Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business Master in Public Administration (MPA)

2014

þÿ ” ¹ ¿ ¯ º · Ã · ± ½ ¸ Á É À ¯ ½ É ½ À Ì Á É ½ þÿ Ã Ä µ » - Ç É Ã · Ä É ½ ¼ ¿ ½ ¬ ´ É ½ Å ³ µ þÿ ½ ¿ ¼ ¹ º Ì À » ± ¯ Ã ¹ ¿

Charalambous, Elena

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± ” · ¼ Ì Ã ¹ ± Â ” ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ º ± ¹ ” ¹ ¿ ¯ º
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/7011

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

Neapolis University Pafos

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

"*Δημόσια Διοίκηση* "

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία με θέμα:

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: Έλενα Χαραλάμπους

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: +357 99 77 14 81

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Αθανασόπουλος Κωνσταντίνος

Πάφος, Κύπρος

Ιούλιος 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Λόγω της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης έχουν παρατηρηθεί αυξημένα ποσοστά πρόωρων αφυπηρετήσεων ανάμεσα στους δημόσιους υπαλλήλους, καθώς επίσης και αυξημένη επισκεψιμότητα στα δημόσια νοσηλευτήρια, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης. Τα πιο πάνω φαινόμενά έχουν φέρει το θέμα της στελέχωσης των δημόσιων νοσηλευτηρίων και το νομοθετικό της πλαίσιο επιτακτική ανάγκη για την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή του νομικού πλαισίου γύρω από το τομέα της διοίκησης ανθρώπινων πόρων και συγκεκριμένα με τη στελέχωση των μονάδων υγείας στην Κύπρο.

Μεθοδολογία: Η επίτευξη του σκοπού αυτού θα πραγματοποιηθεί μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς αλλά και ελληνικής βιβλιογραφίας καθώς και του νομικού πλαισίου της Κυπριακής Δημοκρατίας. Η συλλογή των δεδομένων έχει πραγματοποιηθεί μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (EBSCO και PubMed), το διαδίκτυο, αλλά και μέσα από τη χρήση ακαδημαϊκής βιβλιοθήκης.

Αποτελέσματα: Κατά την ανασκόπηση του νομικού πλαισίου της Κυπριακής Δημοκρατίας βρέθηκαν 9 νομοθεσίες οι οποίες αναφέρονται στη στελέχωση των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας επεξηγεί επακριβώς με ποιο τρόπο αποφασίζονται και δημοσιεύονται οι θέσεις εργασίας, με ποιο τρόπο γίνονται οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα καθώς επίσης και ποια θα πρέπει να είναι η αναλογία νοσηλευτών και ασθενών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Παρόλα αυτά διερευνώντας το νομικό πλαίσιο δε θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε και τις τελευταίες νομοθεσίες που έχουν ψηφιστεί για την απαγόρευση πλήρωσης θέσεων εργασίας στο δημόσιο τομέα.

Συμπεράσματα: Η επιτυχία των υγειονομικών μονάδων και κατά συνέπεια η αύξηση της αποδοτικότητάς του εξαρτάται από την σωστή στελέχωση. Αν και στο δημόσιο τομέα δεν έχει βρεθεί οποιοδήποτε νομικό πλαίσιο που να αναφέρει την αναλογία των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τις κλίνες ή τον αριθμό των ασθενών που επισκέπτονται τα δημόσια νοσηλευτήρια, είναι σημαντικό να θεσμοθετηθεί έτσι ώστε να μπει σε εφαρμογή για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: νομικό πλαίσιο, διοίκηση ανθρώπινων πόρων, στελέχωση μονάδων υγείας, νομοθεσία, ανθρώπινο δυναμικό

ABSTRACT

Background: Due to the economic recession and fiscal consolidation there was an increased of premature retirement rate among state employers as well as an increase of traffic in public hospitals that face inadequate staffing. These facts have brought the staffing of public hospitals issue and the legislative framework in front of the administration of health services as an imperative issue.

Aim: The aim of the current paper work is to record the legal framework in Cyprus regarding the human resource management and staffing of health facilities in particular.

Methodology: The methodology that was used for the fulfilment of the current work was the literature review of international and Greek sources along with the legal framework of the Republic of Cyprus. The collection of data was accomplished through electronic databases (EBSCO and PubMed), internet and through the use of the academic library.

Results: Reviewing the legal framework of the Republic of Cyprus have found nine laws referring to the staffing of public and private health services. The legal framework illustrates precisely how jobs are being decided and published, how are the hiring procedures must be done in the public sector as well as what the ratio of nurses and patients should be in private hospitals. Still exploring the legal framework we could not mention the recent laws that have been passed to prohibit filling jobs in the public sector.

Conclusion: The success of health units and the increase of the public sector efficiency depend on the adequate staffing. Although the public sector has not found any legal framework specifying the proportion of health professionals according to the number of beds or the number of patients visiting public hospitals, it is important to have laws that will be put into practice to improve health services.

Key words: legal framework, human resource management, staffing health facilities, law, human resources, hospital staffing, recruitment

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον υπεύθυνο καθηγητή μου κύριο Αθανασόπουλο Κωνσταντίνο, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του για την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, καθώς επίσης και στην οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση και κατανόηση που υπέδειξαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ii

ABSTRACT iii

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ iii

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ v

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ vii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1

1.1. Εισαγωγή 1

1.2. Σκοπός 2

1.3. Ερευνητικά Ερωτήματα 2

1.4. Αναγκαιότητα της έρευνας 3

1.5. Σύντομοι Ορισμοί 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 5

2.1. Μεθοδολογία 5

2.2. Χαρακτηριστικά πρωτογενών πηγών 5

2.3. Κριτήρια εισαγωγής/αποκλεισμού μελετών 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 8

3.1. Διοίκηση υγειονομικών μονάδων 8

3.2. Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού 10

3.2.1. Στελέχωση νοσοκομείων 11

3.2.1.1. Υπολογισμός αριθμού και σύνθεσης ανθρώπινου δυναμικού 13

3.2.1.1.1. Υπολογισμός ζήτησης 13

3.2.1.1.2. Υπολογισμός αναγκών σε ανθρώπινου δυναμικού 15

3.2.1.2. Διαθεσιμότητα και αναζήτηση ανθρώπινου δυναμικού 20

3.2.1.3. Τοποθέτηση και υποδοχή νέου εργαζόμενου 23

3.2.2. Προβλήματα στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων 24

3.2.2.1. Έλλειψη ιατρικού προσωπικού σε φτωχές χώρες 24

3.2.2.2. Έλλειψη προσωπικού και απομακρυσμένες περιοχές 26

3.2.2.3. Στελέχωση και πρόγραμμα υπηρεσίας στις υγειονομικές μονάδες 27

3.2.3. Ηγέτης και ο ρόλος τους στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων 28

3.3. Στελέχωση των μονάδων υγείας – Νομικό Πλαίσιο 29

3.3.1. Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα 30

3.3.2. Το νομικό πλαίσιο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ) 31

3.3.3. Το νομικό πλαίσιο στην Κυπριακή Δημοκρατία 33

3.3.3.1. Ο περί Δημόσιας Υπηρεσίας Νόμος του 1990 (Ν. 1/1990) 35

3.3.3.2. Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 89(1)/2001 36

3.3.3.5. Ο περί Δημόσιας Υπηρεσίας νόμοι 1990 έως 2006 (Ενοποίηση) 38

3.3.3.6. Νόμος περί Πρόσληψης Ατόμων με Αναπηρίες στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα (Ειδικές Διατάξεις) Νόμο, Ν. 146(Ι)/2009 40

3.3.3.7. Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 89(1) του 2011 41

3.3.3.8. Νόμος που προβλέπει για την απαγόρευση πλήρωσης κενών θέσεων στο δημόσιο και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και στα νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου του 2013 41

3.3.3.9. Νόμος 79(Ι) του 2013, που προβλέπει για προσωρινές διατάξεις σε σχέση με τους περί αξιολόγηση υποψηφίων για διορισμό στη δημόσια υπηρεσία νόμους του 1998 έως 2008 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 48

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 50

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Σχήμα 1. Η διοικητική ιεραρχία στα δημόσια νοσοκομεία …….… 8

Σχήμα 2. Πλήθος ιατρών, νοσηλευτών και μαιών ανά 10000 ……..…… 19

Σχήμα 3. Πλήθος ιατρών, νοσηλευτών και μαιών ανά 10000 ……..…… 25

Σχήμα 4. Διορισμοί προαγωγές στην Δημόσια Υπηρεσία κατά τα έτη 2008-2012 .. 34

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Αναλογία ιατρών-οδοντιάτρων και νοσηλευτικού-μαιευτικού προσωπικού σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης …..……..…… 18

Πίνακας 2: Σύνοψη σημαντικότερων νόμων και κανονισμών για τις ίσες ευκαιρίες απασχόλησης στις ΗΠΑ …..……..…… 32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Εισαγωγή

Στόχος κάθε οργανισμού κερδοσκοπικού ή μη είναι ο καλύτερος συνδυασμός παραγωγικών συντελεστών με στόχο την μεγιστοποίηση της απόδοσης (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Στον τομέα της υγείας ο σημαντικότερος παραγωγικός συντελεστής είναι το ανθρώπινο δυναμικό (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Ο σχεδιασμός για την στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων, αλλά και η διοίκηση των ανθρώπινων πόρων αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη κριτήρια όπως οι οικονομικοί πόροι, το νομοθετικό πλαίσιο και οι δημοσιονομικοί περιορισμοί (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010).

Η παρούσα εργασία, η οποία αποτελεί μέρος των μεταπτυχιακών σπουδών μου στον τομέα της Δημόσιας Διοίκησης, έχει επικεντρώσει το ενδιαφέρον της στο θέμα της στελέχωση των μονάδων υγείας, καθώς επίσης και για το τι αναφέρεται σχετικά με αυτό στη νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας. Ο ρόλος του διοικητικού προσωπικού στο τομέα της υγείας αποτελεί ένα δύσκολο έργο, αφού καλείται να διασφαλίσει την σωστή στελέχωση των μονάδων υγείας, την διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, έτσι ώστε να επιτυγχάνονται υψηλά επίπεδα ικανοποίησης του προσωπικού, αλλά και υψηλά επίπεδα προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η γνώση της νομοθεσίας από το διοικητικό προσωπικό αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη των πιο πάνω.

Η οικονομική κρίση που διανύουμε αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία δημιουργώντας ραγδαία αύξηση της ανεργίας. Η ανεργία, η φτώχεια και η ανασφάλεια αποτελούν επακόλουθα της οικονομικής κρίσης που κατ' επέκταση αυτά έχουν ως επακόλουθο την αρνητική επίδραση στον τομέα της υγείας. Μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις είναι η πρόωρη αφυπηρέτηση μεγάλου αριθμού επαγγελματιών υγείας στο τομέα της δημόσια υγείας, πράγμα που έχει αφήσει ένα μεγάλο κενό στην στελέχωση των κρατικών υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια του 2012 αφυπηρέτησαν από την Δημόσια Υπηρεσία 980 δημόσιοι υπάλληλοι, έναντι 562 δημόσιων υπαλλήλων που αφυπηρέτησαν το 2011 (Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας,

2013). Μάλιστα σύμφωνα με την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας αυτό οφείλεται στην αύξηση οικειοθελών πρόωρων αφυπηρετήσεων (η οποία από το 2011 είχε αύξηση ύψους 115,25%) λόγω της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης (Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, 2013). Βέβαια είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως τα πιο πάνω στοιχεία δεν αφορούν αποκλειστικά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά γενικότερα τον Δημόσιο Τομέα της Κυπριακής Δημοκρατίας. Ταυτόχρονα η οικονομική ύφεση έχει αυξήσει την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια, με αποτέλεσμα να δημιουργήσει ένα μεγάλο πρόβλημα στο τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού.

Ο κατάλληλος σχεδιασμός και η ορθή στελέχωση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μείζον θέμα για τον τομέα της υγείας, όχι μόνο σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, αλλά γενικότερα, αφού η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας εξαρτάται άμεσα από το ανθρώπινο δυναμικό. Άλλωστε ο τομέας της υγείας αποτελεί καθαρά προσφορά υπηρεσιών, η οποία σχετίζεται με την εργασία ανθρώπινου δυναμικού, με αποτέλεσμα η ποιότητα υγείας του πληθυσμού μιας χώρας να έχει άμεση συσχέτιση με την ορθή στελέχωση των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης.

1.2. Σκοπός

Σκοπός της μεταπτυχιακής μου εργασίας είναι η καταγραφή του νομικού πλαισίου γύρω από το τομέα της διοίκησης ανθρώπινων πόρων, αλλά και τη στελέχωση των μονάδων υγείας στην Κύπρο. Η στελέχωση και διοίκηση των μονάδων υγείας, αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα, με αποτέλεσμα να έχει απασχολήσει τους ερευνητές τόσο στον κυπριακό και ελληνικό χώρο, όσο και στο διεθνή χώρο. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει επαρκής κάλυψη του θέματος με βάση το νομικό πλαίσιο. Η καταγραφή του μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση που θα πραγματοποιηθεί με την παρούσα μεταπτυχιακή εργασία, έχει σκοπό να καλύψει το κενό αυτό, αλλά και να αποτελέσει ένα οδηγό για τα διοικητικά στελέχη στα δημόσια, αλλά και ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

1.3. Ερευνητικά Ερωτήματα

Για την επίτευξη του πιο πάνω σκοπού η παρούσα εργασία καλείται να δώσει απαντήσεις στα πιο κάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Τι αναφέρει το νομικό πλαίσιο για την στελέχωση των μονάδων υγείας στην Κύπρο;

2. Τι αναφέρει το νομικό πλαίσιο για την διοίκηση ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας στην Κύπρο;

3. Τι αναφέρει η βιβλιογραφία για την ορθή στελέχωση των μονάδων υγείας και την διοίκηση των ανθρώπινων πόρων;

1.4. Αναγκαιότητα της έρευνας

Η οικονομική ύφεση στην Κύπρο έχει προκαλέσει πολλά προβλήματα στον τομέα της υγείας, αφού έχει αυξηθεί η ζήτηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και έχει μειωθεί ο προϋπολογισμός για τον τομέα της υγείας, αναγκάζοντας το υφιστάμενο προσωπικό που βρισκόταν στα όρια συνταξιοδότησης να αφυπηρετήσει, αφήνοντας ένα κενό στην στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων. Η παρούσα πτυχιακή εργασία, όπως έχει αναφερθεί και πιο πάνω έχει σκοπό της να μελετήσει το τι αναφέρεται στην βιβλιογραφία, αλλά και στο νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας σχετικά με την στελέχωση των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης.

Από την αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε αρχικά για το θέμα αυτό, έχει εντοπισθεί ένα μεγάλο κενό στην βιβλιογραφία σχετικά με το τι προνοεί η νομοθεσία για την στελέχωση των υγειονομικών μονάδων, αλλά και πώς είναι σωστό να γίνεται. Ιδιαίτερα σημαντικό κενό παρατηρείται στον χώρο της υγείας στην Κυπριακή Δημοκρατία, αφού δεν έχει ανεβρεθεί κανένα άρθρο ή έρευνα σχετικά με το θέμα της στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων στην Κύπρο.

Θεωρώ πως η παρούσα πτυχιακή εργασία, θα μπορεί να αποτελεί οδηγό στο τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού των κρατικών, αλλά και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, ιδιαίτερα αυτή την περίοδο που διανύουμε, όπου η οικονομική κρίση έχει φέρει την δημόσια υγεία να λειτουργεί σε αυξημένες ταχύτητες. Τέλος, η παρούσα πτυχιακή εργασία καλείται να καλύψει εν μέρει το κενό στην βιβλιογραφία σχετικά με το νομικό πλαίσιο στο θέμα της υγιεινής και ασφάλειας στον εργασιακό χώρο των νοσοκομείων.

1.5. Σύντομοι Ορισμοί

Η έννοια της διοίκησης έχει ουσιαστικά την έννοια της οργάνωσης (Λανάρα, 2008). Ο όρος διοίκηση ορίζεται ως κάθε δραστηριότητα, την οποία αναπτύσσουν τα άτομα και οι διάφοροι δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί για τη συστηματική και συνεπή διεύθυνση και διαχείριση των υποθέσεων τους. Σήμερα όμως ο όρος χρησιμοποιείται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις δημόσιας διοίκησης, διοίκησης των επιχειρήσεων, οργανισμών, ιδρυμάτων και υπηρεσιών (Λανάρα, 2008). Η διαδικασία της διοίκησης περιλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων, διαταγμάτων και κανονισμών στις συγκεκριμένες περιπτώσεις, καθώς επίσης και κάθε ενέργεια, η οποία αποβλέπει στην καθολική επιμέλεια των γενικών συμφερόντων και την κοινωνικής ευημερίας (Λανάρα, 2008).

Στον όρο της στελέχωσης περιλαμβάνονται οι λειτουργίες που διασφαλίζουν ότι η οργάνωση έχει στο παρόν και θα έχει στο κοντινό μέλλον, επαρκές σε αριθμό και κατάλληλο, από την άποψη των γνώσεων και των δεξιοτήτων, προσωπικό (Χατζηπαντελή, 1999). Σε γενικές γραμμές οι λειτουργίες αυτές περιλαμβάνουν τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, δηλαδή την εκτίμηση των μελλοντικών αναγκών σε προσωπικό, και την επιλογή προσωπικού, δηλαδή τη διαδικασία εξεύρεσης των προσώπων που θα καλύψουν τις κενές θέσεις της οργάνωσης (Χατζηπαντελή, 1999).

Με τον όρο επαγγελματίες υγείας αναφερόμαστε στους επαγγελματίες οι οποίοι εργάζονται στο τομέα της υγείας και μελετούν, συμβουλεύουν και παρέχουν προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που βασίζονται σε θεωρητικές και αποδεδειγμένες γνώσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας (Κτενά, 2012). Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που χρειάζονται για την εξάσκηση του επαγγέλματός τους αποκτώνται συνήθως μέσα από υψηλόβαθμες σπουδές στον τομέα της υγείας που διαρκούν 3-6 χρόνια για την απόκτηση του πρώτου πτυχίου (Κτενά, 2012). Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται γενικοί γιατροί, ειδικευμένοι γιατροί, επαγγελματίες νοσηλευτές, επαγγελματίες μαίες, βελονιστές, παραϊατρικοί επαγγελματίες, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές και διαιτολόγοι-διατροφολόγοι (Κτενά, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Μεθοδολογία

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία θα αποτελεί μια κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, με σκοπό τη διερεύνηση του νομικού πλαισίου γύρω από την στελέχωση των μονάδων υγείας και τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού. Η επίτευξη του σκοπού αυτού θα πραγματοποιηθεί μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς αλλά και ελληνικής βιβλιογραφίας γύρω από το θέμα της διοίκησης ανθρώπινων πόρων στην στελέχωση των μονάδων υγείας και του νομικού πλαισίου στην Κυπριακή Δημοκρατία. Η κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση εστιάζει την προσοχή της στις σχετικές με το θέμα υπό ανάλυση επιστημονικές έρευνες και κύρια πηγή είναι τα επιστημονικά περιοδικά, συνέδρια και παρουσιάσεις (Μερκούρης, 2008). Η κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί ουσιαστικά ένα περιγραφικό σχεδιασμό, όπου τα υποκείμενα της μελέτης είναι οι έρευνες με σκοπό την απόκτηση ενός ευρύτερου υπόβαθρου σε σχέση με τις πληροφορίες που είναι διαθέσιμες για ένα συγκεκριμένο θέμα (Μερκούρης, 2008). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν απαιτεί μόνο την εύρεση πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων, αλλά και την κριτική κάθε κομματιού που διαβάζεται και γράφεται (Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

2.2. Χαρακτηριστικά πρωτογενών πηγών

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εστιάζει το ενδιαφέρον της σε επιστημονικές έρευνες με κύρια πηγή τα νοσηλευτικά και ιατρικά επιστημονικά περιοδικά. Οι πρωτογενείς έρευνες, οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί στην παρούσα διπλωματική εργασία αφορούν επιστημονικές έρευνες, ποιοτικές και ποσοτικές, οι οποίες έχουν δημοσιευθεί σε διεθνή και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί ένας αριθμός βιβλίων, αλλά και παλαιότερες πτυχιακές μελέτες.

Η συλλογή των δεδομένων έχει πραγματοποιηθεί μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, το διαδίκτυο αλλά και μέσα από τη χρήση ακαδημαϊκής

βιβλιοθήκης για ανεύρεση σχετικών με το θέμα βιβλίων και άρθρων. Οι βάσεις δεδομένων που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι EBSCO και PubMed. Η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων έχει πραγματοποιηθεί με την χρήση λέξεων-κλειδιά σε συνδυασμό ή και μεμονωμένα. Οι λέξεις κλειδιά που θα χρησιμοποιηθούν για την ανεύρεση ελληνικών πηγών είναι: νομικό πλαίσιο, διοίκηση ανθρώπινων πόρων, στελέχωση μονάδων υγείας, νομοθεσία, ανθρώπινο δυναμικό. Για την διεθνή βιβλιογραφία θα χρησιμοποιηθούν οι λέξεις: legal framework, human resource management, staffing health facilities, law, human resources, health services staffing, recruitment.

Σύμφωνα με τους Ευσταθίου και Παπασταύρου (2009) η αναζήτηση άρθρων στις βάσεις δεδομένων αποδίδει συνήθως μεγάλο αριθμό τίτλων άρθρων, αρκετά από τα οποία είναι δυνατόν να μην σχετίζονται με το θέμα που θα μελετηθεί. Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα χρησιμοποιηθούν τόσο πρωτογενείς πηγές, όπως είναι οι ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες με στατιστικά στοιχεία, καθώς επίσης και δευτερογενείς πηγές όπως είναι οι διατριβές, τα επιστημονικά άρθρα κλπ. Η ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας θα γίνει σε διάστημα 3 μηνών, όπου το πρώτο στάδιο έχει ήδη ολοκληρωθεί και το οποίο περιλαμβάνει την επιλογή θέματος, τη διατύπωση του σκοπού και των ερευνητικών ερωτημάτων της έρευνας, τον σχεδιασμό της μεθοδολογίας κλπ. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων και την επιλογή των βιβλιογραφικών πηγών που θα χρησιμοποιηθούν για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας και τέλος το τρίτο μέρος αποτελεί την συγγραφή και ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας.

2.3. Κριτήρια εισαγωγής/αποκλεισμού μελετών

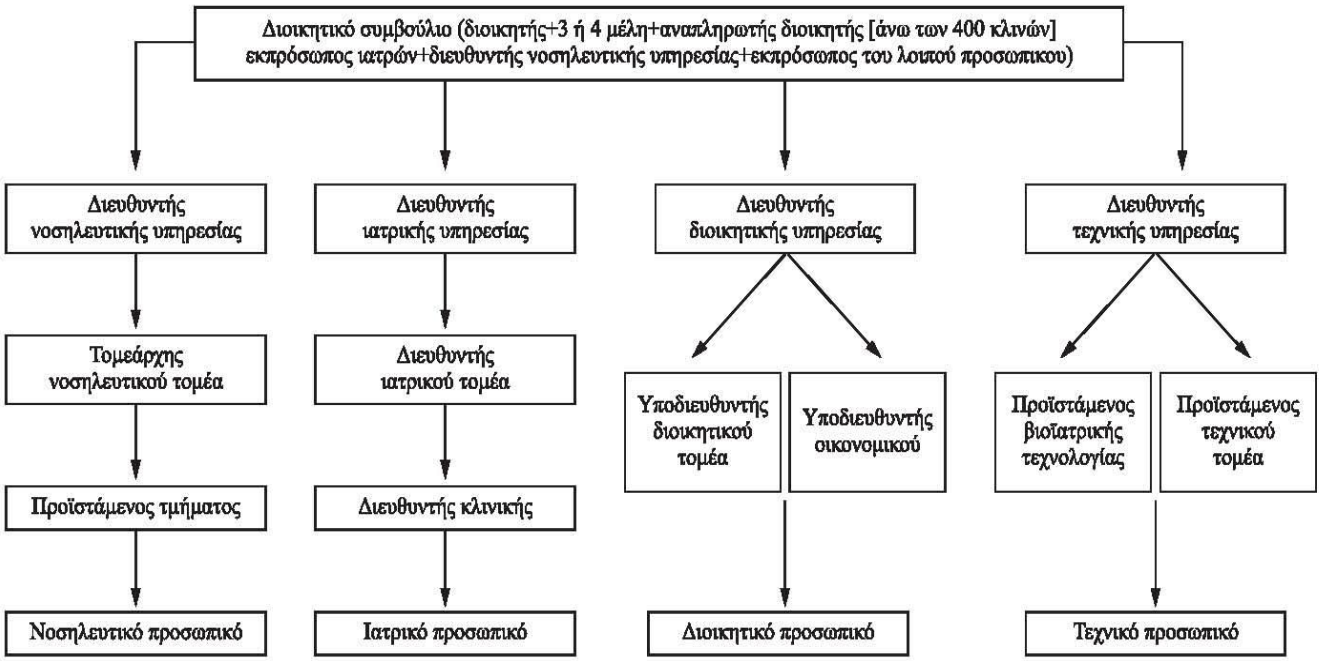
Κατά την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων έχει πραγματοποιηθεί η επιλογή των βιβλιογραφικών πηγών που έχουν χρησιμοποιηθεί στην παρούσα εργασία με βάση κάποια κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού των μελετών / άρθρων. Αρχικό κριτήριο εισαγωγής μελετών στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτέλεσε η προσβασιμότητα στο πλήρες κείμενο, όπου αυτό τέθηκε και ως προεπιλογή κατά τη διάρκεια αναζήτησης στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όπου αυτό ήταν εφικτό, μαζί με το χρονολογικό κριτήριο των δεκαπέντε ετών, το οποίο αποτελεί και το δεύτερο κριτήριο. Τρίτο κριτήριο εισαγωγής μελετών αποτέλεσε η γλώσσα συγγραφής των άρθρων / μελετών, η οποία περιορίζεται μόνο στην αγγλική και ελληνική γλώσσα αν και η αναζήτηση περιελάμβανε άρθρα από τον διεθνή

επιστημονικό χώρο. Επίσης, ένας άλλος περιορισμός της έρευνας είναι πως το νομικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία επικεντρώνεται κυρίως στο νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία δεν αποτελεί ερευνητική εργασία η οποία μελετά ποιοτικά ή ποσοτικά ασθενείς ή απόψεις νοσηλευτών, επομένως δεν έχει ληφθεί οποιαδήποτε σχετική άδεια από την Επιτροπή Βιοηθική Υπηρεσία ή το Υπουργείο Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Διοίκηση υγειονομικών μονάδων

Διοίκηση είναι η σημαντικότερη περιοχή της ανθρώπινης δραστηριότητας και αποτελεί γενική και βασική λειτουργία οποιασδήποτε κοινωνίας, της οποίας η ύπαρξη βασίζεται στη συνεργασία πολλών οργανισμών (Λανάρα, 2008). Η διοίκηση είναι αναγκαία για την εξασφάλιση συντονισμού των ατομικών προσπαθειών (Λανάρα, 2008). Η διοίκηση στο χώρο της υγείας αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006, p. 59). Η διοίκηση στα δημόσια νοσοκομεία χωρίζεται σε τέσσερις τομείς, τον νοσηλευτικό, τον ιατρικό, τον διοικητικό και τον τεχνικό (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006, p. 64). Στο σχήμα 1 φαίνεται η διοικητική ιεραρχεία στα δημόσια νοσοκομεία, όπως την έχουν καταγράψει στο άρθρο τους οι Μπακάλης και Μπατσολάκη (2006).



Σχήμα 1. Η διοικητική ιεραρχία στα δημόσια νοσοκομεία.

Ο χώρος της υγείας αποτελεί ένα μεγάλο και αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας, γιατί εξυπηρετεί ολόκληρο τον πληθυσμό και τις ανάγκες του (Λανάρα, 2008). Οι γενικές αρχές διοίκησης, οι οποίες έχουν εφαρμογή στις υγειονομικές υπηρεσίες, είναι: (α) ο σκοπός της διοίκησης σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγείας είναι η

υπηρεσία, η οποία ουσιαστικά επιτελείται από άτομα προς άλλα άτομα, (β) το κύριο μέλημα του διοικούντος είναι να συντονίζει ό,τι είναι απαραίτητο, ώστε ο καθένας να μπορεί να εκτελεί την εργασία του, (γ) ο βαθμός στον οποίο η διοίκηση επιτυγχάνει το σκοπό της εξαρτάται από το κατά πόσο όλα τα άτομα κατανοούν τον καθορισμένο σκοπό των υπηρεσιών υγείας, όλοι να εργάζονται από κοινού για την επίτευξη του σκοπού αυτού και αν τα άτομα χρησιμοποιούν τα μέσα, τα οποία τους δίνονται, (δ) οι μέθοδοι διοίκησης είναι ίδιες τόσο για τα νοσοκομεία και τα άλλα υγειονομικά ιδρύματα, όσο και για τη βιομηχανία, τους εκπαιδευτικούς, στρατιωτικούς, εκκλησιαστικούς ή κυβερνητικούς οργανισμούς, (ε) η διοίκηση και οι διοικητικές ενέργειες έχουν μεγαλύτερη σημασία σήμερα με την πρόοδο της ιατρικής και της νοσηλευτικής, καθώς και των τεχνολογικών επιτευγμάτων, λόγω του πολυσύνθετου των υγειονομικών υπηρεσιών, (ζ) είναι βασικό και απαραίτητο όλοι οι επαγγελματίες υγείας να έχουν γνώση και να κατανοούν τη θεωρία και την εφαρμογή της διοίκησης, γιατί η διοίκηση ασκείται σε οποιοδήποτε υγειονομικό τομέα και οπουδήποτε νοσηλεύεται ασθενής (Λανάρα, 2008).

Επίσης, η Λαρνάρα (2008), αναφέρει ως αρχές νοσηλευτικής διοίκησης, οι οποίες είναι κατάλληλες για την καλή οργάνωση και διεύθυνση της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή και τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών τις πιο κάτω: (1) η ευθύνη για λήψη αποφάσεων είναι εντελώς καθορισμένη, (2) η ανάθεση ευθύνης είναι και αυτή καθορισμένη, με την οποία δίνεται η εξουσία και το κύρος, ώστε αυτός που έχει αναλάβει την ευθύνη να μπορεί να ανταποκριθεί προς τις υποχρεώσεις του, (3) κάθε άτομο εντός του οργανισμού γνωρίζει τα όρια της αρμοδιότητας του, προς ποιον είναι υπεύθυνος, ποιον μπορεί να συμβουλευτεί ή προς ποιον να παραπονεθεί, καθώς επίσης και ποιος απευθύνεται σε αυτόν και για ποια αρμοδιότητα, (4) ο συντονισμός και η συνεργασία επιτυγχάνονται με την οργάνωση της εργασίας, το ικανοποιητικό σύστημα επικοινωνίας, την ανάπτυξη διαδικασιών ρουτίνας για ορισμένες επαναλαμβανόμενες τεχνικές δραστηριότητες, τον προγραμματισμό εκ των προτέρων και τη θεληματική προσπάθεια, και (5) η πρόοδος και η ανάπτυξη του προσωπικού, η επίβλεψη της εργασίας και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων αποτελούν λειτουργίες της διοίκησης.

Γενικά το εθνικό σύστημα υγείας κάθε χώρας διαμορφώνεται με διαφορετικό τρόπο και βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες (Κτενά, 2012). Ωστόσο, ο άξονας γύρω από τον οποίο κινείται κάθε σύστημα υγείας είναι κοινός (Κτενά, 2012). Οι θεμελιώδεις μονάδες

του είναι η παροχή υπηρεσιών, οι ανθρώπινοι πόροι, τα φάρμακα και οι ιατρικές τεχνολογίες, η επαρκής χρηματοδότηση, η διατήρηση πληροφορίας και η ορθή ηγεσία και διακυβέρνηση (Κτενά, 2012). Οι ανθρώπινοι πόροι έχουν μέχρι στιγμής αμεληθεί, παρότι αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες της υγειονομικής περίθαλψης (Κτενά, 2012). Το ανθρώπινο δυναμικό είναι βασικό στοιχείο για την καταπολέμηση των κρίσεων στον τομέα της υγείας σε κάποιες από τις φτωχότερες χώρες του πλανήτη και για τη δημιουργία βιώσιμων συστημάτων υγείας σε κάθε χώρα (Κτενά, 2012). Σχεδόν όλες οι χώρες του κόσμου αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως η έλλειψη εργαζομένων και η άνιση κατανομή, όμως θα πρέπει να αναπτυχθούν αποτελεσματικές εθνικές στρατηγικές με την υποστήριξη διεθνών δυνάμεων για την αντιμετώπισή τους (Κτενά, 2012).

3.2. Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού

Η διοίκηση ανθρώπινων πόρων ή διοίκηση προσωπικού ή διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού ονομάζεται η διοικητική λειτουργιά που μελετά, εφαρμόζει και εποπτεύει μια σειρά από δραστηριότητες που έχουν άμεση σχέση με την διοίκηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου παράγοντα στα πλαίσια μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού (Σακκά & Χαΐδου, 2009). Η διαχείριση ανθρωπίνων πόρων είναι ένα στρατηγικό κομμάτι διοίκησης των υγειονομικών μονάδων, που έχει ως στόχο της την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας (Κτενά, 2012).

Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνει δραστηριότητες και λειτουργίες που αποβλέπουν στην καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (ανθρώπινων και υλικών) προς επίτευξη προεπιλεγμένων αντικειμενικών σκοπών (Λανάρα, 2008). Συγκεκριμένα το τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα (Λανάρα, 2008). Ουσιαστικά εισηγείται και υποδεικνύει στη διοίκηση του οργανισμού ή της επιχείρησης που υπάγεται τους τομείς πολιτικής χειρισμού των ανθρώπινων πόρων του οργανισμού ή της επιχείρησης (Λανάρα, 2008). Σύμφωνα βέβαια με τον Βαλβή (1999), η διοίκηση ανθρώπινων πόρων έχει ουσιαστικά τρεις ρόλους, τον στρατηγικό, τον συμβουλευτικό και αναπτυξιακό και τον διοικητικό και αποτελεσματικό ρόλο.

Η διοίκηση κάθε οργανισμού έχει στενή συνεργασία με το τμήμα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού (Λανάρα, 2008), ιδιαίτερα σε οργανισμούς και επιχειρήσεις όπου η δραστηριοποίηση τους αφορά υπηρεσίες, όπως είναι για παράδειγμα οι

υγειονομικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα η διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελεί το πιο ουσιαστικό μέρος των νοσοκομείων, αφού η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε αυτά είναι νοσηλευτές. Η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομειακών μονάδων, έχει ως στόχο της τον ορθό υπολογισμό του αριθμού των επαγγελματιών υγείας, την επιλογή ατόμων με κατάλληλα προσόντα, την τοποθέτησή τους στη σωστή θέση, την τοποθέτησή τους την κατάλληλη χρονική στιγμή και στην κατάλληλη θέση εργασίας, τον υπολογισμό του κόστους, καθώς επίσης πως όλα τα πιο πάνω θα γίνουν με ορθό τρόπο, έτσι ώστε να επιτευχτεί το επιθυμητό αποτέλεσμα (Κτενά, 2012). Άλλωστε η σωστή οργάνωση και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να περιορίσει τις άσκοπες δαπάνες για την υγεία, καθώς και να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και, συνεπώς, της ίδιας της υγείας του πληθυσμού (Κτενά, 2012).

Οι λειτουργίες υπηρεσίας της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού είναι ουσιαστικά επτά: (1) η αποτίμηση αναγκών και ο προγραμματισμός του προσωπικού, (2) η προσέλκυση, η επιλογή και η πρόσληψη προσωπικού, (3) η πολιτική μισθών και ημερομισθίων, (4) οι προοπτικές εξέλιξης, (5) η επιμόρφωση του προσωπικού, (6) οι συνδικαλιστικές σχέσεις και τέλος (7) η έρευνα επανεμφανιζόμενων προβλημάτων (Λανάρα, 2008). Η παρούσα πτυχιακή εργασία θα ασχοληθεί κυρίως με την δεύτερη από τις επτά πιο πάνω λειτουργίες, η οποία ουσιαστικά αφορά την στελέχωση του οργανισμού ή της επιχείρησης.

3.2.1. Στελέχωση νοσοκομείων

Όσο καλά και αν οργανωθεί ένας οργανισμός (κτίρια, εξοπλισμός και μηχανήματα), δεν μπορεί να είναι επιτυχημένος αν δεν υπάρχει το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Γι' αυτό το λόγο η σωστή στελέχωση είναι πρωταρχικής σημασίας , αποτελεί σημαντική παράμετρο της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και αποτελεί ένα από τους πιο σημαντικούς στρατηγικούς μηχανισμούς επιβίωσης του οργανισμού (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Το ανθρώπινο δυναμικό των υγειονομικών μονάδων που είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα στις υγειονομικές μονάδες είναι οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γενικών και ειδικευμένων γιατρών, των κλινικών ψυχολόγων, των νοσηλευτών και τις μαίες, των οδοντίατρων, των

φαρμακοποιών, των φυσιοθεραπευτών, των τεχνικών ιατρικών εργαστηριών, των βοηθών νοσηλευτών και των εργαζόμενων σε ασθενοφόρα (Κτενά, 2012).

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο πυλώνας του συστήματος υγείας κάθε χώρας, καθώς όλες οι μορφές της υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται σε ένα καλά εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό (Κτενά, 2012). Οι ανθρώπινοι πόροι στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβάνουν όλες τις αναγκαίες ικανότητες, δεξιότητες και γνώσεις του ανθρώπου που απαιτούνται για την παροχή κλινικής φροντίδας (Κτενά, 2012). Επομένως, η λειτουργία της στελέχωσης αποτελεί ένα από τους πιο σημαντικούς παράγοντες αποτελεσματικής διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων, με τον οποίο έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι οι διοικητικοί λειτουργοί και το τμήμα διοίκησης ανθρώπινων πόρων των νοσοκομειακών μονάδων. Η επιλογή και ανάπτυξη ενός εργατικού δυναμικού υψηλής απόδοσης απαιτεί επίμονη και συνεχή προσπάθεια (Κτενά, 2012).

Η λειτουργία της στελέχωσης, αποτελεί την τρίτη πιο σημαντική λειτουργία ενός ιδρύματος/υπηρεσίας, μετά τον προγραμματισμό και την οργάνωση (Λανάρα, 2008). Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις, που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση (Λανάρα, 2008). Βασική προϋπόθεση για την στελέχωση ενός οργανισμού είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα, όπως εκπαίδευση, πείρα, ατομικά χαρακτηριστικά κ.α. (Λανάρα, 2008). Η διαδικασία της στελέχωσης περιλαμβάνει την προσέλκυση, την επιλογή την πρόσληψη, τις αμοιβές και τη κατάρτιση των στελεχών και γενικά του προσωπικού που στελεχώνει τη σχεδιασθείσα οργανωτική διάρθρωση (Λανάρα, 2008).

Η εκτίμηση ή ο υπολογισμός των μελλοντικών αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού και η επιλογή του, αποτελούν τις κυριότερες λειτουργιές της στελέχωσης του οργανισμού (Χατζηπαντελή, 1999). Η επιλογή και η σύνθεση του προσωπικού σε ένα νοσηλευτικό τμήμα θα πρέπει να έχει ως στόχο την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, την ικανοποίηση των ασθενών, την ικανοποίηση του προσωπικού και την αποτελεσματική απόδοσή του (Μπαμπάτσικου & Γερογιάννη, 2012). Η βασική δυσκολία της σωστής στελέχωσης έγκειται στο γεγονός ότι έχει να κάνει με τον ανθρώπινο παράγοντα, όπου άνθρωποι καλούνται να επιλέξουν ανθρώπους (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013).

3.2.1.1. Υπολογισμός αριθμού και σύνθεσης ανθρώπινου δυναμικού

Η προσέλκυση και διατήρηση των κατάλληλων νοσηλευτών, αποτελεί κύριο μέλημα της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία (Λανάρα, 2008). Παρόλα αυτά πριν από την στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων θα πρέπει να γίνει ο κατάλληλος υπολογισμός για τις ανάγκες απαιτούμενου νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας που απαιτούνται για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων, έτσι ώστε να προσφέρονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Λανάρα, 2008). Για τον υπολογισμό αυτό, η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να γνωρίζει τον αριθμό των εν ενεργεία επαγγελματιών υγείας σε κάθε κλάδο και τις ελλείψεις που παρατηρούνται, καθώς επίσης και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (Λανάρα, 2008).

3.2.1.1.1. Υπολογισμός ζήτησης

Ο αριθμός των εν ενεργεία επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με τις ελλείψεις που παρατηρούνται, καθώς επίσης και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν δύο προϋποθέσεις, που παρουσιάζουν δυσκολία στον υπολογισμό τους, αφού η επισκεψιμότητα των νοσοκομείων και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι σταθερές, καθώς εμπλέκονται και πολλοί παράγοντες που επιδρούν ποσοτικά και ποιοτικά στη ζήτηση τους (Λανάρα, 2008). Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν (α) τους δημογραφικούς παράγοντες, δηλαδή τον πληθυσμό, την κατανομή, την πυκνότητα, τον ρυθμό ανάπτυξης και μετακίνησης του πληθυσμού μιας χώρας ή περιοχής, (β) τους οικονομικούς παράγοντες: η συσχέτιση εισοδήματος και ζήτησης υπηρεσιών, (γ) τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό ενημέρωσης του κοινού για τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, (δ) την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, η οποία είναι αντίστροφα ανάλογη με αυτή της ζήτησης, δηλαδή όσο αυξάνεται η ποιότητα υγείας του πληθυσμού, μειώνεται ανάλογα και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, (ε)την προσιτότητα και προσβασιμότητα ανάλογα με τη διευκόλυνση ή περιορισμό χρήσης των υπηρεσιών (μεγάλες αποστάσεις , μακροχρόνια σειρά αναμονής κ.ο.κ.), και τέλος (ζ) την τεχνολογία στο χώρο της υγείας, το επίπεδο της οποίας έχει άμεση επίπτωση στις προσφερόμενες υπηρεσίες και στο προσωπικό που την παρέχει (Λανάρα, 2008).

Από τους πιο πάνω λόγους πολύ λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να μετρηθούν και να ελεγχθούν, έτσι ώστε να γίνει επακριβώς εκτίμηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Η πρόβλεψη της ζήτησης είναι η προσπάθεια να εκτιμηθούν οι μελλοντικές ανάγκες της επιχείρησης ή του οργανισμού σε προσωπικό, πράγμα που αποτελεί ιδιαίτερα δύσκολο στόχο λόγω των συνεχώς μεταβαλλόμενων περιβαλλοντικών προϋποθέσεων (Χατζηπαντελή, 1999). Συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές φαίνεται να καταγράφουν σημαντικές επιπτώσεις γύρω από τον τομέα της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, όπως είναι η επανεμφάνιση της ελονοσίας μετά από 40 χρόνια, η αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 43% μεταξύ του 2008-2010, ο υπερδιπλασιασμός των περιστατικών φυματίωσης μεταξύ των ναρκομανών, η αύξηση περιστατικών με AIDS μεταξύ των ναρκομανών (κατά την περίοδο 2009-2012 οι περιπτώσεις αυξήθηκαν από 15 σε 484), ο διπλασιασμός των ασθενών με κατάθλιψη (από 3,3% σε 8,2%), αύξηση των αυτοκτονιών (κατά την περίοδο 2007-2011 ο αριθμός περιστατικών αυξήθηκαν κατά 45%) κ.α. (Μπιμπή, 2014). Όλα αυτά έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Ακόμη, η απώλεια εργασίας προκαλεί απώλεια ευημερίας του πληθυσμού μιας χώρας, τον οποίο ωθεί στην φτώχεια και κατ' επέκταση τον επηρεάζει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά (Καραΐσκου, και συν., 2012). Η φτώχεια μπορεί να οριστεί και να εξεταστεί σε όρους ανεπάρκειας των υλικών αναγκών της ζωής (Υφαντόπουλος, και συν., 2009). Η φτώχεια, τα οικονομικά προβλήματα και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν τους πιο σημαντικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας και άλλες ψυχικές διαταραχές (WHO, 2011). Ένα άνεργο μέλος της κοινωνίας αποτελεί ένα μη παραγωγικό άτομο, το οποίο βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους, συχνά αποξενώνεται από την κοινωνία και σιγά σιγά αρχίζει να πλήττεται ο ψυχικός και συναισθηματικός του κόσμος, δημιουργώντας διάφορα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας (WHO, 2011).

Επομένως, η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (Καραΐσκου, και συν., 2012). Η ευρεία χρήση των δημόσιων υπηρεσιών οφείλεται κυρίως στο χαμηλό κόστος των υπηρεσιών στα κρατικά νοσηλευτήρια (Λανάρα, 2008). Παρόλα αυτά οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης και της αδυναμίας των ασθενών να

πληρώσουν ιδιωτική φροντίδα, καλούνται να λειτουργήσουν αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών που γίνονται λόγω μείωσης του προϋπολογισμού, γεγονός που δεν είναι εφικτό απόλυτα και ως εκ τούτου περιορίζεται η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών (Καραΐσκου, και συν., 2012).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί επίσης στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα (Καραΐσκου, και συν., 2012). Η μείωση ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα έχει επιφέρει αρκετές απολύσεις λόγω του μικρού εύρους εργασιών των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και ιατρείων. Τέλος, στις λιγότερο εύπορες χώρες, όπως είναι η Σερβία, η Ρουμανία, η Πολωνία, η Βουλγαρία, η Αλβανία, η Ουκρανία, η Μάλτα, η Ελλάδα, η Κύπρος κλπ. φαίνεται να παρουσιάζεται πρόβλημα ισότητας υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών, αφού η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών έχει μειωθεί λόγω της οικονομικής κρίσης (EHCI, 2013).

3.2.1.1.2. Υπολογισμός αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό

Ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκαίων θέσεων σε μια νοσοκομειακή μονάδα είναι συνάρτηση της μελέτης των γενικότερων αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Παρόλα αυτά το πρώτο βήμα για την εκτίμηση των μελλοντικών αναγκών είναι η καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης και των μεταβολών που είναι γνωστό ότι θα επέλθουν μέχρι το τέλος της χρονικής περιόδου για την οποία γίνεται η πρόβλεψη, όπως είναι πιθανές αφυπηρετήσεις ή γνωστές παραιτήσεις από την υπηρεσία (Χατζηπαντελή, 1999). Στο στάδιο αυτό της απογραφής θα πρέπει να καταγραφούν τόσο ποσοτικά στοιχεία για το υπάρχον προσωπικό όσο και ποιοτικά χαρακτηριστικά, τα οποία περιλαμβάνουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις εμπειρίες, την απόδοση κλπ (Χατζηπαντελή, 1999). Συγκεκριμένα, δεν θα πρέπει απλά να καταγραφεί ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού, αλλά θα πρέπει να καταγραφεί η ειδικότητα τους, τα χρόνια υπηρεσίας τους, η απόδοση και η εμπειρίες τους, πράγμα που θα πρέπει να γίνεται για όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Ακόμη, καταγράφεται η κατανομή του προσωπικού σε ηλικιακές ομάδες, έτσι ώστε να διαφανούν πιθανοί κίνδυνοι μαζικών αποχωρήσεων η ανησυχητικής συγκέντρωσης πληθυσμού μεγάλης ή μικρής ηλικίας (Χατζηπαντελή, 1999). Το

ενδεχόμενο του αυξημένου αριθμού αποχωρήσεων έχει παρατηρηθεί και στα κυπριακά δεδομένα, όπως θα δούμε και σε μετέπειτα στάδιο, όπου το 2012 και το 2013 παρατηρήθηκε ρεκόρ οικειοθελών πρόωρων αποχωρήσεων, κυρίως λόγω της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης (Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, 2013).

Το δεύτερο στάδιο για τον υπολογισμό των αναγκών του οργανισμού σε ανθρώπινο δυναμικό, περιλαμβάνει τον υπολογισμό των μελλοντικών αναγκών σε σχέση με τον αριθμό του πληθυσμού. Η έρευνα γύρω από τις απαιτήσεις σε προσωπικό είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που γίνεται σωστά μόνο λαμβάνοντας υπόψη ορισμένα κριτήρια. Ωστόσο, στον δημόσιο τομέα τα πράγματα απλοποιούνται λόγω του χαρακτηρισμού των θέσεων ως οργανικών που είναι και πολύ συγκεκριμένος ο αριθμός τους, αλλά και λόγω νομοθετικών, δημοσιονομικών περιορισμών και σαφώς καθορισμένων οικονομικών πόρων (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνήθως για την πρόβλεψη των αναγκών σε προσωπικό είναι η υποκειμενική κρίση, η ανάλυση λόγων-τάσεων και οι μελέτες έργου (Χατζηπαντελή, 1999). Κατά την τεχνική την υποκειμενικής κρίσης αντλούνται οι απόψεις των προϊσταμένων, με βάση τα επιχειρησιακά σχέδια για τη μονάδα τους, κατά την ανάλυση λόγων – τάσεων χρησιμοποιούνται οι αναλογίες μεταξύ διαφόρων κατηγοριών προσωπικού ώστε γνωρίζοντας την τάση που επικρατεί σε μια κατηγορία να προβλέψει τις ανάγκες μιας άλλης και τέλος οι μελέτες έργου χρησιμοποιούνται όταν είναι γνωστά διάφορα ποσοτικά μεγέθη σχετικά με την εργασία, όπως είναι ο χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση ορισμένου έργου, η μέση ποσοτική απόδοση ενός υπαλλήλου κ.α. (Χατζηπαντελή, 1999). Στο τομέα της υγείας και στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων είναι ευρέως διαδεδομένη η δεύτερη από τις τρεις τεχνικές, αυτή της ανάλυσης λόγων – τάσεων.

Σύμφωνα με τη Λανάρα (2008), οι περισσότερες χώρες επιλέγουν ως μέθοδο υπολογισμού των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων τη σχέση πληθυσμού με τον αριθμό επαγγελματιών υγείας, την οποία συγκρίνουν με άλλες χώρες. Η ευρεία χρήση της μεθόδου αυτής οφείλεται κυρίως στην απλότητα της μεθόδου, στο χαμηλό κόστος και στην ευκολία με την οποία ερμηνεύεται (Λανάρα, 2008). Το πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι βασίζεται στην πραγματικότητα (Λανάρα, 2008). Για την εφαρμογή της μεθόδου αυτής η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να γνωρίζει τον αριθμό ενεργών επαγγελματιών υγείας, τον

επιθυμητό αριθμό και την κατάλληλη σύνθεση του προσωπικού και τον αριθμό του πληθυσμού της χώρας (Λανάρα, 2008).

Για τον καθορισμό του αναγκαίου αριθμού επαγγελματιών υγείας σε ένα νοσοκομείο, θα πρέπει να υπολογισθεί ο χρόνος που οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται στις διάφορες επαγγελματικές τους δραστηριότητες, π.χ. εξέταση ασθενών, χορήγηση φαρμάκων κλπ, η αναλογία επαγγελματιών υγείας ανά κλίνη σε κάθε νοσοκομείο, καθώς επίσης και την αναλογία μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών υγείας αλλά και των επιπέδων μεταξύ τους, π.χ. νοσηλευτές, προϊστάμενοι νοσηλευτές (sister/ brother) κλπ (Λανάρα, 2008). Επίσης, ο υπολογισμός θα πρέπει να γίνεται βάση της κατάστασης των αρρώστων και πόσο χρόνο νοσηλείας χρειάζονται κατά μέσο όρο (Λανάρα, 2008), καθώς επίσης με το μέγεθος, το είδος και την αποστολή του νοσοκομείου (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Για παράδειγμα, για τον καθορισμό του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού σε εθνικό επίπεδο ή σε ένα ίδρυμα, αρχικά πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών με τον μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου και με τις 364 ημέρες του έτους (Λανάρα, 2008). Το τελικό αποτέλεσμα εκφράζει το χρόνο που χρειάζεται το ίδρυμα για να καλύψει τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών ανά έτος (Λανάρα, 2008). Ακολούθως υπολογίζονται οι πραγματικές εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, με την αφαίρεση από τις 364 ημέρες του έτους τις ετήσιες άδειες, τις αργίες, τις ημέρες εκπαίδευσης, μητρότητας και ασθενείας, όπου το υπόλοιπο είναι οι πραγματικές εργάσιμες ημέρες (Λανάρα, 2008). Το αποτέλεσμα πολλαπλασιάζεται με τις ώρες ημερήσιας εργασίας, έτσι ώστε να υπολογισθούν οι ετήσιες εργάσιμες ώρες κάθε νοσηλευτή (Λανάρα, 2008). Ο χρόνος που χρειάζεται το ίδρυμα για να καλύψει τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών ανά έτος διαιρείται με τις ετήσιες εργάσιμες ώρες κάθε νοσηλευτή για να προκύψει ο απαιτούμενος αριθμός νοσηλευτών που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα (Λανάρα, 2008).

Η μέθοδος αυτή έχει ως μεγάλο μειονέκτημα της το γεγονός πως κατά τον υπολογισμό που γίνεται υπολογίζονται με βάση τον αριθμό των ασθενών, χωρίς να περιλαμβάνονται νοσηλευτικές διαδικασίες όπως τα χειρουργεία, τα εξωτερικά ιατρεία, τα διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαστήρια, η διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, η επίβλεψη κλπ (Λανάρα, 2008). Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προτείνει 4 ασθενείς ανά 1 νοσηλευτή και τονίζει πως εάν η αναλογία αυξηθεί σε 6 ασθενείς ανά νοσηλευτή, αυξάνεται και η πιθανότητα οι ασθενείς να πεθάνουν μέσα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή τους, κατά ποσοστό 14% (Μαλλιαρού, και συν.,

2008). Όσο αφορά την αναλογία ιατρών νοσηλευτών ο Λαιρόπουλος (2007 στους Μαλλιαρού, και συν, 2008) αναφέρει πως αξιόπιστη αναλογία είναι 4 νοσηλευτές για κάθε ιατρό.

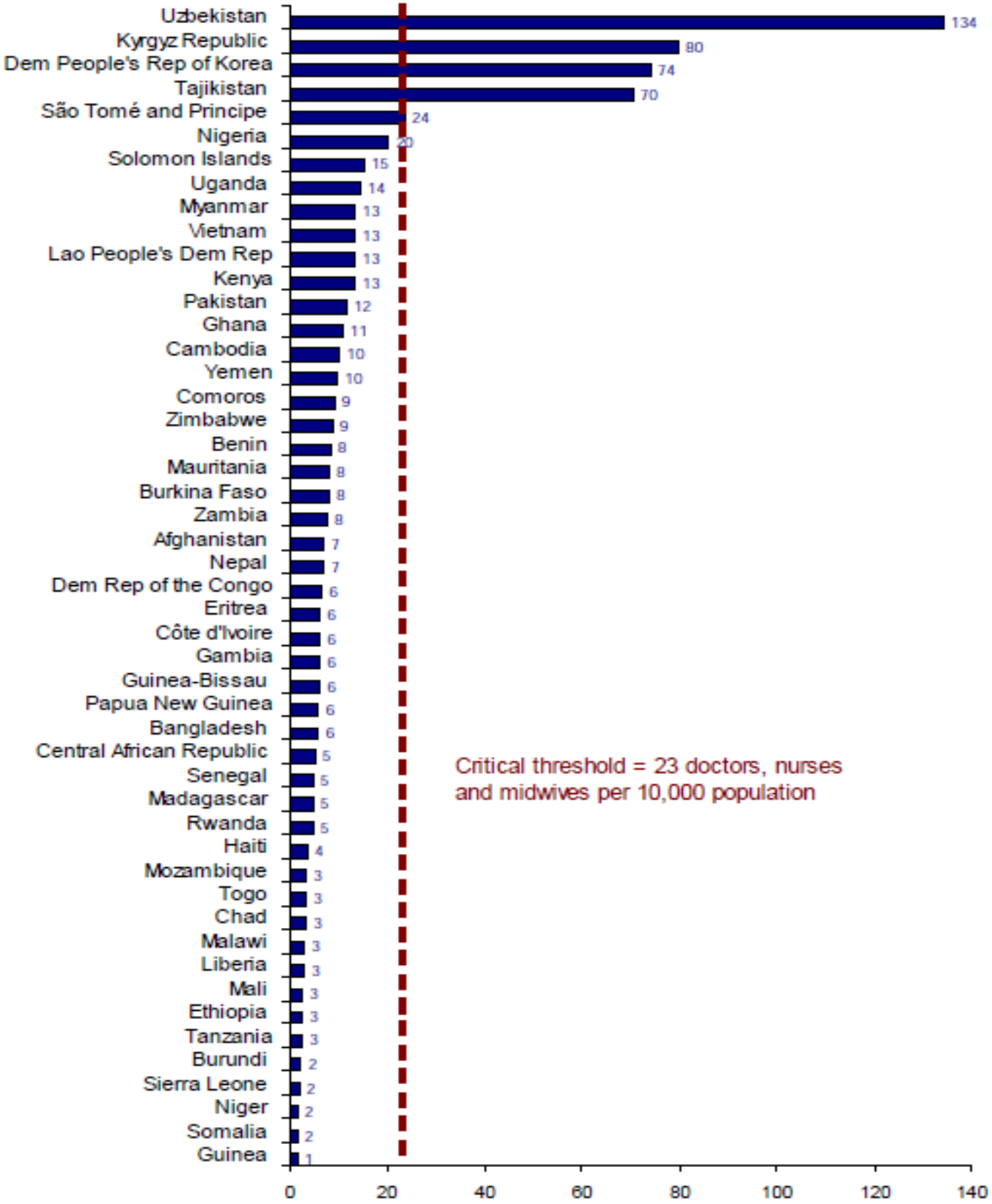
Σύμφωνα με στοιχεία Ελληνικών στατιστικών καθώς και της Παγκόσμιας στατιστικής Υγείας, θα πρέπει η αναλογία των νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας, να είναι 6,5/1000 και σε κάθε 2 νοσηλευτές θα πρέπει να αντιστοιχεί 1 βοηθός (Λανάρα, 2008). Σύμφωνα με τον Βαρδιαμπάσης (2012), η πυκνότητα των επαγγελματιών σε κάποιο επάγγελμα ανά 1000 κατοίκους επιτρέπει τις συγκρίσεις ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες. Έτσι χρησιμοποιώντας αυτόν το δείκτη στον χώρο της υγείας, μπορούμε να παρατηρήσουμε τις αναλογίες ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας κάθε χώρας. Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι αναλογίες επαγγελματιών υγείας ανά 1000 κατοίκους (Βαρδιαμπάσης, 2012).

	Ιατροί (ανά 1.000 κατοίκους)	**Οδοντίατροι (ανά 1.000 κατοίκους)**	**Νοσηλευτικό και Μαιευτικό Προσωπικό (ανά 1.000 κατοίκους)**
Αυστρία (2009)	4,7	0,5	7,8
Ιρλανδία (2009)	3,1	0,6	15,6
Κύπρος (2006)	2,3	0,8	3,4
Γαλλία (2008)	3,4	0,6	8,9
Γερμανία (2008)	3,5	0,7	10,8
Ελβετία (2009)	4,0	0,5	15,9
Ελλάδα (2008)	**6,0**	**1,3**	**3,6**
Ιταλία (2008)	4,2	0,4	6,5
Ηνωμένο Βασίλειο (2009)	2,7	0,5	10,3
Πορτογαλία (2009)	3,7	0,6	5,3
Ισπανία (2009)	3,7	0,5	5,1
Νορβηγία (2008)	4,0	0,8	14,7

Πίνακας 1: *Αναλογία ιατρών-οδοντιάτρων και νοσηλευτικού-μαιευτικού προσωπικού σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης* (Βαρδιαμπάσης, 2012)

Στο σχήμα 2, το οποίο παρουσιάζεται πιο κάτω, καταγράφονται οι αριθμοί των επαγγελματιών υγείας σε κάθε χώρα σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2010, όπου παρουσιάζει 44 από τις 49 χώρες που

παρουσιάζονται στο σχήμα 2, να έχουν μικρότερο αριθμό επαγγελματιών υγείας από το ελάχιστο όριο ανά 10,000 άτομα (Κτενά, 2012).



Σχήμα 2: *Πλήθος ιατρών, νοσηλευτών και μαιών ανά 10000 (Κτενά, 2012)*

Ο ελάχιστος και κρίσιμος για την υγεία του πληθυσμού αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά 10,000 άτομα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι 23 (Σχήμα 2), και όπως φαίνεται από το πιο κάτω διάγραμμα χώρες όπως η Νιγηρία, η Αιθιοπία, το Πακιστάν, η Κένυα, το Νεπάλ, η Σομαλία, η Τανζανία, η Σιέρα Λεόνε, η Ζιμπάμπουε, η Ουγκάντα, τα νησιά του Σολόμωντα, το Βιετνάμ, η Γκάνα, η Υεμένη κ.α. χώρες δηλαδή που ανήκουν σε φτωχές οικονομικά περιοχές παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά αναλογίας επαγγελματιών υγείας και πληθυσμού.

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000). Άλλωστε στόχος κάθε οργανισμού ή επιχείρησης (κερδοσκοπικού ή μη) είναι να κάνει τον καλύτερο συνδυασμό παραγωγικών συντελεστών, με σκοπό την μέγιστη απόδοση (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκαίων θέσεων εργασίας σε μια νοσοκομειακή μονάδα γίνεται σε συνάρτηση με τις γενικότερες ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Η εργασιακή απασχόληση στην υγεία είναι συνάρτηση της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Παρόλα αυτά στο δημόσιο τομέα η στελέχωση των νοσοκομείων εξαρτάται επίσης και από τους νομοθετικούς και δημοσιονομικούς περιορισμούς, καθώς επίσης και από τους οικονομικούς πόρους (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Το ανθρώπινο δυναμικό, αποτελεί ένα ιδιαίτερα υψηλό κονδύλι για τον τομέα της υγείας, αφού απορροφά το 60% των συνολικών δαπανών της υγείας και αποτελεί ουσιαστικό το κυριότερο παράγοντα που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

3.2.1.2. Διαθεσιμότητα και αναζήτηση ανθρώπινου δυναμικού

Το δεύτερο στάδιο για την στελέχωση ενός οργανισμού, μετά τον υπολογισμό του αριθμού και της σύνθεσης του ανθρώπινου δυναμικού που έχει ανάγκη ένας οργανισμός είναι η εκτίμηση της διαθεσιμότητας κατάλληλου προσωπικού (Χατζηπαντελή, 1999). Αν υπάρχει διαθέσιμο και κατάλληλο προσωπικό από το υφιστάμενο προσωπικό, τότε η διοίκηση ανθρώπινου προσωπικού προχωρεί στις διαδικασίες προαγωγής και πιθανής μετάθεσης, έτσι ώστε να καλυφθεί η θέση

εργασίας (Χατζηπαντελή, 1999). Η τεχνική αυτή έχει πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα.

Συγκεκριμένα, η επιλογή ατόμου μέσα από τον οργανισμό ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο κακής επιλογής, αφού ήδη η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού γνωρίζει τις δυνατότητες και τις επιδόσεις του συγκεκριμένου υποψήφιου, ευνοείται το εργασιακό κλίμα μέσα από την αναγνώριση της αξίας και της προσφοράς των υπαλλήλων, το κόστος της πρόσληψης είναι χαμηλότερο καθώς δεν απαιτείται οποιαδήποτε δημοσίευση σχετικής προκήρυξης ούτε η διενέργεια χρονοβόρων και δαπανηρών συνεντεύξεων ή και εξετάσεων, αφού οι υποψήφιοί είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις κενές θέσεις απασχόλησης στην εταιρεία (Χατζηπαντελή, 1999; Noe, et al., 2006). Επίσης, η εσωτερική αναζήτηση προσωπικού για την κάλυψη θέσεων εργασίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα μέσο ανέλιξης, διερεύνησης ευκαιριών και δημιουργίας κινήτρων ανάμεσα στους υπάρχοντες υπαλλήλους (Tyson & York, 2004). Παρόλα αυτά η επιλογή υποψηφίου από το υφιστάμενο προσωπικό δεν αποτελεί κατ' ανάγκη και την καλύτερη επιλογή υποψηφίου, μειώνει την δυνατότητα εξέλιξης του οργανισμού με πιθανές νέες ιδέες και δραστηριότητες που θα μπορούσε να συνεισφέρει ένα καινούριο μέλος (Χατζηπαντελή, 1999). Επίσης, για τις κενές θέσεις εργασίας στις χαμηλότερες βαθμίδες δεν είναι εφικτό να ανατρέξουν στο υπάρχον προσωπικό (Noe, et al., 2006). Τέλος η διαδικασία αυτή οδηγεί στον αποκλεισμό άξιων υποψηφίων και επιβραδύνει την είσοδο πολλών νέων στον κόσμο της απασχόλησης (Χατζηπαντελή, 1999).

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμο ή κατάλληλο προσωπικό μέσα στον οργανισμό, θα πρέπει να γίνει διερεύνηση της εξωτερικής αγοράς εργασίας (Χατζηπαντελή, 1999). Για το στάδιο αυτό, η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού διαμορφώνει μια πολιτική που θα ακολουθήσει για την προσέλκυση των κατάλληλων υποψηφίων από τους οποίους και θα επιλέξει τον αναγκαίο αριθμό ατόμων που θα στελεχώσουν τον οργανισμό (Χατζηπαντελή, 1999). Η πολιτική αυτή περιλαμβάνει αποφάσεις όπως είναι οι αμοιβές, ο σχεδιασμός της εργασίας, η εκπαίδευση κλπ που θα απαιτήσει και θα παραχωρήσει στους κατάλληλους υποψηφίους (Χατζηπαντελή, 1999). Για την περιγραφή των απαιτήσεων της θέσης χρησιμοποιούνται συχνά κατηγορίες χαρακτηριστικών, όπως είναι τα φυσικά χαρακτηριστικά (υγεία, εμφάνιση κλπ), επιτεύγματα (σπουδές, εμπειρία, γενικές γνώσεις κλπ), γενική ευφυΐα (νοητική ικανότητα), ειδικές δεξιότητες, ενδιαφέροντα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας (ηγετικές ικανότητες, αξιοπιστία, πρωτοβουλία) και συνθήκες (οικογενειακές

υποχρεώσεις κλπ) (Χατζηπαντελή, 1999). Τέλος, θα πρέπει να καθορίζονται και να γίνονται γνωστοί εξαρχής οι όροι και οι συνθήκες εργασίας, όπως είναι για παράδειγμα το ωράριο εργασίας, βάρδιες, αμοιβή, δυνατότητες εξέλιξης κλπ. (Χατζηπαντελή, 1999).

Η σωστή περιγραφή εργασίας βοηθά αποτελεσματικά στην αποφυγή προβλημάτων στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, όπως η επιλογή και πρόσληψη προσωπικού χωρίς τα απαιτούμενα προσόντα για τη θέση εργασίας, η ανεπαρκής εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, τα παράπονα από τους εργαζόμενους ότι δεν γνωρίζουν τα καθήκοντα και τι απαιτείται από αυτούς, την επικάλυψη αρμοδιοτήτων με αποτέλεσμα δύο ή και περισσότεροι εργαζόμενοι να εκτελούν την ίδια εργασία και να ασχολούνται με το ίδιο θέμα χωρίς κάτι τέτοιο να είναι απαραίτητο, σύγχυση και εκνευρισμό για το ποιος είναι υπεύθυνος και γιατί, παράπονα για άδικο ή αντιφατικό σύστημα αμοιβών, διαφωνίες και παράπονα για άδικη και μη αποτελεσματική αξιολόγηση της απόδοσης του έργου και χαμηλή παραγωγικότητα, αποδοτικότητα και ποιότητα της εκτελούμενης εργασίας (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013).

Στην συνέχεια και εφόσον η αναζήτηση υποψηφίων θα γίνει από την εξωτερική αγορά, για την προσέλκυση των υποψηφίων γίνεται καταχώρηση στον τύπο ή χρησιμοποιείται γραφείο ευρέσεως εργασίας ή γίνεται ανάθεση σε σύμβουλο επιλογής προσωπικού ή προσέγγιση εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (Χατζηπαντελή, 1999). Η χρήση των πιο πάνω μεθόδων ή ο συνδυασμός τους εξαρτάται από το κόστος και τον χρόνο που έχει στη διάθεσή της η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού (Χατζηπαντελή, 1999). Το κόστος και ο χρόνος που απαιτούνται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας αξιολόγησης και επιλογής των υποψηφίων για την θέση εργασίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα τόσο για την επιλογή της μεθόδου αναζήτησης υποψήφιων όσο για την μέθοδο αξιολόγησης και επιλογής των υποψηφίων (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013).

Οι τρόποι επιλογής ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνουν τη συμπλήρωση έντυπης αίτησης, αποστολή βιογραφικού σημειώματος, συστατικών επιστολών, συμπλήρωση τεστ επιλογής, παρουσίαση δείγματος εργασίας, συνέντευξη κλπ. (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Στο χώρο της δημόσιας υπηρεσίας, οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η συμπλήρωση αίτησης με επισυναπτόμενα πιστοποιητικά έγγραφα για την εκπαίδευση και εμπειρία των υποψηφίων, γραπτές εξετάσεις και συνεντεύξεις.

Ουσιαστικά η έντυπη αίτηση αποτελεί την παραδοσιακή μέθοδο επιλογής προσωπικού, λόγω της ομοιομορφίας της έντυπης αίτησης η οποία δίνει την δυνατότητα στην διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού να συγκρίνει εύκολα τα στοιχεία των υποψηφίων ή ακόμη και να αρχειοθετήσει τις αιτήσεις για μελλοντική χρήση με βάση κάποιο κριτήριο, π.χ. την βαθμίδα εκπαίδευσης, την επαγγελματική εμπειρία κλπ (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013).

3.2.1.3. Τοποθέτηση και υποδοχή νέου εργαζόμενου

Η τοποθέτηση και εισαγωγή του προσωπικού στη νέα θέση εργασίας και στο καινούριο εργασιακό περιβάλλον αποτελεί το τελευταίο στάδιο της διαδικασίας στελέχωσης ενός οργανισμού (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Μετά την τελική επιλογή και πρόσληψη του απαραίτητου ανθρώπινου δυναμικού, στόχος είναι η ομαλή εγκατάσταση και προσαρμογή του στη νέα θέση εργασίας και στο καινούριο εργασιακό περιβάλλον (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Τα στελέχη της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να έχουν πάντα στο μυαλό τους πως αν και οι υποψήφιοι έχουν όλα τα επαγγελματικά προσόντα που έχουν ζητήσει δεν συνεπάγεται και η αυτόματη προσαρμογή και απόδοση του εργαζόμενου στη νέα του θέση (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013).

Η διαδικασία της εισαγωγής και τοποθέτησης θεωρείται διεθνώς ως μια σημαντική παράμετρος στην αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Η διαδικασία αυτή διασφαλίζει την αρμονική ένταξη των εργαζομένων και την μέγιστη αξιοποίηση των δυνατοτήτων και του ταλέντου τους (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Ουσιαστικά η διαδικασία εισαγωγής και τοποθέτησης του νέου εργαζομένου του δίνει την δυνατότητα να γίνει μέλος της ομάδας εργασίας και του οργανισμού στο σύνολο εμπλέκοντας τον σε μια διαδικασία εργασιακής κοινωνικοποίησης (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Στο στάδιο αυτό ο νέος εργαζόμενος κατανοεί τους κανονισμούς και τους περιορισμούς του οργανισμού καθώς επίσης κατανοεί τον τρόπο διοίκησης του οργανισμού (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Ακόμη, βοηθάει τον εργαζόμενο να προσαρμοστεί ευκολότερα με αποτέλεσμα να αποδίδει καλύτερα και γρηγορότερα (Παπακωνσταντίνου & Αναστασίου, 2013). Τέλος, κατά την περίοδο προσαρμογής του νέου εργαζόμενου είναι απαραίτητη η

συνεχής παρακολούθηση και στήριξη του εργαζόμενου από τους προϊστάμενους (Tyson & York, 2004).

3.2.2. Προβλήματα στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων

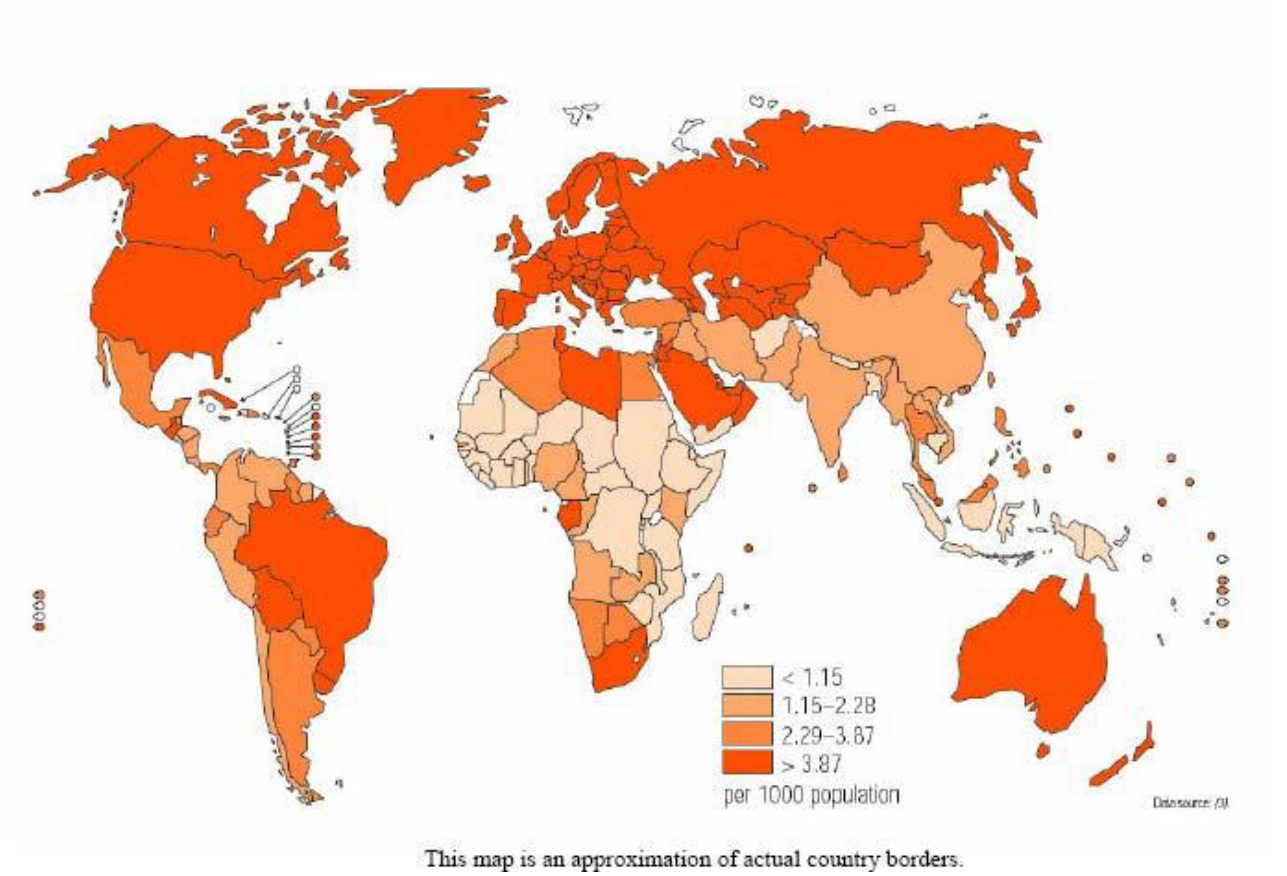
Σύμφωνα με τους Πολύζο και Ιφαντόπουλο (2000), σε όλο τον κόσμο, τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία είναι τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: (α) προβλήματα στο σχεδιασμό, όπου οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε πρόχειρο σχεδιασμό και εκτιμήσεις, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται συχνά ελλείψεις επαγγελματιών υγείας στις αγροτικές και φτωχές περιοχές, (β) προβλήματα στη παραγωγή, όπου δημιουργούνται αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων και των απαιτήσεων των υπηρεσιών, και (γ) προβλήματα στη διαχείριση, όπου λόγω έλλειψης κινήτρων και συνεχιζόμενης κατάρτισης, παρατηρείται σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, καθώς επίσης και μείωση ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού. Επίσης, σύμφωνα με την Λανάρα (2008), στον υγειονομικό τομέα υπάρχουν και προβλήματα οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού ανάλογα με τις ανάγκες τους και τα ωράρια εργασίας τους κατά τον σχεδιασμό του προγράμματος υπηρεσίας.

3.2.2.1. Έλλειψη ιατρικού προσωπικού σε φτωχές χώρες

Όπως έχουμε δει και στο σχήμα 2 πιο πάνω, όπου παρουσιάζεται ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας ανά χώρα, βλέπουμε πως οι χώρες που αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων βρίσκονται κυρίως στην Αφρική και την Ασία, και κυρίως σε φτωχές περιοχές (Κτενά, 2012). Το πρόβλημα της υποστελέχωσης υγειονομικών υπηρεσιών σε φτωχές περιοχές αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα το οποίο απασχολεί τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας λόγω κυρίως της κακής αντιμετώπισης των ασθενειών που μπορούν εύκολα να μεταδοθούν ανάμεσα στον πληθυσμό των χωρών αυτών.

Μάλιστα σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 29 από τις 46 χώρες της Αφρικής, διαθέτουν λιγότερους από 12 επαγγελματίες υγείας ανά 10000 πληθυσμό (Dal Poz, et al., 2007). Μάλιστα μόνο 4 εκ των 46 χωρών διαθέτουν 39 ή περισσότερους επαγγελματίες υγείας ανά 10000 πληθυσμό, οι οποίες είναι η Γκάμπια, ο Μαυρίκιος, οι Σεϋχέλλες και η Νότια Αφρική (Dal Poz, et al.,

2007). Μάλιστα η έλλειψη επαγγελματιών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται σε περίπου 4 εκατομμύρια εργαζόμενους (Κτενά, 2012). Στο πιο κάτω σχήμα παρουσιάζονται χρωματικά η αναλογία επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών και μαιών) ανά 10000 άτομα, διαγράφοντας τις ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας στις φτωχές περιοχές του κόσμου όπως είναι η Αφρική και η Ασία (Dal Poz, et al., 2007).



Σχήμα 3: *Πλήθος ιατρών, νοσηλευτών και μαιών ανά 10000 (Dal Poz, et al., 2007)*

Οι περιοχές της Αφρικής αντιμετωπίζουν το 24% της παγκόσμιας επιβάρυνσης ασθενειών, αν και έχει πρόσβαση μόνο στο 3% των επαγγελματιών υγείας και λιγότερο από 1% στο συνολικό ποσοστό παγκόσμιων οικονομικών πόρων για την υγεία (Dal Poz, et al., 2007). Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας στις χώρες αυτές αποτελεί επιτακτική ανάγκη και ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

3.2.2.2. Έλλειψη προσωπικού και απομακρυσμένες περιοχές

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων, πέρα από τον υπολογισμό του αναγκαίου αριθμού επαγγελματιών υγείας και των άλλων εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την διαδικασία στελέχωσης, όπως είναι η οικονομική κρίση κ.α., είναι η στελέχωση απομακρυσμένων υπηρεσιών υγείας με ιατρικό προσωπικό, που φαίνεται να αποτελεί μείζον θέμα για τις υπηρεσίες υγείας (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας απομακρυσμένων και απομονωμένων περιοχών με ιατρικό προσωπικό αποτελεί μείζον πρόβλημα για τις κυβερνήσεις τόσο των αναπτυσσόμενων όσο και των ανεπτυγμένων χωρών. Μολονότι υπάρχει ισοκατανομή του πληθυσμού της γης σε αστικές και αγροτικές περιοχές, ωστόσο το 76% των ιατρών εργάζεται σε αστικές περιοχές και μόνο το 24% αυτών δραστηριοποιείται στην περιφέρεια (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Σύμφωνα μάλιστα με έρευνες στον ελλαδικό χώρο ποσοστό μεγαλύτερο του 75% των ιατρών εργάζεται σε μεγάλες πόλεις και αστικές περιοχές (Μάτης & Χρυσού, 2007).

Μια από τις κυριότερες τεχνικές αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού είναι η δημιουργία κινήτρων, όπως είναι για παράδειγμα οι χρηματικές απόλαβες, η συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης, παροχή στέγης, παροχή αδειών κλπ (Μάτης & Χρυσού, 2007; Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Τα εκπαιδευτικά κίνητρα, είτε με τη μορφή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είτε με τη μορφή εκπαιδευτικής άδειας για συμμετοχή σε συνέδρια, ξεχωρίζουν ανάμεσα στα κίνητρα που κινητοποιούν τους ιατρούς, οι οποίοι θα αποφασίσουν να συνεχίσουν την καριέρα τους στην περιφέρεια ή σε απομακρυσμένη περιοχή (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Η απομάκρυνση των ιατρών από τα μεγάλα αστικά κέντρα και τα νοσοκομεία, όπου εκεί παρουσιάζονται οι νέες εξελίξεις στην επιστήμη, διενεργούνται τα περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα (συνέδρια, ημερίδες, κλινικά φροντιστήρια κ.λπ.), ενώ παράλληλα υπάρχουν οι μεγαλύτερες ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα μετακίνησης σε απομακρυσμένες περιοχές (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των ιατρών με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα συνδράμει στην καλύτερη κατάρτισή τους (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Εκτός όμως από την έλλειψη εκπαιδευτικών κινήτρων, και η υποστελέχωση της υγειονομικής μονάδας από ιατρούς άλλων

ειδικοτήτων αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα κατάληψης θέσης σε απομακρυσμένη περιοχή (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014).

Συχνά, οι ιατροί των απομακρυσμένων περιοχών έρχονται αντιμέτωποι με περιστατικά, για τη διάγνωση και τη θεραπεία των οποίων θα χρειαστεί να αναζητήσουν πρωταρχικά την επιστημονική συνδρομή συναδέλφων τους και δευτερευόντως να αναζητήσουν τις παραπάνω πληροφορίες και γνώσεις σε βιβλία και επιστημονικά περιοδικά (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Χωρίς, λοιπόν, τη διαθεσιμότητα των παραπάνω πόρων, ο ιατρός μπροστά στο ενδεχόμενο της επιστημονικής απομόνωσης πολύ πιθανό να αρνηθεί να καταλάβει θέση σε απομακρυσμένη υγειονομική μονάδα (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014). Επίσης, η επιστημονική απομόνωση και ο φόβος αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών αποτελούν, σύμφωνα με τα ευρήματα πρόσφατης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, τους δύο σημαντικότερους λόγους για τους οποίους οι μισοί από τους συμμετέχοντες θα επέλεγαν να μετακινηθούν σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014).

Τέλος, η ποιότητα ζωής σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, καθώς και η αναγνωσιμότητα στην τοπική κοινωνία, η εντοπιότητα και το αυξημένο αίσθημα κοινωνικής προσφοράς προς τους κατοίκους των απομονωμένων περιοχών αποτελούν τους τρεις σημαντικότερους παράγοντες που προσέλκυσαν τους συμμετέχοντες ιατρούς προκειμένου να εργαστούν στις συγκεκριμένες υγειονομικές μονάδες (Βαρδιάμπάσης, και συν., 2014).

3.2.2.3. Στελέχωση και πρόγραμμα υπηρεσίας στις υγειονομικές μονάδες

Το πρόγραμμα υπηρεσίας αποτελεί το τελικό βήμα του συστήματος με το οποίο οι εργαζόμενοι τοποθετούνται σε ορισμένες ημέρες και ώρες εργασίας (Λανάρα, 2008). Το πρόγραμμα προσπαθεί να ακολουθήσει το υπόδειγμα στελέχωσης χρησιμοποιώντας τα άτομα που τοποθετήθηκαν στο συγκεκριμένο τμήμα, σύμφωνα με τον προγραμματισμό στελέχωσης (Λανάρα, 2008). Κύριος στόχος είναι η ισορροπία και η κατάλληλη κατανομή των εργαζομένων (Λανάρα, 2008).

Τα κυριότερα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη σύνταξη του προγράμματος υπηρεσίας είναι (α) η ρύθμιση των εργαζομένων με πλήρη απασχόληση σε σχέση με τους εργαζόμενους με μερική απασχόληση ή με ελαττωμένο ωράριο, (β) η χρησιμοποίηση εκτάκτου προσωπικού, (γ) η δημιουργία κανονισμών και όρων για

τον έλεγχο τν αδειών ασθενείας, (δ) η χρησιμοποίηση της κατάστασης των ασθενών ή της ποσοτικής εργασίας, (ε) οι νομικοί και διοικητικοί περιορισμοί και (ζ) η πρακτική και οι συνήθειες ακανόνιστων ωρών εργασίας (Λανάρα, 2008).

3.2.3. Ηγέτης και ο ρόλος του στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων

Ηγέτης είναι αυτός που έχει την ικανότητα να αναπτύξει και να πραγματοποιήσει ένα όραμα που δίνει νόημα στην εργασία των υπαλλήλων (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006). Η εργασία ενός ηγέτη στο χώρο της νοσηλευτικής μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό και το έργο τους, αλλά και το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνίας ως σύνολό (Shirey, 2006). Η δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση του κατάλληλου εργατικού δυναμικού νοσηλευτικού, αλλά και της ποιότητας προσφερόμενης φροντίδας.

Ο ρόλος τους ηγέτη περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την πρόβλεψη, τη διοίκηση, την καθοδήγηση, την εκτίμηση, την παρότρυνση και την οργάνωση του οργασμού στον οποίο εργάζεται (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006). Σύμφωνα μάλιστα με τον Shirey (2006), οι νοσηλευτικοί ηγέτες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά και κατάλληλου υγειονομικού περιβάλλοντος για την περίθαλψη και φροντίδα ασθενών. Οι Spencer και Pruss (1995 στους Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006) προτείνουν ότι ένας επιτυχημένος ηγέτης μοιράζεται πληροφορίες, είναι πειστικός επικοινωνιολόγος, μοιράζεται την κριτική στην εξουσία, είναι πραγματιστής και όχι ιδεολόγος, αμύνεται σε βασικές αξίες ανθρωπίνων δικαιωμάτων, προάγει την ισότητα και την ελευθερία, έχει φιλοδοξία και αισιοδοξία και δεν αισθάνεται ότι πρέπει να κερδίσει την κάθε μάχη, αλλά να προσεγγίζει την κατάσταση στρατηγικά. Συχνά η αγχωτική φύση του επαγγέλματος των νοσηλευτών τους οδηγεί στην αποπροσωποποίηση, αναπηρία, αποχή και τελικά στην κλιμάκωση της έλλειψης νοσοκόμων (Stanley, 2006). Έτσι οι ηγέτες διαδραματίζουν έναν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση των νοσηλευτών στο επάγγελμα και στην παραγωγή ποιότητας για το νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς (Shirey, 2006).

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ηγετών, όπως η ικανότητα τους να λύνουν προβλήματα, να κάνουν πολιτική, να σχεδιάζουν, να

παίρνουν αποφάσεις και να επιβραβεύουν ή να τιμωρούν, καθώς επίσης και η εκπαίδευση και οι προσωπικές εμπειρίες του ατόμου επηρεάζουν τον ρόλο του ως ηγέτη (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006). Ο ηγέτης στις υγειονομικές μονάδες, και συγκεκριμένα στη διοίκηση των νοσηλευτικών μονάδων, διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη σωστή στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων (Μπαμπάτσικου & Γερογιάννη, 2012). Οι διοικητικές ικανότητες του καλού ηγέτη σε θέματα στελέχωσης, θα πρέπει να περιλαμβάνουν και την γνώση της νομοθεσίας, καθώς επίσης για το ποιες είναι οι ανάγκες κάθε τμήματος και πόσοι και ποιοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να στελεχώσουν το κάθε τμήμα, έτσι ώστε να προσφέρονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Μπαμπάτσικου & Γερογιάννη, 2012).

3.3. Στελέχωση των μονάδων υγείας – Νομικό Πλαίσιο

Η λειτουργία ενός ιδρύματος ή επιχείρησης επηρεάζεται από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι και το νομικό περιβάλλον κάθε χώρας (Noe, et al., 2006). Μάλιστα τα νομικά θέματα μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα ή και να βελτιώσουν την λειτουργία του οργανισμού (Noe, et al., 2006). Παρόλα αυτά ένα από τα σημαντικότερα θέματα τα οποία καλείται να καλύψει η νομοθεσία είναι η άνιση μεταχείριση και η μη παροχή ίσων ευκαιριών απασχόλησης.

Άνιση μεταχείριση υπάρχει όταν άτομα που βρίσκονται σε παρόμοιες καταστάσεις τυγχάνουν διαφορετικής μεταχείρισης λόγω φυλής, χρώματος, θρησκείας, φύλου, εθνικής καταγωγής, ηλικίας ή αναπηρίας (Noe, et al., 2006). Ουσιαστικά, δυο άνθρωποι με τα ίδια προσόντα υποβάλλουν αίτηση για την ίδια θέση απασχόλησης και ο εργοδότης αποφασίσει ποιον θα προσλάβει με βάση τη φυλή ή το φύλο για παράδειγμα, τότε ο δεύτερος υποψήφιος που δεν έχει προσληφθεί είναι θύμα άνισης μεταχείρισης (Noe, et al., 2006). Οι ίσες ευκαιρίες απασχόλησης δεν θα μπορούσαμε να πούμε πως διαφέρουν και πολύ από τον πιο πάνω ορισμό της άνισης μεταχείρισης, μόνο που οι νομοθεσίες για ίσες ευκαιρίες απασχόλησης προστατεύουν τους πολίτες μέχρι και την πρόσληψη, ενώ η άνιση μεταχείριση μπορεί να συνεχιστεί και μετά την πρόσληψη ενός εργαζόμενου με την άνιση μεταχείριση σε θέματα αμοιβών ή αποζημίωσης κλπ (Noe, et al., 2006).

3.3.1. Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Σε κρατικό επίπεδο ο προγραμματισμός των θέσεων του προσωπικού στην Ελλάδα γίνεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με βάση πάντα τις ανάγκες των υπηρεσιών (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Ειδικότερα, για τον Νοσοκομειακό Δημόσιο τομέα, οι νέες προσλήψεις στηρίζονται στις κενές θέσεις που δημιουργούνται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου είτε από την ίδρυσή του είτε από μετέπειτα τροποποιήσεις (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Οι τροποποιήσεις αυτές άλλοτε ανοίγουν θέσεις εργασίας, άλλοτε μετατρέπουν τις ήδη υπάρχουσες κάνοντας μια αναδιανομή για όλες τις υφιστάμενες ειδικότητες (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Αναλυτικότερα, για τις θέσεις εργασίας αποφασίζει το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, αφού μελετήσει τις εισηγήσεις των Διευθυντών και των Προϊσταμένων των Τμημάτων αναφορικά με τις ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Βέβαια, σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις διαδραματίζουν και οι υπάρχουσες οργανικές θέσεις που καθορίζουν την ποσότητα, αλλά κυρίως την ποιότητα του προσωπικού που απαιτείται (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010).

Ο Νόμος 1397/1983 (κεντρικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας) και ο Ν. 2071/1992 (Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας) αναφέρονται στη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων με ιατρικό προσωπικό, το οποίο θα πρέπει να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο δημόσιο τομέα (Βαρδιαμπάσης, 2012). Για την επιλογή και αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού, με βάση τις πιο πάνω νομοθεσίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ιατρική προϋπηρεσία, το επιστημονικό έργο και δραστηριότητα του υποψηφίου, η εκπαιδευτική δραστηριότητα, οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου και η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση (Βαρδιαμπάσης, 2012).

Νομοθετική ρύθμιση που να επιβάλει συγκεκριμένα ποσοστά στελέχωσης των δημόσιων νοσοκομείων δεν υπάρχει, αλλά υπάρχει προεδρικό διάταγμα (Π.Δ. 517/1991) για την στελέχωση ιδιωτικών κλινικών στην Ελλάδα (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Το διάταγμα αυτό αναφέρει πως οι ιδιωτικές κλινικές θα πρέπει να στελεχώνονται από ένα τουλάχιστον διπλωματούχο νοσηλευτή/τρια ως Γενικός Προϊστάμενος, δυο νοσηλευτές/τριες ανά δεκαπέντε κλίνες και δυο βοηθοί

νοσηλευτών ανά πέντε κλίνες (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Εάν η ιδιωτική κλινική αφορά παιδιατρική ή παιδοψυχιατρική κλινική τότε θα πρέπει να στελεχώνεται από τρεις νοσηλευτές/τριες ανά δέκα κλίνες και να υπάρχουν τρεις βοηθοί ανά πέντε κλίνες στις παιδιατρικές κλινικές και μια βοηθός ανά τρεις κλίνες στις παιδοψυχιατρικές κλινικές (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως στην Ελλάδα καταγράφονται ιδιαίτερα σημαντικά προβλήματα σε θέματα στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των ιατρών βάση πληθυσμιακών κριτηρίων στην Ελλάδα εμφανίζεται ως ο υψηλότερος μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2009 αγγίζοντας τους 5.56 ανά 1000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στις χώρες μέλη του οργανισμού για το ίδιο έτος υπολογίζεται στους 3.16 ιατρούς/1000 κατοίκους (Σκρουμπέλος, και συν., 2012). Σε αντίθετη κατάσταση βρίσκεται η στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό, αφού η Ελλάδα καταλαμβάνει την προτελευταία θέση αριθμώντας 3.4 νοσηλευτές/1000 κατοίκους έναντι 8.7 στις χώρες το οργανισμού για το έτος 2009 (Σκρουμπέλος, και συν., 2012).

Το ήδη ανεπαρκές νοσηλευτικό προσωπικό κατανέμεται μεταξύ των νομών της Ελλάδας και των νοσοκομείων της χώρας χωρίς ορθολογικά κριτήρια, γεγονός το οποίο επιβαρύνει σε αρκετές των περιπτώσεων το έργο των νοσηλευτών και δημιουργεί περιοχές εξαιρετικά χαμηλής προσφοράς και ταυτόχρονα υπερβάλλουσας ζήτησης νοσηλευτικών υπηρεσιών (Σκρουμπέλος, και συν., 2012). Το ίδιο συμβαίνει και με το ιατρικό προσωπικό, όπου οι αγροτικές περιοχές παραμένουν χωρίς την κατάλληλη ιατρική στελέχωση. Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα, η πολιτεία με το νόμο 1397/1983, καθώς και μια σειρά άλλων νόμων που ακολούθησαν, θέσπισε διάφορα κίνητρα προκειμένου να προσελκύσει ιατρούς στις απομακρυσμένες και άγονες υπηρεσίες υγείας (Βαρδιαμπάσης, και συν., 2014). Παρόλα αυτά το πρόβλημα των αγροτικών περιοχών παραμένει μέχρι σήμερα βραχνάς για το Υπουργείο Υγείας.

3.3.2. Το νομικό πλαίσιο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ)

Το νομικό πλαίσιο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής επηρεάζει την διοίκηση ανθρώπινων πόρων με δυο τρόπους (Noe, et al., 2006). Πρώτον σκιαγραφεί τα συνταγματικά δικαιώματα του πολίτη, τα οποία η κυβέρνηση δεν μπορεί να παραβιάσει και δεύτερο το σύνταγμα καθιέρωσε τρεις εξουσίες, τη νομοθετική, την

εκτελεστική και τη δικαστική (Noe, et al., 2006). Παρόλα αυτά το πιο σημαντικό σημείο στο Σύνταγμα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής για την διοίκηση ανθρώπινων πόρων είναι οι νόμοι για τις ίσες ευκαιρίες απασχόλησης, ανεξαρτήτων φυλής, χρώματος, θρησκείας, φύλου, ηλικίας, αναπηρίας ή εθνικότητας (Noe, et al., 2006). Συγκεκριμένα η 13η Τροποποίηση του Συντάγματος καταργεί τη δουλεία, η 14η Τροποποίηση απαγορεύει στις πολιτείες να στερούν τη ζωή, την ελευθερία ή την περιουσία χωρίς τις ενδεδειγμένες δικαστικές ενέργειες και επιπλέον δεν τους επιτρέπει να αρνούνται την ίση προστασία των νόμων, καθώς και άλλες νομοθεσίες και προεδρικά διατάγματα προστατεύουν τους πολίτες και κατοχυρώνουν νομικά την παροχή ίσων ευκαιριών στην εργοδότηση (Noe, et al., 2006). Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 1) παρουσιάζονται συνοπτικά οι σημαντικότεροι νόμοι των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής για τις ίσες ευκαιρίες απασχόλησης.

ΝΟΜΟΣ	ΑΝΑΓΚΕΣ	ΚΑΛΥΨΗ	ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΗ ΑΡΧΗ
Δέκατη Τρίτη Τροποποίηση	Κατάργησε τη δουλεία	Όλοι	Δικαστικό σύστημα
Δέκατη Τέταρτη Τροποποίηση	Παρέχει ίση προστασία σε όλους τους πολίτες και απαιτεί την τήρηση της δέουσας διαδικασίας σε ενέργειες της πολιτείας	Ενέργειες της πολιτείας (π.χ. αποφάσεις κυβερνητικών οργανισμών)	Δικαστικό σύστημα
Νόμοι για τα αστικά δικαιώματα (CRA, 1866 και 1871 – όπως τροποποιήθηκε)	Παρέχει σε όλους τους πολίτες το δικαίωμα να συνάπτουν, να εκτελούν, να τροποποιούν και να διακόπτουν συμβάσεις, καθώς και να απολαμβάνουν όλων των οφελών, όρων και συνθηκών της συμβατικής σχέσης	Όλοι	Δικαστικό σύστημα
Νόμος για την ίση αμοιβή (1963)	Απαιτεί οι άνδρες και οι γυναίκες να λαμβάνουν ίση αμοιβή για ίση απασχόληση	Εργοδότες που ενέχονται σε διαπολιτειακές εμπορικές συναλλαγές	EEOC
Τίτλος VII του CRA	Απαγορεύει τις διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, θρησκείας, φύλου ή εθνικής καταγωγής	Εργοδότες που απασχολούν τουλάχιστον 15 υπαλλήλους, οι οποίοι εργάζονται τουλάχιστον 20 εβδομάδες το χρόνο, εργατικά σωματεία και γραφεία ευρέσεως εργασίας	EEOC
Νόμος κατά των ηλικιακών διακρίσεων στην απασχόληση (1967)	Απαγορεύει τις διακρίσεις στην απασχόληση ατόμων ηλικίας 40 ετών και άνω	Εργοδότες με τουλάχιστον 15 υπαλλήλους, που εργάζονται 20 εβδομάδες το χρόνο ή και περισσότερο, εργατικά σωματεία και γραφεία ευρέσεως εργασίας, ομοσπονδιακή κυβέρνηση	EEOC
Νόμος για την επαγγελματική αποκατάσταση (1973)	Απαιτεί θετική δράση στην απασχόληση ατόμων με αναπηρίες	Κυβερνητικοί οργανισμοί, ομοσπονδιακοί εργολάβοι με συμβάσεις άνω των 2.500 $	OFCCP
Νόμος για τα άτομα αμερικανικής υπηκοότητας με αναπηρίες (1990)	Απαγορεύει τις διακρίσεις κατά ατόμων με αναπηρίες	Εργοδότες που απασχολούν τουλάχιστον 15 υπαλλήλους	EEOC
Προεδρικό διάταγμα 11246	Απαιτεί θετική δράση στην πρόσληψη γυναικών και μελών μειονοτήτων	Ομοσπονδιακοί εργολάβοι και υπεργολάβοι με συμβάσεις άνω των 10.000 $	OFCCP
Νόμος για τα αστικά δικαιώματα (1991)	Απαγορεύει τις διακρίσεις (όπως και ο τίτλος VII)	Όπως και στον τίτλο VII, εφαρμόζεται επιπλέον το τμήμα 1981 στις υποθέσεις διακρίσεων στην απασχόληση	EEOC

Πίνακας 2: *Σύνοψη σημαντικότερων νόμων και κανονισμών για τις ίσες ευκαιρίες απασχόλησης στις ΗΠΑ* (Noe, et al., 2006, σελ. 130)

Υπάρχει επίσης μια σειρά νομοθεσιών που σχετίζονται με την σωστή διοίκηση ανθρώπινων πόρων, όπως είναι ο νόμος για ίση αμοιβή του 1963, ο νόμος κατά των ηλικιακών διακρίσεων στην απασχόληση, ο νόμος της επαγγελματικής αποκατάστασης του 1973, ο νόμος για τα άτομα με αμερικάνικη υπηκοότητα με αναπηρίες του 1990 κ.α. (Noe, et al., 2006).

3.3.3. Το νομικό πλαίσιο στην Κυπριακή Δημοκρατία

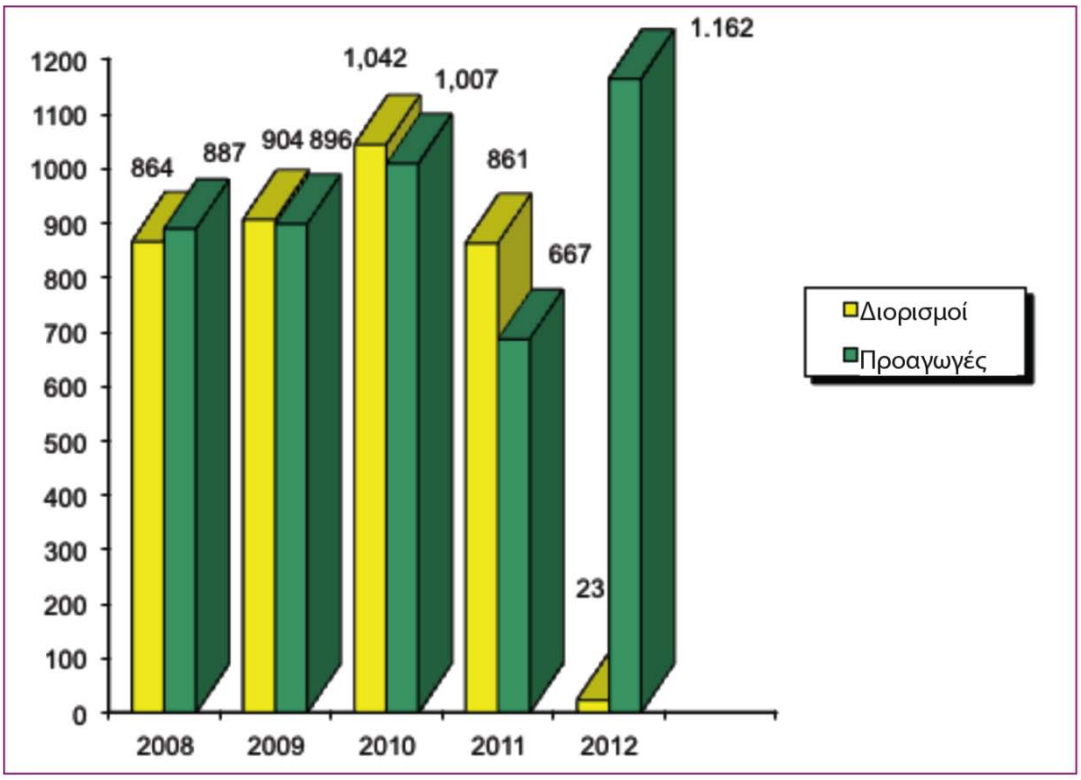
Στην Κύπρο η στελέχωση των δημόσιων υγειονομικών μονάδων αποτελεί έργο της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Η Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας αποτελεί συνταγματικό ανεξάρτητο συλλογικό όργανο και ασκεί τις εξουσίες και αρμοδιότητες που κατ' αποκλειστικότητα ανατίθενται σε αυτήν από τους περί Δημόσιας Υπηρεσίας Νόμους και τους περί Αξιολόγησης Υποψηφίων για Διορισμό στη Δημόσια Υπηρεσία Νόμους, καθώς και τους σχετικούς Κανονισμούς (Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας, 2014). Κυριότερες αρμοδιότητες της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας είναι οι διορισμοί, οι προαγωγές, οι μεταθέσεις, οι επικυρώσεις διορισμών, οι παραιτήσεις, οι αφυπηρετήσεις, οι αποσπάσεις, οι αναπληρωματικοί διορισμοί, και οι πειθαρχικές Υποθέσεις (Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας, 2014).

Όλες οι θέσεις εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία ανακοινώνονται με προκηρύξεις στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας, είτε αυτές αφορούν μόνιμες ή έκτακτες θέσεις εργασίας (Υπουργείο Υγείας, 2014). Στις προκηρύξεις αυτές αναφέρεται η κενή θέση εργασίας, ο αριθμός κενών θέσεων, η κλίμακα διορισμού καθώς και τα κριτήρια αξιολόγησης των υποψηφίων. Οι υποψήφιοι θα πρέπει να υποβάλουν αιτήσεις με τα απαραίτητα πιστοποιητικά στοιχεία (απολυτήριο/ πτυχίο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, πιστοποιητικό γεννήσεως, βεβαιώσεις γνώσεων γλώσσας, βεβαιώσεις από εργοδότες κ.λ.π.) και η Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας αναλαμβάνει την εξέταση των αιτήσεων και επιλογή των υποψηφίων που θα συμπληρώσουν τις κενές θέσεις εργασίας.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας (2013), η οποία αφορά το έτος 2012, στο Υπουργείο Υγείας ο συνολικός αριθμός θέσεων στη διοίκηση ανέρχεται στις 3,126 θέσεις εκ των οποίων οι 2,626 είναι κατειλημμένες και υπήρχαν 500 κενές θέσεις. Οι θέσεις στις ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες δημόσιας υγείας ανέρχονται στις 1,119 εκ των οποίων οι 801 είναι κατειλημμένες και οι 318

κενές. Στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το έτος 2012, οι θέσεις εργασίας ανέρχονταν στις 92, εκ των οποίων οι 70 ήταν κατειλημμένες και οι 22 κενές. Στις οδοντιατρικές υπηρεσίες υπήρχαν 82 διαθέσιμες θέσεις εκ των οποίων οι 60 ήταν κατειλημμένες και οι 22 κενές. Στις φαρμακευτικές υπηρεσίες το 2012 υπήρχαν 151 διαθέσιμές θέσεις εργασίας εκ των οποίων οι 121 ήταν κατειλημμένες και οι 30 κενές. Τέλος, στο Γενικό Χημείο του κράτους οι διαθέσιμες θέσεις εργασίας ανέρχονταν στο 91, εκ των οποίων οι 71 ήταν κατειλημμένες και οι 20 κενές (Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, 2013).

Όλα τα πιο πάνω καταγράφουν το πρόβλημα στη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας που υπάρχει στη δημόσια υπηρεσίας. Βέβαια είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως αν και τα πιο πάνω δεδομένα καταγράφουν το πρόβλημα της στελέχωσης των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, εντούτοις τα μέτρα εξυγίανσης και οι περικοπές στον προϋπολογισμό του κράτους έχουν μειώσει δραματικά τις προσλήψεις στον δημόσιο τομέα γενικότερα. Το πιο κάτω διάγραμμα από την Ετήσια Έκθεση της Επιτροπής Δημόσια Υπηρεσίας του 2012, σκιαγραφεί το πρόβλημα της στελέχωσης που υπάρχει στον δημόσιο τομέα. Όπως φαίνεται και στο Σχήμα 2, μέχρι το 2011 οι διορισμοί και οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα ήταν περίπου οι ίδιες.



Σχήμα 4. *Διορισμοί προαγωγές στην Δημόσια Υπηρεσία κατά τα έτη 2008-2012*

Παρόλα αυτά το 2012, όπου και ξεκίνησαν οι μειώσεις στους προϋπολογισμούς και τα μέτρα εξυγίανσης, παρατηρούμε πως μόνο 23 προσλήψεις έχουν πραγματοποιηθεί και η αύξηση στον αριθμό των προαγωγών, οφείλεται στον μεγάλο αριθμό πρόωρων αφυπηρετήσεων που παρατηρήθηκε το έτος αυτό. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια του 2012 αφυπηρέτησαν από την Δημόσια Υπηρεσία 980 δημόσιοι υπάλληλοι, έναντι 562 δημόσιων υπαλλήλων που αφυπηρέτησαν το 2011 (Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, 2013). Μάλιστα σύμφωνα με την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας αυτό οφείλεται στην αύξηση οικειοθελών πρόωρων αφυπηρετήσεων (η οποία από το 2011 είχε αύξηση ύψους 115,25%) λόγω της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης (Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, 2013). Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία απασχόλησης μόνιμων δημόσιων υπαλλήλων, το 2013 ο αριθμός αφυπηρετήσεων, παραιτήσεων και θανάτων ανήλθε στους 1024, από τους 1016 που ήταν το 2012 (Επιτροπή Δημόσια Υπηρεσίας, 2014a). Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως ο αριθμός πρόωρων αφυπηρετήσεων το 2011 ήταν 341, το 2012 ήταν 734 και το 2013 ο αριθμός ανήλθε στους 926 (Επιτροπή Δημόσια Υπηρεσίας, 2014a). Τα πιο πάνω στοιχεία δημοσιεύτηκαν στις 24/07/2014 από την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας και αφορούν το σύνολο των δημόσιων υπαλλήλων. Δεν έχουν δοθεί αναλυτικά στοιχεία για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι αριθμοί αυτοί σε σχέση με τις μειώσεις προσλήψεων καθιστούν επιτακτική ανάγκη της μελέτης του νομικού πλαισίου και του τι αναφέρει σχετικά με τα πιο πάνω δεδομένα.

3.3.3.1. Ο περί Δημόσιας Υπηρεσίας Νόμος του 1990 (Ν. 1/1990)

Ο περί Δημόσιας Υπηρεσίας Νόμος (Ν,1/1990), ο οποίος ψηφίστηκε το 1990 και εκδόθηκε με δημοσίευση υπ' αριθμό 2474 στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας στις 27/01/1990, ορίζει ως δημόσια θέση την εργοδότηση στη δημόσια υπηρεσία. Δημόσια υπηρεσία είναι κάθε υπηρεσία που υπάγεται στη Δημοκρατία, όπως είναι και τα κρατικά νοσηλευτήρια.

Σύμφωνα με την νομοθεσία αυτή μια θέση στην δημόσια υπηρεσία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή. Οι μόνιμες θέσεις καθορίζονται μισθολογικά με βάση τη μισθοδοτική κλίμακα της θέσης που καταλαμβάνουν και είναι συντάξιμες. Μέσα στο πρώτο τετράμηνο κάθε έτους δημοσιεύονται στην επίσημη εφημερίδα της

Δημοκρατίας από την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας με βάση τα στοιχεία που της παρέχει η αρμόδια αρχή, όλες οι θέσεις Πρώτου Διορισμού που είναι κενές ή προβλέπεται ότι θα κενωθούν μέχρι το τέλος του έτους. Η δημοσίευση των θέσεων παρέχει πλήρη στοιχεία του σχεδίου υπηρεσίας και καθορίζει την προθεσμία υποβολής αιτήσεων. Ακολούθως οι υποψήφιοι είναι δυνατόν να υποβληθούν σε γραπτή ή προφορική εξέταση ή ακόμη και στις δυο.

Μετά την πιθανή εξέταση η Συμβουλευτική Επιτροπή εξετάζει τα προσόντα των υποψηφίων, συμπεριλαμβανομένου και των αποτελεσμάτων από τις εξετάσεις, και ετοιμάζει προκαταρκτικό κατάλογο των καταλληλότερων υποψηφίων, που συνήθως ο αριθμός των ατόμων που συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο αυτό είναι τετραπλάσιος από τον αριθμό των θέσεων που έχουν δημοσιευτεί. Ακολούθως η Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, αφού ελέγξει τον προκαταρκτικό κατάλογο καταρτίζει τον τελικό κατάλογο, ο οποίος δημοσιεύεται στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας.

3.3.3.2. Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 89(1)/2001

Σύμφωνα με τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο 89(1) του 2001, ο οποίος αφορά το προσωπικό του οργανισμού, αναφέρει πως το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διαχειρίζεται την περιουσία και τους πόρους του οργανισμού, διορίζει τον Γενικό Διευθυντή και οποιοδήποτε άλλο στέλεχος ή υπάλληλο για τον οποίο ο διορισμός του κρίνεται αναγκαίος για την λειτουργία του οργανισμού (Cyprus Legal Portal, 2001).

Σύμφωνα με το VII μέρος του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο 89(1) του 2011 η στελέχωση και οργάνωση των οργανισμών υγείας θα πρέπει να γίνεται με δυο κατηγορίες ιατρών, αυτού που παρέχουν υπηρεσίες γενικής ιατρικής και ιατρούς που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες ειδικοτήτων (Cyprus Legal Portal, 2001). Μάλιστα πριν από την έναρξη παροχής υπηρεσιών, οι ιατροί υποχρεούνται να παρακολουθήσουν επιμορφωτικά σεμινάρια τα οποία οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό (Cyprus Legal Portal, 2001). Κατά την παροχή των υπηρεσιών τους οι ιατροί πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής φροντίδας θα πρέπει να τηρούν καταλόγους στους οποίους να εγγράφουν τους δικαιούχους προς τους οποίους

παρέχεται η πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική φροντίδα [§26 N89(1)2001] (Cyprus Legal Portal, 2001).

3.3.3.3. Νόμος που προνοεί για τον έλεγχο και την εποπτεία της ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και για συναφή θέματα 90(I)/2001

Ο Νόμος που προνοεί για τον έλεγχο και την εποπτεία της ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και για συναφή θέματα 90(I)/2001, ψηφίστηκε το 2001 και εκδόθηκε με δημοσίευση υπ' αριθμό 3497 στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας στις 04/05/2001. Ο νόμος αυτός αφορά τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια (κλινικές και νοσοκομεία). Σύμφωνα με την εν λόγω νομοθεσία κάθε αδειούχο ιδιωτικό νοσηλευτήριο οφείλει να απασχολεί και να διαθέτει πάντοτε το ανάλογο σε αριθμό προσοντούχο παραϊατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό βοηθητικό προσωπικό για την αποτελεσματική παροχή των υπηρεσιών για τις οποίες έχει εξασφαλίσει άδεια λειτουργίας.

Ακόμη αναφέρει πως για κάθε ημερήσιο ωράριο εργασίας πρέπει να διαθέτει τουλάχιστον ένα γενικό προϊστάμενο Γενικής ή Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ανάλογα με το κέντρο υγείας. Το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να κατανέμεται σύμφωνα με τις ακόλουθες οδηγίες ανά κλίνη επί 24ώρου βάσεως, λαμβάνοντας υπόψη τις εκάστοτε πληρότητες: (α) για χειρουργικές ή παθολογικές μονάδες 0,7 ανά κλίνη, (β) για τις γηριατρικές νοσηλευτικές μονάδες 0,9 ανά κλίνη, (γ) για μονάδες εντατικής νοσηλευτικής φροντίδας 1,5 ανά κλίνη, (δ) για ψυχιατρικά κέντρα 0,9 ανά κλίνη, (ε) για μαιευτικές ή γυναικολογικές μονάδες 1,2 ανά κλίνη, (στ) για παιδιατρικές μονάδες 1,5 ανά κλίνη, (ζ) για το τμήμα χειρουργικών επεμβάσεων που διαθέτει πέραν των 3 χειρουργικών αιθουσών που λειτουργούν ταυτόχρονα θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα νοσηλευτή, ο οποίος κατέχει πιστοποιητικό πρώτου επιπέδου γενικής νοσηλευτικής ως προϊστάμενος του τμήματος ανά ωράριο εργασίας. Επιπλέον, δύο νοσηλευτές ανά χειρουργική τράπεζα, από τους οποίους ο ένας μπορεί να είναι ο προϊστάμενος κατά το χρόνο λειτουργίας, (η) για μονάδες συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης και μονάδες τεχνητού νεφρού, ένας νοσηλευτής για κάθε μηχανή σε λειτουργία, (θ) για το τμήμα εξωτερικών ιατρείων (αν υφίσταται ως χωριστή μονάδα του νοσηλευτηρίου): ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό ανά ωράριο

λειτουργίας ανά εξωτερικό ιατρείο που αναπτύσσει το νοσηλευτήριο με ένα νοσηλευτή τουλάχιστον ανά εξεταστήριο, (ι) για το τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, ένας τουλάχιστον νοσηλευτής ανά ωράριο εργασίας ανά πέντε προσερχόμενους ασθενείς.

3.3.3.4. Νόμος που τροποποιεί τους περί γενικού Συστήματος υγείας νόμους του 2001 μέχρι 2005

Ο Γενικός Διευθυντής αποτελεί το ανώτατο εκτελεστικό όργανο του οργανισμού [§12(1)] (Cyprus Legal Port, 2008). Τα κρατικά νοσηλευτήρια αποτελούν ιδιοκτησία του κράτους και η πρόσληψη οποιουδήποτε εργαζομένου σε αυτά του δίνει τα δικαιώματα των δημοσίων υπαλλήλων (Cyprus Legal Portal, 2001). Για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, συμβάλλουν τα ακόλουθα πρόσωπα εφόσον αυτά πληρούν τις τεχνικές προδιαγραφές: (α) το κράτος ή οποιοδήποτε νομικό πρόσωπο δημόσιου δικαίου (β) φαρμακοποιοί, (γ) κλινικά εργαστήρια και εξειδικευμένα βιοϊατρικά εργαστήρια, (δ) νοσηλευτές και μαίες, (ε) άλλοι επαγγελματίες υγείας και (ζ) οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Cyprus Legal Port, 2008).

3.3.3.5. Ο περί Δημόσιας Υπηρεσίας νόμοι 1990 έως 2006 (Ενοποίηση)

Σύμφωνα με το έντυπο αυτό στον οποίο πραγματοποιείται μια ενοποίηση της νομοθεσίας σχετικά με τη Δημόσια Υπηρεσία, αναφέρεται πως ως διορισμός καθορίζεται η απονομή θέσης σε πρόσωπα που δεν είναι στη δημόσια υπηρεσία ή την απονομή σε υπάλληλο θέσης άλλης από αυτή που κατέχει μόνιμα και που δεν αποτελεί προαγωγή. Προαγωγή σημαίνει αλλαγή στη μόνιμη κατάσταση υπαλλήλου που συνεπάγεται αύξηση στην αμοιβή του ή συνεπάγεται την ένταξη του σε ανώτερο βαθμό δημόσιας υπηρεσίας ή σε μισθοδοτική κλίμακα που έχει ψηλότερο ανώτατο όριο είτε η αμοιβή του υπαλλήλου αυξάνεται αμέσως με αυτή την αλλαγή είτε όχι.

Για σκοπούς διορισμού ή προαγωγής οι θέσεις διαιρούνται στις ακόλουθες κατηγορίες: (α) θέσεις πρώτου διορισμού, οι οποίες μπορούν να απονεμηθούν σε πρόσωπα που δεν είναι στη δημόσια υπηρεσία ή σε υπαλλήλους, (β) θέσεις πρώτου

διορισμού και προαγωγής, στις οποίες πρόσωπα που δεν είναι στη δημόσια υπηρεσία μπορούν να διοριστούν ή υπάλληλοι μπορούν να διοριστούν ή προαχθούν, (γ) θέσεις προαγωγής, στις οποίες μπορούν αν προαχθούν υπάλληλοι που υπηρετούν στην αμέσως κατώτερη τάξη ή θέση του συγκεκριμένου κλάδου ή υποδιαίρεση της δημόσιας υπηρεσίας, ανάλογα με την περίπτωση. Σε περίπτωση που το σχέδιο υπηρεσίας της θέσης προβλέπει τον καθορισμό των απαιτούμενων προσόντων, η αρμόδια αρχή καθορίζει και επεξηγεί τις ανάγκες της υπηρεσίας που επέβαλαν την επιλογή των συγκεκριμένων προσόντων.

Είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε πως η νομοθεσία προνοεί πως κανένας δε διορίζεται στη δημόσια υπηρεσία, εκτός αν: (α) είναι πολίτης της δημοκρατίας ή, νοουμένου ότι δεν πρόκειται για θέση που συνεπάγεται άμεση ή έμμεση συμμετοχή στην άσκηση δημόσιας εξουσίας και στη διαφύλαξη των γενικών συμφερόντων του κράτους, πολίτης κράτους μέλους, (β) συμπλήρωσε την ηλικία των δεκαεπτά χρονών και, νοουμένου ότι πρόκειται για πολίτη της Δημοκρατίας έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή έχει απαλλαγεί νομίμως από αυτές, (γ) κατέχει τα προσόντα που καθορίζονται στο σχέδιο υπηρεσίας για τη θέση στην οποία πρόκειται να γίνει ο διορισμός, (δ) δεν καταδικάστηκε για αδίκημα σοβαρής μορφής που ενέχει έλλειψη τιμιότητας ή ηθικής αισχρότητας, (ε) δεν έχει απολυθεί ή δεν έχουν τερματιστεί οι υπηρεσίες του στο παρελθόν από τη δημόσια υπηρεσία ή οποιαδήποτε υπηρεσία ή οργανισμό δημόσιου δικαίου της Δημοκρατίας ή της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή οποιουδήποτε κράτους μέλους για πειθαρχικό παράπτωμα, και (στ) πιστοποιείται από κυβερνητικό ιατρό λειτουργό ως κατάλληλος από πλευράς υγείας για αυτή τη θέση, ύστερα από ιατρική εξέταση που συμπεριλαμβάνει και ακτινογράφηση του θώρακα.

Μόνο σε ειδικές περιπτώσεις, πρόσωπα που δεν είναι πολίτες της δημοκρατίας ή κράτους μέλους, μπορούν να διοριστούν με έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου, με σύμβαση για ορισμένο χρονικό διάστημα ή πάνω σε μόνιμη βάση, αν το εν λόγω πρόσωπο είχε απασχοληθεί στη δημόσια υπηρεσία με σύμβαση για περίοδο όχι μικρότερη από τέσσερα χρόνια.

3.3.3.6. Νόμος περί Πρόσληψης Ατόμων με Αναπηρίες στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα (Ειδικές Διατάξεις) Νόμο, Ν. 146(Ι)/2009

Με τον περί Πρόσληψης Ατόμων με Αναπηρίες στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα (Ειδικές Διατάξεις) Νόμο, Ν. 146(Ι)/2009, ο οποίος ψηφίστηκε το 2009 και εκδόθηκε με δημοσίευση υπ' αριθμό 4227 στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας στις 23/12/2009 ρυθμίζεται η πρόσληψη ατόμων με αναπηρίες που ικανοποιούν καθορισμένα αντικειμενικά κριτήρια, σε ποσοστό 10% των εκάστοτε υπό πλήρωση θέσεων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Σκοπός του Νόμου είναι να προάγει τις ευκαιρίες απασχόλησης των ατόμων με αναπηρίες, αντισταθμίζοντας τις μειωμένες ευκαιρίες που έχουν λόγω της αναπηρίας τους, ακολουθώντας, όπως πολλά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις κατευθυντήριες γραμμές διεθνών συμβάσεων του κοινοτικού, αλλά και του κυπριακού δικαίου για τη λήψη θετικών μέτρων για την ένταξη των ατόμων με αναπηρίες στην απασχόληση.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού οι δικαιούχοι είναι άτομα, τα οποία μετά από αξιολόγηση από ειδική πολυθεματική επιτροπή, διαπιστώνεται ότι έχουν ανεπάρκεια ή μειονεξία, η οποία προκαλεί μόνιμο ή απροσδιόριστης διάρκειας σωματικό, διανοητικό ή ψυχικό περιορισμό που μειώνει ουσιωδώς ή αποκλείει τη δυνατότητα εξεύρεσης και διατήρησης κατάλληλης απασχόλησης.

Τα αντικειμενικά κριτήρια που πρέπει σωρευτικά να ικανοποιούν τα άτομα με αναπηρίες είναι (α) να κατέχουν τα απαιτούμενα προσόντα της υπό πλήρωση θέσης απασχόλησης, (β) να επιτυγχάνουν σε τυχόν απαιτούμενες για τη θέση απασχόλησης γραπτές ή/και προφορικές εξετάσεις, (γ) να κρίνονται κατάλληλα για την εκτέλεση των καθηκόντων της υπό πλήρωση θέσης απασχόλησης από το αρμόδιο διορίζον όργανο, το οποίο υποχρεούται για το σκοπό αυτό, να λαμβάνει υπόψη και την έκθεση της ειδικής πολυθεματικής επιτροπής.

Η διαδικασία εφαρμογής του Νόμου, όπου άτομα με αναπηρίες υποβάλλουν αίτηση και είναι υποψήφια για πρόσληψη/διορισμό αφορά κυρίως την παραπομπή των αιτητών σε ειδική πολυθεματική επιτροπή, που θα συστήνει το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, για αξιολόγηση της αναπηρίας και της καταλληλότητας για την άσκηση των απαιτούμενων καθηκόντων, την παροχή γνωμοδότησης της πολυθεματικής επιτροπής στο διορίζον όργανο, τον καταρτισμό ειδικών καταλόγων των υποψηφίων που είναι άτομα με αναπηρίες και επιλογή από

τους καταλόγους αυτούς του αριθμού που αντιστοιχεί στο 10% του συνολικού αριθμού των υπό πλήρωση θέσεων.

Περαιτέρω διευκολύνσεις προς τα άτομα με αναπηρίες, αφορούν την παροχή εύλογων προσαρμογών και διευκολύνσεων για τη συμμετοχή τους στις γραπτές ή και προφορικές εξετάσεις, την προμήθεια υποστηρικτικού τεχνολογικού εξοπλισμού απαραίτητου για την άσκηση των καθηκόντων της θέσης, στην οποία θα προσληφθούν, την τοποθέτηση τους σε σημεία εργασίας που θα εξυπηρετούν τόσο τις ανάγκες της υπηρεσίας όσο και τις ειδικές ανάγκες των ατόμων κ.α.

3.3.3.7. Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 89(1) του 2011

Σύμφωνα με τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο 89(1) του 2011, το κράτος έχει την υποχρέωση να λαμβάνει όλες τις πρόνοιες, ούτως ώστε τα νοσηλευτήρια να εκσυγχρονίζονται στους τομείς οργάνωσης, διαχείρισης, διοίκησης και να αξιοποιούν με τη μέγιστη δυνατή ωφελιμότητα και αποδοτικότητα τους διαθέσιμους σε αυτά πόρους [§66 N89(1)2001] (Cyprus Legal Portal, 2001).

3.3.3.8. Νόμος που προβλέπει για την απαγόρευση πλήρωσης κενών θέσεων στο δημόσιο και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και στα νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου του 2013

Το 2013 λόγω της οικονομικής ύφεσης και ως μέρος των μέτρων εξυγίανσης ψηφίζεται απαγορευτικός νόμος, ο οποίος εκδόθηκε με δημοσίευση υπ' αριθμό 4227 στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας στις 18/04/2013. Ο νόμος αυτός προνοεί πως στον δημόσιο τομέα και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα δεν θα γίνουν οποιοσδήποτε διαδικασίες πλήρωσης θέσεων εργασίας καθώς επίσης, αναστέλλονται οποιεσδήποτε διαδικασίες έχουν γίνει για πρόσληψη πριν από την ημερομηνία έναρξης του παρόντος Νόμου, ανεξάρτητα αν έχουν οριστεί οι συνεντεύξεις των υποψηφίων.

Βέβαια σύμφωνα με την εν λόγω νομοθεσία, είναι δυνατή η έναρξη ή συνέχιση διαδικασία πλήρωσης κενής θέσης ή κενούμενης θέσης πρώτου διορισμού ή θέσης πρώτου διορισμού και προαγωγής ή θέση προαγωγής, μόνο στην περίπτωση που η αρμόδια για κάθε θέση αρχή, υποβάλλει προηγουμένως αιτιολογημένο αίτημα, για να

της επιτραπεί η έναρξη και/ή η συνέχιση πλήρωσης κενής ή κενωθείσας θέσης, σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία. Το αίτημα πλήρωσης θέσης, υποβάλλεται στον Υπουργό Οικονομικών, την οποία εφόσον κρίνει σκόπιμο θα παραπεμφθεί στο Υπουργικό Συμβούλιο για λήψη σχετικής απόφασης. Η ισχύς του παρόντος Νόμου έχει λήξει στις 31/12/2013.

3.3.3.9. Νόμος 79(Ι) του 2013, που προβλέπει για προσωρινές διατάξεις σε σχέση με τους περί αξιολόγηση υποψηφίων για διορισμό στη δημόσια υπηρεσία νόμους του 1998 έως 2008

Μετά τον απαγορευτικό νόμο που εκδόθηκε και δημοσιεύτηκε στις 18/04/2013, ακολούθησε μέσα στο ίδιο έτος ο νόμος που προβλέπει για προσωρινές διατάξεις σε σχέση με τους περί αξιολόγησης υποψηφίων για διορισμό στη δημόσια υπηρεσία νόμους τους 1998 έως 2008, ο οποίος εκδόθηκε με δημοσίευση υπ' αριθμό 4401 στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας στις 19/07/2013.

Ο νόμος αυτός ψηφίζεται λόγω της ανάγκης για συγκράτηση των δημόσιων δαπανών και τήρησης των μέτρων που περιλήφθηκαν στο Μνημόνιο Συναντίληψης με την Τρόικα, που προνοούν, μεταξύ άλλων, για τη μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων κατά τουλάχιστον 4.500 κατά την περίοδο 2012-2016. Ανάλογες ρυθμίσεις αναμένεται να περιληφθούν και στον προϋπολογισμό του 2014 για την περίοδο που άρχεται την 1η Ιανουαρίου 2014 και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του 2014.

Ο νόμος αυτός προνοεί την ακύρωση της διεξαγωγής γραπτών εξετάσεων για την πλήρωση θέσεων εισδοχής στην δημόσια υπηρεσία, οι οποίες διεξάγονται το τελευταίο τετράμηνο κάθε έτους από την Ειδική Επιτροπή, καθώς επίσης και την μη κατάθεση καταλόγων προς έγκριση για θέσεις εργασίας στην Βουλή των Αντιπροσώπων, όπως γινόταν δυνάμει των άρθρων 2 και 2Α του Νόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι αναντικατάστατοι, καθώς ο τομέας αυτός δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς τη συμβολή τους (Κτενά, 2012). Κατά τον 21ο αιώνα ο τομέας της υγείας καλείται να αντιμετωπίσει πολύ σημαντικές προκλήσεις που αφορούν τη διαχείριση του εργατικού δυναμικού που απασχολούνται τόσο στον ιδιωτικό τομέα, αλλά κυρίως στα δημόσια νοσηλευτήρια (Κτενά, 2012). Η παγκόσμια οικονομική ύφεση έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταφεύγουν στα δημόσια νοσηλευτήρια, λόγω μικρότερου κόστους. Αυτό βέβαια έχει αντίκτυπο στο φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγείας, που και αυτοί με την σειρά τους αγωνίζονται να ανταπεξέλθουν τόσο με τις μειώσεις στον κρατικό προϋπολογισμό και την υποστελέχωση, όσο και με την αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τους Adams και Hirschfeld (1998 στην Κτενά, 2012), η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και η ορθή κατανομή του είναι αναγκαίες συνθήκες για την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και τη βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρουν στους πολίτες. Σε πολλές περιπτώσεις η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού (Βίγλα, 2003), παράγοντας που επηρεάζεται από τη στελέχωση. Η στελέχωση συνδέεται με τον αριθμό και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον ασθενή (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Η σωστή στελέχωση των υγειονομικών μονάδων έχει επίδραση όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων και των ασθενών, αφού φαίνεται να σχετίζεται με τη λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων, με μεγαλύτερες πιθανότητες τρυπημάτων και τραυματισμών με αιχμηρά αντικείμενα, με την επαγγελματική εξουθένωση (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Μάλιστα σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στο χώρο της παιδιατρικής φροντίδας, φαίνεται πως η στελέχωση των μονάδων υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των παιδιών (Βλαχιώτη, και συν., 2011). Η κατάλληλη στελέχωση, σύμφωνα με τα διεθνή

πρότυπα, έχει θετική επίδραση στη μείωση θνησιμότητας, στην επίπτωση λοιμώξεων του αναπνευστικού, του ουροποιητικού, των χειρουργικών λοιμώξεων και στη μείωση των νοσηλευτικών λαθών κατά τη χορήγηση φαρμάκων και γι' αυτό απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ειδικευμένων νοσηλευτών για τη φροντίδα των παιδιών από ότι για τους ενήλικες ασθενείς (Βλαχιώτη, και συν., 2011). Από τα αποτελέσματα μελέτης του Aiken παρατηρήθηκε αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας κατά 30% για τους ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα από νοσηλευτές με μέσο φόρτο εργασίας 8 ή περισσότερους ασθενείς, σε σύγκριση με αυτούς που λάμβαναν φροντίδα από νοσηλευτές με φόρτο εργασίας 4 ή λιγότερους ασθενείς (Βλαχιώτη, και συν., 2011). Η ελλιπής στελέχωση έχει επίσης συνδεθεί με τη μη τήρηση προτύπων και πρωτοκόλλων φροντίδας, με αύξηση του κύκλου εργασιών του προσωπικού, με χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών, με αδυναμία εκπαίδευσης και αδυναμία αλλαγής στο μοντέλο φροντίδας (Βλαχιώτη, και συν., 2011).

Η στελέχωση των υγειονομικών μονάδων έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από ερευνητές στον ελληνικό και διεθνή χώρο, λόγω των πολλαπλών επιδράσεων που επιφέρει στην ασφάλεια και την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή, αλλά και λόγω της επιβάρυνσης στις δαπάνες στον τομέα της υγείας (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Οι πολιτικές στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων κάθε χώρας γενικότερα, αλλά και κάθε οργανισμού ειδικότερα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη πλήθος στοιχείων (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Το νομικό πλαίσιο τόσο στην Ελλάδα και την Αμερική, το οποίο έχει μελετηθεί εν συντομία στη παρούσα εργασία, όσο και το νομικό πλαίσιο στην Κύπρο περιγράφουν τα δικαιώματα των εργαζομένων και τις υποχρεώσεις των εργοδοτών σχετικά με την στελέχωση των υγειονομικών μονάδων.

Συγκεκριμένα το νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας, διαθέτει νομοθεσίες με τις οποίες επεξηγεί επακριβώς με ποιο τρόπο αποφασίζονται οι θέσεις εργασίας, με ποιο τρόπο δημοσιεύονται, με ποιο τρόπο γίνονται οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα καθώς επίσης και ποια θα πρέπει να είναι η αναλογία νοσηλευτών και ασθενών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Παρόλα αυτά διερευνώντας το νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας, δεν θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε και τις τελευταίες νομοθεσίες που έχουν ψηφιστεί για την απαγόρευση πλήρωσης θέσεων εργασίας στο δημόσιο τομέα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2006, ανακήρυξε την δεκαετία 2006-2015, ως την δεκαετία εργατικού δυναμικού υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών εργατικού δυναμικού (Μαλλιαρού, και

συν., 2008). Στόχος των στρατηγικών αυτών είναι η βελτίωση της στελέχωσης του εργατικού δυναμικού και η υποστήριξη του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού για την μεγιστοποίηση της δυνατότητάς τους (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Η εξασφάλιση αξιόπιστων και ασφαλών αναλογιών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών, μέσα από το νομικό πλαίσιο κάθε χώρας αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό βήμα για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, αλλά και την μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς τους. Στη χώρα μας δεν έχει ψηφιστεί ακόμη κάποια νομοθεσία που να θεσμοθετεί τα ποσοστά στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων. Παρόλα αυτά στο Βέλγιο από το 1987 υπάρχει νομοθεσία που καθορίζει 12 νοσηλευτές ανά 30 κλίνες ανά εικοσιτετράωρο (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Στην Καλιφόρνια το 2001 καθιερώθηκε συγκεκριμένη αναλογία νοσηλευτών και ασθενών ως μέρος της εθνικής κίνησης προστασίας ασθενών, η οποία ανάλογα με το τμήμα ή την μονάδα υγειονομικής φροντίδας καθορίζεται ο αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Συγκεκριμένα στην Εντατική Φροντίδα, στο τοκετό και στη Νεογνική Εντατική φροντίδα θα πρέπει να υπάρχει ένας νοσηλευτής ανά 2 ασθενείς, στο Χειρουργείο και στο τμήμα ανάνηψης θα πρέπει να υπάρχει ένας νοσηλευτής για κάθε ασθενή, στο χειρουργικό τμήμα ένας νοσηλευτής ανά 5 ασθενείς, στο Ψυχιατρικό τμήμα ένας νοσηλευτής ανά 6 ασθενείς, στα παιδιατρικά, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στις άλλες ειδικότητες φροντίδας ένας νοσηλευτής ανά 4 ασθενείς (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Στην Αυστραλία από το 2000 με νομοθεσία ψηφίστηκαν συγκεκριμένες αναλογίες ασθενών και νοσηλευτών ανάλογα με το είδος των ασθενών και το τύπο νοσοκομείου (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Συγκεκριμένα σε γενικές ιατρικές μονάδες και στα χειρουργικά τμήματα αναλογεί ένας νοσηλευτής για κάθε 5 ασθενείς μαζί με ένα προϊστάμενο κατά τις πρωινές βάρδιες ενώ για την βραδινή βάρδια η αναλογία μετατρέπεται σε ένα νοσηλευτή για κάθε 6 ασθενείς μαζί με ένα προϊστάμενο (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Για το χειρουργείο θα πρέπει να υπάρχουν πάντοτε 3 νοσηλευτές για κάθε χειρουργείο (1 για αποστείρωση, 1 για αναισθησία και 1 εν κινήσει), ποσοστό που μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες του χειρουργείου (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Οι ανθρώπινοι πόροι, δηλαδή οι εργαζόμενοι που στην πραγματικότητα προσφέρουν τις υπηρεσίες της υγείας, είναι ο πιο δαπανηρός και ταυτόχρονα ο λιγότερο άμεσα διαθέσιμος πόρος ενός συστήματος υγείας (Κτενά, 2012). Σύμφωνα

με τους Μαλλιαρού και συν. (2008), η ανεπαρκής στελέχωση των υγειονομικών μονάδων οδηγεί σε αύξηση των δαπανών υγείας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και συγκεκριμένα στην Νέα Υόρκη, διαπιστώθηκε πως κάθε επιπλέον ώρα νοσηλευτικής φροντίδας ανά ασθενή συνεπάγεται με την μείωση του αναμενόμενου χρόνου παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο κατά 4,4% - 9,7% (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Γενικότερα φαίνεται πως η σωστή στελέχωση των υγειονομικών μονάδων σχετίζεται με την καλύτερη έκβαση της υγείας των ασθενών, πράγμα που μειώνει το κόστος των δαπανών υγείας ανά άτομο (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Αποδεικτικά στοιχεία τεκμηριώνουν ότι αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της περιόδου παραμονής στο νοσοκομείο, της νοσηρότητας και θνητότητας και άλλων δυσχερών συμβάντων που θα μπορούσαν να προληφθούν (ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ., 2010).

Επίσης, η σωστή στελέχωση μειώνει και το κόστος στον προϋπολογισμό μισθοδοσίας των επαγγελματιών υγείας, αφού λόγω της σωστής στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων, μειώνεται ο φόρτος εργασίας για κάθε επαγγελματία υγείας με αποτέλεσμα να μειώνονται οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των επαγγελματιών υγείας και επομένως να μην καταγράφονται αυξημένα ποσοστά απουσίας από την εργασία λόγω ασθενειών κλπ (Μαλλιαρού, και συν., 2008). Σύμφωνα με τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών στην Κύπρο οι ανεπαρκείς αναλογίες ασθενή ανά νοσηλευτή, δεν έχουν μόνο αρνητική επίπτωση στα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας, αλλά παράλληλα εκθέτουν τους Νοσηλευτές σε μεγαλύτερο κίνδυνο συναισθηματικής κόπωσης, άγχους, μη ικανοποίησης από την εργασία και εξουθένωσης. Νοσηλευτές, οι οποίοι συνεχώς εργάζονται περισσότερο ή χωρίς ικανοποιητική υποστήριξη είναι επιρρεπείς σε περισσότερες απουσίες από το χώρο της εργασίας τους και σε επιπτώσεις στην υγεία τους, αποδυναμώνοντας έτσι την ουσιαστική ανταπόκριση του συστήματος υγείας στις ανάγκες υγείας του κοινωνικού συνόλου (ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ., 2010).

Αρκετά νοσηλευτικά ιδρύματα στο εξωτερικό χρησιμοποιούν συστήματα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, τα οποία έχουν ως κύριες λειτουργίες τους την δομημένη καταγραφή προσόντων και λοιπών δημογραφικών στοιχείων του προσωπικού, τη καθημερινή παρακολούθηση παρουσιών προσωπικού, τη καταγραφή και προγραμματισμό των αδειών προσωπικού, το προγραμματισμό και τη παρακολούθηση εκπαιδευτικών διαδικασιών, την εξέλιξη του προσωπικού σε βάθος χρόνου, την επιλογή προσωπικού για κάλυψη θέσεων βάσει προσόντων, την υποβολή

και τη παρακολούθηση της πορείας αιτημάτων άδειας, εκπαίδευσης κλπ από τους εργαζόμενους (Παπακωνσταντίνου & Τούλιας, 2005).

Στη σημερινή εποχή, οι ηγέτες του τομέα της υγείας έρχονται αντιμέτωποι με όλες τις σημαντικές προκλήσεις του 21ου αιώνα, αλλά και με τους Στόχους Ανάπτυξης της Χιλιετίας (Κτενά, 2012). Πολλές από αυτές τις προκλήσεις προκύπτουν από τη δυσκολία εξασφάλισης μιας επαρκούς και κατάλληλης κατανομής του προσωπικού της υγείας, παράλληλα με τις αυξανόμενες οικονομικές πιέσεις που δέχεται ο δημόσιος τομέας για περιορισμό των δαπανών του (Κτενά, 2012). Παρόλα αυτά η ποσοτικά και ποιοτικά κατάλληλη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων έχει να επιφέρει πολλά θετικά αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού μιας χώρας, στην οικονομία, αλλά και στην υγεία, ασφάλεια και επαγγελματική ικανοποίηση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η τρέχουσα οικονομική κατάσταση και η πολιτική, η οποία ασκείται προς αντιστάθμιση των ελλειμματικών προϋπολογισμών και ενδυνάμωσης της προοπτικής διαχείρισης των δημοσιονομικών χρεών, απαιτεί τον εξορθολογισμό του δημόσιου τομέα τόσο σε επίπεδο δαπανών όσο και σε επίπεδο αποτελεσματικότητας και οργάνωσης (Σκρουμπέλος, και συν., 2012). Ο τομέας της στελέχωσης των δημόσιων νοσοκομείων πλήττεται ιδιαίτερα λόγω της οικονομικής ύφεσης στην χώρα μας. Παρόλα αυτά ο υγειονομικός τομέας και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών εξαρτώνται άμεσα από τον ανθρώπινο παράγοντα, λόγω των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Το ανθρώπινο δυναμικό θεωρείται η κινητήριος δύναμη ενός οργανισμού που τον βοηθά στην πραγματοποίηση του στρατηγικού σχεδιασμού και οράματός του. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το πυλώνα του συστήματος υγείας κάθε χώρας, καθώς όλες οι μορφές της υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται σε ένα καλά εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό (Κτενά, 2012). Η επιτυχία ενός οργανισμού και κατά συνέπεια η αύξηση της αποδοτικότητας του εξαρτάται από την σωστή στελέχωση των υγειονομικών μονάδων. Η ασφαλής και επαρκής στελέχωση των υγειονομικών μονάδων είναι το κλειδί για την ποιότητα και ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Μαλλιαρού, και συν., 2008).

Από την πρώτη νομοθεσία που έχει ψηφιστεί το 1990, η οποία σχετίζεται με την στελέχωση των δημόσιων νοσηλευτηρίων μέχρι σήμερα, το νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας καθορίζει με ποιο τρόπο εργοδοτούνται οι επαγγελματίες υγείας στη δημόσια υπηρεσία στο τομέα της υγείας, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Μάλιστα σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο των ιδιωτικών υγειονομικών μονάδων, η νομοθεσία καταγράφει ποιος είναι ο αναγκαίος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με τις κλίνες και την μορφή υπηρεσιών υγείας που παρέχει η ιδιωτική κλινική ή το ιδιωτικό νοσοκομείο.

Παρόλα αυτά τον Απρίλιο του 2013 ψηφίστηκε νομοθεσία η οποία προέβλεπε την παύση οποιονδήποτε προσλήψεων μέσα στο έτος. Η απαγόρευση πλήρωσης κενών θέσεων θα λήξει, με βάση το νόμο 79(Ι) του 2013, που προβλέπει για προσωρινές διατάξεις σε σχέση με τους περί αξιολόγηση υποψηφίων για διορισμό στη δημόσια

υπηρεσία νόμους του 1998 έως 2008, στις 31/12/2014. Αν και τα στατιστικά στοιχεία τα οποία έχουν αναφερθεί στα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, σχετικά με τον μεγάλο αριθμό κενών θέσεων στα κρατικά νοσηλευτήρια σε όλους τους κλάδους των επαγγελματιών υγείας, οι μόνες προκηρύξεις που έχουν δημοσιευθεί για πρόσληψη εργοδοτούμενων στο τομέα της Υγείας, αφορά Ιατρικό προσωπικό, σε ειδικότητες, όπως παθολογία, χειρουργική, πνευμονολογία κλπ.

Η πρόωρη αφυπηρέτηση μεγάλου αριθμού επαγγελματιών υγείας κατά το έτος 2012 και 2013, έχει αυξήσει σημαντικά το φόρτο εργασίας για το υπόλοιπο προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων, αφού λόγω της οικονομικής κρίσης η πλειοψηφία του πληθυσμού στρέφεται στα δημόσια νοσηλευτήρια για την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Αυτό οφείλεται κυρίως λόγω του χαμηλού κόστους των υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια για τους ασθενείς συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα. Η αυξημένη ζήτηση, σε συνδυασμό με το μεγάλο αριθμό αφυπηρετήσεων, αλλά και την παύση εργοδοτήσεων, έχει φέρει την στελέχωση των υγειονομικών μονάδων σε οριακά σημεία, με αποτέλεσμα να έχει επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, την υγεία των επαγγελματιών υγείας, αλλά και την οικονομία.

Ο καθορισμός της σωστής σύνθεσης του προσωπικού των υγειονομικών μονάδων είναι σημαντικός (Μαλλιαρού, και συν., 2008) και τα οφέλη από την κατάλληλη στελέχωση των υγειονομικών μονάδων πολυάριθμα. Αν και στο δημόσιο τομέα δεν έχει βρεθεί οποιοδήποτε νομικό πλαίσιο που να αναφέρει την αναλογία των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τις κλίνες ή τον αριθμό των ασθενών που επισκέπτονται τα δημόσια νοσηλευτήρια, είναι σημαντικό να θεσμοθετηθεί, έτσι ώστε να μπει σε εφαρμογή για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Εισήγηση μας για μελλοντική έρευνα είναι η συγκριτική διερεύνηση της στελέχωσης των δημόσιων και των ιδιωτικών υγειονομικών μονάδων στην Κύπρο. Αν και έχουμε μελετήσει τι ακριβώς αναφέρει το νομικό πλαίσιο στη χώρα μας, εντούτοις λίγα έχουν αναφερθεί για το τι ακριβώς συμβαίνει μέσα στα κρατικά νοσηλευτήρια σήμερα. Επίσης, δεν έχει καταγραφεί τι ακριβώς συμβαίνει στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και αν τηρείται η νομοθεσία σχετικά με την αναλογία του προσωπικού με τον αριθμό των κλινών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Cyprus Legal Port, (2008). *Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας: Νομοσχέδιο με τίτλο "Νόμος που τροποποιεί τους περι γενικού Συστήματος υγείας νόμους του 2001 μέχρι 2005".* Available at: http://www.hio.org.cy/docs/nomosxedio_gesy.pdf

Cyprus Legal Portal, (2001). *Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 (N.89(I)/2001).* Available at: http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BDBC9/$file/%CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf

Dal Poz, M., Kinfu, Y., Drager, S. & Kunjumen, T., (2007). *Counting health workers: definitions, data, methods and global results,* s.l.: World Health Organization.

EHCI, (2013). *Ραγδαία πτώση του κλάδου υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο λόγω της οικονομικής κρίσης, σύμφωνα με την ετήσια ευρωπαϊκή κατάταξη,* Βρυξέλλες: Health Consumer Powerhous.

Noe, R., Hollenbeck, J., Gerhart, B. & Wright, P. M., (2006). *Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Shirey, M. R., (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care,* 15(3), pp. 256-267.

Stanley, D., (2006). Recognizing and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing,* 15(2), pp. 108-111.

Tyson, S. & York, A., (2004). *Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού: τα δομικά στοιχεία του HRM.* Αθήνα: Μ. Γκιούρδας.

WHO, (2011). *Impact of economic crises on mental health,* Europe: World Health Organization.

Βαλβής, Μ. Γ., (1999). *Η διεύθυνση ανθρωπίνων πόρων και η αλλαγή :η διεύθυνση ανθρωπίνων πόρων και η διεργασία της μετακίνησης της αξιακής κλίμακας, της οργανωτικής αναδιάρθρωσης και της αλλαγής.* Αθήνα: Νέα Σύνορα.

Βαρδιαμπάσης, Β. Ν., (2012). *Στελέχωση των ιατρικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και κίνητρα προσέλκυσης ιατρικού προσωπικού. Μελέτη των ιατρικών*

υπηρεσιών Περιφέρειας Πελοποννήσου, Σπάρτη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Βαρδιάμπάσης, Β.Ν.; Τσιρώνη, Μ.; Νικολέντζος, Α.; Μωύσογλου, 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), σελ. 48-54.

Βίγλα, Γ., (2003). *Η εισαγωγή συστήματος διαχείρισης της ποιότητας στο νοσοκομείο: Το σύστημα ποιότητας ως οργανωσιακή αλλαγή,* Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Βλαχιώτη, Ε., Δούσης, Ε. & Μάτζιου, Β., (2011). Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία. *Νοσηλευτική,* 50(2), σελ. 177-184.

Επιτροπή Δημόσια Υπηρεσίας, (2014a). *Στατιστικά Στοιχεία Απασχόλησης Μόνιμων Δημοσίων Υπαλλήλων.* Available at: http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/All/159B9D7644541112C2257D1F00255F14?OpenDocument

Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας, (2013). *Ετήσια Έκθεση 2012,* Λευκωσία: Κυπριακή Δημοκρατία: Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας.

Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας, (2014). *Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας της Κυπριακής Δημοκρατίας.* Available at: http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument

Ευσταθίου, Γ. & Παπασταύρου, Ε., (2009). Τεκμηριωμένη πρακτική και συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά,* 10(2), σελ. 31-41.

Καραΐσκου, Α., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π., (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας,* 4(2), σελ. 49-54.

Κελέση-Σταυροπούλου, Μ. & Σταυροπούλου, Μ., (2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. *Το βήμα του Ασκληπιού,* 9(3), σελ. 280-307.

Κτενά, Σ. Η., (2012). *Αποδοτικός σχεδιασμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό μιας νοσοκομειακής μονάδας μέσω της πρόβλεψης ημερήσιων επειγόντων περιστατικών,* Αθήνα: Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.

Λανάρα, Β. Α., (2008). *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο.* ΙΓ έκδοση. Αθήνα: Βασιλική Ανδρ. Λανάρα.

Μαλλιαρού, Μ., Καραθανάση, Κ. & Σαράφης, Π., (2008). Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: Μια συστηματική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης,* 1(1), σελ. 40-48.

Μάτης, Γ. Κ. & Χρυσού, Ο. Ι., (2007). Προτάσεις για τη βελτίωση της ελλιπούς στελέχωσης των Κέντρων Υγείας άγονων περιοχών με βάση τις θεωρίες υποκίνησης. *Η Ιατρική Σήμερα,* Issue 45, σελ. 35-38.

Μερκούρης, Α. Β., (2008). *Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας.* Αθήνα: 'Ελλην.

Μπακάλης, Ν. & Μπατσολάκη, Μ., (2006). Χαρακτηριστικά σχεδιασμού ενός οργανισμού: εφαρμογή σε νοσηλευτικό ίδρυμα. *Νοσηλευτική,* 45(1), σελ. 59-67.

Μπαμπάτσικου, Φ. Π. & Γερογιάννη, Γ. Κ., (2012). Νοσηλευτικό Τμήμα: Κριτήρια δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου. *Το Βήμα του Ασκληπιού,* 11(1), σελ. 17-27.

Μπιμπή, Μ., (2014). *Επιδεινούμενες επιπτώσεις στον τομέα Υγείας έχει η οικονομική κρίση.* Available at: http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231297524

ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ., (2010). *Η ασφαλής στελέχωση σώζει ζωές,* Λευκωσία: Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών.

Παπακωνσταντίνου, Γ. & Αναστασίου, Σ., (2013). *Αρχές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού :η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού της εκπαίδευσης.* Αθήνα: Gutenberg.

Παπακωνσταντίνου, Π. Ν. & Τούλιας, Β. Κ., (2005). *Σχεδιασμός και Υλοποίηση Εξειδικευμένης Εφαρμογής Διαχείρισης Ανθρωπίνων Πόρων,* Αθήνα: Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.

Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι., (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήμαντος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 7(6), σελ. 627-639.

Σακκά, Β. & Χαΐδου, Ι., (2009). *Συστήματα Διοίκησης ανθρώπινου Δυναμικού,* Δυτική Μακεδονία: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Μακεδονίας.

Σαχίνη-Καρδάση, Α., (1997). *Μεθοδολογία Έρευνας: εφαρμογές στον χώρο της υγείας.* Γ' επιμ. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ.

Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ. & Κυριόπουλος, Γ., (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις,* Αθήνα: Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.

Υπουργείο Υγείας, (2014). *Υπουργείο Υγείας.* Available at: http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument

Υφαντόπουλος, Γ. Ν., Μπαλούρδος, Δ. & Νικολόπουλος, Κ. Β., (2009). *Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας.* Αθήνα: Gutenberg.

Χατζηπαντελή, Π. Σ., (1999). *Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού: στελέχωση, παρακίνηση, αμοιβές, διαχείριση της υπαλληλικής σχέσης, εργασιακό κλίμα.* Αθήνα: Μεταίχμιο.