνεχές σύστημα». (Κορόμπελη, Σουρτζή , 2010)

Ο προγραμματισμός γίνεται συνήθως από την νοσηλεύτρια – προϊσταμένη των τμημάτων , η οποία υπολογίζοντας τις απαιτήσεις των ασθενών για νοσηλεία και κατανέμοντας το διαθέσιμο προσωπικό ώστε να ικανοποιείται τόσο η ζήτηση όσο και οι κανονισμοί του νοσοκομείου για το προσωπικό . Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στην διαδικασία αυτή είναι :

- Οι διαφορετικές βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι πιο χαμηλές βαθμίδες εκπαίδευσης μπορούν να εκτελέσουν περιορισμένες λειτουργίες. Επίσης , πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η εμπειρία και η υπευθυνότητα του υπαλλήλου.
- Οι απαιτήσεις σε νοσηλευτικό προσωπικό συνήθως είναι μικρότερες κατά την απογευματινή και νυχτερινή βάρδια. Επίσης, το Σαββατοκύριακο οι απαιτήσεις σε νοσηλευτές είναι περίπου 20% - 30% χαμηλότερες από ότι τις καθημερινές λόγω των περιορισμένων ιατρικών υπηρεσιών και της περιορισμένης κίνησης των ασθενών.
- Οι άδειες και τα ρεπό ανάπαυσης του προσωπικού .
- Πρέπει να αποφεύγονται οι συνεχόμενες , χωρίς ρεπό , μέρες εργασίας (πλέον των 5 ημερών) γιατί προκαλούν κόπωση.
- Είναι προτιμότερο το νοσηλευτικό προσωπικό να παραμένει σε ένα τμήμα λόγω της ειδίκευσης που αποκτούν με την εμπειρία (Maier - Rothe , Wolfe , 1972)

Για τα ελληνικά δεδομένα , η οργάνωση του χρόνου εργασίας διέπεται από το Προεδρικό Διάταγμα 88 / 1999 σε εναρμόνιση με την οδηγία 93 / 104 / ΕΚ της 23 / 11 / 1993 σχετικά με την οργάνωση του χρόνου εργασίας. Λόγω , όμως της μεγάλης έλλειψης προσωπικού η ισχύουσα νομοθεσία δεν εφαρμόζεται επαρκώς. (Κορομπέλη , Σουρτζή, 2010)

Κεφάλαιο 3ο

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Το 2001 όταν η Ελλάδα εντάχθηκε στη νομισματική ένωση και υιοθέτησε το ευρώ σαν ενιαίο νόμισμα υπήρξαν προσδοκίες από το γεγονός ότι η χώρα θα βρισκόταν στον πυρήνα των ευρωπαϊκών οικονομιών θα λειτουργούσε σαν καταλύτης που θα επιτάχυνε την σύγκλιση με τις ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Το ενιαίο νόμισμα θα εξασφάλιζε στην Ελλάδα ένα σταθερό και ασφαλές πρωτόγνωρο μακρο-οικονομικό περιβάλλον που θα παρείχε τις κατάλληλες συνθήκες για μακροχρόνια οικονομική ανάπτυξη (Bank of Greece, 2014)

Η οικονομική κρίση που αρχικά ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τον Αύγουστο του 2008 και γρήγορα επιδεινώθηκε με την κατάρρευση της Lehman Brothers εξελίχθηκε σε μια παγκόσμια κρίση , την χειρότερη από το 1930 και για πρώτη φορά στην μεταπολεμική περίοδο, το 2009 η παγκόσμια οικονομία παρουσίασε αρνητική ανάπτυξη. (Bank of Greece, 2014)

Με την κατάρρευση των καταναλωτικών αγορών των Η.Π.Α , η Ευρώπη όχι μόνο έχασε μια σημαντική πηγή ζήτησης για τα προϊόντα της αλλά και οι τράπεζες της αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της καταστροφής. Παρά τους ισχυρισμούς των ευρωπαίων ότι οι τράπεζες της Ευρώπης ήταν διασφαλισμένες , η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα , Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έσπευσαν να προμηθευσουν τις τράπεζες με τεράστια ποσά δημόσιου χρήματος ώστε να αντικαταστήσουν το «τοξικό» ιδιωτικό χρήμα με δημόσιο. (Βαρουφάκης και συν., 2011)

Ταυτόχρονα με την προσπάθεια εξυγίανσης των τραπεζών οι ευρωπαϊκές οικονομίες εισήλθαν σε φάση ύφεσης με μείωση του ΑΕΠ ακόμα και στις ισχυρότερες οικονομίες κι έτσι τα έσοδα τους από φόρους κατέρρευσαν. Το γεγονός ότι η συμμετοχή στην ευρωζώνη δεν επιτρέπει στις πιο χρεωμένες χώρες , όπως είναι η Ελλάδα , η Πορτογαλία , η Ισπανία , η Ιταλία , η Ιρλανδία και το Βέλγιο να υποτιμήσουν το νόμισμά τους σήμαινε ότι κάποια στιγμή τα κράτη αυτά θα δυσκολεύονταν να ανταπεξέλθουν . Τότε οι ευρωπαϊκές τράπεζες αποφάσισαν να στοιχηματίσουν στην χρεωκοπία ενός ή περισσότερων μελών της ευρωζώνης μέσω των ασφαλιστικών συμβολαίων CDS (credit default swaps) τα οποία πόνταραν στην αδυναμία του κράτους να αποδώσει την ονομαστική αξία ενός ομολόγου που είχε εκδόσει. Με τον τρόπο αυτό προέκυψε το νέο ιδιωτικό χρήμα μετά το 2008 (Βαρουφάκης και συν., 2011)

Ενώ στις Η.Π.Α την περίοδο της μεγάλης ύφεσης το ΑΕΠ ξεκίνησε να ανακάμπτει μετά από 4 χρόνια ύφεσης που είχαν συρρικνώσει την οικονομία κατά 25% , στην Ελλάδα η οικονομία συνεχίζει να συρρικνώνεται παρόλο που

βρίσκεται σε ύφεση από το 2008 με το ΑΕΠ κατά 25% χαμηλότερο σήμερα σε σχέση με την αρχή της κρίσης (Παπαδημητρίου και συν., 2013) Από το 2008 που η παγκόσμια οικονομική κρίση άρχισε να επηρεάζει την ελληνική οικονομία το γενικό κυβερνητικό έλλειμμα ξεπέρασε το 4% του ΑΕΠ και το δημόσιο χρέος ανέβηκε στο 97% του ΑΕΠ. (Bank of Greece, 2014)

Η κρίση της ελληνικής οικονομίας ενώ ξεκίνησε σαν σοβαρή κρίση ρευστότητας εξελίχθηκε σε κρίση δημοσίου χρέους και ακολούθως σε γενικευμένη οικονομική , κοινωνική και πολιτική κρίση για να καταλήξει πλέον σε κρίση παραμονής στην Ευρωζώνη (Κότιος και συν., 2012) Η Ελλάδα βρέθηκε στο επίκεντρο ως η πιο αδύναμη οικονομία της ευρωζώνης με τα μεγαλύτερα ελλείματα και σοβαρά «δομικά» προβλήματα. (Bank of Greece, 2014)

Τον Απρίλιο του 2010 η ελληνική κυβέρνηση αποφάσισε να ζητήσει οικονομική στήριξη από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Συμφωνήθηκε πακέτο διάσωσης 110 δις ευρώ και προκειμένου να διασφαλιστεί η αποκατάσταση της βιωσιμότητας των δημοσίων οικονομικών της Ελλάδας , προβλέφθηκε ένα Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) που περιλάμβανε διάφορα βραχυπρόθεσμα και διαρθρωτικά μέτρα. Η κυβέρνηση υπέγραψε Μνημόνιο Συνενόησης με την Τρόικα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή , Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Διεθνές Νομισματικό Ταμείο) για την παρακολούθηση της εφαρμογής του ΠΟΠ. (OECD, 2012)

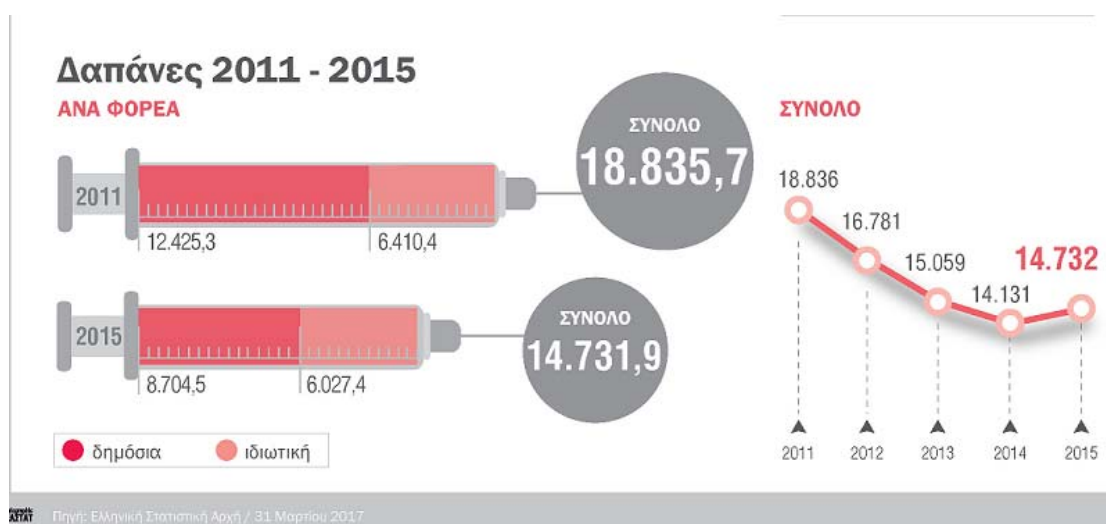
Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας υπέστη ένα αιφνίδιο πλήγμα από τις δραστικές μειώσεις δαπανών υγείας που αναγκάστηκε να απορροφήσει ενώ ήταν φανερό ότι υπήρχαν ανεπάρκειες στο σύστημα. Στο διάστημα μεταξύ 2009 με 2013 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 1/3 , με

οριζόντιες περικοπές σε νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακή φροντίδα , φάρμακα και δημόσια υγεία , τομείς που είδαν τις δαπάνες τους να μειώνονται από 30% έως 40% σε πραγματικούς όρους (ΟΕCD, 2016)

ΕΤΗ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2010	9,56%
2011	9,10%
2012	8,78%
2013	8,34%
2014	7,94%
2015	8,38%

(ΕΛΣΤΑΤ¹, 2017)



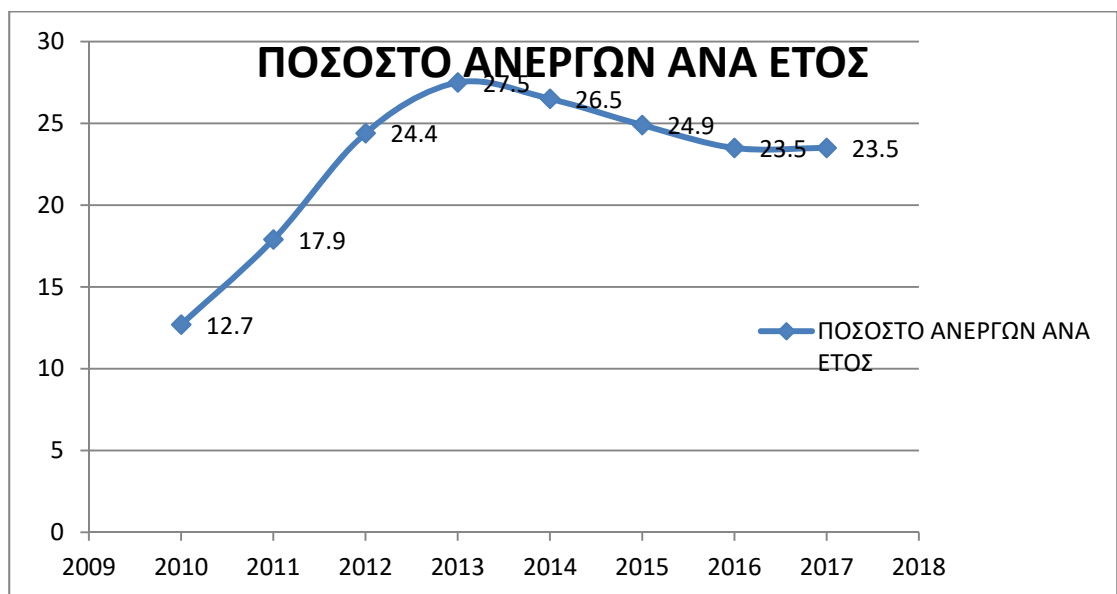
(ΕΛΣΤΑΤ¹, 2017)

Από το πρώτο μνημόνιο το 2010 μέχρι σήμερα οι αλλαγές στο σύστημα υγείας της Ελλάδας έχουν ως εξής :

1. Με το Ν.3918/2011 δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ μετά την ένωση 7 ασφαλιστικών ταμείων με σκοπό την παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας. Ο ΕΟΠΥΥ ενσωματώνει τις δομές του ΙΚΑ και γίνεται ταυτόχρονα πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών υγείας , προσφέροντας στους ασφαλισμένους σε είδος και σε χρήμα
2. Το 2014 με το Ν. 4238 / 2014 αλλάζει η φυσιογνωμία και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ο οποίος παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα με στόχο τον έλεγχο και εξορθολογισμό των δαπανών υγείας

3. Το 2011 ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσηλίων των νοσοκομείων θεσμοθετήθηκαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια για τον περιορισμό των δαπανών και μέτρα για την αύξηση των εσόδων όπως είναι η θεσμοθέτηση του clawback και του rebate.
4. Με σκοπό την διευκόλυνση της προσβασιμότητας θεσμοθετήθηκαν το Health Voucher και οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες μέσω των εφαρμογών e-ΔΑΠΥ και e-prescription (Χλέτσος , 2015)

Κάθε οικονομική μείωση το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν , προκαλεί απώλεια του οικογενειακού εισοδήματος , αυξάνει την ανεργία και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας , περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και δυσχεραίνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα της κρίσης η ασφαλιστική κάλυψη έχει μειωθεί κατά 21%, καλύπτοντας μόνο το 79% του πληθυσμού σε σχέση με το σχεδόν 100% που ήταν πριν την περίοδο της κρίσης. Η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό ανασφάλιστων (21%) στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (Τούντας και συν., 2016) Η ανεργία έχει εκτοξευθεί την περίοδο της κρίσης από 12,7% που ήταν το 2010 στο 27,5% το 2013 ενώ τον Ιανουάριο του 2017 ήταν 23,5%. (ΕΛΣΤΑΤ², 2017)



(Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ², 2017)

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και των δημόσιων μονάδων υγείας αλλά και στις ιδιωτικές δομές που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων που ανέρχονται σε 6,5 δις ευρώ και των ασφαλιστικών ταμείων που φτάνουν τα 4,5 δις ευρώ αναμένεται να αυξηθούν και να υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους. (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010)

Το εργατικό δυναμικό της υγείας μετά το 2009 υπέστη σημαντικές μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις. Το κόστος που αφορά τις αμοιβές των εργαζομένων στην υγεία αποτελεί μεγάλο μέρος της συνολικής δαπάνης για την υγεία με συνέπεια να βρεθεί στο στόχαστρο για γρήγορη εξοικονόμηση στο γενικότερο διαχειριστικό κόστος. Στην Ελλάδα παρόλο που οι μισθοί των ιατρών και των νοσηλευτών ήταν από τους χαμηλότερους στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπέστησαν περαιτέρω μείωση . (Tiago et al.,2015) Συγκεκριμένα , οι απώλειες αυτές περιλαμβάνουν περικοπή 15% περίπου του μισθού , την απώλεια του 13^{ου} και 14^{ου} μισθού και μειώσεις στις συντάξεις που κυμαίνονται από 7% με 23%. Παράλληλα, το όριο ηλικίας της συνταξιοδότησης αυξήθηκε από 65 σε 67 έτη. Πλέον το Εθνικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί με 10% μέχρι 40% λιγότερους εργαζόμενους , το εισόδημα των οποίων μειώθηκε μέχρι 40%. (Simou, Koutsogeorgou , 2014) . Υπάρχουν στοιχεία που καταδεικνύουν τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας μιας χώρας με τον αριθμό του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος υγείας της . Χώρες με μεγαλύτερο κατακεφαλήν ΑΕΠ έχουν την τάση να ξοδεύουν περισσότερα στην υγεία και το εργατικό δυναμικό του τομέα της υγείας από τις χώρες με μικρότερο ΑΕΠ. (Kabene et al., 2006)

Το 2007 ήταν η τελευταία χρονιά που η οικονομία της χώρας κατέγραψε θετικό ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ . Άμεση συνέπεια της μακροχρόνιας δυσμενούς διεθνούς και εγχώριας μακροοικονομικής συγκυρίας είναι η εκτίναξη της ανεργίας. Επακόλουθο της μαζικής ανεργίας είναι η απώλεια του ανθρωπίνου κεφαλαίου που λαμβάνει δύο μορφές :

- α) απαξίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων εξαιτίας της μακράς αδράνειας , είτε της υποαπασχόλησης σε θέσεις που απαιτούν μικρότερη εξειδίκευση (brain waste)
- β) μαζική φυγή στο εξωτερικό του πιο παραγωγικού και αξιόλογου ανθρωπίνου δυναμικού της χώρας (brain drain)

Η μετανάστευση κατά κανόνα επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων οικονομικών , κοινωνικών και πολιτικών που δρουν ως ώθηση (push factors) στη χώρα καταγωγής και ως παράγοντες έλξης (pull factors) στη χώρα προορισμού. Τέτοιοι παράγοντες ώθησης είναι η ανεργία, η πολιτική αστάθεια, η έλλειψη ατομικών ελευθεριών , οικονομική και κοινωνική υστέρηση, απουσία ευκαιριών εξέλιξης κ.α. Αντίστοιχα, παράγοντες έλξης είναι οι ευκαιρίες επιστημονικής και επαγγελματικής εξέλιξης , οι καλύτερες συνθήκες εργασίας και αμοιβής , το σταθερό οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον (Λαζαρίτου, 2016)

Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι από το 2010 έχει ξεκινήσει μια μαζική έξοδος ελλήνων γιατρών στο εξωτερικό. Σύμφωνα με στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών υπήρξε 5πλασιασμός του αριθμού ειδικευμένου ιατρικού

δυναμικού που μετανάστευσε το 2012 σε σύγκριση με το 2007. Συγκεκριμένα το 2007 μετανάστευσαν 292 ειδικευμένοι γιατροί ενώ το 2012 ο αριθμός αυτός έφτασε τους 1166. Σύμφωνα με την ίδια έκθεση 1/3 των μελών του ΙΣΑ εμφανίζεται να είναι είτε άνεργο, είτε να εργάζεται part-time , είτε έχει ήδη μεταναστεύσει στο εξωτερικό ενώ τα 4/5 των νέων γιατρών αντιμετωπίζουν παρόμοιες επαγγελματικές συνθήκες. Οι πιο δημοφιλείς προορισμοί στην Ευρώπη είναι η Γερμανία , η Αγγλία και οι Σκανδιναβικές χώρες. (Ifanti et al., 2014)

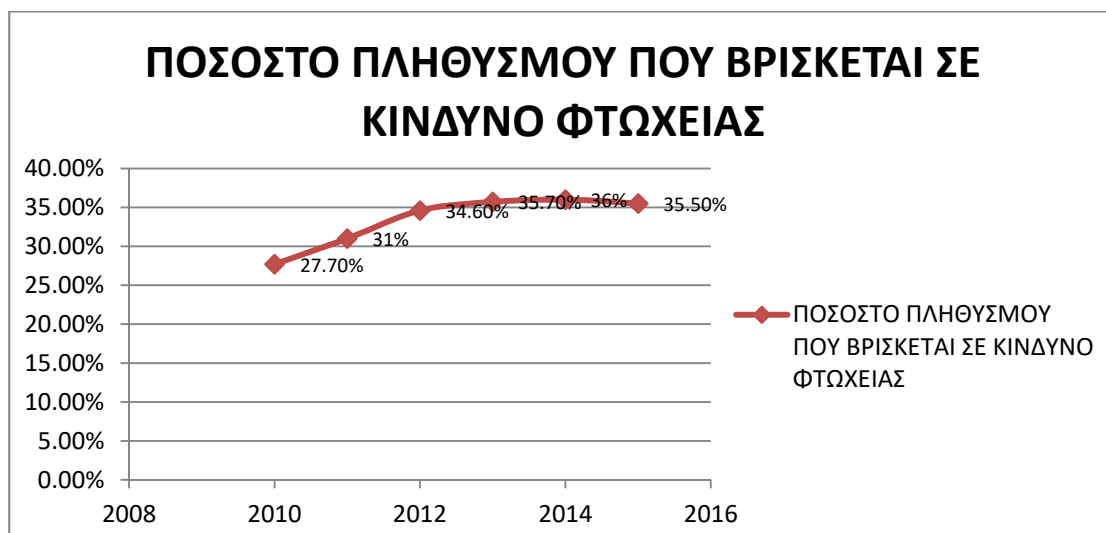
Άμεση επίπτωση του brain drain είναι ότι η επένδυση στην εκπαίδευση δεν επιφέρει επιτάχυνση του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης της χώρας όταν ένα κρίσιμο υψηλής ποιότητας εργατικό δυναμικό εξέρχεται μόνιμα από τη χώρα. Το 88% των ατόμων που εξήλθαν από τη χώρα ήταν πτυχιούχοι πανεπιστημίου , 60 % αυτών κάτοχοι μεταπτυχιακού και 11% κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών. (Λαζαρίτου, 2016) Οι ηλικίες των επιστημόνων που μεταναστεύουν είναι νεαρές με το 48% των να είναι κάτω από 30 ετών και το 49% μεταξύ 31-45 ετών (Christopoulos et al., 2014) Η φυγή νέων επιστημόνων αποδυναμώνει τους οικονομικούς δείκτες ανάπτυξης λόγω της πτώσης του μέσου όρου εκπαίδευσης του εργατικού δυναμικού της χώρας. (Labrianidis , 2014)

Στα επόμενα χρόνια το ιατρικό δυναμικό της χώρας αναμένεται να συρρικνωθεί περαιτέρω λόγω των συνταξιοδοτήσεων και της έλλειψης νεώτερου μόνιμου ιατρικού προσωπικού εξαιτίας του εφαρμοζόμενου δημοσιονομικού δόγματος που ορίζει μείωση των δαπανών με 1 πρόσληψη για κάθε 5 με 10 συνταξιοδοτήσεις στο δημόσιο τομέα . (Ifanti et al., 2014)

Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των πολιτών

Οι ομάδες που πλήττονται κυρίως από την κρίση είναι τα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα εκεί που η απειλή είναι απόλυτη και άμεση. Εκεί παρατηρείται αύξηση της νοσηρότητας και του πρόωρου θανάτου και μια

αντιστρόφως ανάλογη σχέση της κακής οικονομικής κατάστασης και της καλής ψυχικής υγείας. (Κυριόπουλος και συν., 2011). Το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού από το 2010 βρίσκεται σε ανοδική πορεία όπως φαίνεται από τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2017)



(Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ², 2017)

Σύμφωνα με έρευνα σε 26 ευρωπαϊκές χώρες για κάθε 1% αύξηση της ανεργίας παρατηρήθηκε αύξηση 0,8% των αυτοκτονιών στις ηλικίες κάτω των 65 ετών και 0,8% αύξηση στις ανθρωποκτονίες. (Κυριόπουλος και συν., 2011) Οι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με τη φτώχεια και την ανεργία αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών ψυχικής υγείας. Μελέτες υποδηλώνουν ότι ο επιπολασμός του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου τον Δεκέμβριο του 2008 ήταν 3,3% ενώ ένα χρόνο μετά ένα χρόνο μετά 6,8% που σημαίνει ότι αυξήθηκε κατά 2,1 φορές. Το 2011 το ποσοστό επιπολασμού του ΜΚΕ ανήλθε σε 8,2%. Τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στη χώρα μας επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες μελέτες όπως η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ) το 2014 όπου βρέθηκε ότι 24% του δείγματος εμφάνιζε συμπτώματα άγχους και το 16% κατάθλιψης. (Τούντας και συν., 2016)

Επιπρόσθετα , διακρατική έρευνα κατέδειξε τη συσχέτιση της οικονομικής κρίσης με την αύξηση μεταδοτικών νοσημάτων. Χαρακτηριστικά στην Ελλάδα μεταξύ 2007 και 2010 αναφέρονταν περίπου 10 με 15 νέα κρούσματα του ιού HIV ανάμεσα σε χρήστες ουσιών. Αυτός ο αριθμός έφτασε τα 256 νέα κρούσματα το 2011 και 314 το πρώτο 8μηνο του 2012. (Quaglio et al., 2013)

Κεφάλαιο 4^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Πανελλήνια Οργάνωση στα Δημόσια Νοσοκομεία οι κενές οργανικές θέσεις των νοσοκομείων ανέρχονται σε 40.000 (ΠΟΕΔΗΝ, 2017)

Η έλλειψη προσωπικού στον τομέα της υγείας δημιουργεί μια αλυσίδα προβλημάτων που επηρεάζει τόσο τους ασθενείς όσο και τους ίδιους τους εργαζόμενους.

Οι συνέπειες της υποστελέχωσης στους εργαζόμενους

Η αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή αποτελεί μείζονα συνιστώσα της ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας . Πέρα από την αδιαμφισβήτητη θετική επίδραση της επάρκειας του προσωπικού στην ποιότητα της φροντίδας , οι επιπτώσεις στους ίδιους τους εργαζόμενους είναι εξίσου σημαντική. (Αλεξόπουλος , 2007)

Μελέτη έδειξε ότι υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξουθένωσης και δυσαρέσκειας από την εργασία παρουσιάζουν οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη αναλογία εργαζομένων ανά ασθενή. Κάθε επιπρόσθετος ασθενής ανά νοσηλευτή αυξάνει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης κατά 23% και μειώνει την επαγγελματική ικανοποίηση κατά 15 % . Αυτό σημαίνει ότι τα νοσοκομεία με αναλογία 1:8 νοσηλευτή ανά ασθενείς , έχουν 2,29 φορές παραπάνω πιθανότητες για επαγγελματική εξουθένωση από τα νοσοκομεία με αναλογία 1:4.(Aiken et al., 2002)

Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης σχετίζεται άμεσα με παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική πραγματικότητα όπως είναι : η ανεπάρκεια του προσωπικού , η έλλειψη επιμόρφωσης και επαγγελματικής κατάρτισης και χαρακτηριστικά της ίδιας της φύσης των επαγγελματιών υγείας όπως είναι η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο , οι αυξημένες ευθύνες και ο βαθμός πίεσης στο χώρο εργασίας. (Κουτελέκος , Πολυκανδριώτη , 2007)

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ειδικούς του μανατζμεντ καθώς έχουν αναγνωριστεί οι επιβαρυντικές επιπτώσεις στο άτομο , τον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή. Βάσει του κλασσικού ορισμού της Maslach το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης γνωστό ως burnout syndrome είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται , συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει καθόλου αισθήματα συμπάθειας για τους πελάτες / ασθενείς . Από τον ορισμό αυτό προκύπτουν τρεις διαστάσεις . Η πρώτη διάσταση αφορά την συναισθηματική εξάντληση και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης ,

απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Για τη δεύτερη διάσταση του φαινομένου έχει επικρατήσει ο όρος «αποπροσωποποίηση» με τον οποίο περιγράφεται η αποστασιοποίηση των εργαζομένων από τους ασθενείς και η εγκαθίδρυση απρόσωπων σχέσεων με αυτούς. Η τρίτη διασταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να πρισφέρει στο χώρο εργασίας του. (Θεοφίλου , 2009)

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεπερνούν το άτομο και το κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας. Για τους οργανισμούς η Επαγγελματική Εξουθένωση μπορεί να είναι δαπανηρή οδηγώντας σε μειωμένη απόδοση , βραδύτητα εκτέλεσης των έργων και απουσίες από την εργασία. Επίσης , αυξάνει την πρόθεση του προσωπικού να αποχωρήσει από την εργασία του. Η πρόωγη αποχώρηση ιατρών και νοσηλευτών από την θέση εργασίας τους επιδρά στον οργανισμό με ποικίλους τρόπους . Επιδεινώνει το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού γεγονός που συμβάλλει σε μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον , η αποχώρηση επιβαρύνει τον οργανισμό με το υψηλό κόστος αντικατάστασής τους. Στους ίδιους τους εργαζόμενους η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει οργανικά συμπτώματα , χαμηλή αυτοεκτίμηση και αποθάρρυνση , ψυχρότητα , κυνικότητα , έλλειψη φροντίδας και ενδιαφέροντος, άγχος και κατάθλιψη που μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική , κοινωνική και προσωπική ζωή του ατόμου (Παππά και συν., 2008)

Το φαινόμενο του εργασιακού στρες λαμβάνει ακόμα μεγαλύτερες διαστάσεις σε περιόδους οικονομικής κρίσης καθώς οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να εργάζονται σκληρότερα , να αμείβονται λιγότερο και να διατηρούν τα πρότυπα ποιότητας σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αδυναμία παροχής επαρκούς και ασφαλούς στελέχωσης. (Σαρίδη και συν., 2016)

Σε έρευνα των Λαμπράκη και συν. βρέθηκε στο 78,9 % του δείγματος η αύξηση του αριθμού του προσωπικού θα αποτελούσε παράγοντα βελτίωσης των επαγγελματιών υγείας. (Λαμπράκη και συν., 2016)

Από τα εργατικά ατυχήματα στο χώρο του νοσοκομείου τα πιο συνήθη είναι οι πτώσεις και οι τραυματισμοί με νύσσοντα ή τέμνοντα όργανα από τους οποίους μπορεί να προκύψουν σηπτικά τραύματα ή λοιμώδη νοσήματα. Επίσης καταγράφονται θερμικά και χημικά εγκαύματα , ηλεκτροπληξίες , δηλητηριάσεις κα. Οι συχνότερες επαγγελματικές παθήσεις στα νοσοκομεία είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις , οι δερματίτιδες εξ επαφής , οι ψυχικές διαταραχές (άγχος , κατάθλιψη) οι αναπνευστικές παθήσεις και οι λοιμώξεις. (Αλεξόπουλος , 2007)

Η έλλειψεις σε προσωπικό μαζί με άλλους παράγοντες, όπως είναι η μεταφορά βαρέων αντικειμένων , η μετακίνηση των ασθενών , η ορθοστασία κτλ , συμβάλλει στην εμφάνιση παθήσεων της σπονδυλικής στήλης . Στις Η.Π.Α το Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας κατατάσσει τις μυοσκελετικές παθήσεις στα επαγγέλματα υγείας στη 2^η θέση ανάμεσα στις 10 πιο επικίνδυνες επαγγελματικές ασθένειες. Σε έρευνα που έγινε το 65,9% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι ο αριθμός των νοσηλευτών είναι ανεπαρκής και το 60,4% εκτιμά ότι αυτό αποτελεί την αιτία για κάποια πάθηση που αντιμετωπίζουν στη σπονδυλική στήλη.(Κωνσταντοπούλου και συν., 2013)

Έρευνες αποδεικνύουν ότι εργαζόμενοι που απασχολούνται σε νοσοκομεία με ελλιπή στελέχωση και κακό εργασιακό κλίμα έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να τραυματιστούν με βελόνες (Clarke et al., 2002) Παγκοσμίως καταγράφονται κάθε χρόνο 2 εκατ. περιστατικά τραυματισμού με βελόνα που καταλήγουν σε μόλυνση με Ηπατίτιδα Β , Ηπατίτιδα C και AIDS. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι το παγκόσμιο φορτίο της νόσου της επαγγελματικής έκθεσης στην Ηπατίτιδα Β και C είναι 40% και για το AIDS 2,5 % των τραυματισμών με μολυσμένο αιχμηρό αντικείμενο. (Wilburn , Eijkemans , 2004)

Οι συνέπειες της υποστελέχωσης στους ασθενείς

Η υποστελέχωση του νοσοκομειακού τομέα υπονομεύει την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Είναι γεγονός ότι υπάρχει πλήθος ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία που συνδέουν την έλλειψη προσωπικού και τον υπερβολικό φόρτο εργασίας με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών.

Οι πιο συχνές επιπλοκές ανάμεσα στους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι οι ουρολοιμώξεις , η πνευμονία και οι μεταβολικές διαταραχές. Υψηλά ποσοστά έχουν και οι θάνατοι από μία εκ των πέντε δυνητικά θανατηφόρων επιπλοκών (πνευμονία , shock , καρδιακή ανακοπή , αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, σήψη , εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση) για τα οποία η ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να καθορίσει την πιθανότητα θανάτου.

Στην έρευνα τους οι Needleman et. al ., διαπίστωσαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της αναλογίας του συνόλου των ωρών φροντίδας ανά ημέρα από διπλωματούχους νοσηλευτές στους νοσηλευόμενους ασθενείς και 14 αποτελεσμάτων των ασθενών . Οι επιπλοκές / μεταβλητές αυτές περιλαμβάναν :

- Τη διάρκεια της νοσηλείας
- Ουρολοιμώξεις
- Έλκη πίεσης

- Πνευμονία ενδονοσοκομειακής αιτιολογίας
- Καρδιακή ανακοπή
- Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού
- Σήψη ενδονοσοκομειακής αιτιολογίας
- Θρομβοφλεβίτιδα εν τω βάθει
- Επιπλοκές κεντρικού νευρικού συστήματος
- Θάνατος
- Θάνατος από επιπλοκές
- Επιμολύνσεις τραυμάτων
- Αναπνευστική ανακοπή
- Μεταβολικές διαταραχές (Needleman et al. 2002)

Ανάμεσα σε χειρουργικούς ασθενείς έχει αποδειχτεί ότι το επίπεδο της νοσηλευτικής στελέχωσης επηρεάζει τόσο την θνησιμότητα όσο και τη θνησιμότητα από επιπλοκές (failure to rescue) Οι πιθανότητες θανάτου αυξάνουν κατά 7% για κάθε επιπλέον ασθενή που προστίθεται στο φόρτο εργασίας και η διαφορά από 4 σε 6 και από 4 σε 8 ασθενείς ανά νοσηλεύτη θα συνοδεύεται από 14 % και 31% αύξηση στη θνησιμότητα (Aiken et al., 2002)

Ακόμα, μελετητές συγχέουν την έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τη μετάδοση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Έχει αποδειχτεί από μελέτες ότι η μετάδοση πολύανθεκτικού σταφυλόκκου είναι κατά πολύ συχνότερη σε περιόδους έλλειψης στελέχωσης που προσδιορίζεται από χαμηλή αναλογία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή. (Schwab et al., 2012)

Τα ιατρικά λάθη είναι φυσικά επακόλουθα στα συστήματα όπου η υποστελέχωση εντείνει το φόρτο εργασίας των εργαζομένων. Τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας παρατηρούνται σε όλες της χώρες παγκόσμια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αναφέρονται περίπου 98.000 θάνατοι απο ιατρικά σφάλματα ετησίως ενώ στη Μεγάλη Βρετανία 20.000 με 30.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω δυσμενών συμβάντων. Τα ιατρικά λάθη έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό σε ηθικό , οικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο αλλά και στα συστήματα και τους οργανισμούς υγείας. (Παναγιώτου, 2015) Υπολογίζεται ότι στην Αμερική πάνω από 400.000 είναι τα περιστατικά βλαβών που σχετίζονται με λάθη στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Σε σχετική έρευνα στις 8 από τις 11 περιπτώσεις αναφοράς σφάλματος στη φαρμακευτική αγωγή συνυπήρχε μεγάλος φόρτος εργασίας και περιστατικών. (Dollarhide et al., 2014) Ο βαρύς φόρτος εργασίας είναι άμεση συνέπεια της υποστελέχωσης και η κόπωση που επιφέρει είναι ένας από τους βασικούς λόγους εμφάνισης σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή. (Shahrochi et al, 2013)

Επιπρόσθετα , η υποστελέχωση του συστήματος υγείας δημιουργεί φαινόμενα ανικανοποίητης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας που εκφράζονται μέσα από μεγάλες λίστες αναμονής για εισαγωγή στο σύστημα υγείας και ιατρικές επεμβάσεις. Οι λίστες αναμονής λειτουργούν σαν κίνητρα που συχνά οδηγούν σε φαινόμενα παραοικονομίας. Η παρα-οικονομία και η διαφθορά στον υγειονομικό τομέα αποτελεί μια διαχρονική παθογένεια του εθνικού συστήματος υγείας . Οι άτυπες πληρωμές δηλαδή η μη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών κυμαίνονται από 50 ευρώ για εισαγωγή στο νοσοκομείο έως και 3000 ευρώ για μια χειρουργική επέμβαση . (Λουραντάκη , Κατσαλιάκη , 2017) Σύμφωνα με στοιχεία στα ελληνικά νοσοκομεία οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να περιμένουν από τρεις έως έξι μήνες για μια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Ο χρόνος αναμονής για χημειοθεραπεία και για αφαίρεση όγκων καρκινοπαθών ξεπερνάει σε πολλές περιπτώσεις τους τρεις μήνες . Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων οι ασθενείς συχνά χρειάζεται να περιμένουν μέχρι και 5 με 6 μήνες προκειμένου να εξασφαλίσουν ραντεβού για εξέταση , ενώ για μια μαστογραφία ο χρόνος αναμονής είναι περίπου τρεις με έξι μήνες . (Οικονόμου , 2012)

Άμεση συνέπεια της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η ανάγκη για απασχόληση αποκλειστικών νοσοκόμων από τους ασθενείς. Για το έτος 2006 το ποσό που δαπανήθηκε για πληρωμές αποκλειστικών νοσοκόμων ήταν 1.750.589,06 ευρώ . Οι αποκλειστικές νοσοκόμες έχουν ως εργοδότη τον ασθενή και το φαινόμενο αυτό αποτελεί μοναδικό δημιούργημα του ελληνικού συστήματος υγείας. Ο θεσμός αυτός ξεκίνησε με υπουργική απόφαση τη δεκαετία του 1980 προκειμένου να καλυφθούν οι μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Το κόστος για την πληρωμή των υπηρεσιών των αποκλειστικών νοσοκόμων επιβαρύνει τόσο τον ασθενή όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία. (Παπαγεωργίου και συν., 2010)

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στα πλαίσια της παρούσας διατριβής πραγματοποιήθηκε έρευνα με στόχο τη διερεύνηση των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου της χώρας, σχετικά με τη στελέχωσή του σε υγειονομικό προσωπικό. Σαν καταλληλότερη μέθοδος διερεύνησης των απόψεων του δείγματος επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Για θέματα που αφορούν σε έννοιες όπως οι στάσεις και απόψεις των ερωτηθέντων συνήθως χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια που έχουν ήδη εφαρμοστεί σε προγενέστερες έρευνες και έχουν αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Γαλάνης , 2012) Για τη συγκεκριμένη έρευνα ως καταλληλότερο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε αυτό της κας Μυλωνά Βασιλικής (2015) το οποίο χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής με τίτλο « Σκέψεις και αντιλήψεις του υγειονομικού προσωπικού για την αποτελεσματική στελέχωση των Μονάδων Υγείας. Εμπειρική μελέτη» που εκπονήθηκε από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών . Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο αρχικά εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση της συγγραφέως , η οποία διατηρεί τα πνευματικά δικαιώματα του ερωτηματολογίου.

Η ποιοτική μεθοδολογία θεωρείται καταλληλότερη για την έρευνα για την έρευνα γνωστικών περιοχών όπως είναι οι εμπειρίες , τα συναισθήματα , τα κίνητρα , οι αντιλήψεις , οι στάσεις και απόψεις των ερωτώμενων , μια και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να χρησιμοποιηθούν οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας. (Μπελλάλη , 2006)

Η περιγραφή της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των εκφάνσεών της αποτέλεσε τον διακαή στόχο για πολλές επιστήμες. Στην πορεία των ετών της έρευνας , το εργαλείο για την επίτευξη του σκοπού αυτού ήταν η δοκιμασία μέσω της συστηματικής διαδικασίας παρατήρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς με τη βοήθεια αριθμητικής κλίμακας (Ραφτόπουλος, Θεοδοσοπούλου , 2002)

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των συμπερασμάτων των μελετών καθορίζονται σημαντικά από την καταλληλότητα των ερωτηματολογίων που θα χρησιμοποιηθούν (Γαλάνης , 2012) Το θέμα της εγκυρότητας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το πρόβλημα της θεωρίας . Τόσο σε ποσοτικό όσο και σε ποιοτικό επίπεδο το ερώτημα είναι κατά πόσο το εργαλείο της έρευνας καταφέρνει να διερευνά και να μετρά με το σωστό τρόπο και τα δεδομένα αξιολογούνται όπως πρέπει ώστε η ερμηνεία τους να μπορεί να γενικευτεί . Η αξιοπιστία μιας έρευνας και των αποτελεσμάτων της αναφέρεται στις διάφορες όψεις της σταθερότητας των δεδομένων και συνίσταται στον προσδιορισμό με ακρίβεια και συνέπεια του βαθμού στον οποίο οι ατομικές διαφορές των υποκειμένων οφείλονται σε πραγματικές διαφορές (και όχι σε

τυχαία σφάλματα) και επομένως αν επαναληφθεί η έρευνα θα πρέπει να αποφέρει τα ίδια ή περίπου τα ίδια αποτελέσματα κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Στην ποιοτική έρευνα η έννοια της αξιοπιστίας αποδίδεται κυρίως με τους όρους σταθερότητα και δυνατότητα αναπαραγωγής των αποτελεσμάτων. (Μπελλάλη , 2006)

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στην αριθμητική κλίμακα Likert . Η χρήση κλιμάκων Likert αποτελεί μια κοινή πρακτική στις περισσότερες ποιοτικές έρευνες. Αποτελούνται από διατάξιμες μεταβλητές των οποίων η σειρά ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες έχει σημασία ώστε οι μεγαλύτερες αριθμητικές τιμές να αντιπροσωπεύουν την παρουσία ενός χαρακτηριστικού σε μεγαλύτερο βαθμό ενώ οι μικρότερες στην παρουσία του ίδιου χαρακτηριστικού σε μικρότερο βαθμό. Έτσι , τα αντικείμενα μιας μεταβλητής εντάσσονται σε κατηγορίες (ή τάξεις) και διατάσσονται με τρόπο που βοηθά τις μεταξύ τους συγκρίσεις. Προκειται για μια ψυχομετρική κλίμακα που χρησιμοποιείται στα ερωτηματολόγια εκτίμησης απόψεων και στάσεων , διαφωνίας και συμφωνίας , των συμμετεχόντων στις διάφορες προτάσεις. Κάθε στοιχείο Likert αποτελεί μια πρόταση στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας σε μια διατεταγμένη κλίμακα (συνήθως) 5 απαντήσεων : Διαφωνώ / Διαφωνώ μερικώς / Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ / Συμφωνώ μερικώς / Συμφωνώ πάρα πολύ . (Γαλάνης , 2012)

Στη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά και ειδικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων κατόπιν βιβλιογραφικής έρευνας (Γαλάνης , 2012). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τέσσερα μέρη . Το πρώτο αφορά στα δημογραφικά και υπηρεσιακά στοιχεία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και στοιχεία που αφορούν το επίπεδο σπουδών και γνώσεων.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 5 ερωτήσεις και αφορά τον προγραμματισμό που κάνει το νοσοκομείο ως προς τη στελέχωση με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και κατά πόσο αυτό επαρκεί για τις σύγχρονες ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Το τρίτο μέρος αποτελείται από 24 ερωτήσεις και αφορά στη στελέχωση του νοσοκομείου με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αρχικά γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθούν οι απόψεις των εργαζομένων ως προς την αντικειμενικότητα στην επιλογή του προσωπικού και αν αυτή ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.

Έπειτα , διερευνώνται οι απόψεις των εργαζομένων για το κατα πόσο στην τοποθέτηση , μετακίνηση ή μετάθεση και στις αρμοδιότητες των υπαλλήλων λαμβάνονται υπόψη οι υπηρεσιακές ανάγκες και τα προσόντα του εργαζόμενου. Ακολουθούν ερωτήσεις σχετικές με τις απόψεις για τον τρόπο

κάλυψης των αναγκών των τμημάτων σε προσωπικό και κατά πόσο κρίνονται απαραίτητες οι εσωτερικές μετακινήσεις για το σκοπό αυτό. Τέλος, οι 4 τελευταίες ερωτήσεις της ενότητας αφορούν το βαθμό ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με τις οικονομικές απολαβές, το περιβάλλον και το ωράριο εργασίας τους.

Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά την επιμόρφωση του προσωπικού και κατά πόσο η υπηρεσία προσφέρει τη δυνατότητα εκπαίδευσης ή διευκολύνει και προάγει την επιμόρφωση του προσωπικού.

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, κατόπιν έγκρισης του Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου ΚΑΤ, ήταν συνολικά 200 εκ των οποίων επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 110. Επιλέχθηκε η μέθοδος της αυτοσυμπλήρωσης χωρίς τη συμμετοχή του ερευνητή για την αποφυγή μεροληψίας. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, εθελοντικά και συνοδεύονταν από ενημερωτικό σημείωμα για το αντικείμενο, το σκοπό της έρευνας και το ίδρυμα εκπόνησης της εργασίας.

Οι συμμετέχοντες ήταν άνδρες και γυναίκες ιατροί με βαθμούς Διευθυντή, Επιμελητή Α, Επιμελητή Β / Επικουρικοί και Ειδικευόμενοι και νοσηλεύτριες ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ κατηγορίας εκπαίδευσης.

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM Statistics SPSS 21 for Windows και τα λογιστικά φύλλα MS EXCEL.

Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η σκιαγράφιση των απόψεων του προσωπικού ως προς την αποτελεσματικότητα και την επάρκεια στη στελέχωση του νοσοκομείου, την αντικειμενικότητα στις προσλήψεις, την αξιοποίηση του προσωπικού ανάλογα με τις ελλείψεις και τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό, τις ευκαιρίες που παρέχονται για επιμόρφωση και ανάπτυξη και του βαθμού ικανοποίησης από τις συνθήκες εργασίας του.

Με βάση τα παραπάνω διατυπώνονται τα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

- Πιστεύει το προσωπικό ότι η διοίκηση του νοσοκομείου κάνει προγραμματισμό της στελέχωσης ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες έγκαιρα και αποτελεσματικά;
- Επαρκεί η δύναμη του νοσοκομείου σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη γνώμη του προσωπικού;
- Πιστεύουν οι εργαζόμενοι ότι το προσωπικό επιλέγεται με αξιολογικά μέσα και αξιοποιούνται αναλογα με τις υπηρεσιακές ανάγκες αλλά και τα προσόντα του υπάλληλου;
- Είναι ικανοποιημένοι οι εργαζόμενοι με τις μισθολογικές τους αποδοχές και τις συνθήκες της εργασίας τους;

- Πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι το νοσοκομείο τους προσφέρει κίνητρα και διευκολύνσεις ώστε να παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα και να αυξήσουν την απόδοσή τους ;
- Διοργανώνει το νοσοκομείο σεμινάρια και προγράμματα επιμόρφωσης για τους εργαζόμενους;

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αρχικά διανεμήθηκαν 200 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 110 , δηλαδή συμπληρώθηκε το 55% αυτών.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 80 (72,7%) γυναίκες και 30 (27,3%) άντρες. Από αυτούς, το 30% ήταν άγαμοι, το 63,6% έγγαμοι και το 6,4% διαζευγμένοι. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 42,5 έτη. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει την κατανομή στα διάφορα επαγγέλματα και ο πίνακας 2 την κατανομή στα καθεστώτα εργασίας. Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της ηλικιακής σύνθεσης του δείγματος.

Πίνακας 1

Κατανομή των συμμετεχόντων στα επαγγέλματα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Συγκεντρωτικό Ποσοστό
ΠΕ	6	5.5	5.5	5.5
ΤΕ	43	39.1	39.1	44.5
ΔΕ	27	24.5	24.5	69.1
Επιμελητής Α	6	5.5	5.5	74.5
Επιμελητής Β	7	6.4	6.4	80.9
Ειδικευόμενος	15	13.6	13.6	94.5
Συντονιστής Διευθυντής	6	5.5	5.5	100.0
Σύνολο	110	100.0	100.0	

Πίνακας 2

Κατανομή των συμμετεχόντων στα καθεστώτα εργασίας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Συγκεντρωτικό Ποσοστό
Μόνιμο προσωπικό	90	81.8	81.8	81.8
Σύμβαση ορισμένου χρόνου	19	17.3	17.3	99.1

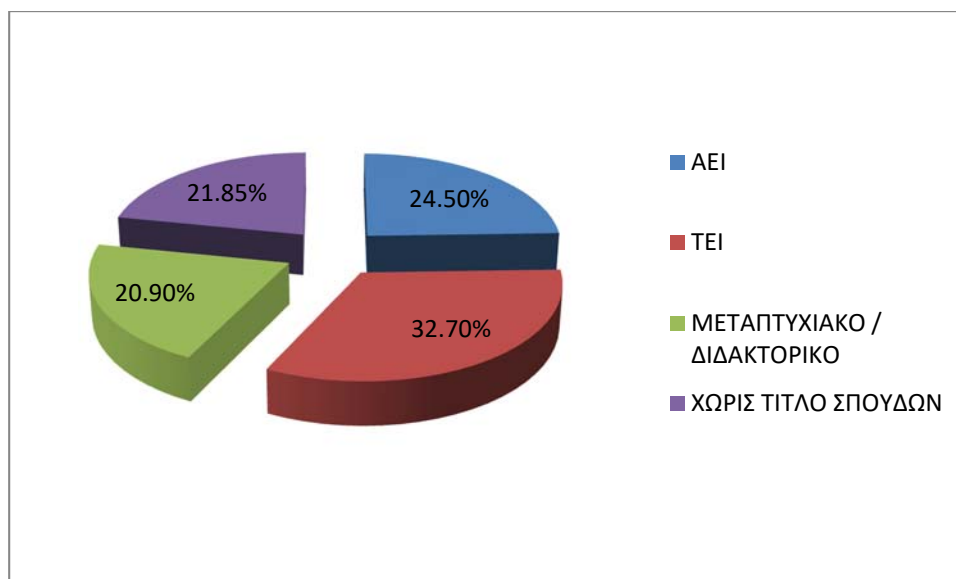
Σύμβαση αορίστου χρόνου	1	.9	.9	100.0
Σύνολο	110	100.0	100.0	

Πίνακας 3

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	42,49
ΤΥΠΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ	0,86
ΔΙΑΜΕΣΟΣ	42,00
ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ	50,00
ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	9,02
ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ	81,35
ΕΥΡΟΣ	40,00
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	26,00
ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	66,00
ΣΥΝΟΛΟ (N)	110,00

Το 24,5% των συμμετεχόντων είχαν πτυχίο ΑΕΙ και το 32,7% πτυχίο ΤΕΙ, ενώ το 20,9% είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο και το 21,8% κανένα τίτλο ανώτατης εκπαίδευσης. Το 49,1% δήλωσαν πως έχουν άριστες και πολύ καλές γνώσεις υπολογιστή, το 47,3% καλές και μέτριες και το 3,6% καθόλου. Τέλος, το 73,6% δήλωσαν πως έχουν πτυχίο ξένων γλωσσών και το 26,4% ότι δεν έχουν.



Διάγραμμα 1 . Τίτλοι σπουδών (πλέον του βασικού) .

Στους παρακάτω τρεις πίνακες παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις τρεις ενότητες του ερωτηματολογίου. Στους πίνακες η κωδικοποίηση είναι ως εξής: όπου Δ: διαφωνώ, το ΔΜ: διαφωνώ μερικώς, το ΔΣ: ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το ΣΑ: συμφωνώ αρκετά και ΣΠ: συμφωνώ πάρα πολύ.

Πίνακας 4

Κατανομή των απαντήσεων για τον προγραμματισμό στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

	Δ	ΔΜ	ΔΣ	ΣΑ	ΣΠ
1. Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό.	33,6	33,6	13,6	14,5	4,5
2. Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου.	40	33,6	11,8	10,9	3,6
3. Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό γίνονται έγκαιρα ενέργειες για την κάλυψή τους	58,2	26,4	6,4	5,5	3,6
4. Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	53,6	17,3	10	15,5	3,6

5. Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	84,5	12,7	0,9	0	1,8
---	------	------	-----	---	-----

Πίνακας 5

Κατανομή των απαντήσεων για τη στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

	Δ	ΔΜ	ΔΣ	ΣΑ	ΣΠ
1. Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	13,6	25,5	30	27,3	3,6
2. Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	13,6	20,9	34,5	29,1	1,8
3. Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	6,4	4,5	20	48,2	20,9
4. Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα.	7,3	9,1	32,7	45,5	5,5
5. Η επιλογή ιατρικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	14,5	26,4	18,2	39,1	1,8
6. Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	20,9	22,7	21,8	30	4,5
7. Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.	11,8	27,3	26,4	30,9	3,6
8. Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.	24,5	27,3	28,2	17,3	2,7
9. Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	32,7	32,7	23,6	7,3	3,6
10. Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	50,9	24,5	13,6	7,3	3,6

11. Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.	16,4	23,6	13,6	38,2	8,2
12. Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.	14,5	11,8	6,4	41,8	25,5
13. Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά	20	6,4	10,9	43,6	19,1
14. Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού.	10	13,6	12,7	44,5	19,1
15. Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.	4,5	8,2	12,7	55,5	19,1
16. Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.	10,9	14,5	17,3	49,1	8,2
17. Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.	14,5	26,4	23,6	30	5,5
18. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.	17,3	15,5	25,5	37,3	4,5
19. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.	26,4	28,2	18,2	25,5	1,8
20. Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.	81,8	13,6	3,6	0	0,9
21. Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο.	44,5	30,9	10,9	12,7	0,9
22. Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό.	50,9	20	8,2	16,4	4,5
23. Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).	47,3	11,8	3,6	19,1	18,2
24. Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).	4,5	5,5	8,2	58,2	23,6

Πίνακας 6

Κατανομή των απαντήσεων για την επιμόρφωση και ανάπτυξη προσωπικού

	Δ	ΔΜ	ΔΣ	ΣΑ	ΣΠ
1. Ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του.	29,1	13,6	20,9	28,2	8,2
2. Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.	47,7	24,8	11	12,8	3,7
3. Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος.	13,6	21,8	30,9	30	3,6
4. Η υπηρεσία σας, σας δίνει κίνητρα (ευέλικτο ωράριο, εκπαιδευτικές άδειες κλπ) για επιμόρφωση σε όλο το προσωπικό.	30,9	36,4	19,1	10	3,6
5. Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο.	22,7	18,2	11,8	40,9	6,4
6. Η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας.	25,5	19,1	15,5	36,4	3,6
7. Σας παρέχεται η δυνατότητα να χρησιμοποιείται τη δημιουργικότητά σας στο χώρο εργασίας σας, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής σας.	30	33,6	18,2	14,5	3,6
8. Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε	45,5	26,4	12,7	10	5,5
9. Η υπηρεσία σας, σας διευκολύνει όταν παρακολουθείται κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών	22,7	26,4	17,3	28,2	5,5

Συγκρίσεις και συσχετίσεις

Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Mann-Whitney για να εξεταστούν τυχόν σημαντικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ως προς συγκεκριμένες δηλώσεις ενδιαφέροντος του ερωτηματολογίου. Το κριτήριο αυτό είναι κατάλληλο για τη διερεύνηση διαφορών μιας ονομαστικής μεταβλητής ως προς τα επίπεδα μιας διατακτικής μεταβλητής.

Πίνακας 7

Διαφορές μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου

	Επάγγελμα	N	ΜΟ	ΤΑ	ΤΛ
4. Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	Νοσηλευτικό προσωπικό	76	2.25	1.338	.153
	Ιατρικό προσωπικό	34	1.38	.817	.140
5. Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	Νοσηλευτικό προσωπικό	76	1.25	.733	.084
	Ιατρικό προσωπικό	34	1.15	.359	.062
1. Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	Νοσηλευτικό προσωπικό	76	2.80	1.020	.117
	Ιατρικό προσωπικό	34	2.85	1.258	.216
3. Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	Νοσηλευτικό προσωπικό	76	3.92	.963	.110
	Ιατρικό προσωπικό	34	3.29	1.115	.191
5. Η επιλογή ιατρικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	Νοσηλευτικό προσωπικό	76	2.93	1.147	.132
	Ιατρικό προσωπικό	34	2.74	1.136	.195
6. Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις	Νοσηλευτικό προσωπικό	76	2.88	1.296	.149

απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.

Ιατρικό προσωπικό

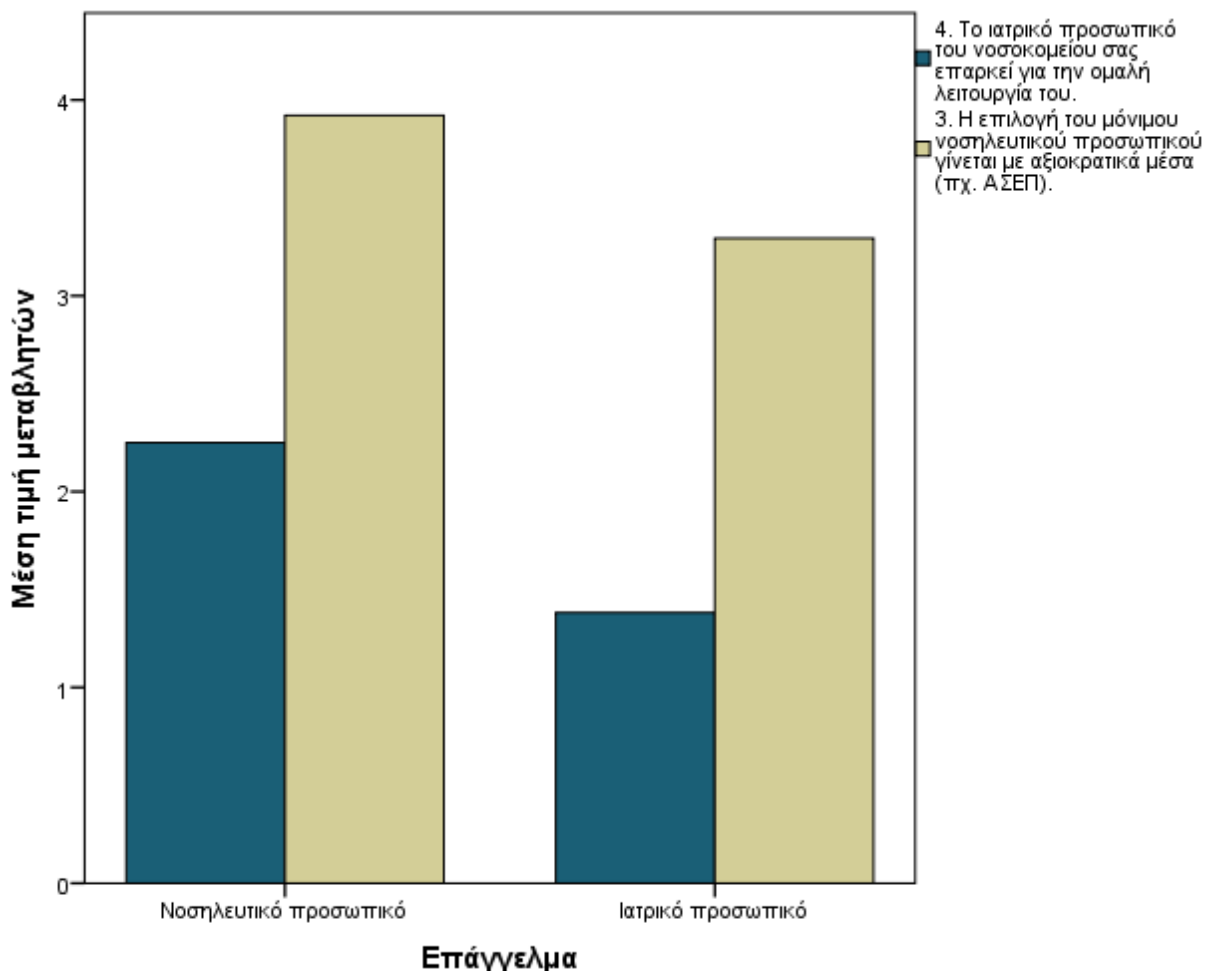
34 2.44

.991

.170

Οι διαφορές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ήταν:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό συμφώνησε περισσότερο από το ιατρικό προσωπικό με τη δήλωση ότι το ιατρικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου, $U=830.5$, $p=0.001$.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό συμφώνησε περισσότερο από το ιατρικό προσωπικό με τη δήλωση ότι η επιλογή μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά κριτήρια, $U=850.5$, $p=0.002$.



Διάγραμμα 2. Σημαντικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού

Εξετάστηκε με το κριτήριο Mann-Whitney αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ μόνιμου προσωπικού συμβασιούχων ως προς συγκεκριμένες δηλώσεις του ερωτηματολογίου (Πίνακας 8).

Πίνακας 8

Διαφορές μεταξύ μόνιμου προσωπικού και συμβασιούχων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου

	Καθεστώς εργασίας	N	ΜΟ	ΤΑ	ΤΛ
1. Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	Μόνιμο προσωπικό	90	2.84	1.070	.113
	Συμβασιούχο ς	20	2.70	1.218	.272
3. Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	Μόνιμο προσωπικό	90	3.88	.958	.101
	Συμβασιούχο ς	20	3.05	1.191	.266

Βρέθηκε ότι τα μέλη του μόνιμου προσωπικού συμφώνησαν περισσότερο από τους συμβασιούχους συναδέλφους τους με τη δήλωση ότι η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά κριτήρια, $U=513$, $p=0.001$.

Έγινε συσχέτιση της ηλικίας με τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου με το συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho, ο οποίος είναι κατάλληλος για συσχετίσεις μεταξύ συνεχών και διατακτικών μεταβλητών. Δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση, όπερ σημαίνει ότι η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν ανεξάρτητη των απόψεων τους στα ζητήματα που διερευνήθηκαν.

Δε σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ εκπαιδευτικών επιπέδων.

Σημειώθηκαν κάποιες σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου που παρουσιάζονται στον πίνακα 9 και το διάγραμμα 3.

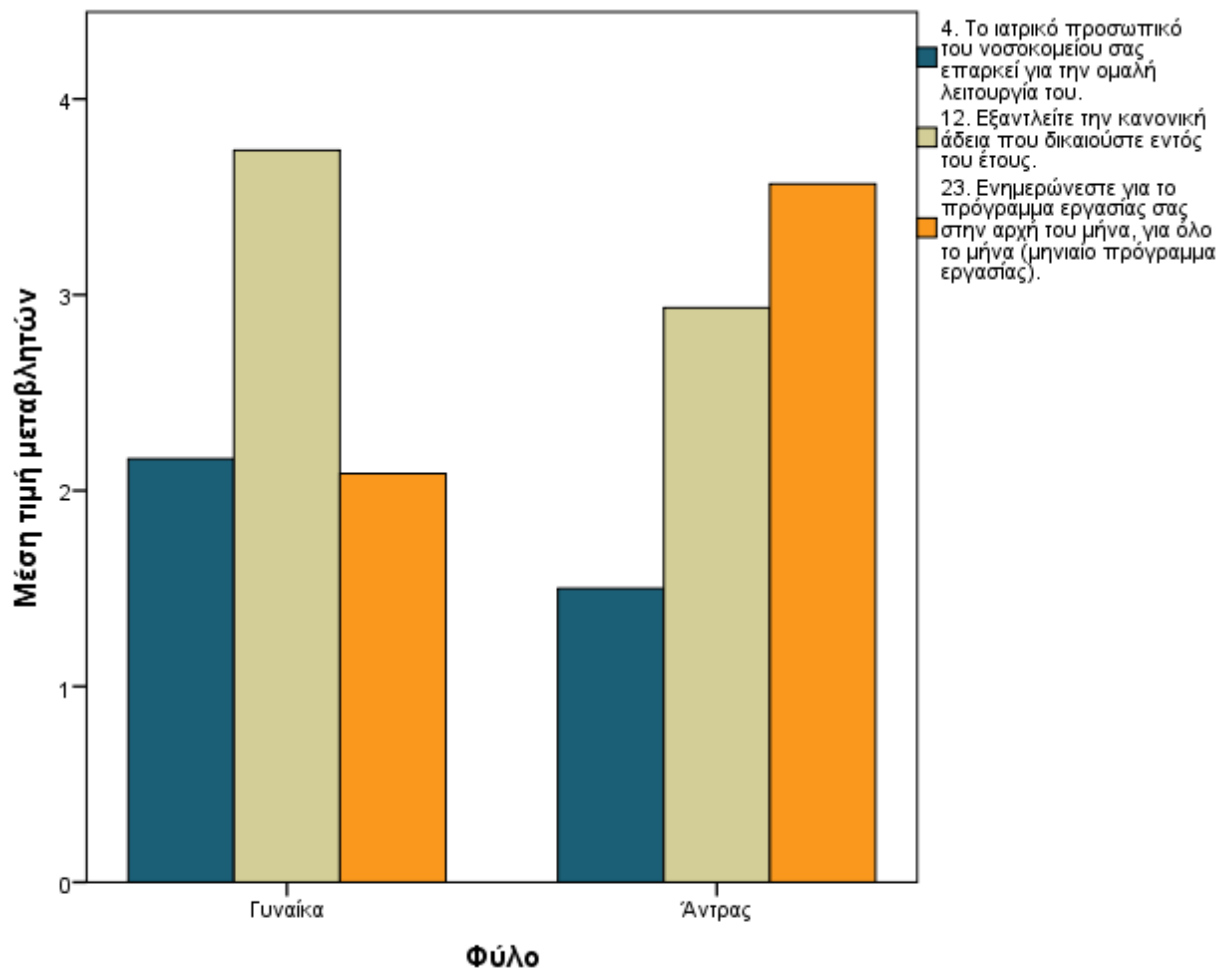
Πίνακας 9

Διαφορές μεταξύ γυναικών και αντρών στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου

	Φύλο	N	ΜΟ	ΤΑ	ΤΛ
4. Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	Γυναίκα	80	2.16	1.287	.144
	Άντρας	30	1.50	1.075	.196
12. Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.	Γυναίκα	80	3.74	1.280	.143
	Άντρας	30	2.93	1.461	.267
23. Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).	Γυναίκα	80	2.09	1.486	.166
	Άντρας	30	3.57	1.569	.286

Με το κριτήριο Mann-Whitney βρέθηκε ότι:

- Οι γυναίκες συμφώνησαν περισσότερο με τη δήλωση ότι το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του, $U=841$, $p=0.008$.
- Οι γυναίκες συμφώνησαν περισσότερο με τη δήλωση ότι εξαντλούν την κανονική άδεια που δικαιούνται εντός του έτους, $U=814$, $p=0.006$.
- Οι άντρες συμφώνησαν περισσότερο με τη δήλωση ότι ενημερώνονται για το πρόγραμμα εργασίας στην αρχή του μήνα για όλο το μήνα, $U=655.5$, $p<0.000$.



Διάγραμμα 3. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων

Τέλος, σημειώθηκαν κάποιες σημαντικές διαφορές μεταξύ έγγαμων και άγαμων συμμετεχόντων που παρουσιάζονται στον πίνακα 10 και στο διάγραμμα 4.

Πίνακας 10

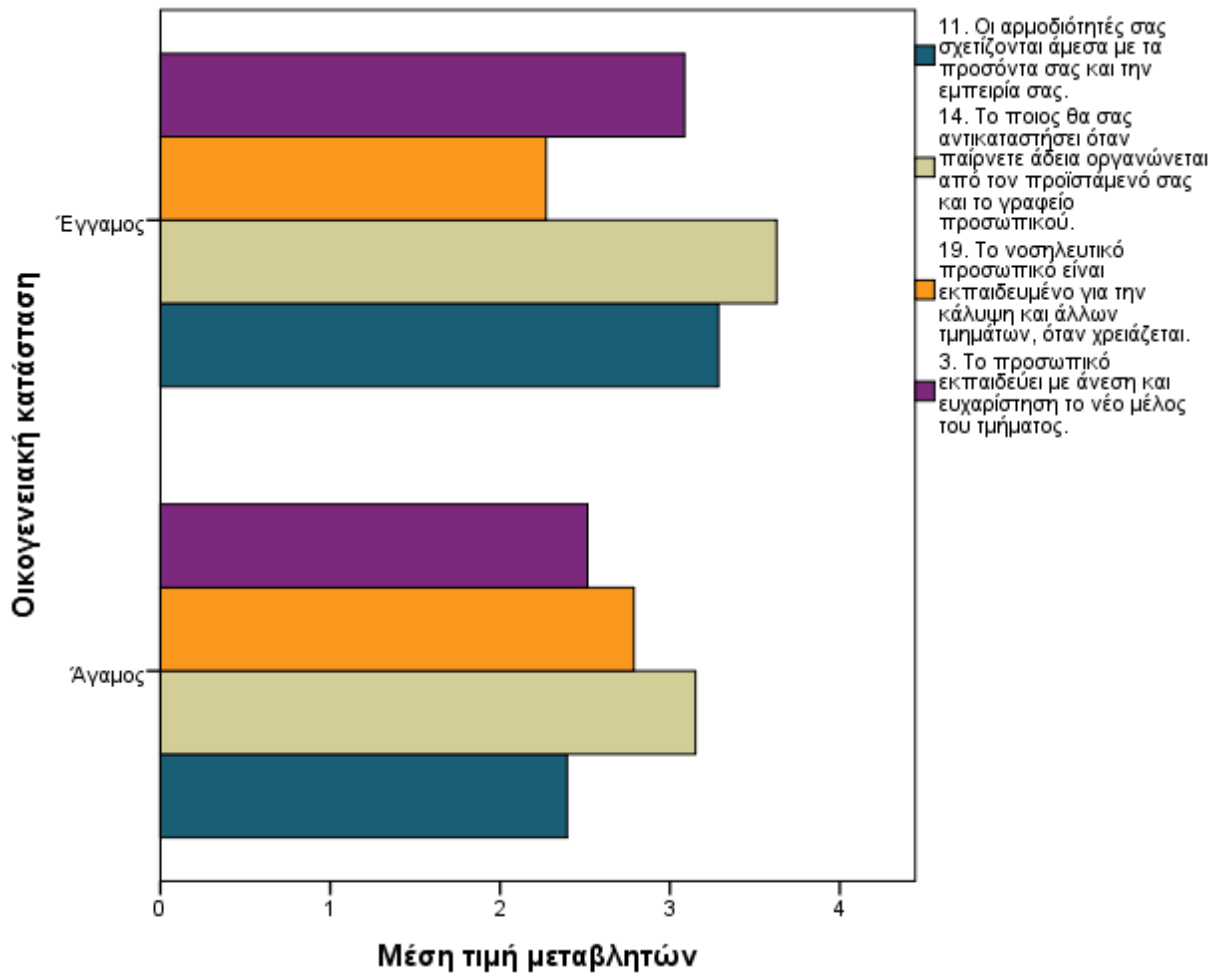
Διαφορές μεταξύ έγγαμων και άγαμων συμμετεχόντων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου

	Οικογενειακή κατάσταση	N	ΜΟ	ΤΑ	ΤΛ
11. Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.	Άγαμος	33	2.39	1.248	.217
	Έγγαμος	70	3.29	1.229	.147
14. Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού.	Άγαμος	33	3.15	1.253	.218
	Έγγαμος	70	3.63	1.206	.144
19. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.	Άγαμος	33	2.79	1.193	.208
	Έγγαμος	70	2.27	1.115	.133
3. Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος.	Άγαμος	33	2.52	1.176	.205
	Έγγαμος	70	3.09	1.018	.122

Με το κριτήριο Mann-Whitney βρέθηκε ότι:

- Οι έγγαμοι συμμετέχοντες συμφώνησαν περισσότερο με τη δήλωση ότι οι αρμοδιότητες τους σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα και την εμπειρία τους, $U=713.5$, $p=0.001$.
- Οι έγγαμοι συμμετέχοντες συμφώνησαν περισσότερο με τη δήλωση ότι το ποιος θα τους αντικαταστήσει όταν παίρνουν άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού, $U=881.5$, $p=0.043$.
- Οι έγγαμοι συμμετέχοντες συμφώνησαν λιγότερο με τη δήλωση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται, $U=876$, $p=0.042$.

- Οι έγγαμοι συμμετέχοντες συμφώνησαν περισσότερο με τη δήλωση ότι το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος, $U=834$, $p=0.019$.



Διάγραμμα 4. Σημαντικές διαφορές μεταξύ έγγαμων και άγαμων συμμετεχόντων

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα :

- Η πλειοψηφία του προσωπικού δεν συμφωνεί με τη δήλωση ότι η διοίκηση προγραμματίζει τη στελέχωση του νοσοκομείου ώστε να αντιμετωπίσει τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες σε ανθρωπινό δυναμικό
- Η πλειοψηφία των ερωτώμενων εκτιμά ότι το ιατρικό προσωπικό δεν επαρκεί για τη λειτουργία του νοσοκομείου , ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να συμφωνεί περισσότερο με αυτή τη δήλωση.
- Το 84,5% του προσωπικού εκτιμά ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου , ενώ μόνο το 1,8 % εκτιμά ότι επαρκεί
- Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εκτιμά ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει επιλεγεί με αξιοκρατικά κριτήρια , ενώ για την αντικειμενικότητα στην επιλογή του ιατρικού προσωπικού υπάρχει αρκετή διχογνωμία με το 25,5 % να διαφωνεί μερικώς με αυτή τη δήλωση και το 27,3% να συμφωνεί μερικώς. Το 30% των ερωτηθέντων αντιμετωπίζει τη δήλωση αυτή με ουδετερότητα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το εύρημα ότι οι συμβασιούχοι υπάλληλοι συμφωνούν σε μικρότερο βαθμό με το κατά πόσο είναι αξιοκρατική η επιλογή του μόνιμου προσωπικού σε σχέση με τους μόνιμους που συμφωνούν περισσότερο.
- Ως προς το αν το ιατρικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις το 39,1% συμφωνεί αρκετά , ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό το 30% έδωσε την ίδια απάντηση και το 20,9% δήλωσε ότι διαφωνεί.
- Το 30,9% των υπαλλήλων που συμμετείχαν στην έρευνα συμφωνεί αρκετά στο ότι η τοποθέτηση των υπαλλήλων σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας . Αντίθετα μόνο το 17,3% συμφωνεί αρκετά ότι λαμβάνονται υπόψη τα προσόντα του υπαλλήλου κατά την τοποθέτηση του. Παρόλα αυτά σε επόμενη ερώτηση το 38,2 % των ερωτηθέντων συμφωνεί αρκετά ότι οι αρμοδιότητες του σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα και την εμπειρία του.
- Το προσωπικό στην πλειοψηφία του διαφωνεί ότι οι μετακινήσεις και μεταθέσεις ιατρών και νοσηλευτών γίνονται αποκλειστικά και μόνο για λόγους υπηρεσιακούς.
- Συμπεραίνεται ότι οι περισσότεροι υπάλληλοι εξαντλούν την άδεια του έτους , η οποία προγραμματίζεται από τον προϊστάμενο σύμφωνα και με τις ανάγκες της υπηρεσίας σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων.
- Το ιατρικό προσωπικό όταν χρειάζεται καλύπτει ανάγκες συναφών ειδικοτήτων.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό είθισται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη των αναγκών.
- Η πλειοψηφία του προσωπικού δεν είναι ικανοποιημένη από τις οικονομικές απολαβές , το ωράριο και το περιβάλλον εργασίας .
- Ως προς την επιμόρφωση και ανάπτυξη του προσωπικού φαίνεται ότι οι ερωτώμενοι δεν πιστεύουν ότι γίνεται εισαγωγική εκπαίδευση και γνωριμία με τα τμήματα του νοσοκομείου .

- Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι δεν δίνονται κίνητρα και διευκολύνσεις για επιμόρφωση.
- Θετικό είναι το γεγονός ότι τι 40,95% ιατρών και νοσηλευτών αναγνωρίζει ότι η υπηρεσία πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης για το προσωπικό
- Η ηλικία των ερωτώμενων δεν διαπιστώθηκε ότι επαιξε ρόλο στις απαντήσεις που έδωσαν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το πρόβλημα της υποστελέχωσης των δημόσιων δομών υγείας υπήρξε διαρκές και διαχρονικό και ταλανίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας από την αρχή της ίδρυσής του. Ανέκαθεν υπήρχαν ανισότητες στην κατανομή των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας σε γεωγραφικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Αναμφίβολα, οι πιο απομακρυσμένες περιοχές της χώρας και τα πιο αδύναμα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα επιβαρύνονται πολύ περισσότερο τις συνέπειες της κατάστασης αυτής.

Παράλληλα, η παγκόσμια οικονομική κρίση, που έπληξε και την Ελλάδα, επιδείνωσε σε μεγάλο βαθμό τα προβλήματα του συστήματος υγείας. Στην προσπάθεια περιορισμού των ελλειμμάτων και εξορθολογισμού του κόστους του δημόσιου τομέα υπήρξε δραματική μείωση στις δαπάνες για την Υγεία και την Κοινωνική Προστασία. Ταυτόχρονα, η οικονομική δυσχέρεια των Ελλήνων να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα αύξησε τις πιέσεις και το φόρτο για το δημόσιο σύστημα μέσα σε ένα περιβάλλον λιτότητας, περιορισμένων πόρων και μειωμένης ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού.

Είναι κατανοητό ότι ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί καταλύτη της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται δικαίως ως «εντάσεως εργασίας». Εντούτοις, οι ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό που προϋπήρχαν, εντάθηκαν λόγω του περιορισμού των προσλήψεων και φτάνουν σήμερα τις 40.000 κενές οργανικές θέσεις, θέτοντας υπό αμφισβήτηση την ασφάλεια τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων.

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των πτυχών του προβλήματος της υποστελέχωσης στο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης. Έγινε προσπάθεια να αποτιμηθεί το μέγεθος και οι συνέπειες της υποστελέχωσης, οι τρόποι διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, ο τρόπος που στελεχώνονται οι υπηρεσίες ενός νοσηλευτικού ιδρύματος και τα πρότυπα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον υπολογισμό των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό στις Μονάδες Υγείας. Τέλος, έγινε προσπάθεια να εξαχθούν ενδιαφέροντα συμπεράσματα για τον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, ιατροί και νοσηλευτές, την στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων, πως εκτιμούν τη σημερινή κατάσταση και πόσο αυτό επηρεάζει τις συνθήκες εργασίας τους.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξόπουλος Ευάγγελος , 2007, *Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία . Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου . Α΄ Έκδοση , Αθήνα , Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας .*
- Αντωνιάδου Ιωάννα , Κότης Αντώνης , Λιόνης Χρήστος , Μυλωνέρος Θάνος , Παναγιωτόπουλος Τάκης , Μπένος Αλέξης , 2015 , *Βασικές αρχές , θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα .* διαθέσιμο στο www.isx.gr
- Αντωνοπούλου Λίλα , 2008 , *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα . Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία , Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη . Τομος 3 (2) : 109-120*
- ΑΣΕΠ , 2016 , *Έκθεση για το έτος 2015,* διαθέσιμο στο www.asep.gr
- Βαξεβανίδου Μαρία , Ρεκλείτης Παναγιώτης , 2008 , *Management Ανθρώπινων Πόρων. Θεωρία και Πράξη .* Αθήνα Εκδόσεις Προπομπός
- Βαρδιαμπάσης Β.Ν , Τσιρώνη Μ., Νικολέντζος Α., Μωυσόγλου Ι., Γαλάνης Π., Σταυροπούλου Ε., Αθανασοπούλου Γ., Πρεζεράκος Π., 2014 , *Στελέχωση των απομακρυσμένων και απομονωμένων υπηρεσιών υγείας με ιατρικό προσωπικό. Κίνητρα προσέλκυσης και παραμονής του ιατρικού προσωπικού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 31 (1) : 48-54*
- Βαρουφάκης Γιάννης , Πατώκος Τάσος , Τσερκεζής Λευτέρης , Κουτσοπέτρος Χρήστος , 2011 , *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. Αθήνα , ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.*
- Γαλάνης Π., 2012 , *Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29 (6) : 744-755*

- Γκοβίνα Ουρανία , 2012 , *Συστήματα ταξινόμησης ασθενών , Κλινικό Φροντιστήριο «Μέθοδοι Νοσηλευτικής Στελέχωσης»*. Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ , Τεύχ. 182
- Γούλα Ασπασία , 2007 , *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου. Η ελληνική εμπειρία και πρακτική. 2^η Έκδοση* , Αθήνα , Εκδόσεις Παπαζήση
- Γούλα Ασπασία , 2014 , *Οργανωσιακή κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας* . Αθήνα , Εκδόσεις Παπαζήση
- Γώγος Χρήστος , 2011 , *Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα . Το Βήμα του Ασκληπιού , Τόμος 10^{ος}* , Τευχ. 1^ο
- Δαληγγάρου – Βιλαέτη Όλγα , 2001 , *Η διοίκηση (Management) Νοσηλευτικής Υπηρεσίας , Πρακτικά Ζητήματα νοσοκομειακού management . Τα πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου* . Αθήνα , Εκδόσεις Mediforce
- Dessler Gary , 2015 , *Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού . Βασικές έννοιες και σύγχρονες τάσεις* . Αθήνα , Εκδόσεις Κριτική
- ΕΛΣΤΑΤ¹ , 2016 , *Δελτίο Τύπου Έρευνα Ιατρών και Οδοντριάτρων 2015* , διαθέσιμο στο www.statistics.gr
- ΕΛΣΤΑΤ² , 2016 , *Απογραφή Θεραπευτηρίων 2014* . διαθέσιμο στο www.statistics.gr
- ΕΛΣΤΑΤ¹ , 2017 , *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας έτους 2015* . διαθέσιμο στο www.statistics.gr
- ΕΛΣΤΑΤ² , 2017 , *Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα* , διαθέσιμο στο www.statistics.gr
- ΕΣΔΥ , 2013 , *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία* . διαθέσιμο στο http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf

- Ζοπουνίδης Κων/νος , 2007 , *Θέματα Μανατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας* . Αθήνα , *Εκδόσεις Κλειδάριθμος*
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σουλιώτης Σ ., 2001 , *Συστήματα Υγείας* . Αθήνα, *Εκδόσεις Παπαζήση*
- Θεοφίλου Παρασκευή , 2009 , *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας* . *Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*. Τευχ. 4
- Ίντας Γεώργιος , 2012 , *Ισοδύναμα Πλήρους Απασχόλησης (ΙΠΑΠ) – (Full Time Equivalent)* , Κλινικό Φροντιστήριο «Μέθοδοι Νοσηλευτικής Στελέχωσης» , *Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ* Τευχ.182
- Κακαλέτσης Ν., Ιωαννίδης Α., Σιγάλας Ι., Χατζητόλιος Α., 2013 , *Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύνομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30 (2) : 233-240
- Καλαφάτη Μαρία , Παϊκοπούλου Δήμητρα , 2006 , *Συγκριτική μελέτη των συστημάτων μέτρησης του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας σε μονάδες εντατικής θεραπείας*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31 (5) : 541-557
- Κανελλόπουλος Χαράλαμπος , 2002 , *Διοίκηση προσωπικού – Ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα , *Εκδόσεις Σταμούλη*
- Καραδήμας Ε., 2005 , *Ψυχολογία της Υγείας* . *Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα , *Εκδόσεις Τυπωθήτω*
- Καρασούλος Χρήστος, 2014, *Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού* , Τόμος 13 , Τευχ. 1
- Κελέση – Σταυροπούλου Μάρθα , Σταυροπούλου Μαρίνα , 2010 , *Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Το Βήμα του Ασκληπιού* , Τόμος 9^{ος} , Τευχ. 3^ο , σελ. 280-307
- Κονταράτος Αντώνης , 2003 , *Η τέχνη της διοίκησης των νοσοκομείων*. Αθήνα , *Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.*
- Κορομπέλη Άννα , Κτενάς Ευτύχιος , Κικεμένη Αναστασία , 2006 , *Κυκλικό ωράριο* . *Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών* . *Νοσηλευτική* 45 (1) : 98-106

- Κορομπέλη Άννα , Σουρτζή Παναγιώτα , 2010 , *Οργάνωση κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεων στους εργαζόμενους*. *Νοσηλευτική* 42 (2) : 131-140
- Κότιος Άγγελος , Γαλανός Γεώργιος , Πουκανάς Σπυρίδων , 2012 , *Η ελληνική κρίση και η κρίση του συστήματος διακυβέρνησης της Ευρωζώνης* . *Σειρά Ερευνητικών Εργασιών* 18 (1) : 1-26 διαθέσιμο στο http://www.prd.uth.gr/uploads/discussion_papers/2012/uth-prd-dp-2012-01_gr.pdf
- Κουρέα – Κρεμαστινού Τζένη, 2010 , *Δημόσια Υγεία , Θεωρία Πράξη Πολιτικές*. Β΄ Έκδοση Αθήνα , *Εκδόσεις Τεχνόγραμμα*
- Κουτελάκος Ιωάννης , Πολυκανδριώτη Μαρία , 2007 , *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome)* . *Το Βήμα του Ασκληπιού* , Τευχος 1
- Κυριόπουλος Γ., Μανιαδάκης Ν., Στουρνάρας Γ., Αθανασάκης Κ., Βεντούρης Ν., Καπάκη Β., Καραμπλή Ε., Μυλωνά Κ., Μυλωνάς Χ., Ολλανδέζος Μ., Πάλακα Ε., Παπαγεωργίου Μ., Παρατσιώκας Ν., Ρελάκης Γ., Σκρουμπέλος Α., Τσιάντου Β., 2011 , *Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου* . Αθήνα , *Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών*
- Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., 2010 , *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη* . *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27 (5) : 834-840
- Κωνσταντοπούλου Άννα , Κουσιουνέλος Δημήτριος , Κωστάλα Αγγελική , Παπαδημητρίου Μαρία , 2013 , *Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθήσεις σπονδυλικής στήλης στο νοσηλευτικό προσωπικό* . *Νοσηλευτική* 52 (2) : 181-190
- Κωσταγιόλας Πέτρος , Καϊτελίδου Δάφνη , Χατζοπούλου Μαρία , 2008 , *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας* , Αθήνα , Εκδόσεις Παπαζήση
- Λαζαρίτου Σοφία , 2016 , *Φυγή ανθρώπινου κεφαλαίου : η σύγχρονη τάση μετανάστευσης των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης* . Τραπεζα της Ελλάδος , *Οικονομικό Δελτίο* , Τευχ 43

- Λαμπράκη Μ., Βλασιάδης Κ., Πατεράκης Γ., Φιλαλήθης Α., 2016 , *Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο* . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 33 (4) : 472-478
- Λιαρόπουλος Λυκούργος , 2007 , *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας* . Αθήνα , Εκδόσεις Βήτα
- Λουραντάκη Ι., Κατσαλιάκη Κ., 2017 , *Η διερεύνηση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών στην Ελλάδα* . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 34 (2) : 191-206
- Μάτης Γεώργιος , Χρυσού Όλγα , 2007 , *Προτάσεις για ητη βελτίωση της ελλιπούς στελέχωσης των Κέντρων Υγείας άγονων περιοχών* . Ιατρικά Θέματα . Τεύχος 45
- Μούζα – Λαζαρίδη Άννα Μαρία , 2013 , *Διοίκηση ανθρώπινων πόρων* . Αθήνα , Εκδόσεις Ζυγός
- Μπελλάλη Θ., 2006 , *Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας* . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23 (3) : 298-307
- Μπουραντάς Δημήτρης , 2015 , *Μανατζμεντ , Πλήρες θεωρητικό υπόβαθρο . Σύγχρονες προσεγγίσεις και μέθοδοι . Διοικητικές και ηγετικές ικανότητες*. Αθήνα , Εκδόσεις Μπένου
- Μυλωνά Βασιλική , 2015 , *Σκέψεις και αντιλήψεις του υγειονομικού προσωπικού για την αποτελεσματική στελέχωση των Μονάδων Υγείας. Εμπειρική μελέτη. Διδακτορική διατριβή*. Αθήνα . Σχολή Περιβάλλοντος , Γεωγραφίας και Εφαρμοσμένων Οικονομικών , Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
- OECD , 2012 , *Ελλάδα . Επιθεώρηση της Κεντρικής Διοίκησης , Επιθεωρήσεις Δημόσιας Διακυβέρνησης από τον ΟΟΣΑ*. Παρίσι , *OECD Publishing*
- Οικονόμου Χαράλαμπος , 2012 , *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα . Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, *INE ΓΣΕΕ*

- Παναγιώτου Α., 2015 , *Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και η ασφάλεια των ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της Ιατρικής ευθύνης . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 32 (3) : 354-363
- Παπαγεωργίου Δημήτρης , Μπαγιάτη Μαρία , Νικολακάκου Χρυσάνθη , Κακογιάννη Ανδριάννα , Μπίνας Γεώργιος , Τσαλουκίδης Νικόλαος , Παυλάτου Νίκη , 2010 , *Το κόστος των αποκλειστικών νοσοκόμων και η ικανοποίηση από την παροχή βοήθειας . Νοσηλευτική* 49 (4) : 398-405
- Παπαδημητρίου Δημήτρης , Νικηφόρος Μιχάλης , Zezza Genaro , 2013 , *Οικονομική κρίση και πολιτικές λιτότητας στην Ελλάδα . Κείμενα Πολιτικής / 6 . Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ ΓΣΕΕ*
- Παπαλεξανδρή Νάνση , Γαλανάκη Ελεάννα , Παναγιωτοπούλου Λήδα , 2016 , *25 χρόνια έρευνας στη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στην Ελλάδα και την Ευρώπη : Τάσεις , συγκρίσεις , προτάσεις . Έκθεση αποτελεσμάτων διεθνούς ερευνητικού προγράμματος CRANET , Αθήνα , Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
- Παππά Ε.Α , Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., 2008 , *Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25 (1) : 94 – 101
- Πλατής Χαράλαμπος , 2001 , *Ζήτηση ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών : Τεχνικές πρόβλεψης και μέθοδοι στρατηγικού σχεδιασμού. Πρακτικά ζητήματα νοσοκομειακού management. Τα πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου . Αθήνα , Εκδόσεις Mediforce*
- ΠΟΕΔΗΝ ,2017 , *Δελτίο Τύπου 2871* διαθέσιμο στο <http://www.poedhn.gr/deltia-typou/item/2224-i-katastasi-sta-dimosia-nosokomeia-einai-aforiti>
- Πολύζος Νικόλαος , 2014 , *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας . Αθήνα , Εκδόσεις Κριτική*
- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος , 2000 , *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17 (6) : 627-639

- Προδρόμου Μαρία , Ευσταθίου Γεώργιος , Ανδρέου Χρήστος , αθήνη Ευδοκία , Χαρίτου Ανδρέας , Βρυωνίδης Σταύρος , Κωνσταντίνου Δέσπω , Δημητριάδου Μαρία , Μερκούρης Αναστάσιος , Παπασταύρου Ευριδίκη , 2014 , *Σχεδιασμός και μεθοδολογία εφαρμογής μελέτης πρόβλεψης νοσηλευτικών αναγκών RN4CAST στην Κύπρο : Ερευνητικό πρωτόκολλο . Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά . Τόμος 15 , Τεύχος 1*
- Ραφτόπουλος Β., Θεοδοσοπούλου Θ., 2002 , *Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 19 (5) : 577-589*
- Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος , Οικονόμου Χαράλαμπος , Γεωργούση Ευγενία , Θωμάς Δημήτρης , Κυριαζής Σταύρος , Φιλιπούλου Μαρία , 2012 , *Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Κοινωνικό Πολυκέντρο , ΑΔΕΔΥ*
- Σαράφης Π., Μαλλιαρού Μ., Σωτηριάδου Κ., 2010 , *Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μοναζήμεντ του νοσοκομείου. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας . Τόμος 2 , Τεύχος 4 σελ.148-154*
- Σαρίδη Μ., Καρρά Α., Σουλιώτης Κ., 2016 , *Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 33 (1) : 73-83*
- Σαρρής Μ., 2001 , *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής . Αθήνα , Εκδόσεις Παπαζήση*
- Σκρουμπέλος Αναστάσιος , Δάγλας Άρης , Σκουτέλης Δημήτριος, Κυριόπουλος Ιωάννης , 2012 , *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα : Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. ΕΣΔΥ*
- Σούλης Σωτήριος , 1999 , *Οικονομική της Υγείας , Αθήνα , Εκδόσεις Παπαζήση*
- Στάθης Γ., 2010 , *Το μέλλον των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Συμπεράσματα του 12^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Ηλεία*
- Στούφης Νικόλαος , 2011 , *Σύνδεση νοσηλευτικού φόρτου εργασίας με τη βαρύτητα και την έκβαση των ασθενών στη ΜΕΘ. Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 10 (3) : 311 – 322*

- Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., 2011 , *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* . Τεύχος 4 σελ. 140-148
- Sullivan J. Eleanor , 2013 , *Αποτελεσματική Ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. 8^η Έκδοση , Αθήνα , Εκδόσεις Μ. Γκιούρδας
- Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α.Μ , 2007 , *Οργάνωση και Διοίκηση . Το Management της νέας εποχής* , 4^η έκδοση , Αθήνα , Εκδόσεις Rosili
- Τούντας Γ., Γιαννοπούλου Κ., Γώτη Γ., Καντζάνου Μ., Καστανιώτη Κ., Μαυριδόγλου Γ., Μεράκου Κ., Μπαρμπούνη Α., Μολλά Κ., Παπαδοπούλου Ν., Παπαχρήστου Σ., Πελέκη Θ., Πετρούλιας Ι., Πολύζος Ν., Σουλιώτης Κ., Σχορτσανίτη Σ., Φερεκύδου Ε., Φιλιππίδης Φ., 2016 , *Η Υγεία των Ελλήνων στην κρίση . Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας της χώρας*, Αθήνα , Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Τούντας Γ., Δημητρακάκη Χ., Οικονόμου Ν., Παληκαρώνα Γ., Σουλιώτης Κ., 2008 , *Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006* . Αθήνα , Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών
- Τούντας Γιάννης , 2008 , *Υπηρεσίες Υγείας* . 1^η Έκδοση , Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσεάς
- Τούντας Γ., Φιλιππίδης Φ., Γκουβέρη Ε., Δημητρακάκη Χ., Κούτρη Ε., Λωσταράκος Β., 2007 , *Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού* . Αθήνα , Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τούντας Γιάννης , 2006 , *Ο σχεδιασμός των Υπηρεσιών Υγείας* . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23 (1) : 72-83
- Τούντας Γιάννης , 2000 , *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία* . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17 (4) : 351-354
- Υφαντόπουλος Γιάννης , 2006 , *Τα Οικονομικά της Υγείας* . Αθήνα , Εκδόσεις Τυπωθήτω
- Φίκα Σ., Νανάς Σ., Μπαλτόπουλος Γ., Μυριανθεύς Π., 2014 , *Προγνωστικά συστήματα και προγνωστικοί δείκτες έκβασης ασθενών*

της μονάδας εντατικής θεραπείας . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 31 (5) : 541-557

- Φιλαλήθης Τάσος , 2002 , Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο : Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ΄ αιώνα. Εναρκτήρια ομλία στο 4^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας . Επιθεώρηση Υγείας Τεύχ.13 σελ. 13-16
- Χαλκιά Β., Βαρακλιώτη Α ., 2015 , Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15 . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32 (5) : 546-555
- Χλέτσος Μιχαήλ , 2015 , Το ελληνικό σύστημα υγείας και οι πολίτες την εποχή της κρίσης . Διαθέσιμο στο www.isoinhealth.com
- Χριστοπούλου Μαρία , Καρακώστας Κων/νος , 2015 , Η διοίκηση ενός νοσηλευτικού τμήματος σε δημόσιο νοσοκομείο . Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. Τόμος 4 , Τεύχος 1
- Χυτήρης Σ. Λεωνίδα , 2001 , Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων . Αθήνα , Εκδόσεις Σταμούλη
- Wolper Lawrence , 2001 , Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας . Τόμος Β΄, Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiken Linda , Clarke P. Sean , Sloane M. Douglas , Sochalski Julie , 2002 , Hospital nurse staffing and patient mortality , nurse burnout and job dissatisfaction . Journal of American Medical Association , Vol. 288 , No 16 , pp 1987-1993

- Ball Jane , Pike Geoff , Griffiths Peter , Rafferty Anne-Marie , Murrels Trevor , 2012 , *RN4CAST Nurse survey in England . National Research Unit*, University of Southampton , available at <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/RN4-Cast-Nurse-survey-report-27-6-12-FINAL.pdf>
- Bambra C., Gibson M., Sowden A , Wright K., Whitehead M., Petticrew M., 2010 , *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities : evidence from systematic reviews . Journal of Epidemiology and Community Health . Vol. 64 , Iss. 4 pp : 284-291*
- Bank of Greece , 2014 , *The Chronicle of the Great Crisis ,The Bank of Greece 2008-2013 , Public interventions and institutional actions to safeguard financial stability and overcome the crisis*, Centre for Culture Research and Documentation
- Bharmal Nazleen , Pitkin Derose Kathryn, Felician Melissa , Weden M. Margaret , 2015 , *Understanding the upstream social determinants of health*, RAND Health , available at https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1000/WR1096/RAND_WR1096.pdf
- Buchan James , Dal Poz Mario , 2002 , *Skillmix in the health care workforce : reviewing the evidence*. Bulletin of the World Health Organization 80 (7)
- Buchan James , O' May Fiona , 2000 , *Determining Skill Mix : Practical guidelines for managers and health professionals . Geneva , WHO Library*
- Christopoulos A.G. , Kalantonis P., Stavroulakis D., Katsikides S., 2014 , *The migration of Greek scientists abroad and the phenomenon of brain-drain in the current crisis . International Journal of Business Humanities and Technologies , Vol. 4 , No 2 , pp 106-114*
- Clarke P. Sean , Sloan M. Douglas , Aiken H. Linda , 2002 , *Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses . American Journal of Public Health , Vol. 92 , No 7 pp 1115-1119*
- Dahlgren G., Whitehead M., 1993 , *Tackling inequalities in health : what can we learn from what has been tried? Background paper for the*

King's Fund International Seminar on Tackling Health Inequalities.
Oxford , King's Fund

- DeCenzo A. David , Robbins P. Stephen , 2010 , *Fundamentals of human resource management* , 10th Edition , J. Wiley and Sons Inc.
- Department of Health and Human Services , 2011 , *Safe staffing User manual , Nursing hours per patient day model.* Available at <https://web.anmftas.org.au/wp-content/uploads/2011/06/Microsoft-Word-Safe-Staffing-The-Basics-NHPPD-Version-1-0.pdf>
- Dollarhide Adrian , Rutledge Thomas , Weigner Mathew , Fisher Erin , Jain Sonia, Wolfson Tanya , Dresselhaus Timothy , 2014 , *A real – time assesment of factors influencing medication events . Journal of Healthcare Quality . Vol., 36 No 5 : 5-12*
- Dreesch Norbert , Dolea Carmen , Dal Poz Mario , Goubarev Alexandre , Adams Orvill , Aregawi Mary , Bergstrom Karin , Fogstad Helga, Sherrat Della, Linkins Jennifer , Scherpbier Robert , Youssef – Fox Mayada , 2005 , *An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millenium Development Goals* , Oxford University Press
- Dubois Carl – Andy , Singh Debbie , 2009 , *From staff – mix and beyond : towards a systematic approach to health workforce management . Human Resources for Health 7 : 87* , BioMed Central
- Economou Charalambos , 2010 , *Health Systems in transition : Greece . Vol 12 , No 7* , European Observatory on Health Systems and Policies
- Egerter Susan , Braveman Paula , Barclay Colleen , 2011 , *Exploring the social determinants of health series* , Issue Brief #3 , University of California , Robert Wood Johnson Foundation
- Egerter S., Dekker M., Grossman – Kahn An. J., Braveman P., 2008 , *Issue Brief # 4: Work Matters for Health* , Robert Wood Johnson Foundation
- Egger Dominique , Lipson Debra , Orvill Adams , 2000 , *Human resources for health . Achieving the right balance : the role of policy – making processes in managing human resources for health problems . Geneva , WHO Publishing*

- Hall Thomas , 1998 , *Why plan human resources for health? . Human Resources for Health Development Journal 2 (2) : 77-86*
- Hall T., Mejia A, 1978 , *Health Manpower planning : principle , methods , issues . Geneva , WHO*
- Hart L. Gary , Wagner Edward , Pirzada Sarmad , Nelson F. Andrew , Rosenblatt A. Roger , 1997 , *Physician staffing ratios in staff model HMO's : a cautionary tale . Health Affairs 16 , No1 : 55-70*
- Ifanti Amalia , Argyriou Andreas , Kalofonou Foteini , Kalofonos Haralambos , 2014 , *Physicians brain drain in Greece : A perspective on the reasons why and how to address it , Health Policy 117 : 210-215*
- Kabene M. Stefane , Orchard Carole , Howard M. John , Soriano A. Mark , Leduc Raymond , 2006 , *The importance of human resources management in health care : a global context . Human Resources for Health 4 : 20 , BioMed Central*
- Kolehmainen – Aitken Riita Lisa , 1993 , *Human resources planning :Issues and methods of population and international health . Boston , Harvard School of Public Health*
- Labrianidis Lois , 2014 , *Investing in leaving : the Greek case of international migration of professionals . Mobilities 9 : 2 , 314-335*
- Lunenburg Fred , 2012 , *Human resources planning : forecasting demand and supply . Internatonal Journal of Management , Business and Administration . Vol. 15 , No 1*
- Machteld Huber , Knottnerus Andre , Green Lawrence , Van der Herst Henriete , Jadad R. Alejandro , Kranhout Daan , Leonard Brian , Lorig Kate , Loreino Maria Isabel , Van der Meer WM Jos , Schnabel Paul , Smith Richard , Van Weel Chris , Smid Henk , 2011 , *How should we define health , BMJ 343 : d 4163*
- Maier – Rothe Christoph , Wolfe Harry , 1972 , *Cyclical scheduling and allocation of nursing staff . Socio-Econ. Plan Sci . Vol 7 pp 471-487*
- Malgieri Analisa , Michelutti Paolo , Van Hoegaerrden Michel , 2015 , *Handbook on health workforce planning , methodologies across EU countries , Bratislava , Health Programme of the European Union*

- Marmot Micheal , 2005 , *Social determinants of Health Inequalities* , Lancet 365 : 1099-1104
- Moore I Frank , 1999 , *Functional Job Analysis* , Geneva , WHO
- Needleman Jack , Buerhaus Peter , Mattke Soeran , Stewart Maureen , Zelevinsky Katya , 2002 , *Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals . The New England Journal of Medicine . Vol. 346 , No 22 , pp 1715-1722*
- Nkomo Stella , 1988 , *Strategic planning for human resources – Let's get started . Long Range Planning . Vol. 21 , No 11 pp 66-72*
- OECD , 2016, *Economic surveys Greece* . Paris , OECD Publishing
- OECD , 2010, *OECD Health Data base* version October 2010
- Ono Tomoko , Lafortune Gaetan , Schoenstein Michael , 2013 , *Health workforce planning in the OECD countries. A review of 26 projection models from 18 countries.* OECD Health Working Papers No 62 , OECD Planing
- Quaglio GianLuca , Karapiperis Theodoros, Van Woensel Lieve , Elleke Arnold , McDaid David , 2013 , *Austerity and health in Europe* . Health Policy 113 : 13-19
- Reis Miranda D., Moreno R., Lapichino G., 1997 , *Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS)* . Intensive Care Med 23 : 760-765
- Roberts Gary , Seldon Gary , Roberts Carlotta , 1987 , *Human Resources Management , Emerging Business Series* , Washington DC , US Small Business Administration
- Schwab F., Meyer E, Geffers C, Gastmeier P., 2012 , *Understaffing , overcrowding, inappropriate nurse : ventilated patient ratio and nosocomial infection : which parameter is the best reflection of deficits?* . *Journal of Hospital Infection* . Vol 80 pp133-139
- Sepril Ozcan , Hornby Peter , 1999 , *Determining hospital workforce requirements : A case study* . *Human Resources for Health Development Journal* . Vol 3 , pp 210-220

- Sermeus Walter , Aiken Linda , Van den Heede Koen , Rafferty Anne Marie , Griffiths Peter , Moreno – Casbas Maria Teresa , Busse Reinhard, Lindqvist Rikard , Scott Anne , Bruyneel Luk , Brzostek Tomasz , Kinnunen Juha , Schubert Maria , Schoonhoven Lisette , Zikos Dimitrios , RN4CAST consortium , 2011 , *Nurse Forecasting in Europe RN4CAST : Rationale design and methodology* . *BMC Nursing* 10 : 6
- Shahrochi Akram , Ebrahimpour Fatemeh , Ghodousi Arash , 2013 , *Factors effective on medication errors : a nursing view* . *Journal of Research in Pharmacy Practice* 2 (1) : 18-23
- Simou Effie , Koutsogeorgou Eleni , 2014 , *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013 : a systematic review* . *Health Policy* 115 : 111-119
- Spetz Joanne , Seago Jean Ann , Coffman Janet , Rosenoff Emily, O'Neil Edward , 2000 , *Minimum Nurse staffing ratios in California Acute Care Hospitals* , California Workforce Initiative available at <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20M/PDF%20MinNurseStaffingRatios.pdf>
- Starfield Barbara , Shi Leiyu , Macinko James , 2005 , *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health* . *The Milbank Quaterly* . Vol 83 , No 3 , pp 457 - 502
- Sultz A. Harry , Young H. Kristina , 2011 , *Health Care USA*. 7th Edition , Jones and Barlett Publishers
- Tiago Correia , Dussault Gilles , Pontes Carla , 2015 , *The impact of financial crisis on human resources for health policies in three southern - Europe countries* . *Health Policy* 119, pp 1600-1605
- Tountas Yannis , Karnaki Panagiota , Pavi Elpida , 2002 , *Reforming the reform : the greek national health system in transition* . *Health Policy* 62, pp 15-29
- Whitehead Margaret , Dahlgren Goran , 2007 , *Concepts and Principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1* . Denmark , WHO

- WHO , 2016 , *Global Strategy on human resources for health : workforce 2030*. Geneva , WHO Library
- WHO , 2008 , *Primary Health Care – Now more than ever , The World Health Report*. Geneva, WHO Library
- WHO , 2000 , *The World Health Report 2000 : Health Systems : Improving Performance* , Geneva, WHO Library
- WHO, 1948 , Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference , NY
- Wilburn Susan , Eijkemans Gerry , 2004 , *Preventing needlestick injuries among healthcare workers : A WHO - ICN Collaboration . International Journal of Occupational and Environmental Health 10 : 4 , 451-456*
- Wilkinson Richard , Marmot Michael , 2003 , *Social determinants of health : The solid facts . 2nd Edition* , Copenhagen , WHO
- Yett E. Donald , Dradek Leonard , Intriligator D. Michael , Kimbell Larry , 1972 , *Health manpower planning : An econometric approach* . Health Services Research 7 : 134-137

ΦΕΚ

- N.1278 / ΦΕΚ Α' 105 / 1982
- N.1397 / ΦΕΚ 143^A / 7 – 10 – 1983
- Π.Δ. Υπ. Αριθμ. 87 , ΦΕΚ Α' 32 / 27-3-1986
- N.2190 / ΦΕΚ Α' 28 / 1994
- N.3329 / ΦΕΚ Α' 81 / 2005
- N.3418 / ΦΕΚ Α' 287 / 2005
- N.3528 / ΦΕΚ Α' 26 / 2007
- ΦΕΚ 3054 / 18 - 11 - 2012

- ΦΕΚ Β ' 3485 / 31 -12-2012
- Ν. 4238 / ΦΕΚ 38 / 2014

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- <http://www.isth.gr/?page=2618>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ταχ. Δ/ση: Νίκης 2
Τ.Κ. 145 61 Κηφισιά
Τηλέφωνο: 2132086374
Πληροφορίες: Αικ. Δημάτου

26
Ε6

ΑΠ ΔΣ 126/13-2-2017

Κηφισιά 16.01.2017
Αριθ. Πρωτ. ΕΣ 24 10-2-17
Έγκριση στο 16102

Προς

Τον Πρόεδρο και τα μέλη του Δ.Σ Γ.Ν.Α ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΘΕΜΑ 22ο): «Έγκριση αιτήματος διακίνησης ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο διατριβής της νοσηλεύτριας ΤΕ, κας Μ. Χρυσικού με αριθ. πρωτ. 16102/12.12.2016 »

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην υπ' αριθ. 1^η /16.01.2017 συνεδρίασή του, κατόπιν και της σχετικής γνωμοδότησης της Επιτροπής Έρευνας εισηγείται ομόφωνα στο Διοικητικό Συμβούλιο την έγκριση του αιτήματος διακίνησης ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο διατριβής για τις ανάγκες του ΜΠΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας του ΑΚΙΤΥ, της **Νοσηλεύτριας ΤΕ κας Μ. Χρυσικού, με αριθ. πρωτ. 16102/12.12.2016, για την :**

«Διερεύνηση των στάσεων ιατρών και νοσηλευτών για την κατάσταση στελέχωσης του νοσοκομείου που εργάζονται».

Παρακαλούμε για τις περαιτέρω δικές σας ενέργειες.

Ο Πρόεδρος
Του Επιστημονικού Συμβουλίου

Δρ. Χρυσόστομος Μαλιτζός

Κοινοποίηση

Νοσηλεύτρια Α' Γ. Χειρουργικής κα Μ. Χρυσικού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΚΟΙΝΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΣ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
No 06/07-03-2017

I. ΘΕΜΑΤΑ ΓΝΑ ΚΑΤ

E. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΘΕΜΑ 6. Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου για εκπόνηση μεταπτυχιακής διατριβής της Μαρίας Χρυσικού (ΑΠ ΔΣ 126/13-02-2017), εξ αναβολής ΔΣ 05/21-02-2017, θέμα Ζ.6

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την εισήγηση ΔΣ 126/13-02-2017 του Επιστημονικού Συμβουλίου, σχετική με το ως άνω θέμα, καθώς και τα συνημμένα παραστατικά στοιχεία

ομόφωνα αποφασίζει:

Επιτρέπει στην ΤΕ Νοσηλεύτρια, Μαρία Χρυσικού, να διεξάγει την ερευνητική εργασία που αιτείται με τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης της διατριβής της για το ΜΠΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας στο ΑΠΚΥ.

Παρόντες

Πρόεδρος : Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Αντιπρόεδρος : Παρασκευή Κουφοπούλου
Μέλη : Ιωάννης Αλαμάνος
Νικόλαος Γαλιατσάτος
Ελένη Δράκου
Θωμάς Κλεισιώτης
Περικλής Παπαλός

Κηφισιά, 16/03/2017

Η Γραμματέας του ΔΣ



Ιωάννα Παπαδάτου
Συνήχη εισήγηση ΔΣ 126/13-02-2017 του Επιστημονικού Συμβουλίου

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

κυρία Χρυσικού,

βεβαιώνω ότι με ενημερώσατε για την πρόθεσή σας να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο της διατριβής μου και σας δίνω την άδειά μου για χρήση αυτού, με την προϋπόθεση ότι θα αναφερθεί ευκρινώς το όνομά μου και ότι διατηρώ τα πνευματικά δικαιώματα του ερωτηματολογίου μου. Τα ερωτηματολόγια θα διακινηθούν στους εργαζόμενους του Νοσοκομείου ΚΑΤ για την εργασία σας με θέμα την υποστελέχωση του Ε.Σ.Υ. στα χρόνια της οικονομικής κρίσης στα πλαίσια του Μ.Π.Σ. Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Καλή επιτυχία στην εργασία σας και θα χαρώ πολύ αν θα θέλατε να μου στείλετε τα αποτελέσματα της έρευνας.

Με εκτίμηση

Βασιλική Μυλωνά

ΥΓ. Σε περίπτωση που κάνετε δημοσίευση θα ήθελα να αναφέρεται το όνομά μου και εκεί.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί διανέμεται στα πλαίσια εκπόνησης διατριβής για το Μ.Π.Σ Διοίκηση Μονάδων Υγείας του ΑΠΚΥ με τίτλο: Η υποστελέχωση του ΕΣΥ στα χρόνια της κρίσης. Προκλήσεις και προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα απέναντι στα διεθνή πρότυπα. Στάσεις και αντιλήψεις των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας

Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, σχετικά με τη στελέχωσή τους σε υγειονομικό προσωπικό. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικό σκοπό.

Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για το χρόνο σας

Χρυσικού Μαρία

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία: ετών

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η
Άγαμος/η
Χήρος/α
Ελεύθερη συμβίωση
Διαζευγμένος/η Εν διαστάσει

4. Επάγγελμα:

α) Ιατρός: Συντονιστής Διευθυντής Επιμελητής Α' Επιμελητής Β' /
Επικουρικός Ειδικευόμενος

β) Νοσηλευτής: ΠΕ ΤΕ ΔΕ

5. Σχέση εργασίας:

Μόνιμο προσωπικό
Μεαπόσπαση/διάθεση/μετακίνηση
Σύμβαση αορίστου
Σύμβαση ορισμένου χρόνου

6. Εκτός από τις βασικές σπουδές, τι άλλες σπουδές έχετε κάνει; (επιλογή περισσότερο από μία απαντήσεις),

Πτυχίο Α.Ε.Ι.
Πτυχίο Τ.Ε.Ι.
Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

7. Έχετε γνώσεις ηλεκτρονικού υπολογιστή;

Άριστη
Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Καθόλου

8. Διάθετε πτυχίο ξένων γλωσσών: Ναι όχι

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.

(Σε κλίμακα από το 1 έως το 5, όπου **1: διαφωνώ, το 2: διαφωνώ μερικώς, το 3: ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 4: συμφωνώ αρκετά και 5: συμφωνώ πάρα πολύ** – παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω υποθέσεις)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

2. Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

3. Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό (πχ. λόγω αποχώρησης, συνταξιοδότησης, μακροχρόνιων αναρρωτικών αδειών κλπ), η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου (δηλ. επικουρικό προσωπικό).

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

4. Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

5. Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Η επιλογή του μόνιμου **ιατρικού** προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

2. Η επιλογή του επικουρικού **ιατρικού** προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	-------------------	-----------------------------	------------------	---------------------

3. Η επιλογή του μόνιμου **νοσηλευτικού** προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ.

ΑΣΕΠ).

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

4. Η επιλογή του επικουρικού **νοσηλευτικού** προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

5. Η επιλογή **ιατρικού** ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

6. Η επιλογή **νοσηλευτικού** προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

7. Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

8. Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

9. Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις **ιατρών** γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

10. Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις **νοσηλευτών** γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

11. Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

12. Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

13. Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

14. Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό

σας και το γραφείο προσωπικού.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

15. Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

16. Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

17. Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

18. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

19. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

20. Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

21. Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

22. Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

23. Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

24. Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

2. Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

3. Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

4. Η υπηρεσία σας, σας δίνει κίνητρα (ευέλικτο ωράριο, εκπαιδευτικές άδειες κλπ) για επιμόρφωση σε όλο το προσωπικό.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

5. Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

6. Η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

7. Σας παρέχεται η δυνατότητα να χρησιμοποιείται τη δημιουργικότητά σας στο χώρο εργασίας σας, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής σας.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

8. Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύεστε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα.

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

9. Η υπηρεσία σας, σας διευκολύνει όταν παρακολουθείται κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών

1 ΔΙΑΦΩΝΩ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΡΙΚΩΣ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
-----------	----------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

