

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
"Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων"

Διπλωματική Εργασία

με τίτλο

**«Στελέχωση προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας στα Νοσοκομεία της 4^{ης}, 5^{ης},
6^{ης}, και 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας»**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Μαρίνα Λαμπράκη

Επιβλέπων Καθηγητής: Παναγιώτης Πρεζεράκος

Σπάρτη

2017

**Στελέχωση προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας στα Νοσοκομεία της
4^{ης}, 5^{ης}, 6^{ης}, και 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
"Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων"

Διπλωματική Εργασία

με τίτλο

**«Στελέχωση προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας στα Νοσοκομεία της 4^{ης}, 5^{ης},
6^{ης}, και 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας»**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Μαρίνα Λαμπράκη

Επιβλέπων Καθηγητής: Παναγιώτης Πρεζεράκος

Σπάρτη

2017

Περιεχόμενα

Περίληψη	7
Abstract.....	8
Εισαγωγή	9
1. Υγειονομικό εργατικό δυναμικό.....	11
1.1. Κατηγοριοποίηση Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού.....	11
1.2. Αριθμός εργαζόμενων στους Οργανισμούς Υγείας.....	13
1.3. Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα	14
1.4. Φύλο και ηλικία Υγειονομικού Δυναμικού	15
1.5. Κόστος υγειονομικού εργατικού δυναμικού.....	16
1.6. Κατανομή Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού	18
1.6.1. Άνιση κατανομή σε παγκόσμιο επίπεδο.....	18
1.6.2. Άνιση κατανομή εντός των χωρών.....	19
1.7. Επάρκεια Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού	20
1.7.1. Επάρκεια βασισμένη στις ανάγκες.....	21
1.8. Κόστος αντιμετώπισης της έλλειψης υγειονομικού εργατικού δυναμικού.....	24
1.9. Η σημασία του υγειονομικού εργατικού δυναμικού.....	25
1.10. Πλαίσιο και Προκλήσεις.....	27
2. Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων στον Τομέα της Υγείας.....	30
2.1. Ο ρόλος της ηγεσίας στο ανθρώπινο Δυναμικό για την Υγεία.....	30
2.2. Συνεργάτες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.....	31
2.3. Επαγγελματίες Υγείας.....	33
2.3.1. Νοσηλευτές και μαίες.....	33
2.3.2. Ιατροί.....	34
2.3.3. Συνεργάτες ιατρών	34
2.3.4. Άλλα στελέχη	35
2.3.5. Υγειονομικό εργατικό δυναμικό στην κοινότητα	35

2.4. Εκπαίδευση	36
2.4.1. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας	36
2.4.2. Επάρκεια και νομικά θέματα	37
2.5. Διατήρηση των εργαζομένων Υγείας στην εργασία τους.....	37
2.6. Στρατηγικός σχεδιασμός για την ενίσχυση του ανθρωπίνου δυναμικού στο χώρο της υγείας.....	39
2.6.1. Υπουργεία Υγείας.....	39
2.6.2. Επενδύσεις στον τομέα της υγείας	45
2.7. Υγειονομικό Εργατικό Δυναμικό και Υγεία του Πληθυσμού	49
3. Σκοπός.....	52
4. Μεθοδολογία.....	53
5. Αποτελέσματα.....	57
4 ^η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης.....	57
Γ.Ν. Καβάλας	59
Γ.Ν.Κιλκίς	62
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο.....	65
5 ^η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	68
Γ.Ν. Αμφισσας.....	70
Γ.Ν.Καρπενησίου	73
Γ.Ν.Λαμίας	76
6 ^η ΥΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.....	79
Γ.Ν.Ναυπλίου	81
Γ.Ν.Πύργου	84
Γ.Ν.Τρίπολης.....	87
Γ.Ν.Καλαμάτας	90
7 ^η ΥΠΕ Κρήτης.....	93
Γ.Ν.Αγίου Νικολάου	95

Γ.Ν.Η. Βενιζέλειο.....	97
Π.Γ.Ν.Ηρακλείου	99
Γ.Ν.Ρεθύμνου	101
Γ.Ν.Χανίων.....	103
Γ.Ν.Ιεράπετρας.....	105
Γ.Ν.Νεάπολης Διαλυνάκειο	107
Γ.Ν.Σητείας.....	108
6. Συζήτηση.....	110
7. Συμπεράσματα	113
Βιβλιογραφία	114

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι ανθρώπινοι πόροι αποτελούν τη σημαντικότερη δαπάνη στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η υποστελέχωση στα νοσοκομεία οδηγεί σε αυξημένο φόρτο εργασίας, χαμηλή ικανοποίηση του προσωπικού και χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάδειξη της υποστελέχωσης των Νοσοκομείων της 4^{ης}, 5^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} ΥΠΕ σε σύγκριση με τους ισχύοντες οργανισμούς των Νοσοκομείων αρμοδιότητας των παραπάνω Υγειονομικών Περιφερειών κατά την περίοδο 1η Ιανουαρίου 2012 έως και 30 Ιουνίου 2015.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για ποσοτική συγχρονική μελέτη. Για τη συλλογή των δεδομένων στάλθηκε στις διευθύνσεις των 4^{ης}, 5^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} ΥΠΕ επιστολή με την οποία ζητούνταν στοιχεία σχετικά με τη νοσηλευτική κίνηση και το προσωπικό για όλα τα νοσοκομεία της δικαιοδοσίας τους και για χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2012 έως 30 Ιουνίου 2015.

Αποτελέσματα: Στα νοσοκομεία της 4^{ης} ΥΠΕ, η επισκεψιμότητα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) παρουσιάζει αυξομειώσεις, ενώ στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) μειώνεται. Παράλληλα, ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων αυξάνεται από το 2012 μέχρι το 2013 και στη συνέχεια μειώνεται, ενώ το προσωπικό μειώθηκε κατά 13,4%. Στα νοσοκομεία της 5^{ης} ΥΠΕ, η επισκεψιμότητα στα ΤΕΙ και στο ΤΕΠ παρουσιάζει αυξομειώσεις, ενώ ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων μειώνεται από το 2012 μέχρι το 2013 και στη συνέχεια αυξάνεται. Το προσωπικό μειώθηκε κατά 14,9%. Το προσωπικό της 6^{ης} ΥΠΕ μειώθηκε από το 2012 έως το 2015 κατά 3,8%. Στα νοσοκομεία της 7^{ης} ΥΠΕ, η επισκεψιμότητα στα ΤΕΙ και στο ΤΕΠ αυξάνεται μέχρι το 2014 και στη συνέχεια μειώνεται. Παράλληλα, ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων μειώνεται.

Συμπεράσματα: Το προσωπικό των νοσοκομείων της 4^{ης}, 5^{ης} και 6^{ης} ΥΠΕ παρουσιάζει πτωτική τάση από το 2012 έως το 2015. Μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης έχουν το τεχνικό, το λοιπό και διοικητικό προσωπικό. Οι επαγγελματίες υγείας μειώνονται με μεγαλύτερη μείωση να εμφανίζει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Λέξεις κλειδιά: στελέχωση, ΥΠΕ, ΤΕΙ, ΤΕΠ, κλίνες

Abstract

Introduction: Human resources are the most significant cost to healthcare organizations. The understaffing in hospitals leads to increased workload, low levels of satisfaction of healthcare workers and low quality of healthcare services.

Aim: The aim of this study was to highlight the understaffing of hospitals of the 4th, 5th, 6th and 7th Regional Health Authorities in comparison with existing hospital organizations competence of these Regional Health Authorities in the period January 1, 2012 through June 30, 2015.

Methodology: This is a quantitative cross-sectional study. In order to collect the data, the researcher of the study sent a letter to the 4th, 5th, 6th and 7th Regional Health Authorities in which she requested information on nursing and staffing for all the hospitals under their jurisdiction and for the period January 2012 to 30 June 2015.

Results: In hospitals of 4 Regional Health Authorities, the visits at the outpatient infirmaries (TEI) has fluctuations, while in the emergency department (ED) decreases. Meanwhile, the number of admissions and hospitalized increased from 2012 to 2013 and then decreased, while the staff was reduced by 13.4%. In hospitals of 5 Regional Health Authorities, the visits in TEI and ED presents fluctuations, while the number of admissions and hospitalized patients decreased from 2012 to 2013 and then increased. The staff was reduced by 14.9%. The staff of 6 Regional Health Authorities decreased from 2012 to 2015 by 3.8%. In hospitals of 7 Regional Health Authorities, the visits in TEI and the ED increased until 2014 and then decreased. Meanwhile, the number of admissions and hospitalized decreased.

Conclusions: The hospital staff of 4th, 5th and 6th Regional Health Authorities downward trend from 2012 to 2015. The technical, administrative and other staff had increased percentage of reduction. Health care professionals are reduced while nurses had greater reduction.

Keywords: staffing, Regional Health Authorities, TEI, ED, nursing beds

Εισαγωγή

Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας είναι άτομα των οποίων η δουλειά είναι να προστατεύουν και να βελτιώνουν την υγεία των κοινοτήτων τους. Όλοι αυτοί οι εργαζόμενοι για την υγεία, στο σύνολο της ποικιλομορφίας τους, συνθέτουν το παγκόσμιο εργατικό δυναμικό της υγείας. Αυτή η έννοια προκύπτει από τον ορισμό του συστήματος υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), διότι περιλαμβάνει δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η βελτίωση της υγείας (Dal Poz et al., 2006).

Το υγειονομικό δυναμικό συμβάλλει σημαντικά και είναι κρίσιμης σημασίας για τη λειτουργία των περισσότερων συστημάτων υγείας. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των εργαζομένων στο χώρο της υγείας είναι γενικά περιορισμένα. Η έκθεση του ΠΟΥ είναι μια ρεαλιστική προσέγγιση και περιλαμβάνει όλους τους μισθωτούς που απασχολούνται σε οργανισμούς ή ιδρύματα των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να βελτιώσουν την υγεία των ασθενών. Ο ΠΟΥ εργάζεται για την ανάπτυξη ενός πιο λεπτομερούς, πρότυπου συστήματος ταξινόμησης για τους εργαζόμενους στην υγεία που θα επιτρέψει να εφαρμοστεί στο μέλλον ο χρυσός πρότυπος ορισμός (Dal Poz et al., 2006).

Υπάρχουν δύο είδη εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και ονομάζονται επαγγελματίες υγείας και η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τα άτομα που δεν ασχολούνται με την άμεση παροχή υπηρεσιών, αλλά με τις διοικητικές διαδικασίες και την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας. Η έκθεση του ΠΟΥ παρέχει πληροφορίες για διάφορες κατηγορίες παρόχων υπηρεσιών υγείας, αν και αυτές οι λεπτομέρειες είναι συχνά διαθέσιμες μόνο για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Για παράδειγμα, δεν περιλαμβάνουν στοιχεία για τους ανθρώπους που εργάζονται ένα μέρος του χρόνου τους για να βελτιώσουν την υγεία των ασθενών, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί που ασχολούνται κατά κόρον με ψυχικά ασθενείς. Επιπλέον, η συγκεκριμένη έκθεση δεν περιλαμβάνει εργαζόμενους άλλων κατηγοριών επαγγελμάτων που συμβάλλουν ζωτικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, παρόλο που ο τρόπος άσκησης των καθηκόντων δεν αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει, για παράδειγμα, το προσωπικό ασφαλείας, το οποίο επιβάλλει την εκάστοτε νομοθεσία και την τάξη στους χώρους των

υγειονομικών μονάδων. Τέλος, οι τρέχουσες μέθοδοι προσδιορισμού των εργαζομένων της υγείας δεν περιλαμβάνουν τους εργαζομένους εκείνους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας χωρίς να αμείβονται, όπως είναι οι εθελοντές.

Επιπλέον, οι επίσημες μετρήσεις του υγειονομικού δυναμικού συχνά παραλείπουν ανθρώπους που παρέχουν υπηρεσίες σε χώρους εκτός υγειονομικών μονάδων, όπως για παράδειγμα οι ιατροί που απασχολούνται σε ορυχεία ή γεωργικές επιχειρήσεις, επειδή θεωρούνται υπάλληλοι στην επιχείρηση εργοδότη. Σε χώρες που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από απογραφή, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε επιχειρήσεις μη υγειονομικού ενδιαφέροντος αποτελούν το 14% έως το 37% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας της χώρας. Ο αποκλεισμός τους από τις επίσημες καταγραφές οδηγεί σε μια ουσιαστική υποεκτίμηση του μεγέθους του υγειονομικού δυναμικού για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο υγειονομικό εργατικό δυναμικό σε παγκόσμιο επίπεδο ενώ η διαχείριση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της Υγείας αποτελεί αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο σκοπός της παρούσας μελέτης και στο τέταρτο η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παρουσιάζονται στο πέμπτο κεφάλαιο.

1. Υγειονομικό εργατικό δυναμικό

1.1. Κατηγοριοποίηση Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού

Η τρίτη έκδοση της Διεθνούς Τυποποιημένης Ταξινόμησης των Επαγγελματιών (ISCO), ενός διεθνούς συστήματος ταξινόμησης που συμφωνήθηκε από τα μέλη του Διεθνή Οργανισμού Εργασίας, εκδόθηκε το 1987 και είναι γνωστή ως ISCO-88 (ILO, 2016). Πολλές εθνικές ταξινομήσεις επαγγελματιών, καθώς και απογραφές και έρευνες που αφορούν το εργατικό δυναμικό μιας χώρας, χρησιμοποιούν μία από τις τρεις εκδόσεις ISCO. Επειδή το σύστημα χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση όλων των κατηγοριών εργαζομένων, η κατανομή που προβλέπεται για τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας δεν είναι πολύ λεπτομερής. Για αυτό το λόγο πολλά υπουργεία υγείας έχουν αναπτύξει τα δικά τους συστήματα κατάταξης. Ο ΠΟΥ κάνει μία προσπάθεια για τη δημιουργία ενός πιο λεπτομερούς και τυποποιημένου συστήματος ταξινόμησης για τους εργαζόμενους της υγείας που είναι συνεπής με την ISCO. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει την κατηγοριοποίηση του υγειονομικού δυναμικού που χρησιμοποιείται στις περισσότερες χώρες του κόσμου, οι οποίες χρησιμοποιούν το τριμήφιο σύστημα κωδικοποίησης ISCO (οι τετραμήφιοι κωδικοί αναφέρονται σε υποκατηγορίες).

Επίσης, ένα άλλο διεθνές σύστημα ταξινόμησης - το Διεθνές Πρότυπο Βιομηχανικής Ταξινόμησης όλων των οικονομικών δραστηριοτήτων (ISIC) - χρησιμοποιείται συνήθως για να καθορίσει τα διάφορα είδη οικονομικής δραστηριότητας σε μία χώρα. Στην ISIC, η υγεία θεωρείται μια ξεχωριστή βιομηχανία. Στον κλάδο της υγείας βρέθηκε τεράστιος αριθμός εργαζομένων με διαφορετική εκπαίδευση και πολλές κατηγορίες εργαζομένων, πολλές περισσότερες από τις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν τους στατιστικούς, τους προγραμματιστές ηλεκτρονικών υπολογιστών, τους λογιστές, τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους μάνατζερ, καθώς επίσης και διάφορα είδη υπαλλήλων και βοηθητικό προσωπικό, όπως οι οδηγοί, οι καθαρίστριες, οι εργαζόμενοι στα πλυντήρια και το προσωπικό εστίασης. Οι άνθρωποι που βοηθούν το σύστημα υγείας να λειτουργήσει, αλλά δεν παρέχουν υπηρεσίες υγείας απευθείας στον πληθυσμό συνήθως ξεχνιούνται και δεν αναφέρονται σε συζητήσεις που αφορούν το εργατικό δυναμικό της υγείας. Αυτά τα άτομα εκτελούν μια ποικιλία καθηκόντων, όπως διανομή φαρμάκων, συντήρηση κτηρίων και εξοπλισμού και

σχεδιασμό και καθορισμό κατευθύνσεων για το σύστημα ως σύνολο. Εάν οι διοικητικοί υπάλληλοι και το βοηθητικό προσωπικό δεν είναι επαρκές σε αριθμό και δεν έχουν τις κατάλληλες δεξιότητες, ο Οργανισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει. Για παράδειγμα, οι μισθοί δεν θα καταβληθούν και τα φάρμακα δεν θα διανεμηθούν στις επιμέρους κλινικές.

Μερικά παραδείγματα διαφόρων τύπων επαγγελμάτων που περιλαμβάνονται στην κατάταξη της βιομηχανίας της υγείας παρέχονται στον πίνακα 1. Η έκθεση κατηγοριοποιεί το υγειονομικό δυναμικό σε δύο κατηγορίες σύμφωνα με τον κώδικα ISCO. Οι άνθρωποι που χαρακτηρίζονται με τους κωδικούς επαγγέλματος για τις ομάδες 1-5 στον πίνακα είναι «πάροχοι υπηρεσιών υγείας», ενώ άλλοι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας ονομάζονται «διοικητικοί υπάλληλοι και βοηθητικό προσωπικό».

Πίνακας 1. Επαγγελματικές ταξινομήσεις του υγειονομικού δυναμικού

Ομάδες ISCO των παρόχων υπηρεσιών υγείας	Είδος	Κωδικός ISCO
1. Επαγγελματίες Υγείας (εκτός από νοσηλευτές)	Επαγγελματίες	222
2. Νοσηλευτικές και Μαιευτές/Μαίες	Επαγγελματίες	223
3. Βοηθοί επαγγελματιών υγείας (εκτός νοσηλευτών)	Βοηθοί	322
4. Βοηθοί νοσηλευτών και Μαιευτών/Μαιών	Βοηθοί	323
5. Παραδοσιακοί πρακτικοί και θεραπευτές πίστης	Βοηθοί	324
Παραδείγματα άλλων επαγγελμάτων που εμπλέκονται στον κλάδο της υγείας		
6. Επαγγελματίες πληροφορικής	Επαγγελματίες	213
7. Επαγγελματίες κοινωνικών επιστημών και συναφή επαγγέλματα	Επαγγελματίες	244
8. Βοηθοί διοικητικών υπαλλήλων	Βοηθοί	343
9. Γραμματείς	Διοικητικοί υπάλληλοι	411
10. Ελαιοχρωματιστές, κτίστες, καθαριστές και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	Τεχνίτες και συναφή επαγγέλματα	714

1.2. Αριθμός εργαζόμενων στους Οργανισμούς Υγείας

Ο ΠΟΥ έχει εκδώσει τον «Παγκόσμιο Άτλαντα του υγειονομικού δυναμικού» (WHO, 2016). Τα δεδομένα είναι γενικά πιο πλήρη για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας από ότι για τους διοικητικούς υπαλλήλους και το βοηθητικό προσωπικό. Εκτιμάται ότι το σύνολο του υγειονομικού δυναμικού παγκοσμίως είναι 59 εκατομμύρια (πίνακας 2). Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας αντιπροσωπεύουν το 67% του συνόλου των εργαζομένων για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο και το 57% της Αμερικής. Μία ανάλυση του επιπέδου του εθνικού εισοδήματος μίας χώρας δείχνει ότι οι διοικητικοί υπάλληλοι και το βοηθητικό προσωπικό υπερτερούν ελαφρώς σε αριθμό τους παρόχους υπηρεσιών υγείας στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας τυπικά αποτελούν πάνω από το 70% του συνολικού εργατικού δυναμικού της υγείας.

Στην κατηγορία των παρόχων υπηρεσιών υγείας, η προσοχή εστιάζεται συχνά στην αναλογία των νοσηλευτών (και μαιών) με τους ιατρούς, αν και οι ακριβείς αριθμοί και το μίγμα που είναι απαραίτητα για ένα σύστημα υγείας να λειτουργεί αποδοτικά και αποτελεσματικά παραμένει ασαφές (Buchan&DalPoz, 2002, Zurn et al., 2005). Ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1.000 ιατρούς ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, είναι υψηλότερος στην Αφρικανική περιοχή, εν μέρει λόγω του πολύ μικρού αριθμού των ιατρών ανά 1000 κατοίκων και χαμηλότερος στην περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού. Υπάρχει, επίσης, σημαντική ανομοιογένεια μεταξύ των περιφερειών εντός των χωρών. Για παράδειγμα, εκεί στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι περίπου τέσσερις νοσηλευτές ανά έναν ιατρό, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες στην περιοχή της Αμερικής, όπως η Χιλή, το Ελ Σαλβαδόρ, το Μεξικό και το Περού, έχουν περισσότερους ιατρούς από νοσηλευτές. Ομοίως, στην Ευρώπη, υπάρχει σχεδόν ένας ιατρός για κάθε νοσηλευτή στην Πορτογαλία και στην Τουρκία, αλλά περίπου πέντε νοσηλευτές για κάθε ιατρό στη Νορβηγία και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Πίνακας 2. Υγειονομικό δυναμικό παγκοσμίως

Περιοχή	Συνολικό υγειονομικό δυναμικό		Πάροχοι υπηρεσιών υγείας		Διοικητικό και Βοηθητικό προσωπικό	
	Αριθμός	ανά 1000 κατοίκους	Αριθμός	% συνόλου υγειονομικού δυναμικού	Αριθμός	% συνόλου υγειονομικού δυναμικού
Αφρική	1,640,000	2,3	1,360,000	8	280,000	17
Ανατολική Μεσόγειος	2,100,000	4,0	1,580,000	75	520,000	25
Νοτιο-Ανατολική Ασία	7,040,000	4,3	4,730,000	67	2,300,000	33
Δυτικός Ειρηνικός	10,070,000	5,8	7,810,000	78	2,260,000	23
Ευρώπη	16,630,000	18,9	11,540,000	69	5,090,000	31
Αμερική	21,740,000	24,8	12,460,000	57	9,280,000	43
Συνολικά	59,220,000	9,3	39,470,000	67	19,750,000	33

Πηγή: (WHO, 2016)

1.3. Εργαζόμενοι στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα

Τα περισσότερα στοιχεία για την κατανομή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα περιγράφουν ποιος είναι ο κύριος εργοδότης του εργαζομένου και όχι από που προέρχονται τα χρήματα με τα οποία πληρώνονται οι εργαζόμενοι. Αυτή η πληροφορία δείχνει ότι η πλειοψηφία των παρόχων υπηρεσιών υγείας σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες αναφέρουν την κύρια θέση εργασίας τους το δημόσιο τομέα, σχεδόν περισσότερο από το 70% των ιατρών και περισσότερο από το 50% των άλλων κατηγοριών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Για τις χώρες υψηλού εισοδήματος οι πληροφορίες είναι ανεπαρκείς και δεν μπορεί να γίνει παρόμοια ανάλυση. Όμως τα ποσοστά του υγειονομικού δυναμικού που απασχολείται στο δημόσιο τομέα είναι χαμηλότερα, επειδή ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματος εκείνων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα προέρχεται απευθείας από

το δημόσιο ταμείο. Το ίδιο ισχύει και για τους παρόχους που απασχολούνται ως εθελοντές και για τις μη κυβερνητικές οργανώσεις.

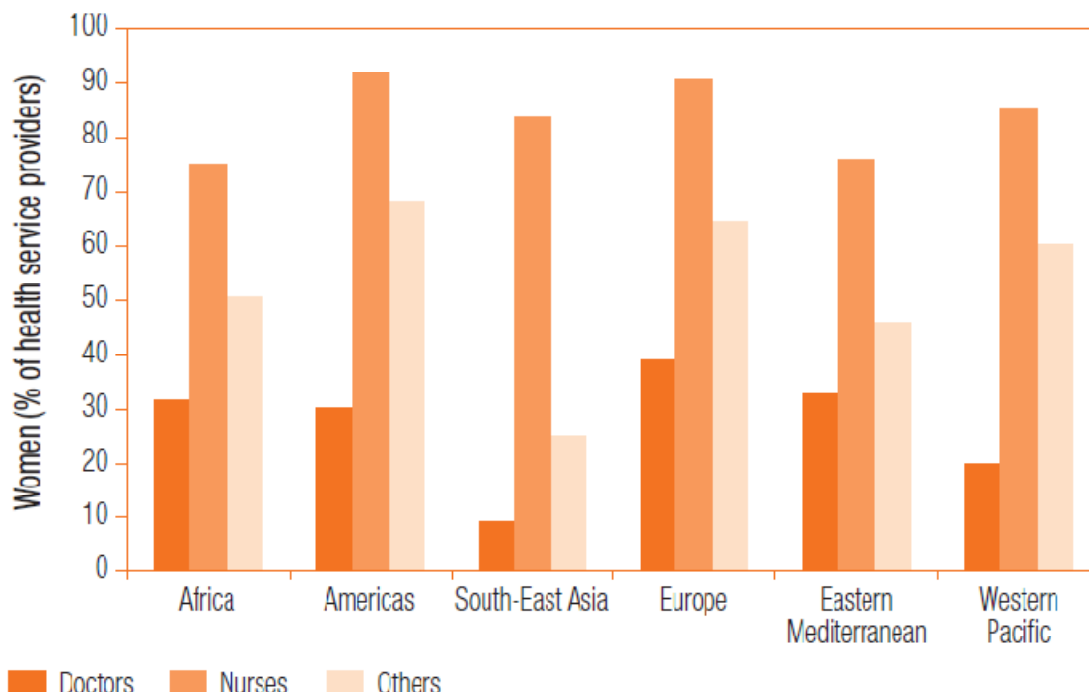
Αυτοί οι γενικοί μέσοι όροι δείχνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών με το ίδιο επίπεδο εισοδήματος ή στην ίδια γεωγραφική περιοχή. Για παράδειγμα, ενώ το 70% των ιατρών στην υποσαχάρια Αφρική απασχολούνται στο δημόσιο τομέα, σε έξι χώρες στην Αφρική περισσότερο από το 60% των ιατρών απασχολούνται τυπικά στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, ακόμη και σε χώρες όπου ο δημόσιος τομέας είναι ο κύριος εργοδότης, οι εργαζόμενοι του δημόσιου τομέα συμπληρώνουν συχνά το εισόδημά τους με εργασία στον ιδιωτικό τομέα ή λαμβάνουν ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους απευθείας από τους ασθενείς και όχι από το κράτος (Ferrinhoetal., 2004).

1.4. Φύλο και ηλικία Υγειονομικού Δυναμικού

Το σχήμα 1 απεικονίζει τη μέση κατανομή των γυναικών στους παρόχους υπηρεσιών υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου. Οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες για την κατανομή του φύλου στο διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό είναι ανεπαρκείς. Οι άνδρες κυριαρχούν στο ιατρικό επάγγελμα και στις άλλες κατηγορίες οι γυναίκες. Υπάρχουν, όμως και εξαιρέσεις. Στη Μογγολία, στη Ρωσική Ομοσπονδία, σε μια σειρά από άλλες πρώην σοβιετικές δημοκρατίες και στο Σουδάν υπάρχουν περισσότερες γυναίκες ιατροί από τους άνδρες. Επιπλέον, οι γυναίκες σημειώνουν σημαντική πρόοδο σε ορισμένες περιοχές. Η αναλογία των γυναικών ιατρών στην Ευρώπη αυξήθηκε σταθερά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, όπως και το ποσοστό των γυναικών που σπουδάζουν στα Πανεπιστήμια ιατρικής (Gupta et al., 2003). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, οι γυναίκες σήμερα αποτελούν έως και το 70% των φοιτητών στις ιατρικές σχολές (Dubois et al., 2005).

Από τις περιορισμένες πληροφορίες που υπάρχουν σχετικά με τις ηλικίες των επαγγελματιών υγείας σε διάφορους χώρους, δεν μπορούν να παρατηρηθούν γενικά πρότυπα, αν και κάποιες πληροφορίες είναι διαθέσιμες για συγκεκριμένες χώρες. Για παράδειγμα, με την πάροδο του χρόνου έχει σημειωθεί αύξηση του μέσου όρου ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού σε διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ, μεταξύ των οποίων το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες (Buchan, 1999, Buerhausetal., 2000). Συστήματα καταγραφής και ενημέρωσης του αριθμού των

εργαζομένων στο χώρο της υγείας συνήθως δεν υπάρχουν, γεγονός το οποίο αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την ανάπτυξη πολιτικών βασισμένες σε ενδείξεις για τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων.



Σχήμα 1. Κατανομή γυναικών στο υγειονομικό δυναμικό ανά χώρα κατά ΠΟΥ

1.5. Κόστος υγειονομικού εργατικού δυναμικού

Ο μεγάλος αριθμός του υγειονομικού προσωπικού παγκοσμίως, αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του συνόλου του εργατικού δυναμικού. Σε γενικές γραμμές, το ποσοστό του υγειονομικού δυναμικού είναι υψηλότερο στις πλουσιότερες χώρες σε σχέση με φτωχότερες και μπορεί να αντιπροσωπεύει έως και το 13% του συνολικού του εργατικού δυναμικού. Οι πληρωμές των μισθών και των λοιπών παροχών προς τους εργαζόμενους για την υγεία είναι επίσης μια σημαντική συνιστώσα των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού (πίνακας 3). Οι μισθοί του υγειονομικού δυναμικού αποτελούν συνήθως το 42% του συνόλου των γενικών δαπανών για την υγεία μίας χώρας, αν και υπάρχουν περιφερειακές και εθνικές διακυμάνσεις γύρω από αυτό το μέσο όρο (Hernandez et al., 2016). Για παράδειγμα, οι κυβερνήσεις στην Αφρική και στη Νοτιοανατολική Ασία συνήθως έχουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις άλλες περιοχές.

Πληροφορίες για τον ιδιωτικό τομέα μόνο δεν είναι διαθέσιμες. Δεδομένα από 43 χώρες, ωστόσο, που αφορούν το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία(συμπεριλαμβανομένου του κόστους κεφαλαίου)από όλες τις πηγές, κυβερνητικές και μη κυβερνητικές, περιλαμβάνουν τους μισθούς και τα επιδόματα ή τις παροχές. Κατά μέσο όρο, οι πληρωμές για το εργατικό δυναμικό στο χώρο της υγείας είναι λίγο κάτω από το 50% των συνολικών δαπανών για την υγεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι πληρωμές του υγειονομικού εργατικού δυναμικού στον ιδιωτικό τομέα αποτελούν υψηλότερο ποσοστό των συνολικών δαπανών σε σχέση με το δημόσιο τομέα. Θα πρέπει, όμως, να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι πληρωμές στους παρόχους υπηρεσιών υγείας γίνονται απευθείας από τους ασθενείς ή το περιβάλλον τους. Αυτές οι περιπτώσεις δεν καταγράφονται σε επίσημα αρχεία μισθοδοσίας.

Οι διαχρονικές τάσεις για την αναλογία των αμοιβών, μισθών και επιδομάτων, σε κρατικές δαπάνες για την υγεία είναι διαθέσιμες μόνο για 12 χώρες. Οι τάσεις για το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία που καταβάλλονται στους υγειονομικό εργατικό δυναμικό, όπως ημερομίσθια, μισθοί και επιδόματα είναι διαθέσιμες για άλλες 24 χώρες. Το ποσοστό αυξήθηκε σε ορισμένες χώρες και μειώθηκε σε άλλες, ενώ το μέσο κόστος σε όλες τις χώρες είναι διαχρονικά σταθερό.

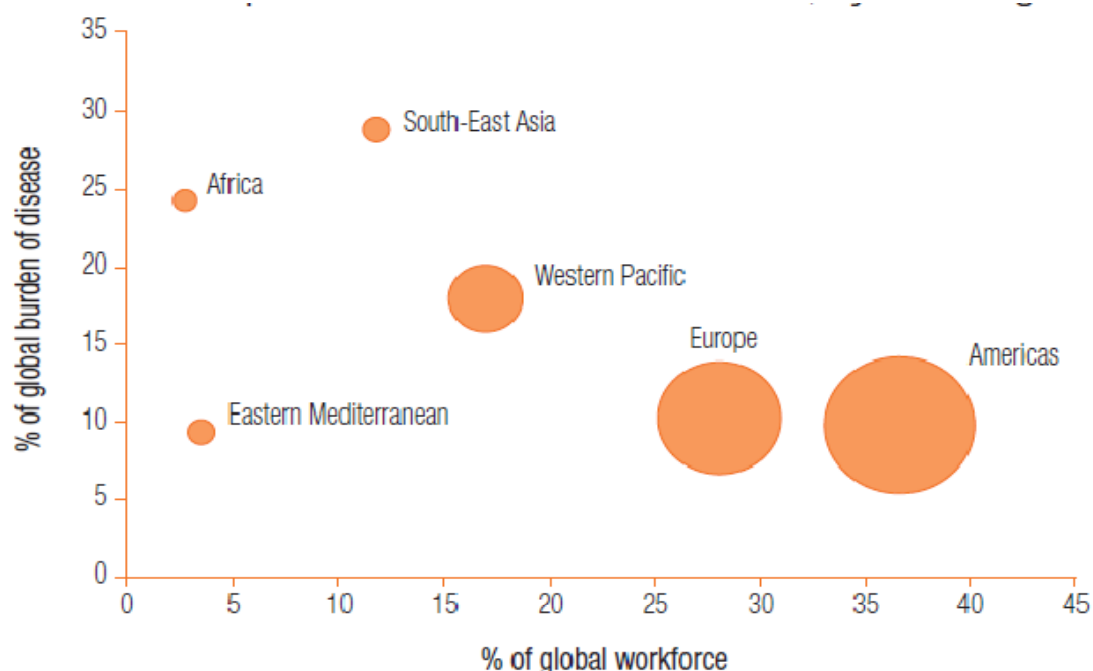
Πίνακας 3. Ποσοστό κρατικών δαπανών για τις αμοιβές του υγειονομικού εργατικού δυναμικού

Περιοχή	Αμοιβές και επιδόματα των εργαζομένων ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών (GGHE)	Αριθμός χωρών με διαθέσιμα δεδομένα
Αφρική	29,5	14
Ανατολική Μεσόγειος	35,5	2
Νοτιο-Ανατολική Ασία	42,3	18
Δυτικός Ειρηνικός	45	7
Ευρώπη	49,8	17
Αμερική	50,8	5
Συνολικά	42,2	64

1.6. Κατανομή Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού

1.6.1. Άνιση κατανομή σε παγκόσμιο επίπεδο

Η κατανομή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι άνιση. Οι χώρες με τη χαμηλότερη σχετική ανάγκη έχουν το μεγαλύτερο αριθμό υγειονομικού εργατικού δυναμικού, ενώ εκείνες με τη μεγαλύτερη βαρύτητα νόσων έχουν πολύ μικρότερο σε αριθμό προσωπικό στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό το μοτίβο απεικονίζεται στο σχήμα 2, όπου ο κάθετος άξονας δείχνει τη βαρύτητα της νόσου, ο οριζόντιος άξονας τον αριθμό των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και το μέγεθος των κουκκίδων αντιπροσωπεύει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Η Περιφέρεια της Αμερικής, η οποία περιλαμβάνει τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει μόνο το 10% της παγκόσμιας βαρύτητας νόσων. Παρόλα αυτά σχεδόν το 37% του παγκόσμιου υγειονομικού εργατικού δυναμικού ζει σε αυτή την περιοχή και ξοδεύεται περισσότερο από το 50% των παγκόσμιων οικονομικών πόρων για την υγεία. Σε αντίθεση, οι περιοχές στην Αφρική έχουν περισσότερο από το 24% της παγκόσμιας βαρύτητας νόσων και απασχολείται μόνο το 3% παγκόσμιου υγειονομικού εργατικού δυναμικού, ενώ ξοδεύονται λιγότερο από το 1% των παγκόσμιων οικονομικών πόρων (Speybroeck et al., 2006).



Σχήμα 2. Κατανομή υγειονομικού εργατικού δυναμικού ανά δαπάνη υγείας και ανά βαρύτητα νόσου κατά περιοχή ΠΟΥ (WHO, 2005, WHO, 2016).

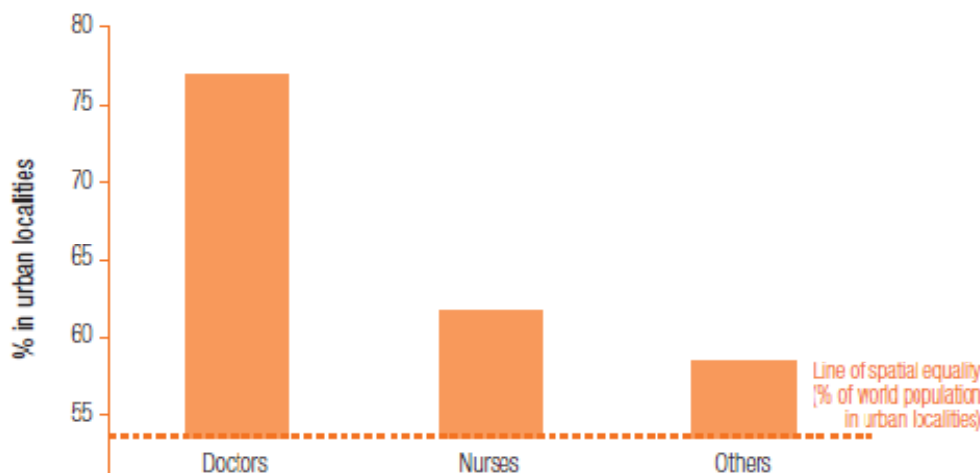
1.6.2. Άνιση κατανομή εντός των χωρών

Εντός των περιοχών και των χωρών, η πρόσβαση στους εργαζομένους στο χώρο της υγείας είναι επίσης άνιση. Για παράδειγμα, στο Βιετνάμ η μέση αναλογία παρόχου υπηρεσιών υγείας ανά 1000 άτομα είναι περίπου ένα, αλλά αυτή η εικόνα κρύβει σημαντικές διαφορές. Στην πραγματικότητα, η αναλογία σε 37 από τις 61 επαρχίες του Βιετνάμ είναι κάτω από τον εθνικό μέσο όρο, ενώ στο άλλο άκρο σε μια επαρχία η αναλογία παρόχων υπηρεσιών υγείας ανά 1000 άτομα είναι τέσσερα (Prasad et al., 2006). Παρόμοιες παραλλαγές υπάρχουν και σε άλλες χώρες (Sousa et al., 2006).

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τη γεωγραφική διακύμανση που παρατηρείται στην πυκνότητα του υγειονομικού εργατικού δυναμικού. Περιοχές με πανεπιστημιακά νοσοκομεία και έναν πληθυσμό που μπορεί να αντέξει οικονομικά να πληρώσει για τις υπηρεσίες υγείας προσελκύουν πάντα περισσότερους εργαζομένους στο χώρο της υγείας από τις περιοχές χωρίς τέτοιες εγκαταστάσεις ή οικονομική υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, η πυκνότητα του υγειονομικού εργατικού δυναμικού είναι γενικά υψηλότερη στα αστικά κέντρα, όπου τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τα υψηλά εισοδήματα είναι πιο συχνά. Αν και ο βαθμός αστικοποίησης αυξάνει μεταξύ των χωρών λόγω της αύξησης του εισοδήματος, στις χώρες όλων των επιπέδων εισοδήματος το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που ζουν στις αστικές περιοχές είναι μεγαλύτερο του μέσου όρου της χώρας τους. Αυτό είναι ιδιαίτερα για την περίπτωση των ιατρών, όπως φαίνεται στο σχήμα 3, όπου η κόκκινη διακεκομμένη γραμμή δείχνει ότι, ενώ λιγότερο από το 55% όλων των ανθρώπων ζουν σε αστικές περιοχές, περισσότερο από το 75% των ιατρών, περισσότερο από το 60% των νοσηλευτών και το 58% των λοιπών εργαζομένων στην υγεία ζουν σε αστικές περιοχές.

Σε πολλές χώρες, οι γυναίκες πάροχοι υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα σπάνιες σε αγροτικές περιοχές, κυρίως επειδή εν μέρει δεν είναι ασφαλές για τις γυναίκες εργαζόμενες να ζουν μόνες τους σε ορισμένες απομονωμένες περιοχές. Βέβαια, υπάρχουν μερικές αξιοσημείωτες εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, η Αιθιοπία και το Πακιστάν είναι από τις χώρες εκείνες που έχουν επιδιώξει ενεργά να προσλάβουν και να εκπαιδεύσουν γυναίκες επαγγελματίες υγείας για να εργαστούν στις αγροτικές

περιοχές. Στην Αιθιοπία ονομάζονται health extension workers και στο Πακιστάν lady health workers και lady health visitors.



Σχήμα 3. Κατανομή υγειονομικού εργατικού δυναμικού στις αγροτικές περιοχές.

1.7. Επάρκεια Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού

Ενώ είναι αδιαμφισβήτητο ότι η γεωγραφική κατανομή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας είναι άνιση μεταξύ των χωρών, σε ορισμένες περιπτώσεις η ισότητα δεν είναι καν επιθυμητή. Για παράδειγμα, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία πρέπει να βρίσκονται σε στρατηγική θέση και γύρω τους να υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Σε κάποιο βαθμό η γεωγραφική διακύμανση του αριθμού των εργαζομένων στο χώρο της υγείας είναι αποδεκτή. Τα ποσοστά κάλυψης είναι γενικά χαμηλότερα σε περιοχές με σχετικά χαμηλό αριθμό επαγγελματιών υγείας, σε σύγκριση με εκείνες που έχουν υψηλότερο αριθμό. Αυτή η σχέση μπορεί να παρατηρηθεί τόσο μεταξύ των χωρών όσο και στο εσωτερικό τους. Για παράδειγμα, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι χώρες με υψηλότερη πυκνότητα εργαζομένων στο χώρο της υγείας πετυχαίνουν υψηλότερα επίπεδα εμβολιασμού κατά της ιλαράς και κάλυψη με προγεννητική φροντίδα (Chenetal., 2004, Speybroecketal., 2006).

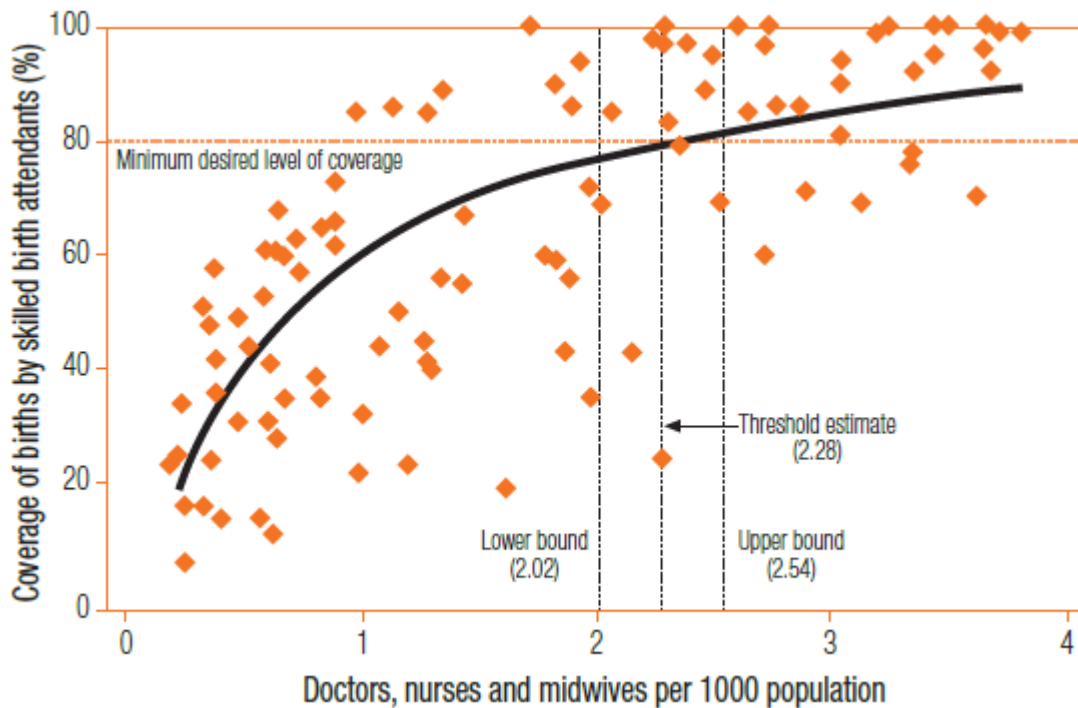
Η συσχέτιση μεταξύ της διαθεσιμότητας των εργαζομένων για την υγεία και του αριθμού των παρεμβάσεων που γίνονται δείχνει ότι η υγεία των πολιτών υποφέρει όταν οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας είναι ανεπαρκείς (Prasadetal., 2006, Sousaetal., 2006, Speybroecketal., 2006, Tandonetal., 2006). Παρόλα αυτά, δεν

υπάρχουν χρυσά πρότυπα για την αξιολόγηση της αριθμητικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας.

1.7.1. Επάρκεια βασισμένη στις ανάγκες

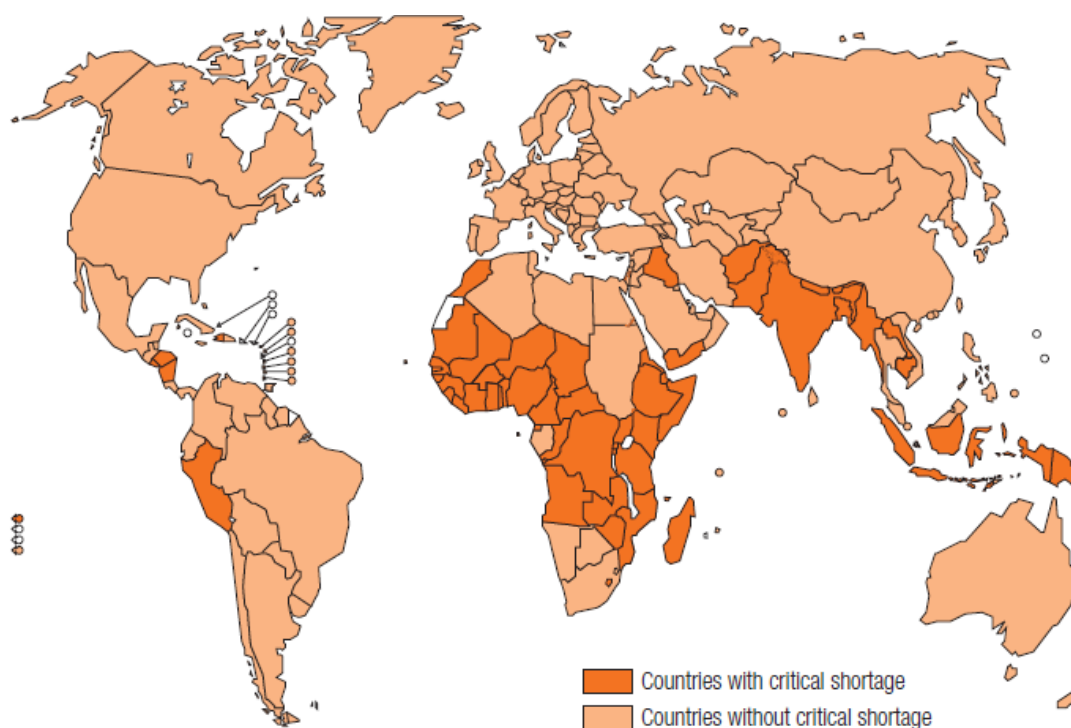
Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας (συμπεριλαμβανομένων της κλιμάκωσης των παρεμβάσεων για τον ιό HIV / AIDS) έχουν ως αποτέλεσμα την αναγνώριση και τον προσδιορισμό των ελλείψεων εργατικού δυναμικού εντός και μεταξύ των χωρών ως επί το πλείστο χαμηλού εισοδήματος. Στη βιβλιογραφία HIV / AIDS, η κλιμάκωση της θεραπείας με αντιρετροϊκά φάρμακα υπολογίζεται ότι απαιτεί το 20% έως και 50% των διαθέσιμων επαγγελματιών υγείας σε τέσσερις χώρες της Αφρικής και λιγότερο από το 10% σε άλλες 10 χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα (Smith, 2004). Η παγκόσμια έκθεση για την υγεία το 2005 υπολόγισε ότι θα πρέπει να εκπαιδευτούν σε παγκόσμιο επίπεδο τα επόμενα έτη 334.000 ειδικευμένες μαίες για να φθάσει η κάλυψη των γεννήσεων το 72% (WHO, 2005).

Για να επιτευχθεί μια συνολική εκτίμηση της έλλειψης προσωπικού στον τομέα της υγείας, η κοινή Πρωτοβουλία για τη μάθηση (JLI), ένα δίκτυο παγκόσμιων ηγετών για την υγεία που ξεκίνησε από το Ίδρυμα Ροκφέλερ, πρότεινε ότι κατά μέσο όρο, οι χώρες με επαγγελματίες υγείας (μετρώντας μόνο τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τις μαίες) λιγότερους από 2,5 ανά 1000 άτομα πληθυσμού δεν κατάφεραν να πετύχουν ποσοστό κάλυψης 80% για τις γεννήσεις με εξειδικευμένο προσωπικό ή για την ανοσοποίηση της ιλαράς (Chen et al., 2004). Αυτή η μέθοδος καθορισμού μιας έλλειψης προσωπικού, είτε παγκόσμια είτε εντός μίας χώρας, οδηγείται εν μέρει από την απόφαση να οριστεί το ελάχιστο επιθυμητό επίπεδο κάλυψης στο 80% και εν μέρει από την εμπειρική αναγνώριση της πυκνότητας του υγειονομικού εργατικού δυναμικού που σχετίζεται με αυτό το επίπεδο κάλυψης (σχήμα 4).



Σχήμα 4. Πυκνότητα επαγγελματιών υγείας που απαιτούνται για να διασφαλιστεί παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού στις γεννήσεις (United Nations Population Division, 2004, WHO, 2016).

Σύμφωνα με την ανάλυση JLI η αναλογία 2,28 επαγγελματίες υγείας ανά 1000 άτομα πληθυσμού, που κυμαίνονται από 2,02 έως 2,54, εγείρει θέματα ασφάλειας για τους ασθενείς. Οι 57 χώρες που βρίσκονται κάτω από αυτό το όριο και οι οποίες αδυνατούν να πετύχουν το 80% επίπεδο κάλυψης χαρακτηρίζονται ως έχοντες σοβαρή έλλειψη προσωπικού. Από τις 57 χώρες, οι 36 βρίσκονται στην υπο-Σαχάρια Αφρική (σχήμα 5). Προκειμένου όλες αυτές οι χώρες να φθάσουν τα επίπεδα-στόχο των επαγγελματιών υγείας θα χρειαστούν επιπλέον 2,4 εκατομμύρια εργαζόμενοι σε παγκόσμιο επίπεδο (πίνακας 4). Τα ανώτερα και κατώτερα όρια της εκτιμώμενης κρίσιμης έλλειψης προσωπικού είναι 3.000.000 και 1.700.000 αντίστοιχα. Η απαίτηση αυτή αντιπροσωπεύει μόνο τρεις κατηγορίες παρόχων υπηρεσιών υγείας. Πολλαπλασιάζοντας την έλλειψη των 2,4 εκατομμυρίων επί 1,8, το οποίο είναι η μέση αναλογία στο σύνολο επαγγελματιών υγείας σε ιατρούς, νοσηλευτές και μαίες που παρατηρήθηκαν σε όλες τις περιοχές του ΠΟΥ (εκτός από την Ευρώπη, όπου δεν υπήρχαν σημαντικές ελλείψεις σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια), η παγκόσμια έλλειψη προσωπικού αγγίζει τα 4,3 εκατομμύρια επαγγελματίες υγείας.



Σχήμα 5. Χώρες με σοβαρή έλλειψη επαγγελματιών υγείας (WHO, 2016).

Πίνακας 4. Εκτιμώμενες σοβαρές ελλείψεις ιατρών, νοσηλευτών και μαιών ανά περιοχή ΠΟΥ

Περιοχή	Αριθμός χωρών		Χώρες με έλλειψη		
	Σύνολο	Με ελλείψεις	Αριθμός εργαζομένων	Εκτιμώμενη έλλειψη	Απαιτούμενη ποσοστιαία αύξηση
Αφρική	46	36	590,198	817,992	139
Αμερική	35	5	93,603	37,886	40
Νοτιο-Ανατολική Ασία	11	6	2,332,054	1,164,001	50
Ευρώπη	52	0	Άγνωστο	Άγνωστο	Άγνωστο
Ανατολική Μεσόγειος	2	7	312,613	306,031	98
Δυτικός Ειρηνικός	27	3	27,260	32,560	119
Συνολικά	192	57	3,355,728	2,358,470	70

ΠΗΓΗ: WHO, 2006.

Σε απόλυτους όρους, η μεγαλύτερη έλλειψη συμβαίνει στη Νοτιοανατολική Ασία, με κύριες χώρες το Μπαγκλαντές, την Ινδία και την Ινδονησία. Η μεγαλύτερη ανάγκη υπάρχει στην υποσαχάρια Αφρική, όπου χρειάζεται αύξηση του αριθμού του υγειονομικού εργατικού δυναμικού τουλάχιστον κατά 140%.

Οι εκτιμήσεις αυτές τονίζουν την επιτακτική ανάγκη για περισσότερους εργαζομένους στο χώρο της υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί ακόμα και μέτρια κάλυψη στις χώρες που βρίσκονται περισσότερο σε ανάγκη. Η αύξηση του αριθμού των εργαζομένων στο χώρο της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από μερικούς καθοριστικούς παράγοντες, όπως το επίπεδο του εισοδήματος και εκπαίδευσης στην κοινότητα (Sousa et al., 2006, Speybroeck et al., 2006). Επιπλέον, οι οικονομικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την έλλειψη προσωπικού, όχι μόνο από την άποψη του μισθού, αλλά από την ανάγκη να ταυτιστεί η ανεργία του υγειονομικού εργατικού δυναμικού με την ανεργία των υπολοίπων κατηγοριών επαγγελματιών (Speybroeck et al., 2006).

1.8. Κόστος αντιμετώπισης της έλλειψης υγειονομικού εργατικού δυναμικού

Η αντιμετώπιση του ελλείμματος μέσω της εκπαίδευσης απαιτεί μια σημαντική επένδυση. Σύμφωνα με τις ανάγκες σε επαγγελματίες υγείας των χωρών το 2015, το ετήσιο κόστος εκπαίδευσης κυμαίνεται από 1,6 εκατομμύρια δολάρια Αμερικής ανά μικρή χώρα ετησίως έως σχεδόν 2 δισεκατομμύρια δολάρια Αμερικής ανά μεγάλη χώρα ετησίως όπως είναι η Ινδία. Η χρηματοδότηση αυτή θα απαιτήσει να αυξηθούν οι δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο κατά 2,80 δολάρια Αμερικής ανά άτομο ετησίως (το εύρος είναι από 0,40 δολάρια Αμερικής σε μόλις πάνω από 11 δολάρια Αμερικής), μία αύξηση περίπου κατά 11% από τα επίπεδα του 2004 (Verboom et al., 2006).

Η εκτίμηση αυτή περιορίζεται σε ιατρούς, νοσηλευτές και μαίες, δηλαδή για κατηγορίες εργαζομένων για τις οποίες τα δεδομένα σχετικά με τον αριθμό του εργατικού δυναμικού και το κόστος της εκπαίδευσης είναι πιο πλήρη, ώστε να μπορεί να οριστεί το κατώτατο όριο. Στους υπολογισμούς, ο αριθμός στόχος των επαγγελματιών υγείας έχει προσαρμοστεί προς τα πάνω, ώστε να προλάβει τη συνεχή αύξηση του πληθυσμού. Παρόμοια, ο στόχος των φοιτητών έχει προσαρμοστεί και αυτός προς τα επάνω ώστε να προβλέψει την αλλαγή επαγγέλματος ορισμένων

φοιτητών. Όμως, τα δεδομένα για το κόστος εκπαίδευσης ανά συγκεκριμένη περιοχή είναι περιορισμένα.

Αυτές οι εκτιμήσεις υποθέτουν επίσης ότι θα συνεχίσουν οι σημερινές τάσεις και τα πρότυπα εκπαίδευσης. Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης των ελλείψεων επαγγελματιών υγείας είναι ο στόχος αύξησης της παραγωγικότητας, τα κίνητρα του σημερινού εργατικού δυναμικού και η αλλαγή του μείγματος δεξιοτήτων των εργαζομένων στο χώρο της υγείας.

Το πρόσθετο ετήσιο κόστος για την πρόσληψη νέων ιατρών, νοσηλευτών και μαιών αμέσως μετά την εκπαίδευσή τους έχει υπολογιστεί σε 311 εκατομμύρια δολάρια Αμερικής ανά χώρα. Για να καλυφθούν όλες οι οικονομικές ανάγκες των νεοπροσληθέντων επαγγελματιών υγείας, με δεδομένα του 2015, θα χρειαστεί αύξηση της κατά κεφαλής δαπάνης κατά 7,50 δολάρια Αμερικής ανά άτομο ανά έτος. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι το χαμηλότερο κόστος, επειδή μπορεί σε κάποιες χώρες να παρατηρηθούν αυξήσεις στους μισθούς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η έκταση της απαιτούμενης αύξησης είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, εν μέρει επειδή οι μισθοί στις χώρες της έλλειψης προσωπικού μπορεί να είναι έως και 15 φορές μικρότεροι από εκείνες τις χώρες που είναι δημοφιλείς προορισμοί για τους μετανάστες (Vujić et al., 2004). Το Millennium project κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για να επιτευχθούν οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας οι μισθοί θα πρέπει να διπλασιαστούν (Millennium Development Goals, 2004). Αυτό σημαίνει ότι το τρέχον ετήσιο κόστος των μισθών θα αυξηθεί κατά 53 δισεκατομμύρια δολάρια Αμερικής στις 57 χώρες. Εάν συμβεί αυτό, τότε οι ετήσιες δαπάνες για την υγεία πρέπει να αυξηθούν κατά 20 δολάρια Αμερικής ανά άτομο, 75% αύξηση των επιπέδων του 2004.

1.9. Η σημασία του υγειονομικού εργατικού δυναμικού

Η υγεία του πληθυσμού εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα του κατάλληλου υγειονομικού εργατικού δυναμικού. Ωστόσο, σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται ότι περίπου 1 έως 3 δισεκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω των ελλείψεων προσωπικού στον τομέα της υγείας (WHO 2011c). Το 2000, οι ηγέτες του κόσμου στη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών συμφώνησε με τους στόχους για τη βελτίωση της υγείας, τη μείωση της φτώχειας και τη βελτίωση της

εκπαίδευσης και της αποχέτευσης μέχρι το 2015 (UN, 2000). Οι στόχοι αυτοί, οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας (ΑΣΧ), έχουν προσελκύσει την παγκόσμια προσοχή για τη βελτίωση και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων που ζουν σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες (LMICs) και αγροτικές περιοχές. Οι ΑΣΧ για την υγεία σχετίζονται με τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας (ΑΣΧ 4), βελτίωση της μητρικής υγείας (ΑΣΧ 5), μείωση των ποσοστών των HIV / AIDS, της ελονοσίας και των άλλων ασθενειών (ΑΣΧ 6) και την προαγωγή της ισότητας των φύλων και ενδυνάμωσης του ρόλου των γυναικών (ΑΣΧ 3).

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας το 2006 περιέγραψε λεπτομερώς την επικίνδυνη κατάσταση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε LMICs, ιδιαίτερα εκείνων των περιοχών που βρίσκονται στην υποσαχάρια Αφρική (WHO 2006b). Τριάντα-έξι από τις πενήντα επτά χώρες που βρίσκονται σε «κρίση» και είναι κάτω από τον ελάχιστο στόχο των 2.3 επαγγελματιών υγείας (νοσηλεύτες, μαίες, οι γιατροί) ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, βρίσκονται στην Αφρικανική ήπειρο (WHO, 2012c). Αυτή η ελάχιστη αναλογία προϋποθέτει ότι οι 2.3 επαγγελματίες υγείας μπορούν να παρέχουν στον πληθυσμό τις βασικές υπηρεσίες υγείας, όπως εμβολιασμοί παιδιών και μητέρων και τη φροντίδα του βρέφους, συμπεριλαμβανομένου της παρακολούθησης των γεννήσεων (ibid.). Οι ελλείψεις στον αριθμό των εργαζομένων στο χώρο της υγείας ανά πληθυσμό είναι πολύ μεγάλες. Περισσότερες από τις μισές χώρες που βρίσκονται σε κρίση αναφέρουν αναλογίες επαγγελματιών υγείας λιγότερο από 1 ανά 1.000 άτομα πληθυσμού (WHO 2011a, 2012a).

Κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας, οι διμερείς και πολυμερείς οργανισμοί, μαζί με τις εκάστοτε κοινωνίες, κινητοποίησαν πόρους για να εργαστούν προς την κατεύθυνση των στόχων της ΑΣΧ. Οι επενδύσεις αυτές μείωσαν την παιδική θνησιμότητα, διέυρναν την πρόσβαση για τη θεραπεία του HIV και μείωσαν τα ποσοστά φυματίωσης σε ορισμένες περιοχές (UN, 2011, WHO, 2012b). Ακόμα, η έλλειψη των επαγγελματιών υγείας έχει αναγνωριστεί ευρέως ως ένα σημαντικό εμπόδιο για την επίτευξη των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας και την κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας. Πενήντα τρεις χώρες εξακολουθούν να έχουν σοβαρές ελλείψεις στον τομέα της υγείας και οι περισσότερες από τις πενήντα επτά χώρες της κρίσης δεν αναμένεται να πετύχουν τους στόχους για την υγεία της ΑΣΧ (WHO, 2012a). Από τις 74 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, μόνο 23 επρόκειτο να πετύχουν τον

ΑΣΧ 4 και μόλις 9 τον ΑΣΧ 5 (WHO, 2012a). Κάθε μέρα 1.000 γυναίκες πεθαίνουν κατά τον τοκετό και 19.000 παιδιά πεθαίνουν από αιτίες που προλαμβάνονται (UN-IGME, 2012), ενώ κάθε χρόνο περισσότεροι από 36 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) (WHO, 2010a, 2012a). Οι ομάδες συγκεντρώθηκαν ξανά προκειμένου να ορίσουν νέους στόχους για την υγεία για την μετά 2015 εποχή, με απώτερο σκοπό την καθολική κάλυψη υγείας. Η επίτευξη των νέων στόχων και των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας που βελτιώνουν την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας θα εξαρτηθεί από τη θεμελιώδη δύναμη του υγειονομικού εργατικού δυναμικού στα συστήματα υγείας LMICs. Οι δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι επικεντρώνονται στρατηγικά στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας και είναι απαραίτητοι για να διασωθούν ζωές, για την πρόληψη των ασθενειών και τη βελτίωση της υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Οι επενδύσεις αυτές πρέπει να είναι μακροπρόθεσμες και σταθερές (Middleberg, 2010).

1.10. Πλαίσιο και Προκλήσεις

Η διαρκής βελτίωση της υγείας εξαρτάται από τη χρηματοδότηση, τόσο την κρατική όσο και την ιδιωτική, προκειμένου να αναπτυχθεί, να εκπαιδευτεί και να διατηρηθεί ένας ικανός αριθμός υγειονομικού εργατικού δυναμικού. Η οικοδόμηση ενός ικανού εργατικού δυναμικού είναι σύνθετη και απαιτεί μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις από τις εθνικές κυβερνήσεις και τους συνεργάτες της. Για να συμμετέχουν οι χορηγοί, θα πρέπει να εκτιμήσουν την πολυπλοκότητα ενός συστήματος υγείας με καλές επιδόσεις και να μην δουν ένα σύστημα υγείας ως εσφαλμένη «μαύρη τρύπα» (Frenk, 2010). Οι πιο ακραίες ελλείψεις στον τομέα της υγείας υπάρχουν σε χώρες με τις μεγαλύτερες βαρύτητες νόσου και πιο περιορισμένους πόρους.

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τα συστήματα υγείας και την «παραγωγή» επαγγελματιών υγείας. Τόσο η προσφορά όσο και η ζήτηση για επαγγελματίες υγείας σε χώρες με χαμηλό εισόδημα καθοδηγούνται από εσωτερικές και εξωτερικές οικονομικές, δημογραφικές και περιβαλλοντικές συνθήκες. Η προσφορά των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα των επαγγελματιών υγείας όπως νοσηλευτές, μαιές και ιατρούς, υπονομεύεται συχνά από τις τοπικές πρακτικές που «ωθεί» τους επαγγελματίες υγείας στη μετανάστευση από τις πατρίδες τους σε άλλα

συστήματα υγείας και από την ενεργό πρόσληψη που τους «τραβάει» σε χώρες υψηλού εισοδήματος (Mullan, 2002).

Σε όλο τον κόσμο, οι νοσηλευτές, οι μαίες και οι βοηθοί αυτών παρέχουν περισσότερο από το 85% της φροντίδας των ασθενών και αποτελούν το 80% του εργατικού δυναμικού στο χώρο της υγείας (WHO, 2006b). Σχετικές ελλείψεις νοσηλευτών υπάρχουν σχεδόν σε κάθε χώρα, συμπεριλαμβανομένων τις χώρες υψηλού εισοδήματος που έχουν υψηλές αναλογίες νοσηλευτών ανά πληθυσμό.

Σε τοπικό και σε παγκόσμιο επίπεδο, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας είναι αναποτελεσματικοί και άνισα κατανομημένοι. Σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, οι επαγγελματίες υγείας, κυρίως, μεταναστεύουν σε αστικές περιοχές, με αποτέλεσμα οι αγροτικές περιοχές να είναι ελάχιστα στελεχωμένες. Αυτό δεν είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, αλλά είναι επίσης χαρακτηριστικό και σε χώρες υψηλού εισοδήματος που έχουν υψηλές αναλογίες επαγγελματιών υγείας προς πληθυσμό.

Υπάρχει αποδεδειγμένη σχέση μεταξύ των επιπέδων στελέχωσης των επαγγελματιών υγείας και των αποτελεσμάτων στην υγεία τόσο σε χαμηλού (Speybroeck et al., 2006) όσο και σε υψηλού εισοδήματος (Needleman et al., 2006, Tourangeau & Cranley, 2006). Πολλοί Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας και άλλοι στόχοι που αποτελούν προτεραιότητα για την υγεία μπορεί να επιτευχθούν με την αντιμετώπιση της έλλειψης επαγγελματιών υγείας.

Παρά την ανάγκη για επαγγελματίες υγείας στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι πιστώσεις του δημόσιου τομέα για την υγεία συνήθως δεν επαρκούν για να απασχολούν τον απαιτούμενο αριθμό υγειονομικού προσωπικού, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ανεργία (Odaga & Lochoyo, 2006). Σε ορισμένες χώρες, αναποτελεσματικές επενδυτικές αποφάσεις ενισχύουν την έλλειψη προσωπικού στο χώρο της υγείας, υποστηρίζοντας ένα ακριβό μείγμα δεξιοτήτων ειδικευμένων και παρόχων σε εύπορες περιοχές.

Οι επαγγελματίες υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, μαίες και βοηθοί αυτών χρειάζονται πολύ χρόνο για να εκπαιδευτούν, συμπεριλαμβανομένης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Για να εξασφαλιστεί επαρκής αριθμός επαγγελματιών υγείας, μια σωστή προσέγγιση για τη διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού στο

χώρο της υγείας απαιτεί στρατηγική, μακροπρόθεσμο, εθνικό σχεδιασμό και συνεπή, σταθερή εφαρμογή.

Ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξάνεται συνεχώς. Σήμερα αριθμεί περισσότερους από 7 δισεκατομμύρια ανθρώπους και έχει σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία πενήντα χρόνια. Η πρόοδος που έχει σημειωθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια στην αντιμετώπιση και πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών, στη βελτίωση της φροντίδας μητέρας-βρέφους και άλλες παρεμβάσεις έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής σε χώρες τόσο σε χαμηλού όσο και σε υψηλού εισοδήματος.

Η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στρατηγικές πρόληψης, μαζί με τις πολυετείς ανησυχίες για το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση για βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό και μη επαγγελματίες υγείας. Η αλλαγή του μίγματος δεξιοτήτων μέσω της μετατόπισης καθηκόντων στην εργασία μπορεί να επιτρέψει την αποτελεσματικότερη χρήση των ανθρώπινων πόρων, ιδίως σε περιοχές με περιορισμένους πόρους (Fulton et al., 2011, WHO, 2012b). Οι επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα απαιτούν ιδιαίτερη και συνεχή υποστήριξη και εποπτεία και ενσωμάτωση στα συστήματα υγείας. Τα στοιχεία δείχνουν την ανάγκη να ενισχυθεί η εκπαίδευση, η διατήρηση στη θέση εργασίας τους και η αμοιβή των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα (Fulton et al., 2011).

Η παραγωγή των τεχνολογιών της υγείας έχει αποδειχθεί ότι είναι μια παραγωγική και ικανοποιητική περιοχή για επενδύσεις. Ωστόσο, η επιτυχής χορήγηση των εμβολίων, διαγνωστικών ή άλλων βιοϊατρικών και τεχνολογικών παρεμβάσεων απαιτεί, σε κάποιο σημείο κατά την εφαρμογή τους, τη συμμετοχή ενός ή περισσότερων επαγγελματιών υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν με δεξιότητες και ηγεσία στα συστήματα υγείας στα οποία εργάζονται και στις κοινότητες στις οποίες ζουν. Η απασχόληση στον τομέα της υγείας μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της φτώχειας. Καθώς οι γυναίκες καλύπτουν την πλειονότητα των θέσεων εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο, η αντιμετώπιση των προκαταλήψεων των φύλων και η επένδυση στην εκπαίδευση των γυναικών, ενδυναμώνει το ρόλο των γυναικών.

2. Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων στον Τομέα της Υγείας

2.1. Ο ρόλος της ηγεσίας στο ανθρώπινο Δυναμικό για την Υγεία

Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τη διασφάλιση των συνθηκών που προάγουν την υγεία. Πολλές αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2006b), οι στόχοι ΑΣΧ, η Διακήρυξη της Καμπάλα και η Ατζέντα για την Παγκόσμια Δράση αναγνωρίζουν τη σημασία των ισχυρών συστημάτων υγείας και καλούν τις κυβερνήσεις να παρέχουν κατάλληλη ηγεσία και πόρους για να φτιάξουν κατάλληλο εργατικό δυναμικό που θα στελεχώνει τους χώρους υγειονομικής περίθαλψης (GHWA, 2008b). Ο κεντρικός ρόλος που πρέπει να έχουν οι κυβερνήσεις στη δέσμευση πόρων και στην καθιέρωση πολιτικών και προγραμμάτων στήριξης για την υγεία επιβεβαιώθηκε στην Abuja το 2000 και τεκμηριώνεται στη Διακήρυξη της Abuja (WHO, 2003). Και άλλοι οργανισμοί έχουν υποστηρίξει τον ουσιαστικό ηγετικό ρόλο των εθνικών κυβερνήσεων, οι οποίες πρέπει να διαθέσουν πόρους για την υγεία και να ενισχύσουν τα συστήματα υγείας τους (Frenk, 2010, OECD, WP-EFF& TT HATS, 2011).

Πολλοί οργανισμοί έχουν ορίσει τους ρόλους που σχετίζονται με το παγκόσμιο εργατικό δυναμικό της υγείας. Στον ΠΟΥ, τα θέματα που αφορούν τα συστήματα υγείας και το εργατικό δυναμικό διοργανώνονται στα πλαίσια του Τμήματος Συστημάτων, Πολιτικών και Εργατικού Δυναμικού της Υγείας (WHO, 2013b). Η Παγκόσμια Συμμαχία για το Προσωπικό της Υγείας (GHWA, η Συμμαχία) είναι υπεύθυνη για την υπεράσπιση, τη συνάντηση των υπεύθυνων φορέων και τη δημιουργία και διανομή της γνώσης γύρω από τους ανθρώπινους πόρους για την υγεία. Η GHWA, που ιδρύθηκε το 2006 από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας με εντολή δέκα ετών, είναι μια συνεργασία των εθνικών κυβερνήσεων, της κοινωνίας των πολιτών, διεθνών οργανισμών, χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, ερευνητών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών συλλόγων έχει ως σκοπό τον προσδιορισμό, την εφαρμογή και την επισήμανση της ανάγκης για λύσεις (WHO, 2006a). Η Πρωτοβουλία Υπεράσπισης του Υγειονομικού Εργατικού Δυναμικού, που ιδρύθηκε το 2007 είναι η ομάδα των πολιτών από την κοινωνία που συμμετέχει στη Συμμαχία. Ο Παγκόσμιος Κώδικας Πρακτικής στη Διεθνή Πρόσληψη Προσωπικού Υγείας, που εγκρίθηκε το 2010 από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, παρουσιάζει μια ευκαιρία για επενδύσεις στο σχεδιασμό του εργατικού δυναμικού, την εκπαίδευση, την

ανάπτυξη, τη διατήρηση, την ηγεσία και την έρευνα για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας (WHO, 2010c). Τονίζοντας τα αποτελέσματα και τις σχέσεις και συνεργασίες μεταξύ των ενδιαφερόμενων φορέων, η GHWA επέκτεινε το ρόλο της στο «να υποστηρίξει και να ενθαρρύνει την ανάληψη δράσεων σε μία χώρα και σε παγκόσμιο επίπεδο για την αντιμετώπιση των ανθρώπινων πόρων για τις προκλήσεις για την υγεία συμβάλλοντας πέρα από την Ανάπτυξη της Χιλιετίας που αφορά τους Στόχους για την υγεία και την καθολική κάλυψη της υγείας» (GHWA, 2012D). Το όραμα της Συμμαχίας για την επιτυχία το 2016 προϋποθέτει (1) ότι η χρηματοδότηση από τις κυβερνήσεις και τους δωρητές είναι επαρκής για να εκπαιδεύσει και να αναπτύξει επιπλέον 2.600.000 έως 3.500.000 εργαζόμενους στην υγεία, (2) ότι το 75% των χωρών έχουν ως προτεραιότητα την εφαρμογή σχεδίων ποιότητας ανθρωπίνων πόρων στην υγεία και (3) ότι οι άνθρωποι πόροι στην υγεία θα αναπτυχθούν μετά το 2016 (ibid.).

2.2. Συνεργάτες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης

Ενώ οι κυβερνήσεις έχουν την πρωταρχική ευθύνη για την υγεία, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών οργανώσεων, διατηρούν έναν μακρά και σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ΜΚΟ που σχετίζονται με την υγεία που λειτουργούν σε χώρες με χαμηλό εισόδημα αυξήθηκε με ταχείς ρυθμούς. Αυτές περιλαμβάνουν τις «θρησκευτικές οργανώσεις, ξένα πανεπιστήμια που εγγράφονται ως ΜΚΟ στις τοπικές περιοχές, κερδοσκοπικοί οργανισμοί δημόσιας υγείας και χορηγοί που ενεργούν ως φορείς παροχής υπηρεσιών» (Pfeiffer et al., 2008). Οι παρατηρητές ζητούν από τις ΜΚΟ (1) να αυξήσουν τη συνεργασία με άλλες οργανώσεις και τους τοπικούς φορείς, (2) την ενσωμάτωση των προγραμμάτων και επενδύσεων στο τοπικό υπουργείο υγείας, (3) τη βελτίωση του συντονισμού και της συνέργειας σε όλα τα παρόμοια προγράμματα και (4) να συμμορφώνονται με ηθικές πρακτικές μέσω ενός κώδικα συμπεριφοράς που έχει συνταχθεί για τις ΜΚΟ (ibid.).

Το 2011, ένας αριθμός ενδιαφερομένων για την έλλειψη επαγγελματιών υγείας θέσπισε τη συμμαχία των εργαζομένων για τον τομέα της Υγείας (Save the Children, 2011a). Η εκστρατεία τους ζητά 2,5 εκατομμύρια περισσότερους ιατρούς, νοσηλευτές και μαίες και 1 εκατομμύριο επαγγελματίες υγείας στην Κοινότητα στο

σύνολο των 60 χωρών με αυξημένες ανάγκες. Η συμμαχία περιλαμβάνει περισσότερες από 300 οργανώσεις-μέλη (ibid.).

Παραδείγματα άλλων πρόσφατων προσπαθειών περιλαμβάνουν το σχηματισμό της συμμαχίας των Εργαζομένων Υγείας της Frontline, η οποία περιλαμβάνει είκοσι επτά διατομεακές οργανώσεις-μέλη (FHWC, 2012a, 2012b) και τις εκστρατείες των εργαζομένων για την υγεία όπως η EveryBeatMatters, με επικεφαλής το Save the Children και τη HandsUpforHealthWorkers, μία πρωτοβουλία τουMerlin (Merlin, 2013). Οργανισμοί όπως ηIntraHealth, η οποία ηγείται του πρότζεκτCapacityplusπου χρηματοδοτείται από την USAID και οι επιστήμες Διοίκησης της Υγείας παρέχουν ηγεσία, υπεράσπιση και τεχνική εμπειρογνωμοσύνη στους ανθρωπίνους πόρους στον τομέα της υγείας.

Ο ΠΟΥ ορίζει τους εργαζόμενους για την υγεία ως άτομα «των οποίων οι κύριες δραστηριότητες έχουν ως στόχο την ενίσχυση της υγείας» (WHO 2006b). Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει και τα μέλη της οικογένειας ή τους φίλους που παρέχουν ουσιαστική φροντίδα στο σπίτι χωρίς άμεσο οικονομικό όφελος. Αυτός ο ευρύς ορισμός, όμως, προκαλεί σύγχυση όσον αφορά τη σαφή εκτίμηση και παρακολούθηση των δεδομένων των επαγγελματιών υγείας. Ρυθμιστικά και νομοθετικά ζητήματα, όπως η αδειοδότηση, διαφέρουν από χώρα σε χώρα και περιπλέκουν την περαιτέρω αξιολόγηση του αποθέματος του εργατικού δυναμικού. Οι μάνατζερ της υγειονομικής περίθαλψης και οι διοικητικοί υπάλληλοι, καθώς και οι υπάλληλοι στις οικονομικές υπηρεσίες και στο τμήμα πληροφορικής, είναι επίσης βασικά μέλη του εργατικού δυναμικού.

Ο ΠΟΥ παρακολουθεί τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας με βάση την κατηγορία και τις εκθέσεις των δεδομένων που υπάρχουν στον παγκόσμιο Άτλα (WHO, 2011a). Αυτό το συγκεντρωτικό σύνολο δεδομένων περιλαμβάνει εκτιμήσεις σχετικά με τον αριθμό και την πυκνότητα του υγειονομικού δυναμικού για εννέα επαγγελματικές κατηγορίες: (1) νοσηλευτές και μαίες, (2) ιατρούς, (3) οδοντιάτρους, (3) φαρμακοποιούς και βοηθούς, (5) εργαζομένους στα εργαστήρια, (6) εργαζομένους στη δημόσια υγεία, (7) εργαζόμενοι στην κοινότητα, (8) άλλοι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και (9) μάνατζερ υγείας και διοικητικό-υποστηρικτικό προσωπικό. Για ορισμένες χώρες, αναλυτικές εκτιμήσεις του αριθμού των

εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι διαθέσιμες για έως δεκαοκτώ επαγγελματικές κατηγορίες.

Οι νοσηλευτές, οι μαίες και οι ιατροί είναι ο πυρήνας του υγειονομικού εργατικού δυναμικού και από το 2013 αυτές οι τρεις κατηγορίες αποτελούν τον ελάχιστο στόχο των 2,3 επαγγελματιών υγείας ανά 1.000 άτομα πληθυσμού. Η έκθεση, Health Professionals for a New Century, επικεντρώνεται σε νοσηλευτές, ιατρούς και εργαζόμενους στη δημόσια υγεία ως τις τρεις κύριες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που απαιτούν βελτιωμένη, εκσυγχρονισμένη εκπαίδευση προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σημερινής εποχής (Frenk et al., 2010). Η πλειοψηφία των εργαζομένων στο χώρο της υγείας στις αγροτικές περιοχές απασχολούνται ως δημόσιοι υπάλληλοι. Οι μακροοικονομικές πολιτικές, γενικά που επιβάλλονται από συμφωνίες με τους διεθνείς δανειστές, καθορίζουν τα ανώτατα όρια του προϋπολογισμού για τις δημόσιες δαπάνες σε πολλές χώρες (Brownbridge, 2004), ή/και τις οροφές των μισθών στο δημόσιο τομέα (Odaga&Lochoro 2006). Υπό αυτές τις συνθήκες, οι Υπουργοί Υγείας καλούνται να εξασφαλίσουν εγκρίσεις προϋπολογισμού για την πρόσληψη του απαραίτητου αριθμού επαγγελματιών υγείας και την αμοιβή εκείνων που ήδη εργάζονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε συνεργασία με τους Υπουργούς Οικονομικών και Παιδείας, οι Υπουργοί Υγείας πρέπει να παρέχουν αδιάσειστα στοιχεία για να ξεπεραστούν οι δημοσιονομικοί περιορισμοί για την αύξηση του προϋπολογισμού. Οι G8 και η Διακήρυξη της Kampala υποστήριξαν την άρση αυτών των περιορισμών (G8, 2008, GHWA 2008b). Η Αμερικανική Ένωση Δημόσιας Υγείας έχει, επίσης, κάνει έκκληση για την απομάκρυνση αυτών των περιορισμών στον προϋπολογισμό (Vujicic et al., 2009). Αυτά είναι μία σειρά εμποδίων που υπονομεύουν τη διατήρηση του αριθμού των εργαζομένων στην υγεία και τους αφήνουν κακοπληρωμένους, χωρίς επαρκή και κατάλληλη υποστήριξη και σε ορισμένες περιοχές άνεργους παρά τις βεβαιωμένες ελλείψεις προσωπικού και τις κενές θέσεις στο δημόσιο τομέα.

2.3. Επαγγελματίες Υγείας

2.3.1. Νοσηλευτές και μαίες

Οι νοσηλευτές και οι μαίες αποτελούν τη ραχοκοκαλιά των συστημάτων υγείας και πλήττονται ιδιαίτερα από την έλλειψη προσωπικού. Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί

αυτών παρέχουν κατ'εκτίμηση το 85% της υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο (WHO, 2006b). Η έλλειψη εκπαιδευτικών ιδρυμάτων στις αγροτικές περιοχές συμβάλλουν στις ελλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού, περιορίζουν τη διαθεσιμότητα των διδακτορικών προγραμμάτων προκειμένου να εκπαιδευτούν καθηγητές νοσηλευτικής και δημιουργεί κενά στην εκπαίδευση των νοσηλευτών σε αυτούς τους χώρους (Ketefian, 2008). Η συμφωνία μεταξύ των χωρών είναι απαραίτητη για την προαγωγή του επαγγέλματος (IOM, 2010), η οποία τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σε χώρες τόσο χαμηλού όσο και υψηλού εισοδήματος (IOM, 2010, Reid&Weller, 2010).

2.3.2. Ιατροί

Το μόνιμο ιατρικό προσωπικό αποτελεί το μικρότερο διαθέσιμο αριθμό επαγγελματιών υγείας στα συστήματα υγείας, το οποίο οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο μεγάλο χρόνο και στους πολλούς πόρους που απαιτούνται για την εκπαίδευσή τους. Στους περισσότερους χώρους, οι ιατροί κατέχουν ηγετικές θέσεις. Τα Υπουργεία Υγείας, οι Διεθνείς φορείς χάραξης πολιτικής της υγείας, όπως ο ΠΟΥ και τα συστήματα υγείας ηγούνται συχνά από τους ιατρούς.

2.3.3. Συνεργάτες ιατρών

Η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ωθεί την εκπαίδευση μεγαλύτερου αριθμού συνεργατών των κλινικών ιατρών και των άλλων φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτοί περιλαμβάνουν τους πρακτικούς νοσοκόμους και τους βοηθούς ιατρών, τα «κλινικά στελέχη» και παρόμοιοι επαγγελματίες. Αυτοί οι επαγγελματίες είναι συχνά νοσηλευτές με επιπλέον ένα ή δύο έτη εκπαίδευσης. Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, τα άτομα συχνά προσλαμβάνονται από αγροτικές και φτωχές περιοχές, ενώ μερικοί έχουν «ειδική» εκπαίδευση. Το βοηθητικό ιατρικό προσωπικό παρέχουν «βασικές κλινικές υπηρεσίες σε χώρες σε όλο τον κόσμο για δεκαετίες, ως μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικού εργατικού δυναμικού, που περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, μάνατζερ και διοικητικό προσωπικό» (HSSE, 2013). Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών δείχνουν ίδια ή μερικές φορές βελτιωμένη ποιότητα περίθαλψης και έκβαση σε ασθενείς που έχουν

αντιμετωπιστεί από βοηθητικό ιατρικό προσωπικό (WHO, 2012b). Οι μειωμένες εκπαιδευτικές δαπάνες, η μείωση του χρόνου εκπαίδευσης και οι πετυχημένες προσλήψεις στις αγροτικές περιοχές δείχνουν ότι αυτοί οι επαγγελματίες θα μπορούσαν να έχουν σημαντικούς ρόλους στην αναβάθμιση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού στις χώρες με σοβαρή έλλειψη προσωπικού (McAuliffe et al., 2009). Μια μελέτη της ικανοποίησης από την εργασία έδειξε ότι ενώ η αμοιβή είναι ένα σημαντικό στοιχείο, οι ευκαιρίες εξέλιξης - σταδιοδρομίας και η ικανοποίηση με τις αναθέσεις καθηκόντων στην εργασία είναι επίσης σημαντικά (McAuliffe et al., 2009). Δεδομένου ότι το βοηθητικό ιατρικό προσωπικό γίνεται ολοένα και πιο σημαντικό συστατικό του εργατικού δυναμικού, περισσότερες επενδύσεις είναι απαραίτητες στην εκπαίδευση, στην ανάπτυξη και στη διατήρηση αυτών των επαγγελματιών στη θέση τους.

2.3.4. Άλλα στελέχη

Ενώ έχει δοθεί πολλή προσοχή στους νοσηλευτές, στους ιατρούς και στις μαίες, η πυραμίδα της υγείας περιλαμβάνει και άλλες σημαντικές κατηγορίες εργαζομένων και επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής με ειδικές δεξιότητες, όπως οι οδοντίατροι, οι εργαζόμενοι στα εργαστήρια, οι ακτινολόγοι και οι τεχνικοί απεικόνισης, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργαζόμενοι στο φαρμακείο, οι μάνατζερ και οι διοικητικοί υπάλληλοι, οι υπάλληλοι στην πληροφορική και άλλοι. Η στελέχωση είναι ένα πολύπλοκο θέμα που απαιτεί προσοχή σε όλες αυτές τις ομάδες (Ozgediz et al., 2008).

2.3.5. Υγειονομικό εργατικό δυναμικό στην κοινότητα

Οι χώρες επενδύουν όλο και περισσότερο σε προγράμματα εργαζομένων για την υγεία στην κοινότητα, κάτι το οποίο απαιτεί πόρους για συνεχή εκπαίδευση και επίβλεψη (Fulton et al., 2011). Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τους ευρύτερους στόχους για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας (Frenk et al., 2010). Η προσοχή στην και η αξιολόγηση των διαφόρων στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένης και της επαρκούς αμοιβής, είναι σημαντικά για τη διατήρηση αυτών των εργαζομένων στη θέση εργασίας τους (Stilwell, 2011).

Προχωρώντας πέρα από τα ειδικά μοντέλα στελέχωσης, η παροχή του κατάλληλου μείγματος δεξιοτήτων από το συνδυασμό στελεχών στη σωστή θέση έχει τη δυνατότητα να αυξήσει την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με την κατανομή καθηκόντων και λειτουργιών σε όλο το εργατικό δυναμικό της υγείας (WHO, 2012b). Σημαντικά ερευνητικά ερωτήματα που σχετίζονται με τις κοινές αρμοδιότητες περιλαμβάνουν ποιο είναι το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο για διάφορους τύπους παρόχων συμπεριλαμβανομένων το βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, ποια είναι η κατάλληλη ισορροπία μεταξύ ποιότητας και κόστους και τι είναι πολιτικά, πρακτικά, ή δημοσιονομικά εφικτό (Fulton et al., 2011).

2.4. Εκπαίδευση

Οι συνολικές παγκόσμιες δαπάνες για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι περίπου 100 δισεκατομμύρια δολάρια Αμερικής ετησίως, ενώ υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών. Το ποσό αυτό είναι μικρότερο από το 2% των δαπανών για την υγεία σε όλο τον κόσμο. Η διαχείριση, η πιστοποίηση και τα συστήματα εκπαίδευσης είναι αδύναμα και άνισα σε όλο τον κόσμο (Frenket al., 2010).

2.4.1. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας

Κάθε δυνατή προσπάθεια για να αυξηθεί ο αριθμός των εργαζομένων της υγείας απαιτεί σημαντική επένδυση στην προπτυχιακή εκπαίδευση που παρέχεται από τα πανεπιστήμια, τις σχολές της νοσηλευτικής και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Τα βασικά εμπόδια για την επέκταση αυτών των ιδρυμάτων είναι η έλλειψη διαθέσιμων πόρων (Mullan et al., 2011). Η έκθεση της Παγκόσμιας Επιτροπής για την εκπαίδευση αναφέρει πολλαπλές ελλείψεις στο σύστημα υγείας, αλλά ξεχώρισε την αποτυχία πολλών εθνών για την προστασία και την προαγωγή των συστημάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Frenk et al., 2010). Τα τελευταία χρόνια, έχουν επεκταθεί τα προγράμματα εκπαίδευσης του ιδιωτικού τομέα, εγείροντας μερικές φορές ανησυχίες για την ποιότητα. Τα ιδιωτικά Πανεπιστήμια προσελκύουν άτομα τα οποία θα καταβάλουν σημαντικά δίδακτρα για την απόκτηση της εκπαίδευσης που τους

επιτρέπει να μεταναστεύσουν σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Ο ΠΟΥ αναπτύσσει κατευθυντήριες οδηγίες για να βοηθήσει τις χώρες στην ευθυγράμμιση των προσπαθειών εκπαίδευσης σε θέματα υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού (WHO, 2010b).

2.4.2. Επάρκεια και νομικά θέματα

Η ποιότητα της περίθαλψης είναι συνυφασμένη με την κλινική αρμοδιότητα. Η ποιότητα της προπτυχιακής και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, καθώς και η περιοδική αξιολόγηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της αρμοδιότητας των επαγγελματιών υγείας. Οι κυβερνήσεις και οι επαγγελματικές οργανώσεις-επιμελητήρια είναι οι υπεύθυνοι φορείς για την εξασφάλιση αποτελεσματικών νομοθετημάτων, όπως προγράμματα εκπαίδευσης διαπίστευσης επαγγελματιών και χορήγηση αδειών. Σε αυτό το πνεύμα, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών καλεί τις χώρες να υιοθετήσουν προσεγγίσεις βάσει ικανοτήτων στους κλινικούς χώρους (Reid&Weller, 2010). Συζήτηση για το πεδίο εφαρμογής της πρακτικής, η έλλειψη πολιτικής φωνής και η απουσία μίας σαφούς ηγεσίας συχνά συγχέουν τις νομοθετικές αλλαγές (IOM, 2010). Επίσης, οι αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο είναι συχνά δύσκολο να εφαρμοστούν σε επίπεδο χώρας (Bateganya et al., 2009).

2.5. Διατήρηση των εργαζομένων Υγείας στην εργασία τους

Τα οικονομικά κίνητρα από μόνα τους δεν είναι αρκετά για να παρακινήσει τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας. Είναι σαφές ότι η αναγνώριση έχει μεγάλη επιρροή ως κίνητρο των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και ότι οι επαρκείς πόροι και η κατάλληλη υποδομή μπορεί να βελτιώσουν σημαντικά το ηθικό (Shattuck et al., 2008).

Η μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας είναι ένα αυξανόμενο φαινόμενο με σοβαρές επιπτώσεις για τις κοινότητες τις οποίες εγκαταλείπουν (Xu&Zhang, 2005). Τελικά, ο ιδανικός τρόπος για να σταματήσει η μετανάστευση η οποία καθοδηγείται από τη δυσαρέσκεια των εργαζομένων είναι να βελτιωθεί το σύστημα υγείας στο οποίο εργάζονται (Mills et al., 2008). Συχνά απογοητευμένοι από ένα

αδύναμο σύστημα υγείας, υποδομές και κακές συνθήκες διαβίωσης, οι εργαζόμενοι υγείας που επιλέγουν να μεταναστεύσουν σε χώρες υψηλού εισοδήματος προσελκύνονται συνήθως από τους υψηλότερους μισθούς και τις καλύτερες συνθήκες εργασίας (Adelbergeretal., 2011,Hagorianetal., 2009,Mullan, 2002). Η απώλεια των επαγγελματιών υγείας από φτωχές σε πλούσιες χώρες συνδέεται με υψηλό κόστος. Η συνολική απώλεια των επενδύσεων για τους γιατρούς που προέρχονται από την Αφρική και εργάζονται σε τέσσερις αγγλόφωνες χώρες εκτιμάται ότι θα υπερβεί τα 2 δισεκατομμύρια δολάρια, με το κόστος (Mills et al., 2011).

Ενώ πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος αποτελούνται σε μεγάλο βαθμό από νοσηλευτές και ιατρούς που προέρχονται από χώρες χαμηλότερου εισοδήματος (Dumont&Zurn 2010), οι ηγέτες και επαγγελματικές ομάδες έχουν υποστηρίξει ότι πρέπει να σταματήσουν τέτοιες «ανήθικες» προσλήψεις (AEIRP, 2011, WHO, 2010c). Προβλήματα με τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στη θέση εργασίας τους είναι ένα εσωτερικό ζήτημα των χωρών που μπορεί να οδηγήσει σε εσωτερική διαρροή εγκεφάλων, γιατί οι εργαζόμενοι μετακινούνται στο εσωτερικό χωρών από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα ή σε ΜΚΟ (Pfeiffer et al., 2008). Για αυτό το λόγο είναι απαραίτητα εθνικά και διεθνή συστήματα παρακολούθησης του υγειονομικού εργατικού δυναμικού (Middleberg 2010).

Στο πλαίσιο του στρατηγικού σχεδιασμού, οι εθνικοί και τοπικοί ηγέτες, μαζί με όλα τα στελέχη στον τομέα της υγείας, πρέπει να υιοθετήσουν και να αξιολογήσουν τις στρατηγικές που δίνουν κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας για εργασία σε γεωγραφικές περιοχές που θεωρείται απαραίτητο (Stilwell, 2011). Μια ολοκληρωμένη μελέτη που διερεύνησε τους παράγοντες υποκίνησης που σχετίζονται με τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στη θέση τους εντόπισε πολλά σημαντικά θέματα, όπως τα οικονομικά οφέλη, την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, την κλινική υποδομή, τη διαθεσιμότητα των πόρων, τη διαχείριση των εγκαταστάσεων και την αναγνώριση / εκτίμηση (Zurn et al., 2004). Μια συστηματική ανασκόπηση είκοσι μελετών έδειξε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες διατήρησης των εργαζομένων σε περιοχές χαμηλού εισοδήματος είναι η αναγνώριση της αξίας των εργαζομένων και υποκινούνται από την αναγνώριση, τους επαρκείς πόρους και τις υποδομές (Willis-Shattuck et al., 2008).

Αν και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όσους ζουν στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές εξαρτάται από τη διατήρηση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, οι περισσότερες χώρες αγωνίζονται να προσελκύσουν και να διατηρήσουν τους εργαζομένους της υγείας στις αγροτικές περιοχές. Και ενώ η πλειοψηφία του πληθυσμού στις περισσότερες φτωχές χώρες κατοικεί σε αγροτικές περιοχές, οι άνθρωποι που ζουν σε αγροτικές περιοχές όλο και μεταναστεύουν σε αστικές περιοχές. Σήμερα εκτιμάται ότι το 75% όλων των ανθρώπων θα περάσουν κάποιο χρονικό διάστημα της ζωής τους σε μια πόλη (Mullan, 2002, Zurn et al., 2010).

Σε όλες τις περιοχές, η διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στη θέση εργασίας τους απαιτεί ορθές εσωτερικές πρακτικές και εξωτερική πολιτική (WHO, 2010b, 2010c). Αυτές οι πολιτικές περιλαμβάνουν στρατηγικές αυτάρκειας που ανταμείβουν την κλινική πρακτική σε αγροτικές και υποεξυπηρετούμενες περιοχές για αποφοίτους ιατρικής (WHO, 2010b) και στρατηγικά, μακροπρόθεσμα μοντέλα για την αντιμετώπιση της έλλειψης των επαγγελματιών νοσηλευτών σε περιοχές υψηλού εισοδήματος (Mullan et al., 2008). Οι χώρες υψηλού εισοδήματος θα πρέπει να ενσωματώσουν τις εγχώριες στρατηγικές για να εκπαιδεύσουν σε τοπικό επίπεδο και να διατηρήσουν τους ιατρούς στη θέση εργασίας τους για να μειώσουν την εξάρτηση από την εισαγωγή επαγγελματιών υγείας από τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (IOM, 2010).

2.6. Στρατηγικός σχεδιασμός για την ενίσχυση του ανθρωπίνου δυναμικού στο χώρο της υγείας

2.6.1. Υπουργεία Υγείας

Τα Υπουργεία Υγείας έχουν τη βασική ευθύνη για την υγεία στις χώρες τους. Οι κυβερνήσεις έχουν την απόλυτη ευθύνη για την εξασφάλιση συνθηκών που ενισχύουν την υγεία. Ο βασικός ρόλος της κυβέρνησης τονίστηκε στη Διακήρυξη της Αμπούτζα, όπου συμφωνήθηκε να αυξηθούν οι δαπάνες για την υγεία στο 15% του συνολικού προϋπολογισμού (WHO, 2003). Ωστόσο, μόνο τρεις από τις σαράντα έξι χώρες πέτυχαν αυτό το στόχο, δεκαέξι σημειώνουν κάποια πρόοδο και οι υπόλοιπες είκοσι επτά χώρες έχουν σημειώσει ανεπαρκή πρόοδο (WHO, 2011b).

Η οικοδόμηση αποτελεσματικών συστημάτων υγείας απαιτεί πολλαπλές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένης της αναπτυξιακής πολιτικής, οικονομικής διαχείρισης, νομοθέτησης, αξιολόγησης, διασφάλισης της ποιότητας, επιτήρησης και έρευνας, εφοδιαστική αλυσίδα, διαχείριση δεδομένων, τεχνολογία των πληροφοριών, προαγωγή της υγείας, διαχείρισης καταστροφών και φυσικά την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και την εκπαίδευση (Omaswa&Boufford, 2010). Η κυριότητα σε επίπεδο χώρας είναι θεμελιώδους σημασίας για την ενίσχυση του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού. Τα σχέδια της χώρας για το υγειονομικό εργατικό δυναμικό πρέπει να (1) περιλαμβάνουν μηχανισμούς χρηματοδότησης για τους μισθούς και άλλες δαπάνες, (2) ορίζουν κανονιστικά πλαίσια όσον αφορά την κλινική πρακτική και τις αρμοδιότητες του βοηθητικού ιατρικού προσωπικού αντιμετωπίζοντας τις συνθήκες εργασίας και τα θέματα ασφάλειας, (3) παρέχουν λογοδοσία και διοίκηση, (4) εξασφαλίσουν προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, (5) δίνουν προτεραιότητα στην κινητοποίηση της τοπικής κοινότητας και στην προβολή, (6) προβλέπουν συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, (7) κινητοποιούν την ηγεσία για στρατηγική και (8) καθορίζουν τις πληροφορίες και τα συστήματα αναφοράς (GHWA, 2010b). Τα σχέδια αυτά είναι τα πρώτα σημαντικά βήματα για τη μέτρηση της προόδου της χώρας. Η Διακήρυξη της Καμπάλα το 2008 θέσπισε την Ατζέντα για την Παγκόσμια Δράση σε θέματα των επαγγελματιών υγείας (GHWA, 2008b) και έχει επιφορτίσει τη συμμαχία με την παρακολούθηση της προόδου (πίνακας 5).

Το 2008, οι G8 επανέλαβαν τη σημασία των στρατηγικών ανάπτυξης ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας σε επίπεδο χώρας σε συνδυασμό με μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις για επιχορηγήσεις-πιστώσεις με σκοπό την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας, ως μέρος της διεθνούς ατζέντας. Η δέσμευση φέρει ισχυρή αντίσταση σε δύο αμφιλεγόμενα ζητήματα, στις αντίθετες μακροοικονομικές πολιτικές που περιορίζουν την ικανότητα των χωρών με χαμηλό εισόδημα να δαπανήσουν κεφάλαια του δημόσιου τομέα για την υγεία και την εκπαίδευση και τον περιορισμό της μετανάστευσης των επαγγελματιών υγείας (G8, 2008). Πρόσθετες συστάσεις προς τους G8 που έγιναν από ομάδες πολιτών και ομάδες συμφερόντων περιγράφονται στη στρατηγική Track 2 και παρουσιάζονται στον πίνακα 6 (Reich&Takemi, 2009).

Πίνακας 5. Ατζέντα για παγκόσμιες στρατηγικές και δείκτες

Στρατηγική	Μέτρηση
1) Δημιουργία σαφούς εθνικής και παγκόσμιας ηγεσίας για λύσεις στους επαγγελματίες υγείας.	Αριθμός των χωρών που έχουν αναπτύξει σχέδια ανθρωπίνων πόρων για την υγεία βασισμένα στο κόστος. Αριθμός των χωρών με διατομεακό μηχανισμό συντονισμού για τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων φορέων στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας.
2) Διασφάλιση της δυνατότητας για μία ενημερωμένη απόκριση βασισμένη σε ενδείξεις και από κοινού μάθηση.	Αριθμός των χωρών με εθνικό μηχανισμό με διαδικασίες ή εργαλεία για τους χρήστες δεδομένων και τους παραγωγούς των ανθρωπίνων πόρων για να ενημερώνει τους φορείς χάραξης πολιτικής και τη διαχείριση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού (π.χ. παρατηρητήριο ανθρωπίνων πόρων της υγείας). Αριθμός των χωρών που έχουν ένα καλά λειτουργικό πληροφοριακό σύστημα των ανθρωπίνων πόρων της υγείας.
3) Βελτίωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.	Αριθμός των χωρών που έχουν υλοποιήσει προγράμματα εκπαίδευσης για την αύξηση της παραγωγής ιατρών, νοσηλευτών, μαιών ή/και επαγγελματιών υγείας της κοινότητας.
4) Διατήρηση ενός αποτελεσματικού, ανταποκρίσιμου και με δίκαια κατανομή υγειονομικού εργατικού δυναμικού.	Αριθμός των χωρών που εφαρμόζουν στρατηγικές και προσεγγίσεις για την προσέλκυση και τη διατήρηση του εργατικού δυναμικού υγείας σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές.
5) Διαχείριση των πιέσεων της διεθνούς αγοράς υγειονομικού προσωπικού και ο αντίκτυπος τους στη μετανάστευση.	Αριθμός χωρών που εφαρμόζουν πολιτικές ευνοϊκές για την παραμονή του προσωπικού στο εσωτερικό της χώρας.
6. Διασφάλιση πρόσθετων και πιο παραγωγικών επενδύσεων στο υγειονομικό εργατικό δυναμικό.	Αριθμός των χωρών στις οποίες έχουν αυξηθεί στον προϋπολογισμό οι επενδύσεις για τους επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα. Αριθμός των χωρών που έχουν λάβει πρόσθετες επενδύσεις για την εφαρμογή των σχεδίων των ανθρωπίνων πόρων για την υγεία.

Πηγή: GHWA, 2011c

Πίνακας 6. Ευκαιρίες για τους G8 για την ενίσχυση του εργατικού δυναμικού της παγκόσμιας υγείας

Ενίσχυση της ικανότητας των χωρών να σχεδιάσουν, να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν προγράμματα για το υγειονομικό εργατικό δυναμικό ώστε να μπορούν να χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικά το υφιστάμενο εργατικό δυναμικό της υγείας και τις δεσμεύσεις των G8:

- Ανάπτυξη μηχανισμών αξιολόγησης για την πρόοδο του υγειονομικού εργατικού δυναμικού στο εσωτερικό των χωρών.
- Προσδιορισμός τρόπων για την αλλαγή των μακροοικονομικών πολιτικών για τη μείωση των περιορισμών σχετικά με την επέκταση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού.
- Ενίσχυση των διεθνών δικτύων των ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να παρέχουν πρόσβαση στην υγεία και ιατρική εκπαίδευση σε περιοχές με λίγους πόρους.

Αντιμετώπιση των αιτιών της διεθνούς μετανάστευσης των εργαζομένων για την υγεία:

- Αύξηση του αριθμού των εργαζομένων στο χώρο της υγείας στις χώρες με δικούς τους πόρους.
- Υποστήριξη του κώδικα πρακτικής του ΠΟΥ για την αντιμετώπιση των ζητημάτων της μετανάστευσης.
- Αναζήτηση πρακτικών λύσεων που προστατεύουν τόσο το δικαίωμα των ατόμων να αναζητήσουν απασχόληση μέσω της μετανάστευσης όσο και του δικαιώματος στην υγεία για όλους τους ανθρώπους.

Ετήσια ανασκόπηση των ενεργειών των χωρών G8 για τη βελτίωση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού:

- Εκτίμηση τι κάνουν οι χώρες G8, σε τι έχουν εργαστεί με αποτελεσματικές στρατηγικές, με ένα τυποποιημένο σύνολο κοινών μέτρων.
- Χρήση της κριτικής για το τι κάνουν τα συστήματα υγείας, για να εντοπιστούν τα κενά στη χρηματοδότηση και στην πληροφόρηση, για την ανάπτυξη τεκμηριωμένων βέλτιστων πρακτικών, καθώς και για την αύξηση των γνώσεων για το πώς να βελτιώσουν την απόδοση των συστημάτων υγείας μέσω της ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού.

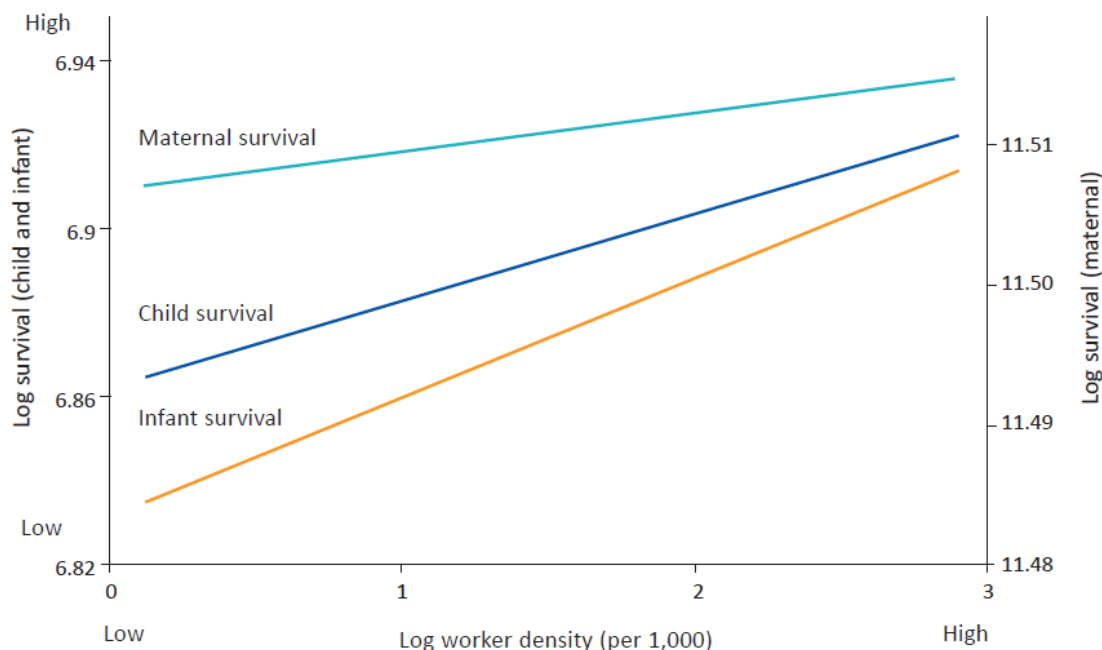
Πηγή: Reich&Takemi, 2009.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής τόνισε τη σημασία του σχεδιασμού των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας σε επίπεδο χώρας και προέτρεψε τους δωρητές να κάνουν μακροχρόνιες, αξιόπιστες επενδύσεις οι οποίες θα βοηθήσουν την πρόοδο των σχεδίων της χώρας. Το ινστιτούτο ιατρικής διαπίστωσε ότι ενώ οι χώρες με χαμηλό εισόδημα σχεδιάζουν, υλοποιούν και παρακολουθούν τα εθνικά στρατηγικά σχέδια για τη βελτίωση του υγειονομικού δυναμικού, σε πολλές περιπτώσεις, η επιτυχία αυτών των σχεδίων εξαρτάται από την εξωτερική βοήθεια που παρέχουν οι χορηγοί. Περίπου το 50% έως 85% του τακτικού προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες χώρες στην υποσαχάρια Αφρική καταναλώνεται από τους μισθούς για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Μεγάλες αυξήσεις στη χρηματοδότηση, χωρίς να έχει σημασία ποια είναι η πηγή, είναι συνεπώς απαραίτητες για να αναβαθμίσουν το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας (IOM, 2009).

Το σημερινό μοντέλο της βοήθειας των δωρητών δεν υποστηρίζει τη μακροπρόθεσμη, επένδυση που καθοδηγείται από τη χώρα και που είναι απαραίτητη για τη χρηματοδότηση των εθνικών στρατηγικών για την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων για την υγεία. Η αναπτυξιακή βοήθεια και οι επιχορηγήσεις των χορηγών τείνουν να είναι απρόβλεπτες και βραχυπρόθεσμες γεγονός που καθιστά δύσκολο για τις κυβερνήσεις να κάνουν μακροπρόθεσμες επενδύσεις ή να προγραμματίσουν τους προϋπολογισμούς χρησιμοποιώντας την εξωτερική βοήθεια. Τα κονδύλια για την πρόσληψη των εργαζομένων πρέπει να είναι σταθερά και μακροχρόνια, ώστε να καλυφθούν τα έξοδα, όπως οι μισθοί. Οι κυβερνήσεις, ως εκ τούτου, δεν μπορούν να επεκτείνουν το εργατικό δυναμικό της υγείας τους πιο γρήγορα από ότι είναι βιώσιμο μακροπρόθεσμα με εγχώριους πόρους (IOM, 2009).

Τα συστήματα υγείας χρησιμοποιούν μία ευρεία μεθόδων για να καθορίσουν το κατάλληλο επίπεδο στελέχωσης που αντανακλά τις ανάγκες του πληθυσμού. Ενώ κάποιιο υποστηρίζουν την αύξηση της ελάχιστης αναλογίας επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και μαίες) σε 2.5 ανά 1000 άτομα πληθυσμού, μία αντίστροφη αναλογία α μπορούσε να περιλαμβάνει άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, όπως μεσαίου επιπέδου και υγειονομικό εργατικό δυναμικό στην κοινότητα. Ενώ είναι γνωστό ότι η ελάχιστη αναλογία επαγγελματιών υγείας ανά 1000 άτομα πληθυσμού πρέπει να είναι 2.3 έως 2.5 για να μπορούν να γίνουν εμβολιασμοί και να γίνονται οι γεννήσεις με παρακολούθηση, εάν αυτό συμβεί σε όλες τις χώρες, τότε η υγεία του πληθυσμού παγκοσμίως θα μπορούσε να βελτιωθεί. Έχει βρεθεί, όμως, ότι η

πυκνότητα των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και την έκβασή του (σχήμα 6). Ενώ υπάρχουν πολλά θέματα που είναι αμφιλεγόμενα μεταξύ των χωρών, σε αυτό που έχουν συμφωνήσει όλες είναι ότι χρειάζεται καλύτερη πληροφόρηση και συστήματα αναφοράς για το υγειονομικό εργατικό δυναμικό (Speybroeck et al., 2006).



Σχήμα 6. Πυκνότητα υγειονομικού εργατικού δυναμικού και αποτελέσματα υγείας.

Πηγή: Speybroecketal., 2006.

Ένα αξιόπιστο πληροφοριακό σύστημα για την παρακολούθηση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού είναι απαραίτητο για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας. Ένα από τα έξι «δομικά στοιχεία» των συστημάτων υγείας (WHO, 2006b), το πληροφοριακό σύστημα, επιτρέπει στους μάνατζερ και τους ερευνητές να παρακολουθούν και να αξιολογούν την επίδραση των παρεμβάσεων στα συστήματα υγείας. Τα συστήματα αυτά απαιτούν επαρκείς πηγές ενέργειας και τεχνικές επενδύσεις (Nyamtema, 2010). Τα Υπουργεία Υγείας αρχίζουν να επενδύουν σε πληροφοριακά συστήματα για την ανίχνευση και παρακολούθηση διπλωματούχων επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, συνδέσεις με άλλα συστήματα, όπως ο βαθμός του πτυχίου, εργασιακή εμπειρία ή συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι περιορισμένες (Speroetal., 2011).

Ορισμένες χώρες υιοθετούν μη παραδοσιακές προσεγγίσεις για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και των ανθρώπινων πόρων (AcumenFund, 2013). Αυτές περιλαμβάνουν κίνητρα που βασίζονται στην απόδοση (Soeters & Vroeg, 2011) και επιχειρησιακά μοντέλα που χρηματοδοτήθηκαν με ιδιωτικές επενδύσεις. Οι αξιολογήσεις της επίδρασης της αμοιβής στην απόδοση δείχνουν βραχυπρόθεσμα οφέλη, αλλά είναι ασαφείς σχετικά με τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα (Oxman&Fretheim, 2009). Μερικοί κριτικοί των μοντέλων που δημιουργούν κέρδος τα βλέπουν ως αντίθετα με την εξυπηρέτηση της δημόσιας υγείας και τις παραδοσιακές προσπάθειες με γνώμονα τις ΜΚΟ. Άλλοι πιστεύουν ότι οι ετερογενείς στρατηγικές έχουν τη δυνατότητα να τονωθεί η καινοτομία και η αποτελεσματική συμμετοχή νέων φορέων (Soeters&Vroeg, 2011).

2.6.2. Επενδύσεις στον τομέα της υγείας

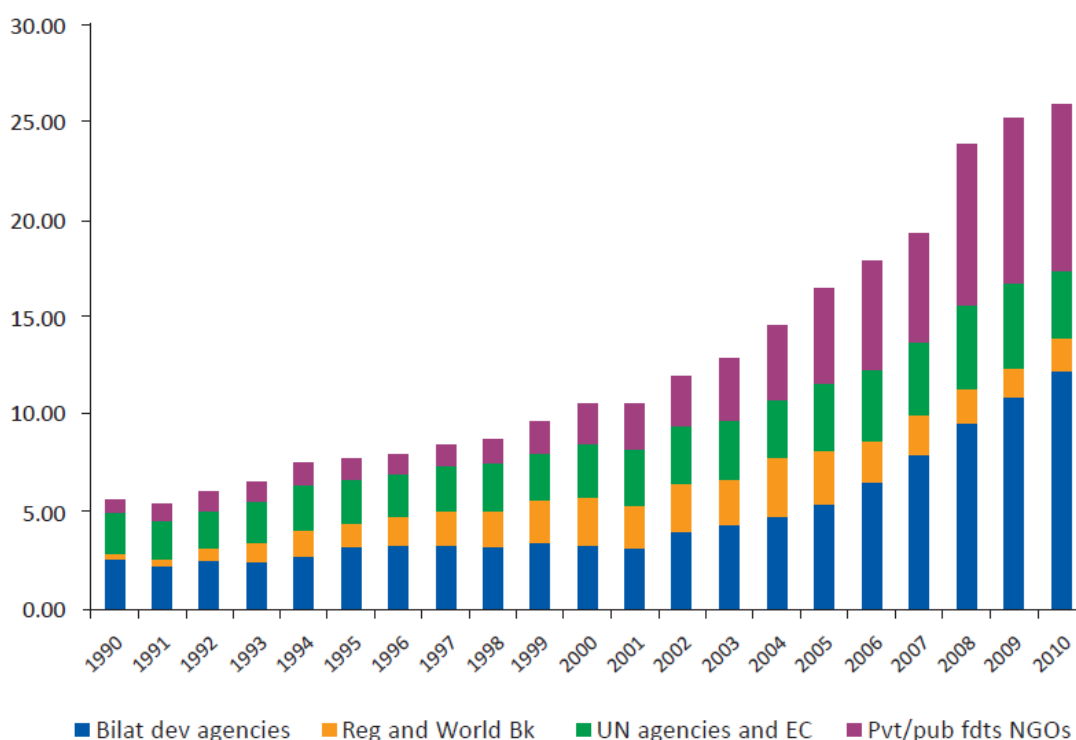
Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας δεν είναι δυνατόν να επιτευχθούν χωρίς επενδύσεις για την εκπαίδευση και τη διατήρηση ενός ανταγωνιστικού παγκόσμιου υγειονομικού εργατικού δυναμικού.

Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται, εξ ορισμού, από ανθρώπινους πόρους. Οι ουσιαστικές βελτιώσεις στην κατάσταση της υγείας απαιτούν πολύπλοκες στρατηγικές και διατομεακές επενδύσεις, καθώς και τεχνική βοήθεια. Ούτε οι πολυάριθμες εξελίξεις στην τεχνολογία, ούτε ένας πιο πληροφορημένος πληθυσμός ασθενών μπορούν να αντικαταστήσουν τους αρμόδιους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι, μέσω της εξειδικευμένης πρακτικής, αξιολογούν και εκπαιδεύουν τους ασθενείς. Σε ορισμένες χώρες, οι μισθοί των επαγγελματιών υγείας αντιπροσωπεύουν το 50 με 85% των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης (IOM, 2009). Συνήθως, η χρηματοδότηση των χορηγών δεν αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Έτσι, οι δωρητές θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις ανάγκες της χώρας σε ανθρώπινους πόρους στον τομέα της υγείας και να επιχορηγούν καθολικά ή εν μέρει την πρόσληψη υγειονομικού εργατικού δυναμικού. Οι πόροι αυτοί, που προέρχονται από τα Υπουργεία Υγείας και άλλα Υπουργεία είναι αναγκαία για να υπάρξει πραγματική πρόοδος (Pfeiffer et al., 2008).

Επί του παρόντος, οι κυβερνήσεις παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της παγκόσμιας υποστήριξης της υγείας μέσω της επίσημης αναπτυξιακής βοήθειας

(ODA). Οι χώρες με χαμηλό εισόδημα διαφέρουν ως προς την εξάρτησή τους από την ODA για την υγεία. Ενώ οι περισσότερες χώρες της υποσαχάριας και μια σειρά από χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη βοήθεια, υπάρχουν πολλές χώρες που λαμβάνουν σχετικά λίγη βοήθεια. Το 2010, η Ινδία έλαβε μόλις 1,23% και η Νιγηρία 9,2% των συνολικών δαπανών τους για την υγεία μέσω της ODA. Ωστόσο, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους σε αυτές τις χώρες ήταν 70,8% και 62,1% αντίστοιχα (WHO, 2013a) (σχήμα 7).

FIGURE 3. DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH BY SOURCE 1990–2010



Σχήμα 7. Αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία ανά πηγή 1990-2010.

Πηγή: Murrayetal., 2011

Η δυνατότητα παρακολούθησης των επενδύσεων για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και των ανθρωπίνων πόρων ή της εθνικής χρηματοδότησης της κυβέρνησης, είναι σημαντικό για να ενημερώνονται οι ηγέτες, οι χρηματοδότες και οι φορείς χάραξης πολιτικής. Οι χρηματοδότες απαιτούν υπεύθυνη διαχείριση, λογοδοσία, διαφάνεια και μετρήσεις στα πλαίσια αξιολόγησης. Συγκεκριμένα

επενδυτικά προγράμματα έχουν τη δυνατότητα να επηρεάζουν τις κυβερνητικές δεσμεύσεις, εάν τα προγράμματα αυτά έχουν τέτοιο μέγεθος ώστε η κυβέρνηση να μπορεί να μειώσει το ποσό της χρηματοδότησης. Αυτό σημαίνει ότι συγκεκριμένοι τομείς στην υγεία καλύπτονται οικονομικά από εξωτερικούς πόρους. Για να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι των χορηγών «προσθέτουν» σε αυτά τα προγράμματα, οι ηγέτες, τόσο από την πλευρά του δότη όσο και του λήπτη, πρέπει να αναπτύξουν μηχανισμούς που να παρακολουθούν τις επενδύσεις και να προωθήσουν τη διαφάνεια (Garg et al., 2012). Όμως, η συνολική χρηματοδότηση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού είναι δύσκολο να εκτιμηθεί.

Ο ΟΟΣΑ παρακολουθεί ετησίως, ανά τομέα, τη χρηματοδοτική στήριξη της ODA από τις είκοσι τέσσερις κυβερνήσεις των κρατών μελών που αποτελούν την Επιτροπή Αναπτυξιακής Βοήθειας (DAC). Επί του παρόντος, η ικανότητα του ΟΟΣΑ να χαρτογραφήσει τη χρηματοδότηση των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας περιορίζεται από την ταξινόμηση που καθορίζει τις κατηγορίες και τους κλάδους. Δεν υπάρχει κανένας διακριτός κλάδος του υγειονομικού εργατικού δυναμικού που να σχετίζεται με χρηματοδότηση. Για παράδειγμα, οι εκθέσεις χρηματοδότησης του ΟΟΣΑ για την υγεία συνδυάζουν τους τομείς πολιτικών για την υγεία και τον πληθυσμό με τους τομείς του προγράμματος και της αναπαραγωγικής υγείας και τους υποτομείς άλλων κοινωνικών υποδομών με τις υπηρεσίες που είναι υπεύθυνες για τον μετριασμό των κοινωνικών επιπτώσεων του HIV / AIDS (Katesetal., 2011). Ο υποτομέας της διοίκησης και του εργατικού δυναμικού περιλαμβάνει δεδομένα για πέντε κωδικούς υποκατηγοριών: πολιτική για την υγεία και διοικητική διαχείριση, ιατρική εκπαίδευση, ιατρική έρευνα, βασική υποδομή για την υγεία και ανάπτυξη του προσωπικού υγείας. Επιπλέον, οι δαπάνες που συνδέονται με το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας περιλαμβάνονται σε άλλους κλάδους, όπως ο υποτομέας του οικογενειακού προγραμματισμού/αναπαραγωγικής υγείας (ibid). Τέλος, δεν υπάρχει κεντρική πηγή δεδομένων για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού των μη-DAC εθνών και καμία βάση δεδομένων για την ιδιωτική χρηματοδότηση από ιδρύματα ή τον ιδιωτικό τομέα. Έτσι, δεν μπορούν να εντοπιστούν άμεσα τα κεφάλαια που επενδύονται για ανθρωπίνους πόρους στον τομέα της υγείας.

Ενώ μεγάλοι δωρητές, όπως η GAVI, το Παγκόσμιο Ταμείο και η Παγκόσμια Τράπεζα υποστηρίζουν τις βραχυπρόθεσμες εκπαιδευσεις των επαγγελματιών υγείας

και καλύπτουν τις αμοιβές για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται μέσω των προγραμμάτων τους, η βελτίωση του συντονισμού μεταξύ αυτών των οργανισμών και των εθνικών κυβερνήσεων θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και τη λειτουργικότητα της υποστήριξής τους (Vujić et al., 2012).

Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα της συμβολής του δωρητή για την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού στον τομέα της υγείας τόσο από την άποψη της χρηματοδότησης όσο και από τη μεριά της πολιτικής. Η Νορβηγία έχει επενδύσει στην Παγκόσμια Συμμαχία υγειονομικού εργατικού δυναμικού. Παρείχε ηγεσία στις διαπραγματεύσεις για έναν ισχυρότερο κώδικα δεοντολογίας σχετικά με τις Διεθνείς Προσλήψεις Υγειονομικού Προσωπικού (τον Κώδικα) και δεσμεύεται να μην προσλαμβάνει εργαζόμενους για το χώρο της υγείας από χώρες χαμηλού «αποθέματος» και να χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των δικών του επαγγελματιών υγείας. Η Βρετανία ανέπτυξε το δικό της κώδικα αποφεύγοντας την πρόσληψη προσωπικού για το χώρο της υγείας από το εξωτερικό (UK DOH, 2004). Ο Καναδάς έχει επενδύσει σημαντικά στο να γίνει πιο αυτόνομος και να αποφεύγει την πρόσληψη εργαζομένων για την υγεία από τις χώρες χαμηλού εισοδήματος. Η Ινδία και η Ιαπωνία διεξήγαγαν συνεδρίες του υγειονομικού εργατικού δυναμικού στη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ τον Σεπτέμβριο του 2011. Η ανάλυση της υποστήριξης της ODA του Ηνωμένου Βασιλείου για την υγεία κατά την περίοδο 2008-2009 αναφέρει ότι το Τμήμα Διεθνούς Ανάπτυξης προέβλεπε 90 εκατομμύρια λίρες, από το οποίο το 25% προοριζόταν για ανθρώπινο δυναμικό (Campbell et al., 2011). Οι Ηνωμένες Πολιτείες συνεχίζουν να κάνουν σημαντικές επενδύσεις για την παγκόσμια υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης της PEPFAR, η οποία ξεκίνησε το 2004 κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Μπους και συνεχίζει με την ενίσχυση των συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης του Ομπάμα (USA GHI, 2012).

Η αρχική ανάλυση των προσπαθειών PEPFAR φαίνεται ότι υποστηρίζει το σύστημα υγείας ενισχύοντας τις δράσεις που σχετίζονται με τον ιό HIV και το προσδόκιμο ζωής, αλλά απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να αξιολογήσει άλλα, πιο ακραία αποτελέσματα της υγείας (Cohen et al., 2012). Σύμφωνα με το νόμο Reauthorization της PEPFAR του 2008, η κυβέρνηση των ΗΠΑ δεσμεύτηκε να εκπαιδεύσει 140.000 νέους εργαζομένους στο χώρο της υγείας. Οι πρωτοβουλίες της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης της PEPFAR δημιούργησαν συνεργασίες

μεταξύ των πανεπιστημίων για την υγεία στις χώρες με χαμηλό εισόδημα και των πανεπιστημίων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2012, οι χρηματοδοτήσεις της κυβέρνησης των ΗΠΑ υπέγραψαν άμεσα με το Υπουργείο Υγείας της Ρουάντα ένα επταετές, εθνικό πρόγραμμα για το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας που έχει ως στόχο να ενισχύσει την εκπαίδευση και παραγωγή των επαγγελματιών υγείας (Rwanda MOH, 2012).

Επενδύσεις από ομάδες συμφερόντων και ΜΚΟ, όπως η Health WorkersCount, η Save the Children και το Frontline HealthWorkersCoalition, περιλαμβάνουν εκστρατείες για την προώθηση του υγειονομικού εργατικού δυναμικού και την ευαισθητοποίηση των παγκόσμιων θεμάτων των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας (FHWC, 2012b, Save the Children, 2011a). Το 2011, η Save the Children ξεκίνησε μια εκστρατεία, τη The Good Goes, η οποία μετονομάστηκε σε EveryBeatCounts, το οποίο περνούσε το μήνυμα ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη είναι κεντρικής σημασίας για την υγεία και την εξοικονόμηση της ζωής των παιδιών σε όλο τον κόσμο (Save the Children, 2011b).

2.7. Υγειονομικό Εργατικό Δυναμικό και Υγεία του Πληθυσμού

Η υγεία εξαρτάται από την πρόσβαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι προσπάθειες για την επίτευξη των ΑΣΧ έχουν φέρει νέα κατανόηση της πολυπλοκότητας που καθορίζουν τα συστήματα υγείας και τον αναντικατάστατο ρόλο των επαγγελματιών υγείας. Η απόφαση της επένδυσης στο εργατικό δυναμικό έχει μακροπρόθεσμη αξία αποπληρωμής. Σε σύγκριση με τις επενδύσεις στον τομέα της τεχνολογίας, οι εργαζόμενοι δεν είναι άνευ αντικειμένου. Πολλαπλασιάζουν τις επενδύσεις από τη διδασκαλία άλλων, βελτιώνουν τη δική τους κοινωνικοοικονομική κατάσταση και των άλλων, ωφελούν την κοινότητα και την υποστηρίζουν θεραπευτικά. Ενώ υπάρχουν βάσιμα επιχειρήματα που υποστηρίζουν ότι οι πιο σημαντικές επενδύσεις για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού είναι στους δομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως η μείωση της φτώχειας, η εκπαίδευση, η μείωση της διαφοράς του εισοδήματος και άλλα, δείχνοντας ότι το ίδιο το σύστημα υγείας και κυρίως οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας συμβάλλουν μοναδικά και σημαντικά στην κατάσταση της υγείας (WHO, 2011a).

Οι μολυσματικές ασθένειες HIV, η φυματίωση και η ελονοσία έλαβαν το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης των τελευταίων ετών με αποδεδειγμένα αποτελέσματα (Salaam-Blyther, 2010). Η στοχευμένη χρηματοδότηση τέτοιων προγραμμάτων εισήγαγε κάποιες ακούσιες συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της ανακατανομής των λιγοστών εργαζομένων στο χώρο της υγείας που επέτρεψε τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί όσον αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία του HIV / AIDS, της ελονοσίας και της φυματίωσης. Σήμερα, υπάρχουν άλλες προκλήσεις στο χώρο της υγείας. Οι μη μεταδοτικές νόσοι αυξάνουν το φορτίο των νόσων άρα και το κόστος της υγείας, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Υπάρχουν 36 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως από μη μεταδοτικές νόσους, που αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ήμισυ (58%) των θανάτων σε όλο τον κόσμο (WHO, 2010a, 2012c). Οι μη μεταδοτικές νόσοι ήταν το επίκεντρο της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών το Σεπτέμβριο του 2011 (UN, 2011).

Η συζήτηση συνεχίζεται σχετικά με τα πλεονεκτήματα του κάθετου προγραμματισμού της υγείας που επικεντρώνεται σε θέματα απλών νόσων σε σχέση με τα συστήματα σε επίπεδο επενδύσεων που ενσωματώνουν την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών σε υπάρχοντα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Hill et al., 2011). Εκείνοι που υποστηρίζουν την κάθετη προσέγγιση χρηματοδότησης αναφέρουν ότι οι χορηγοί δεν υποκινούνται γενικά από ευρείες συστηματικές επενδύσεις και μάλλον αναζητούν άμεσα αποτελέσματα από τις εισφορές τους. Ωστόσο, επειδή το προσδόκιμο ζωής και η επικράτηση των χρόνιων νόσων αυξάνεται, τα μοντέλα χρηματοδότησης ολοκληρωμένης φροντίδας μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις και το υψηλότερο κόστος και προσφέρουν δυνατότητα για πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων και των ανθρώπινων πόρων για την υγεία.

Η πρόοδος σχετικά με την υγεία της μητέρας, των νεογέννητων και των παιδιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το υγειονομικό δυναμικό. Οι επείγουσες καταστάσεις κατά τον τοκετό, που είναι η κύρια αιτία των θανάτων των μητέρων, μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο από κατάλληλο επαγγελματία υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μαιών. Ακόμη, οι εμβολιασμοί στην παιδική ηλικία μαζί με την αντιμετώπιση των ασθενειών της παιδικής ηλικίας εξαρτώνται από τα επίπεδα στελέχωσης του υγειονομικού εργατικού δυναμικού (Bhutta et al., 2008, WHO, 2012b).

Τα μέτρα μετατόπισης σύνθετων εργασιών σε επαγγελματίες υγείας χαμηλού επιπέδου που εφαρμόζουν μερικές χώρες χαμηλού οικονομικού επιπέδου είναι απλώς μια προσωρινή λύση. Αν και η ανάπτυξη στελεχών στον τομέα της υγείας στην κοινότητα θα μπορούσε να είναι μια κατάλληλη βραχυπρόθεσμη λύση για τα προβλήματα υγείας της μητέρας, των νεογέννητων και των παιδιών, η προσπάθεια αυτή δεν πρέπει να αναιρεί την ανάγκη να ενισχυθεί το σύστημα υγείας και η εκπαίδευση του προσωπικού. Έτσι, τέτοιες προσεγγίσεις με βάση την κοινότητα πρέπει να εξεταστούν στο πλαίσιο των εξελισσόμενων συστημάτων υγείας. Για παράδειγμα, οι ξυπόλυτοι ιατροί στην Κίνα καταργήθηκαν σταδιακά καθώς ενισχύονταν το σύστημα υγείας. Στο Ιράν, ο ρόλος των εργαζομένων Behvarz έχει εξελιχθεί από την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών σε προαγωγή της υγείας καθώς βελτιωνόντουσαν τα ποσοστά αλφαριθμητισμού και ενισχύονταν το σύστημα υγείας. Έτσι, παρόλο που υπάρχουν εναλλακτικές στρατηγικές, όπως η εκπαίδευση τεχνικών για να κάνουν καισαρική τομή σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν χειρουργοί, τα μέτρα αυτά δεν πρέπει να αντικαθιστούν συντονισμένες προσπάθειες για την εκπαίδευση κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού για το χώρο της υγείας (Bhutta et al., 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας δημόσιας υγείας οι οποίοι μπορούν να αντιμετωπίσουν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών και τραυματισμών έχουν σοβαρή έλλειψη και υποστηρίζονται σε πολύ μικρό βαθμό σε όλο τον κόσμο (Petrakona&Sådana, 2007). Η μείωση των μη σκόπιμων τραυματισμών εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας (Alwan et al., 2010). Η εφαρμογή μιας καθολικής ενίσχυσης των συστημάτων υγείας απαιτεί αναδιάταξη της παραγωγής ειδικευμένων επαγγελματιών της δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων για την υγεία αυτού του αιώνα (Horton, 2009).

3. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάδειξη της υποστελέχωσης των Νοσοκομείων της 4^{ης}, 5^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} ΥΠΕ σε σύγκριση με τους ισχύοντες οργανισμούς των Νοσοκομείων αρμοδιότητας των παραπάνω Υγειονομικών Περιφερειών κατά την περίοδο 1η Ιανουαρίου 2012 έως και 30 Ιουνίου 2015.

Επιμέρους στόχοι

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν:

- η αξιολόγηση της έκτασης και έντασης της νοσοκομειακής λειτουργίας με την εξαγωγή των κατάλληλων δεικτών την περίοδο 1η Ιανουαρίου 2012 έως και 30 Ιουνίου 2015
- η διερεύνηση της μείωσης του προσωπικού ανά κλάδο την περίοδο 1η Ιανουαρίου 2012 έως και 30 Ιουνίου 2015
- η ανάδειξη της υποστελέχωσης της 4^{ης}, 5^{ης}, 6^{ης}, και 7^{ης} ΥΠΕ στο σύνολο την περίοδο 1η Ιανουαρίου 2012 έως και 30 Ιουνίου 2015

4. Μεθοδολογία

Πρόκειται για ποσοτική συγχρονική μελέτη.

Αναζήτηση Βιβλιογραφίας

Διενεργήθηκε ενδεδειγμένη αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε ελληνικές (mednet και iatrotek) και διεθνείς βάσεις δεδομένων (pubmed, Heallink, scopus και googlescjolar). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: *ΕΣΥ, Ιατρικό προσωπικό, Νοσηλευτικό Προσωπικό, Τεχνική υπηρεσία, Διοικητικό προσωπικό, στελέχωση, υπηρεσίες υγείας, ανθρώπινο δυναμικό, οικονομική κρίση, ποιότητα φροντίδας υγείας*. Οι ίδιες λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν και στα αγγλικά: *National Health System, Physicians, Nurses, Technical service, Administrative Staff, staffing, health services, human resources, economic crisis, health care quality*.

Στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας τέθηκαν δύο περιορισμοί. Ο ένας ήταν χρονικός και συγκεκριμένα αποκλείστηκαν όσα άρθρα είχαν δημοσιευθεί πριν από το 2000 και ο άλλος περιορισμός ήταν γλωσσικός, αποκλείοντας όσα άρθρα ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα πλην της αγγλικής και ελληνικής.

Συλλογή Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων στάλθηκε στις διευθύνσεις των 4^{ης}, 5^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} ΥΠΕ, και συγκεκριμένα στους υπαλλήλους που είχαν την απαραίτητη πρόσβαση και ευθύνη διαχείρισης των δεδομένων για το Χάρτη Υγείας, επιστολή με την οποία ζητούνταν τα εξής στοιχεία για όλα τα νοσοκομεία της δικαιοδοσίας τους και για χρονικό διάστημα «Ιανουάριος 2012 έως 30 Ιουνίου 2015»:

- Νοσηλευτική κίνηση
 - Αριθμός οργανικών κλινών
 - Αριθμός ανεπτυγμένων κλινών
 - Σύνολο Εισαγωγών
 - Σύνολο Νοσηλευθέντων
 - Σύνολο Περιπτώσεων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
 - Σύνολο Επισκέψεων στα Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων

- Προσωπικό ανά ειδικότητα και κατηγορία, όπως προκύπτει από τις καταχωρίσεις των ιδίων των Νοσοκομείων στο ESYnet.

Δεδομένα

Τα νοσοκομεία ανά ΥΠΕ για τα οποία διατέθηκαν δεδομένα ήταν τα κάτωθι. Σε παρενθέσεις αναγράφονται οι αριθμοί πρωτοκόλλου των εγγράφων με τα οποία παρείχαν οι αναφερόμενες ΥΠΕ και νοσοκομεία παρείχαν τα στοιχεία. Στα νοσοκομεία εκείνα στα οποία δεν αναγράφονται οι αριθμοί πρωτοκόλλου, τα στοιχεία εστάλησαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

4^η ΥΠΕ (33314/13-1-16)

- Γ.Ν.Καβάλας
- Γ.Ν.Κιλκίς
- Α.Ν.Θ.Θεαγένειο
- Γ.Ν.Ιεράπετρας
- Γ.Ν.Νεάπολης/Διαλυνάκειο
- Γ.Ν.Σητείας

5^η ΥΠΕ (19493/9-9-15)

- Γ.Ν.Αμφισσας (513/1-3-16)
- Γ.Ν.Καρπενησίου (439/17-2-16)
- Γ.Ν.Λαμίας (7620/8-4-16)
- Γ.Ν.Τρικόλων (2860/4-3-16)

6^η ΥΠΕ (26271/10-9-15)

- Γ.Ν.Ναυπλίου (1023/26-2-16)
- Γ.Ν.Πύργου (4357/23-2-16)
- Γ.Ν.Τρίπολης
- Γ.Ν.Καλαμάτας (2575/31-3-16)

7^η ΥΠΕ (12761/30-9-2015)

- Γ.Ν.Αγίου Νικολάου
- Γ.Ν.Η. Βενιζέλειο
- Π.Γ.Ν. Ηρακλείου
- Γ.Ν.Ρεθύμνου
- Γ.Ν.Χανίων

Από τα προαναφερθέντα νοσοκομεία, πλήρη στοιχεία υπήρχαν μόνο για το Γ.Ν.Αμφισσας και το Γ.Ν.Λαμίας. Στα υπόλοιπα νοσοκομεία έλλειπαν τα εξής:

Γ.Ν.Καβάλας: δεν υπήρχαν στοιχεία για τους ειδικευόμενους ιατρούς, τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών, το σύνολο εισαγωγών και το σύνολο νοσηλευθέντων.

Γ.Ν.Κιλκίς: δεν υπήρχαν στοιχεία για τις οργανικές και ανεπτυγμένες κλίνες για τα έτη 2013 έως 2015.

Α.Ν.Θ.Θεαγένειο: δεν υπήρχαν στοιχεία για τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών, το σύνολο εισαγωγών, το σύνολο νοσηλευθέντων και τις οργανικές και ανεπτυγμένες κλίνες.

Γ.Ν.Καρπενησίου: δεν υπήρχαν στοιχεία για τις οργανικές και ανεπτυγμένες κλίνες για τα έτη 2013 έως 2015.

Γ.Ν.Τρικάλων: δεν υπήρχαν στοιχεία για το προσωπικό, τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών και τις οργανικές κλίνες.

Γ.Ν.Ναυπλίου, Γ.Ν.Πύργου, Γ.Ν.Τρίπολης: δεν υπήρχαν στοιχεία για τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών, το σύνολο εισαγωγών, το σύνολο νοσηλευθέντων και τις οργανικές και ανεπτυγμένες κλίνες.

Γ.Ν.Καλαμάτας: δεν υπήρχαν στοιχεία για τον αριθμό των ιατρών, τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών και τις οργανικές κλίνες.

Γ.Ν.Αγίου Νικολάου, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Γ.Ν.Ρεθύμνου, Γ.Ν.Χανίων, Γ.Ν.Ιεράπετρας, Γ.Ν.ΝεάποληςΔιαλυνάκειο και Γ.Ν.Σητείας: για το προσωπικό υπήρχαν στοιχεία μόνο για το έτος 2014, ενώ δεν υπήρχαν στοιχεία για τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών, το σύνολο εισαγωγών, το σύνολο νοσηλευθέντων και τις οργανικές και ανεπτυγμένες κλίνες για τα έτη 2013 και 2015. Επίσης, δεν υπήρχαν καθόλου στοιχεία για το σύνολο των περιπτώσεων στο ΤΕΠ και για το σύνολο των επισκέψεων στα ΤΕΙ.

Γ.Ν.Η. Βενιζέλειο: για το προσωπικό υπήρχαν στοιχεία μόνο για το έτος 2014, ενώ δεν υπήρχαν στοιχεία για τον αριθμό οργανικών κλινών, τον αριθμό ανεπτυγμένων κλινών, το σύνολο εισαγωγών, το σύνολο νοσηλευθέντων και τις οργανικές και ανεπτυγμένες κλίνες για τα έτη 2014 και 2015. Επίσης, δεν υπήρχαν καθόλου στοιχεία για το σύνολο των περιπτώσεων στο ΤΕΠ και για το σύνολο των επισκέψεων στα ΤΕΙ.

Ηθικά θέματα

Δεν προέκυψαν θέματα που παραβιάζουν την ηθική και δεοντολογία, αφού ο βαθμός ανάλυσης των δεδομένων δεν αφορούσε προσωπικά στοιχεία εργαζομένων στα Νοσοκομεία. Επιπλέον δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά οι φορείς από την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης.

5. Αποτελέσματα

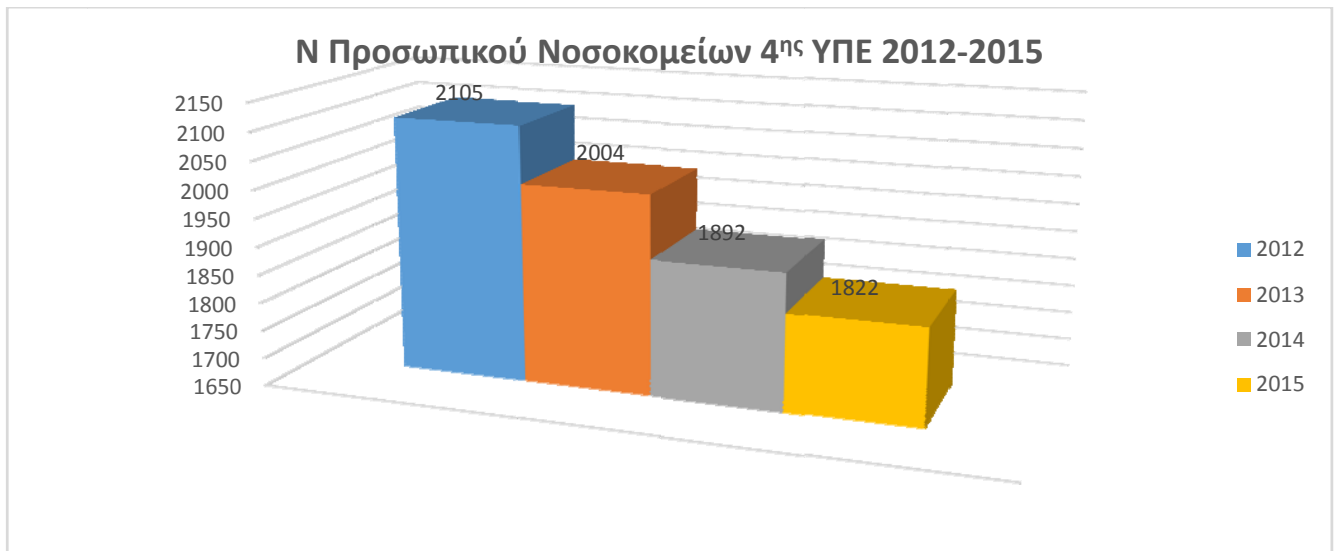
4^η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης

Στα νοσοκομεία της 4^{ης} ΥΠΕ, η επισκεψιμότητα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) παρουσιάζει αυξομειώσεις, ενώ στο τμήμα επειγόντων περιστατικών μειώνεται. Παράλληλα, ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων αυξάνεται από το 2012 μέχρι το 2013 και στη συνέχεια μειώνεται (πίνακας 7).

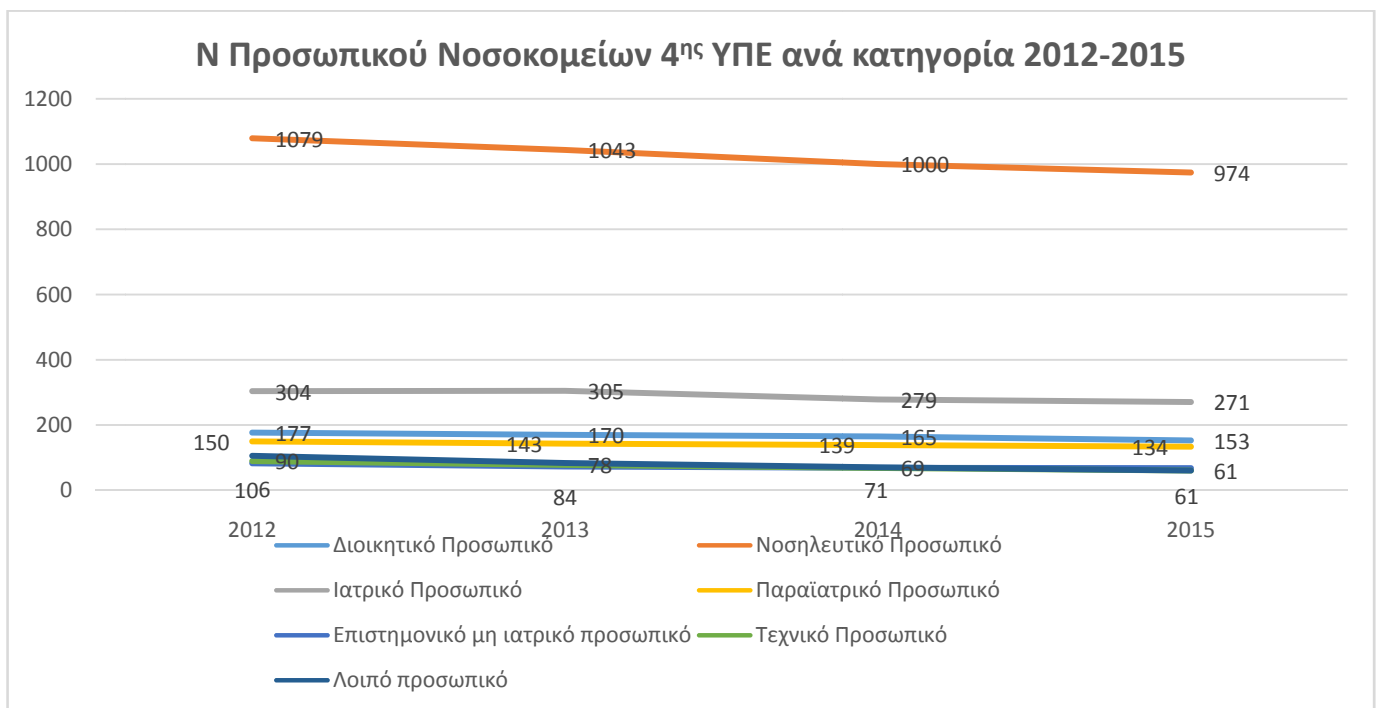
Πίνακας 7. Στοιχεία κίνησης των νοσοκομείων της 4^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2012-2015.

Έτος	Νοσοκομείο	ΤΕΙ	ΤΕΠ	Εισαγωγές	Νοσηλευθέντες	Οργανικές κλίνες	Ανεπτυγμένες κλίνες
2012	Γ.Ν.Καβάλας	69508	89429	-	-	-	-
	Γ.Ν.Κιλκίς	67791	43025	9060	9329	215	210
2013	Γ.Ν.Καβάλας	73711	80133	-	-	-	-
	Γ.Ν.Κιλκίς	59206	45344	9457	9722		
2014	Γ.Ν.Καβάλας	72803	79798	-	-	-	-
	Γ.Ν.Κιλκίς	60748	47703	9006	9233	-	-
2015 (Α εξάμηνο)	Γ.Ν.Καβάλας	35409	41064	-	-	-	-
	Γ.Ν.Κιλκίς	58912	42387	8261	8470	-	-

Σύμφωνα με τα στοιχεία, το προσωπικό στα τρία μελετώμενα νοσοκομεία της 4^{ης} ΥΠΕ μειώθηκε από το 2012 έως το 2015 κατά 13,4% (σχήμα 8). Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε κατά 9,7%, το παραϊατρικό κατά 10,7%, το ιατρικό κατά 10,9%, το διοικητικό κατά 13,6%, το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό κατά 18,1%, το τεχνικό κατά 32,2% και το λοιπό προσωπικό κατά 42,5% (σχήμα 9).



Σχήμα 8. Ν προσωπικού στα νοσοκομεία της 4^{ης} ΥΠΕ, 2012-2015.



Σχήμα 9. Αριθμός προσωπικού νοσοκομείων 4^{ης} ΥΠΕ ανά κατηγορία 2012-2015.

Γ.Ν. Καβάλας

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας μειώθηκε συνολικά κατά 16,6% (από 850 σε 709 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά 28,8% (από 59 σε 42 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 11,3% (από 467 σε 414 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό κατά 16,1% (από 62 σε 52 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό κατά 21,4% (από 42 σε 33 άτομα), το τεχνικό προσωπικό κατά 21,4% (από 38 σε 20 άτομα) και το λοιπό προσωπικό κατά 53,2% (από 47 σε 22 άτομα). Οι ιατροί μειώθηκαν κατά 8,8% (από 102 σε 93 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 8 και κατά σύνολο στον πίνακα 9.

Πίνακας 8. Προσωπικό του Γ.Ν.Καβάλας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

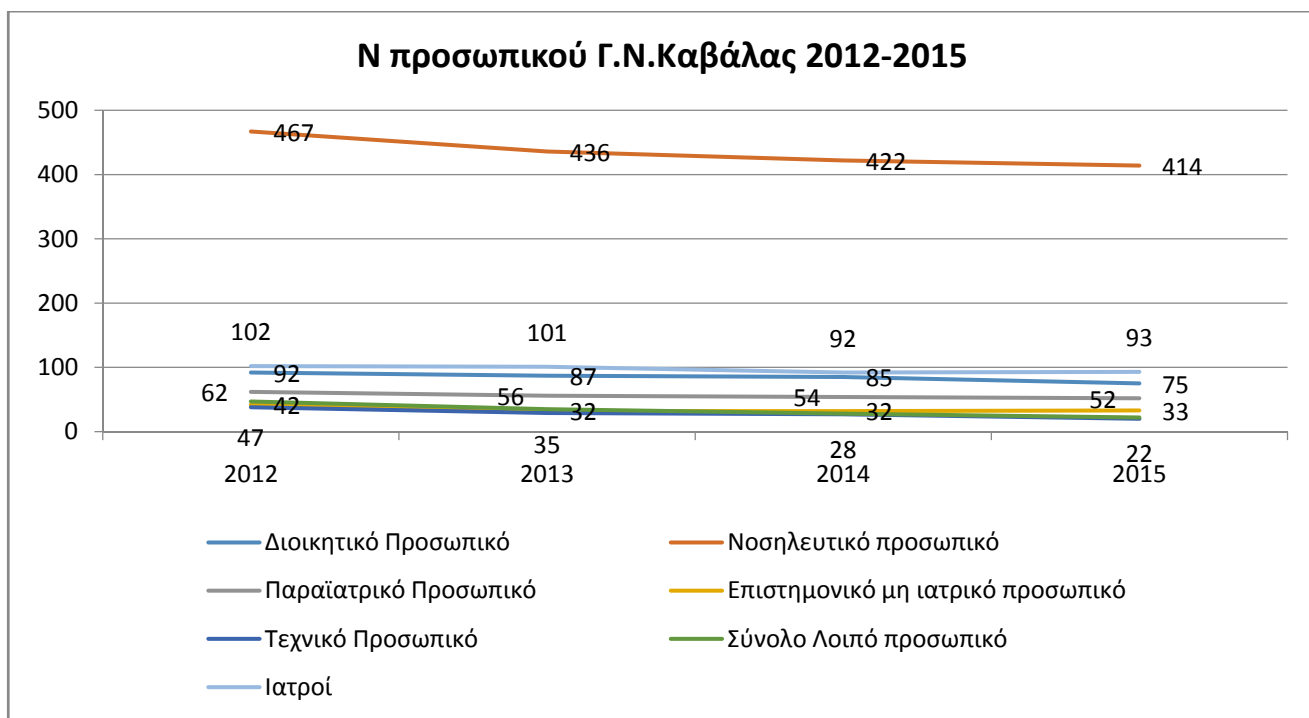
Κλάδος	Οργανικές Θέσεις				Υπηρετούντες				Κενές Θέσεις			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	23	21	21	20	16	15	14	15	7	6	4	6
ΤΕ Διοικητικοί	22	19	21	17	17	19	19	18	1	0	0	2
ΔΕ Διοικητικοί	71	69	69	57	59	53	52	42	4	9	1	5
ΠΕ Νοσηλευτές	40	40	40	26	15	14	14	14	24	25	25	11
ΤΕ Νοσηλευτές	226	223	226	212	167	160	165	163	15	19	51	45
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	290	287	286	273	240	225	211	199	22	16	58	61
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	123	123	123	58	45	37	36	32	64	70	79	24
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	26	26	26	19	11	11	11	10	15	13	13	8
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	58	58	58	60	51	45	43	42	1	5	13	15
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	31	31	28	28	18	17	17	16	12	12	12	11
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	25	18	18	24	21	12	12	17	2	2	5	7

Κλάδος	Οργανικές Θέσεις				Υπηρετούντες				Κενές Θέσεις			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΔΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	6	6	6	6	3	3	3	2	3	3	3	4
ΠΕ Τεχνικοί	2	2	2	2	4	4	4	4	0	0	0	0
ΤΕ Τεχνικοί	3	3	3	3	6	6	6	6	0	0	0	0
ΔΕ Τεχνικοί	34	32	32	28	28	23	20	15	3	5	9	11
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	5	5	5	5	2	2	2	2	3	3	3	3
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	185	185	185	58	45	35	26	20	136	149	159	38
Ιατροί	164	163	163	163	102	101	92	93	62	62	71	70

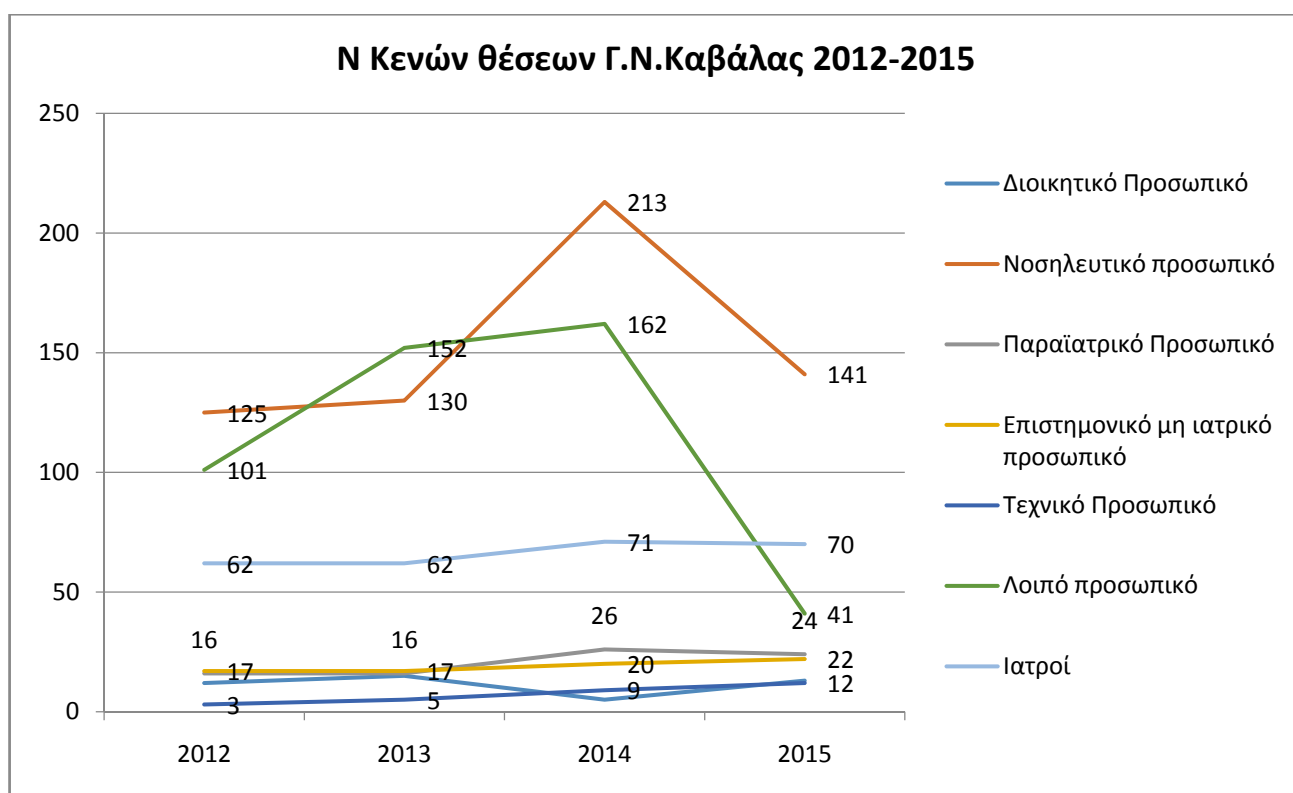
Πίνακας 9. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Καβάλας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές Θέσεις				Υπηρετούντες				Κενές Θέσεις			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	116	109	109	94	92	87	85	75	12	15	5	13
Νοσηλευτικό προσωπικό	679	673	675	569	467	436	422	414	125	130	213	141
Παραϊατρικό Προσωπικό	84	84	84	79	62	56	54	52	16	16	26	24
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	62	55	55	58	42	32	32	33	17	17	20	22
Τεχνικό Προσωπικό	39	37	37	33	38	29	27	20	3	5	9	12
Λοιπό προσωπικό	190	190	190	63	47	35	28	22	101	152	162	41
Ιατροί	164	163	163	163	102	101	92	93	62	62	71	70
Σύνολο	1334	1311	1313	1059	850	776	740	709	336	397	506	323

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του (σχήμα 10), ενώ οι κενές οργανικές θέσεις του νοσηλευτικού και του λοιπού προσωπικού αυξάνονται μέχρι το 2014 και στη συνέχεια μειώνονται (σχήμα 11). Οι κενές οργανικές θέσεις του υπόλοιπου προσωπικού αυξάνονται με την πάροδο των ετών.



Σχήμα 10. Αριθμός προσωπικού Γ.Ν.Καβάλας ανά κατηγορία 2012-2015.



Σχήμα 11. Κενές θέσεις προσωπικού Γ.Ν.Καβάλας ανά κατηγορία 2012-2015.

Γ.Ν.Κιλκίς

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς μειώθηκε συνολικά κατά 11,7% (από 549 σε 485 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 12,9% (από 31 σε 35 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε κατά 14% (από 322 σε 277 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 7,7% (από 26 σε 24 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 27,3% (από 11 σε 8 άτομα), το τεχνικό προσωπικό μειώθηκε κατά 20% (από 25 σε 20 άτομα) και το λοιπό προσωπικό μειώθηκε κατά 33,3% (από 36 σε 24 άτομα). Οι ειδικευμένοι ιατροί αυξήθηκαν κατά 1% (από 98 σε 99 άτομα) και οι ειδικευόμενοι κατά 14,3% (από 49 σε 56). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 10 και κατά σύνολο στον πίνακα 11.

Πίνακας 10. Προσωπικό του Γ.Ν.Κιλκίς ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

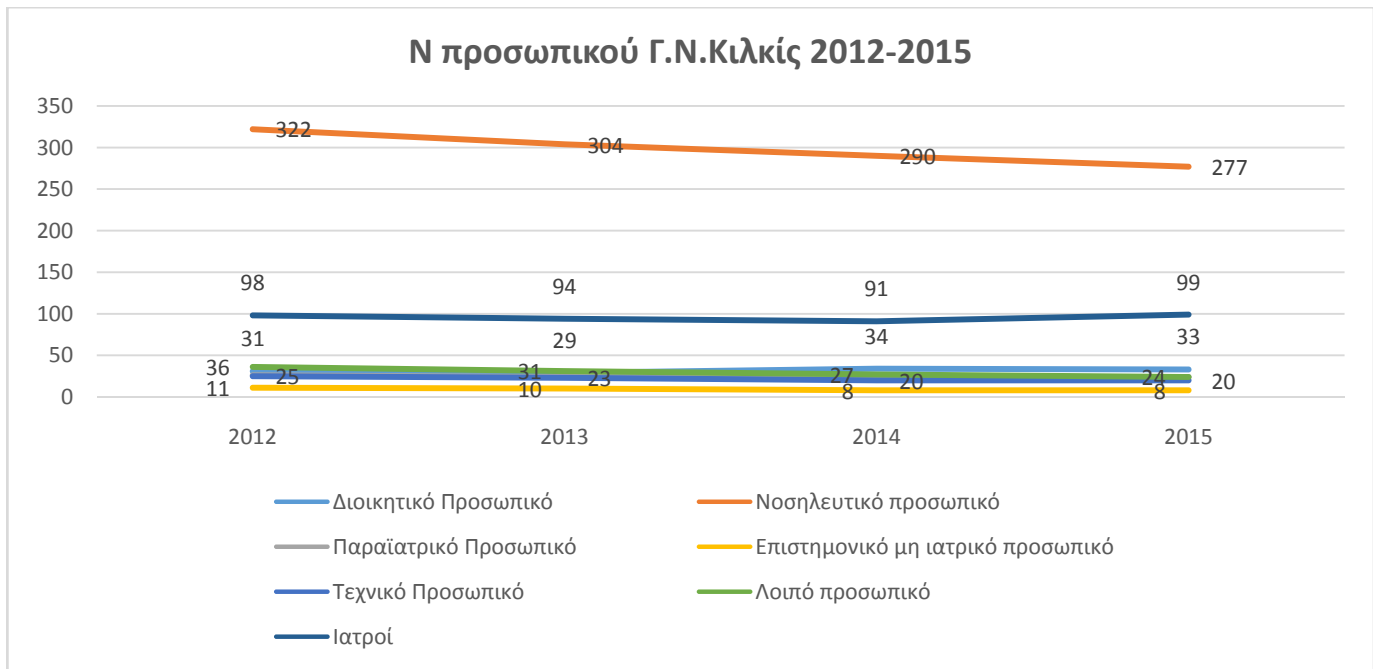
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	9	9	6	6	3	2	2	3	6	7	4	3
ΤΕ Διοικητικοί	8	7	7	8	5	5	5	6	3	2	2	2
ΔΕ Διοικητικοί	58	37	33	33	23	22	27	25	35	15	5	7
ΠΕ Νοσηλευτές	8	8	6	6	2	2	2	2	6	6	4	4
ΤΕ Νοσηλευτές	107	107	104	104	90	89	86	88	18	18	18	16
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	232	232	150	150	202	190	181	165	29	42	0	0
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	50	49	29	29	28	23	21	22	22	26	8	7
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	10	10	10	10	7	6	5	7	3	4	5	3
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	27	27	26	26	19	18	18	17	8	9	8	9
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	7	7	5	5	3	2	2	2	4	5	3	3
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	13	13	12	12	7	7	6	6	6	6	6	6

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΔΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	5	5	0	0	1	1	0	0	4	4	0	0
ΠΕ Τεχνικοί	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
ΤΕ Τεχνικοί	5	5	3	3	3	3	3	3	2	2	0	0
ΔΕ Τεχνικοί	51	42	29	28	21	19	16	16	30	23	13	12
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	7	7	7	7	3	3	3	3	4	4	4	4
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	112	93	42	41	33	28	24	21	79	65	18	20
Ιατροί	88	88	88	86	49	45	44	43	36	43	44	43
Ειδικευόμενοι Ιατροί	52	52	52	52	49	49	47	56	3	3	5	6

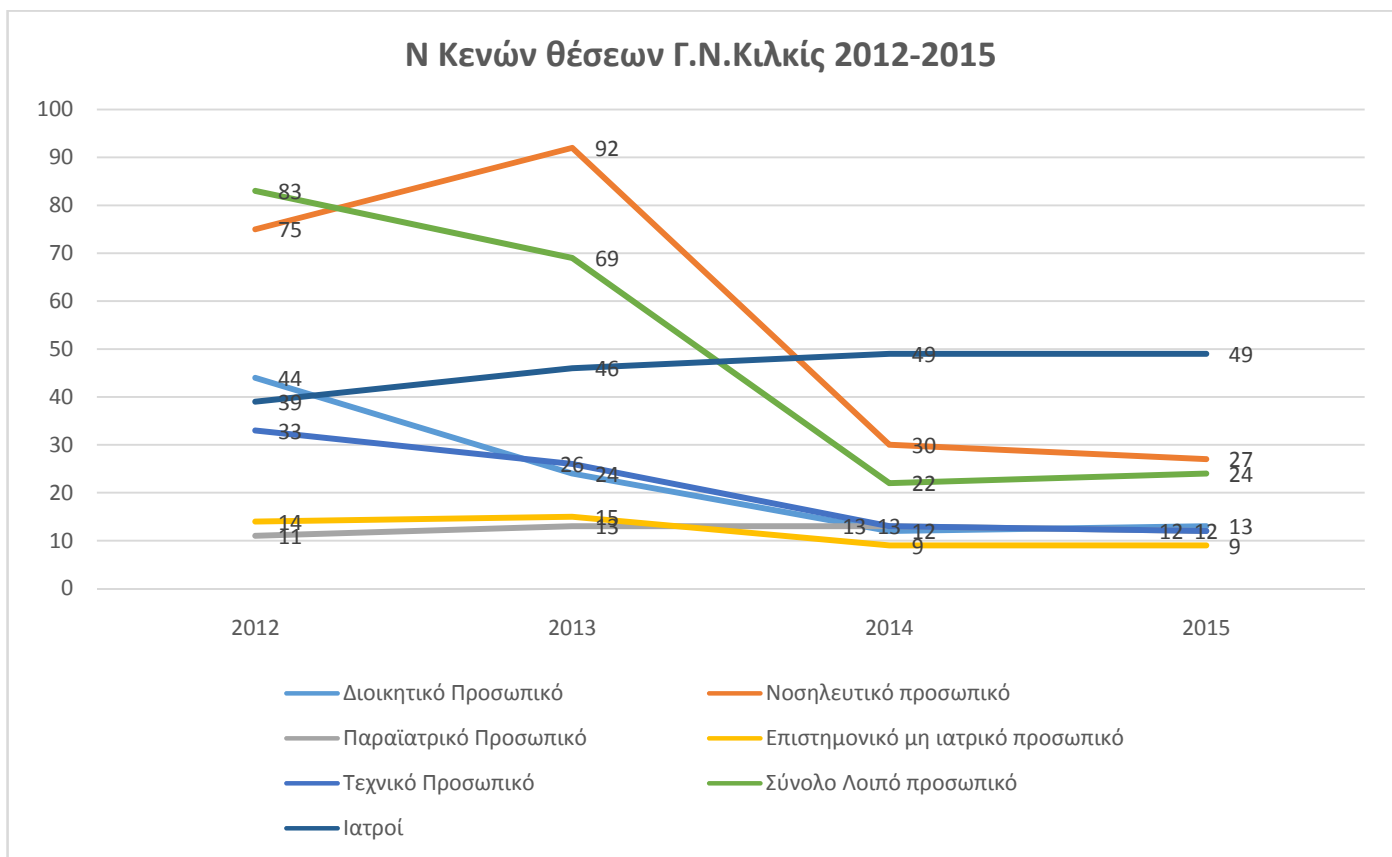
Πίνακας 11. Προσωπικό του Γ.Ν.Κιλκίς συνολικά ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	75	53	47	47	31	29	34	33	44	24	12	13
Νοσηλευτικό προσωπικό	397	396	289	289	322	304	290	277	75	92	30	27
Παραϊατρικό Προσωπικό	37	37	36	36	26	24	23	24	11	13	13	12
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	25	25	17	17	11	10	8	8	14	15	9	9
Τεχνικό Προσωπικό	58	49	33	32	25	23	20	20	33	26	13	12
Λοιπό προσωπικό	119	100	49	48	36	31	27	24	83	69	22	24
Ιατροί	140	140	140	138	98	94	91	99	39	46	49	49
Σύνολο	851	800	611	607	549	515	493	485	299	285	148	146

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του, με εξαίρεση το διοικητικό προσωπικό και τους ιατρούς, όπου αυξάνονται κατά 2 και 1 άτομα αντίστοιχα (σχήμα 12). Οι κενές οργανικές θέσεις όλου του προσωπικού μειώνονται, με εξαίρεση των ιατρών που αυξάνονται (σχήμα 13).



Σχήμα 12. Αριθμός προσωπικού Γ.Ν.Κιλκίς ανά κατηγορία 2012-2015.



Σχήμα 13. Κενές θέσεις προσωπικού Γ.Ν.Κιλκίς ανά κατηγορία 2012-2015.

Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο μειώθηκε συνολικά κατά 11,1% (από 706 σε 628 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά 16,7% (από 54 σε 45 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 2,4% (από 290 σε 283 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό κατά 6,5% (από 62 σε 58 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό κατά 10% (από 30 σε 27 άτομα), το τεχνικό προσωπικό κατά 22,2% (από 27 σε 21 άτομα) και το λοιπό προσωπικό κατά 34,8% (από 23 σε 15 άτομα). Οι ειδικευμένοι ιατροί μειώθηκαν κατά 13,8% (από 116 σε 100 άτομα) και οι ειδικευόμενοι κατά 24% (από 104 σε 79). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 12 και κατά σύνολο στον πίνακα 13.

Πίνακας 12. Προσωπικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	19	20	20	20	14	14	13	12	5	6	7	8
ΤΕ Διοικητικοί	12	13	13	14	12	13	12	13	0	0	1	1
ΔΕ Διοικητικοί	40	44	43	43	28	27	21	20	12	12	17	18
ΠΕ Νοσηλευτές	20	20	20	20	12	13	13	12	8	7	7	8
ΤΕ Νοσηλευτές	215	215	215	215	179	193	186	187	36	22	29	28
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	116	120	119	118	76	74	68	66	40	43	48	50
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	50	50	50	50	23	23	21	18	27	27	29	34
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	26	26	26	26	21	21	22	22	5	5	4	4
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	59	59	59	59	41	42	40	36	18	17	19	23
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	24	24	23	23	21	21	18	19	3	3	5	4

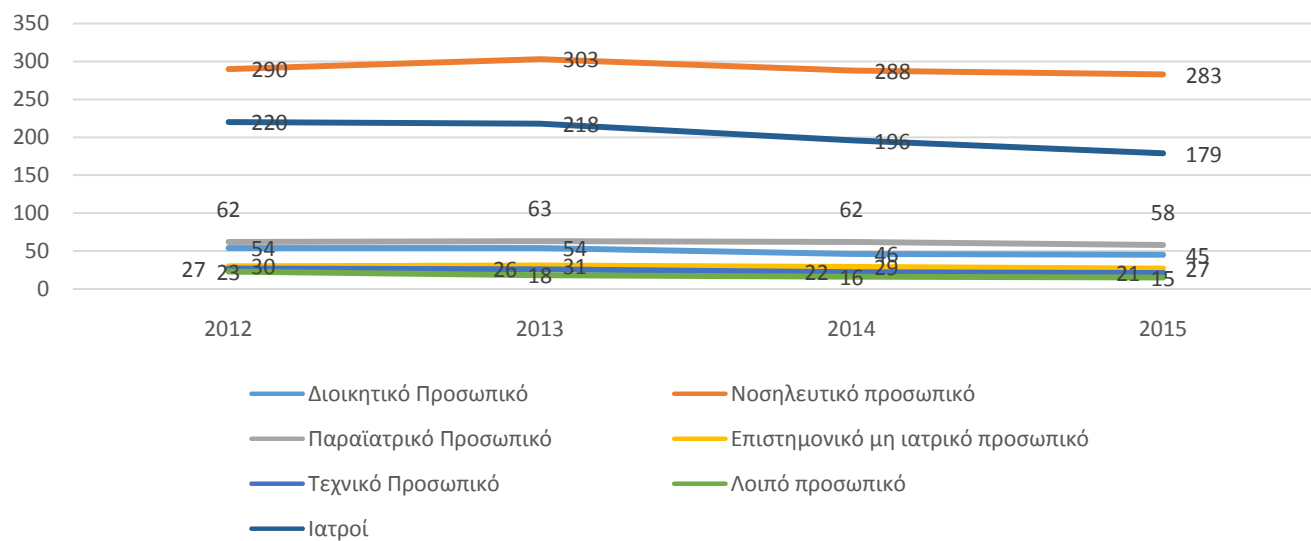
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	11	11	11	11	6	6	7	6	5	5	4	5
ΔΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	4	4	4	4	3	4	4	2	1	0	0	2
ΠΕ Τεχνικοί	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
ΤΕ Τεχνικοί	7	7	7	7	5	5	5	6	2	2	2	0
ΔΕ Τεχνικοί	23	23	22	22	21	20	16	14	2	3	6	8
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	44	44	44	44	23	18	16	15	21	26	28	29
Ειδικευμένοι ιατροί	128	128	132	129	116	108	100	100	12	20	32	29
Ειδικευόμενοι ιατροί	118	118	118	118	104	110	96	79	14	8	22	39

Πίνακας 13. Προσωπικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο συνολικά ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	71	77	76	77	54	54	46	45	17	18	25	27
Νοσηλευτικό προσωπικό	401	405	404	403	290	303	288	283	111	99	113	120
Παραϊατρικό Προσωπικό	85	85	85	85	62	63	62	58	23	22	23	27
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	39	39	38	38	30	31	29	27	9	8	9	11
Τεχνικό Προσωπικό	32	32	31	31	27	26	22	21	5	6	9	9
Λοιπό προσωπικό	44	44	44	44	23	18	16	15	21	26	28	29
Ιατροί	246	246	250	247	220	218	196	179	26	28	54	68
Σύνολο	918	928	928	925	706	713	659	628	212	207	261	291

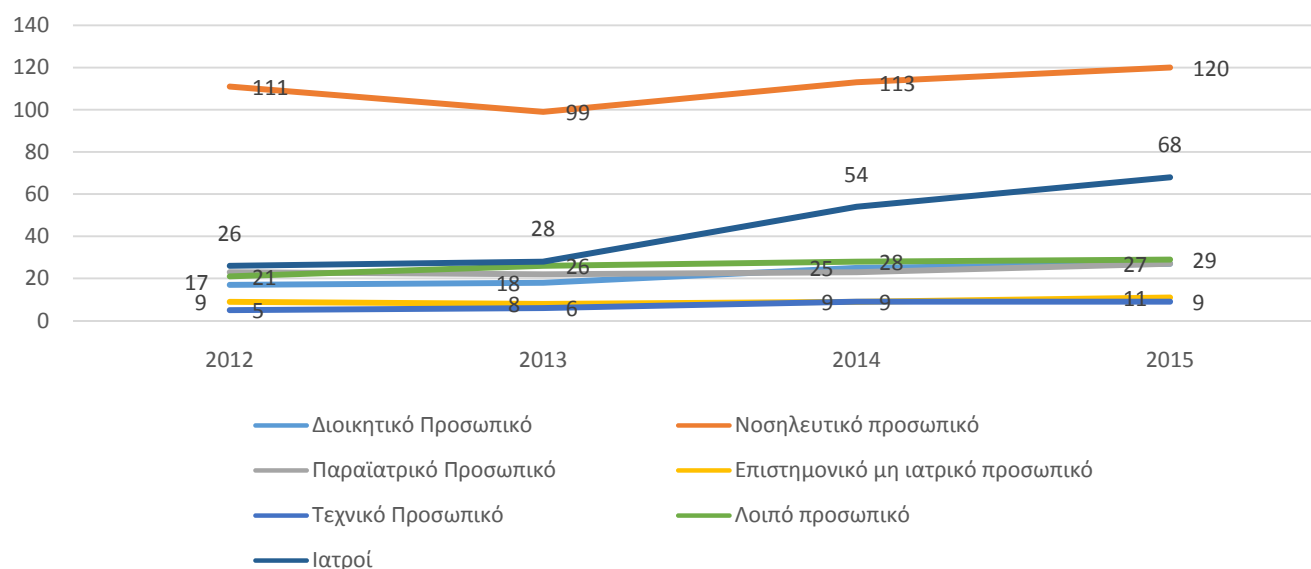
Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του (σχήμα 14), ενώ οι κενές οργανικές θέσεις αυξάνονται (σχήμα 15).

Ν προσωπικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο 2012-2015



Σχήμα 14. Αριθμός προσωπικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο ανά κατηγορία 2012-2015.

Ν κενών θέσεων Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο 2012-2015



Σχήμα 15. Αριθμός κενών οργανικών θέσεων Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο ανά κατηγορία 2012-2015.

5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

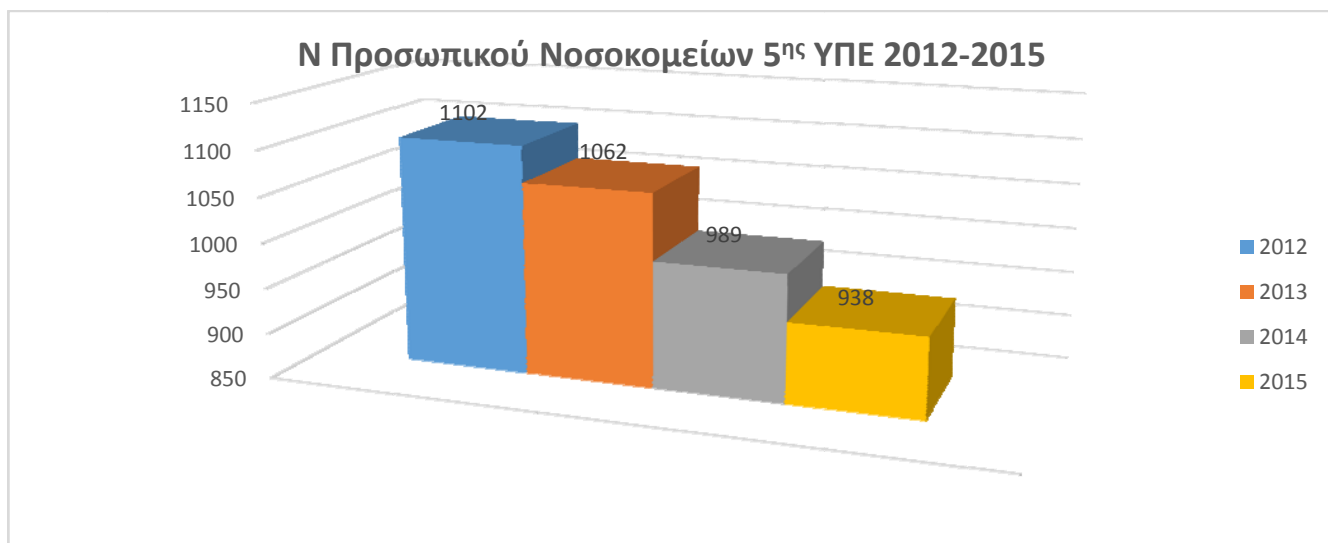
Στα νοσοκομεία της 5^{ης} ΥΠΕ, η επισκεψιμότητα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) παρουσιάζει αυξομειώσεις. Παράλληλα, ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων μειώνεται από το 2012 μέχρι το 2013 και στη συνέχεια αυξάνεται (πίνακας 14).

Πίνακας 14. Στοιχεία κίνησης των νοσοκομείων της 5^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2012-2015.

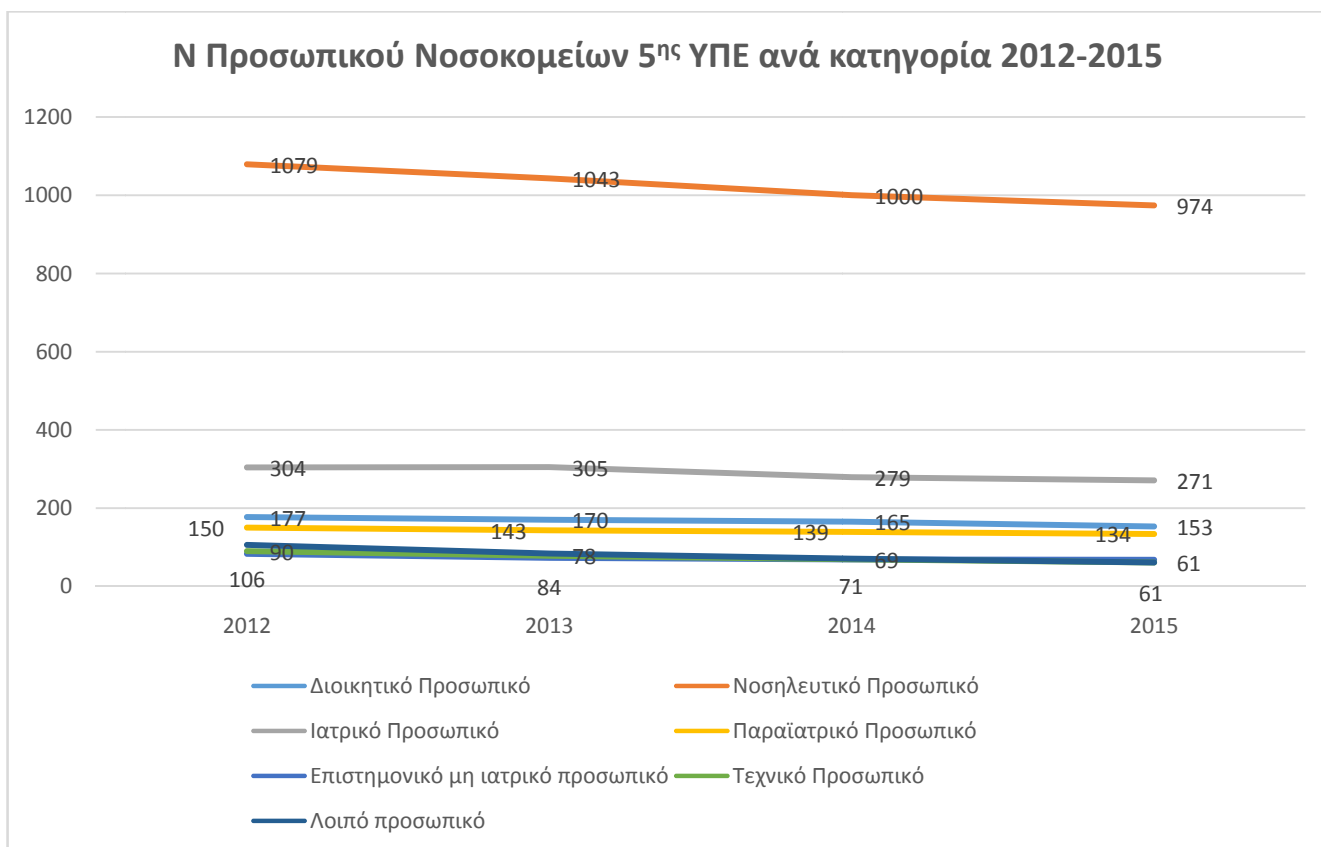
Έτος	Νοσοκομείο	ΤΕΙ	ΤΕΠ	Εισαγωγές	Νοσηλευθέντες	Οργανικές κλίνες	Ανεπτυγμένες κλίνες
2012	Γ.Ν.Αμφισσας	34880	15095	2334	3056	120	90
	Γ.Ν.Καρπενησίου	41649	3755	3167	3209	80	59
	Γ.Ν.Λαμίας	48236	44246	26240	31168	287	299
	Γ.Ν.Τρικάλων	-	-	25626	35839	327	-
2013	Γ.Ν.Αμφισσας	37546	17804	2473	3257	80	80
	Γ.Ν.Καρπενησίου	38268	3420	2082	2145	-	-
	Γ.Ν.Λαμίας	54306	40844	23126	27942	340	314
	Γ.Ν.Τρικάλων	-	-	25599	34796	285	-
2014	Γ.Ν.Αμφισσας	32105	15502	2262	2922	80	80
	Γ.Ν.Καρπενησίου	43363	4085	4666	4737	-	-
	Γ.Ν.Λαμίας	63292	41601	15906	17019	340	314
	Γ.Ν.Τρικάλων	-	-	24184	32674	286	-
2015 (Α εξάμηνο)	Γ.Ν.Αμφισσας	13403	6829	754	1037	80	80
	Γ.Ν.Καρπενησίου	21691	2216	1526	1556	-	-
	Γ.Ν.Λαμίας	33342	22593	8591	9168	340	314
	Γ.Ν.Τρικάλων	-	-	11085	15156	286	-

Σύμφωνα με τα στοιχεία, το προσωπικό στα τρία μελετώμενα νοσοκομεία της 5^{ης} ΥΠΕ μειώθηκε από το 2012 έως το 2015 κατά 14,9% (σχήμα 16). Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε κατά 9,7%, το παραϊατρικό κατά 10,7%, το ιατρικό κατά 10,9%, το διοικητικό κατά 13,6%, το επιστημονικό μη ιατρικό

προσωπικό κατά 28,7%, το τεχνικό κατά 32,2% και το λοιπό προσωπικό κατά 42,4% (σχήμα 17).



Σχήμα 16. Ν προσωπικού στα νοσοκομεία της 5^{ης} ΥΠΕ, 2012-2015.



Σχήμα 17. Αριθμός προσωπικού νοσοκομείων 5^{ης} ΥΠΕ ανά κατηγορία 2012-2015.

Γ.Ν. Άμφισσας

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Άμφισσας μειώθηκε συνολικά κατά 10,3% (από 224 σε 201 άτομα). Το διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό παρέμεινε σταθερό σε αριθμό (23 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε κατά 11,1% (από 99 σε 88 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό κατά 12,5% (από 8 σε 7 άτομα), το τεχνικό προσωπικό κατά 14,3% (από 14 σε 12 άτομα) και το λοιπό προσωπικό κατά 18,5% (από 27 σε 22 άτομα). Οι ιατροί μειώθηκαν κατά 18,75% (από 32 σε 26 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 15 και κατά σύνολο στον πίνακα 16.

Πίνακας 15. Προσωπικό του Γ.Ν. Άμφισσας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

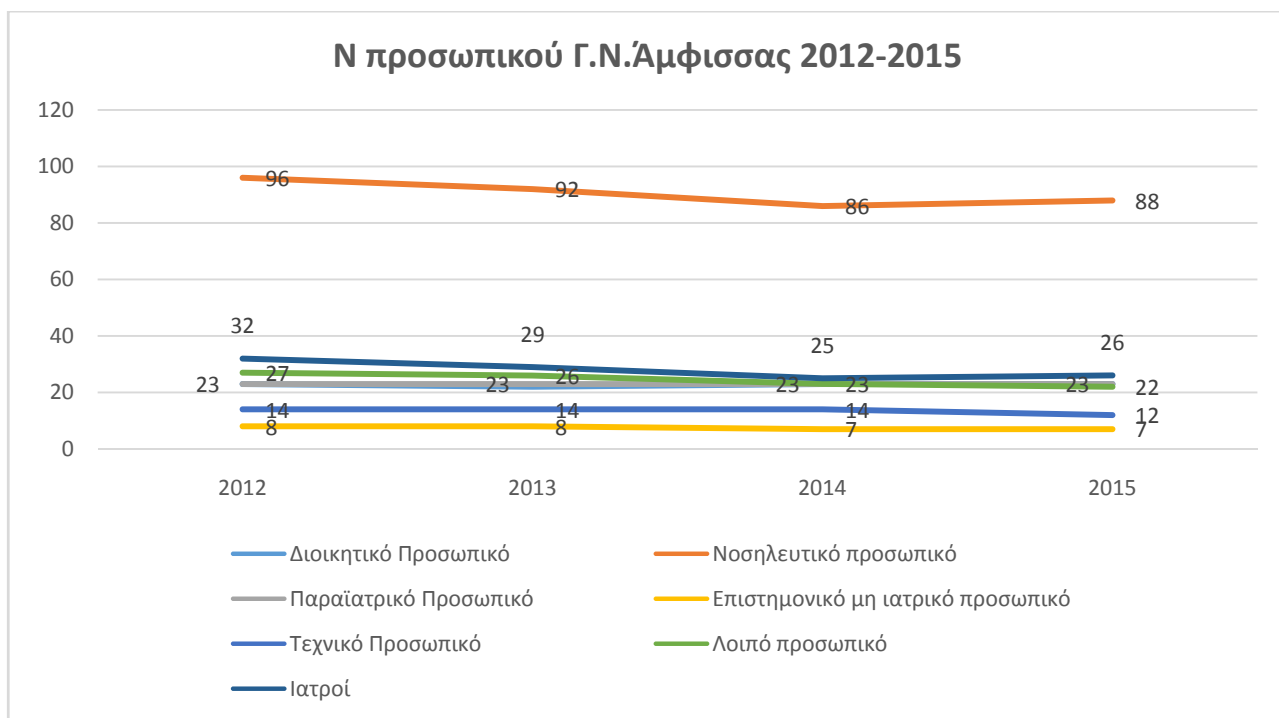
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	6	6	6	6	5	4	5	5	1	2	1	1
ΤΕ Διοικητικοί	4	4	4	4	3	3	3	3	1	1	1	1
ΔΕ Διοικητικοί	20	20	20	20	15	15	15	15	5	5	5	5
ΠΕ Νοσηλευτές	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
ΤΕ Νοσηλευτές	31	31	33	33	27	27	28	28	4	4	5	5
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	50	50	48	48	47	48	44	44	3	2	4	4
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	26	26	26	26	22	17	14	16	4	9	12	10
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	13	13	13	13	13	13	13	13	0	0	0	0
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	5	5	5	5	3	3	3	3	2	2	2	2

ΔΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	3	3	3	3	3	3	2	2	0	0	1	1
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Τεχνικοί	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0
ΤΕ Τεχνικοί	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
ΔΕ Τεχνικοί	15	15	15	13	12	12	12	10	3	3	3	3
ΔΕ Λοιπό Προσωπικό	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0
ΥΕ Λοιπό Προσωπικό	24	24	24	23	23	22	19	18	1	2	5	5
Ειδικευμένοι ιατροί	31	31	31	31	32	29	25	26	0	3	7	6

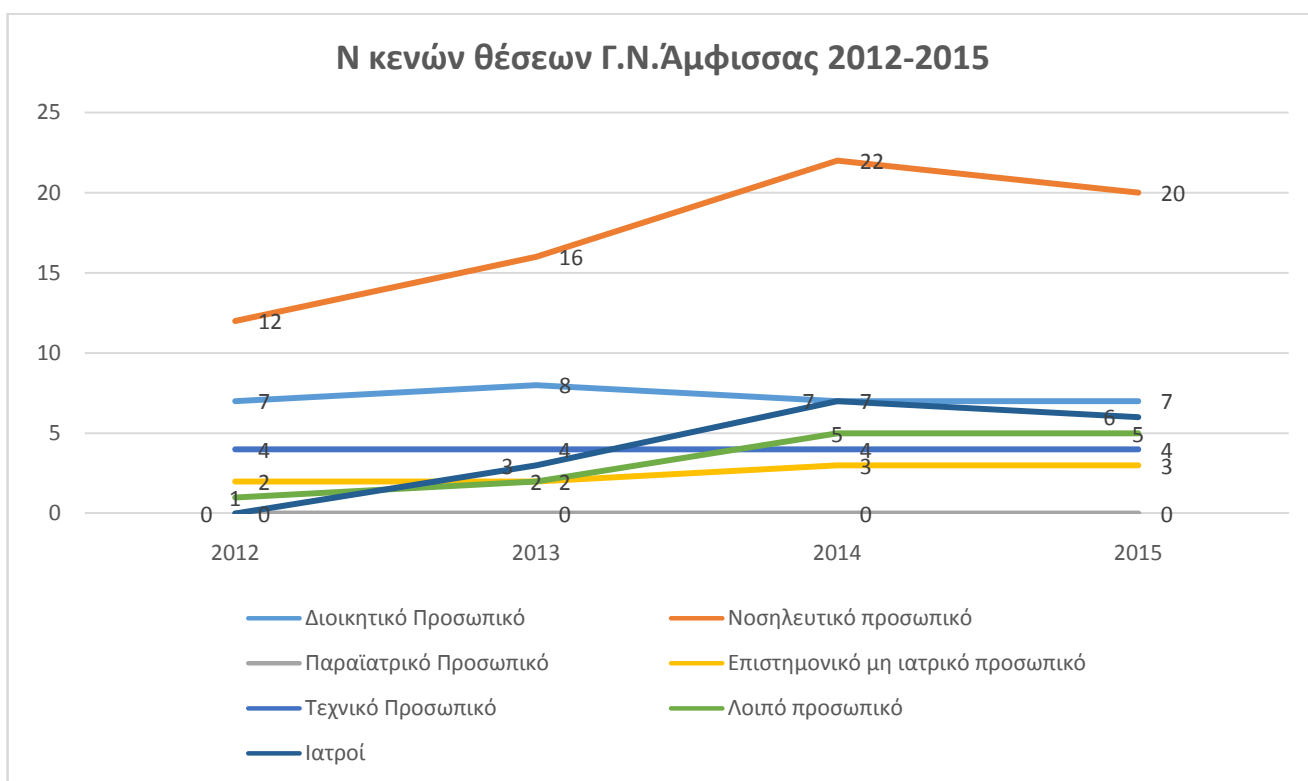
Πίνακας 16. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Άμφισσας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	30	30	30	30	23	22	23	23	7	8	7	7
Νοσηλευτικό προσωπικό	108	108	108	108	96	92	86	88	12	16	22	20
Παραϊατρικό Προσωπικό	23	23	23	23	23	23	23	23	0	0	0	0
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	10	10	10	10	8	8	7	7	2	2	3	3
Τεχνικό Προσωπικό	18	18	18	16	14	14	14	12	4	4	4	4
Λοιπό Προσωπικό	28	28	28	27	27	26	23	22	1	2	5	5
Ιατροί	31	31	31	31	32	29	25	26	0	3	7	6
Σύνολο	249	249	250	246	224	215	203	201	26	34	48	49

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του, με εξαίρεση το διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό όπου ο αριθμός του παραμένει σταθερός (σχήμα 18). Όσον αφορά τις κενές οργανικές θέσεις, το παραϊατρικό προσωπικό δεν έχει καθόλου, του διοικητικού και τεχνικού προσωπικού παραμένουν σταθερές (7 και 4, αντίστοιχα), ενώ του νοσηλευτικού, του επιστημονικού μη ιατρικού, του λοιπού προσωπικού και των ιατρών αυξάνονται (σχήμα 19).



Σχήμα 18. Αριθμός προσωπικού Γ.Ν.Άμφισσας 2012-2015



Σχήμα 19. Αριθμός κενών οργανικών θέσεων Γ.Ν.Άμφισσας 2012-2015

Γ.Ν.Καρπενησίου

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου μειώθηκε συνολικά κατά 9,8% (από 143 σε 129 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά 7,7% (από 13 σε 12 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 8,9% (από 56 σε 51 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό παρέμεινε σταθερό (10 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 1 άτομο, το τεχνικό προσωπικό μειώθηκε κατά 42,9% (από 7 σε 4 άτομα) και το λοιπό προσωπικό κατά 18,2% (από 11 σε 9 άτομα). Οι ιατροί μειώθηκαν κατά 8,7% (από 46 σε 42 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 17 και κατά σύνολο στον πίνακα 18.

Πίνακας 17. Προσωπικό του Γ.Ν.Καρπενησίου ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

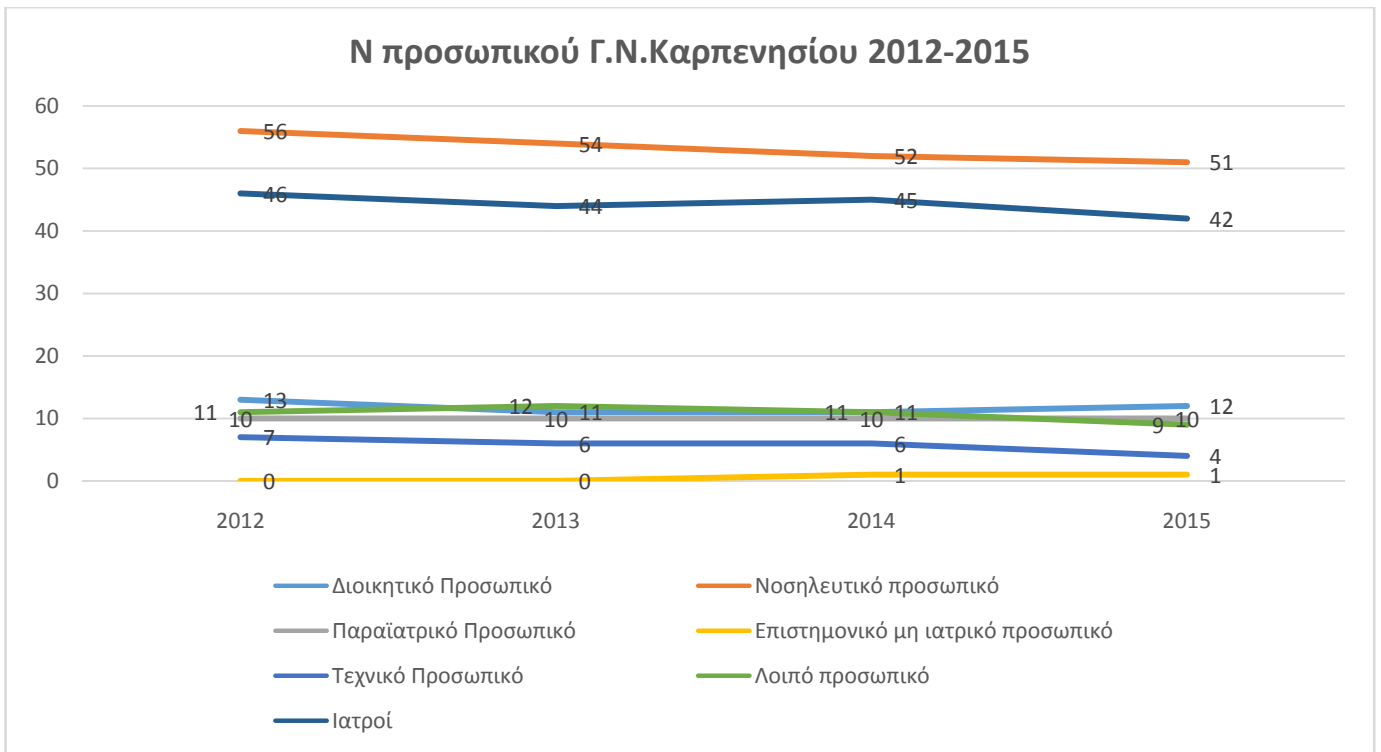
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0
ΤΕ Διοικητικοί	4	4	3	3	4	3	3	3	0	0	0	0
ΔΕ Διοικητικοί	6	6	5	6	6	5	5	6	0	0	0	0
ΠΕ Νοσηλευτές	1	1	3	3	1	1	2	2	0	0	1	1
ΤΕ Νοσηλευτές	26	26	35	35	18	18	16	15	8	8	19	20
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	20	20	23	23	19	19	18	17	1	1	5	6
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	20	20	20	22	18	16	16	17	2	4	4	2
ΤΕ Παραϊατρικό προσωπικό	6	6	5	5	3	3	2	2	3	3	3	3
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	11	11	11	11	7	7	8	8	4	4	3	3
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	3	3	1	1	0	0	0	0	3	3	1	1
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1
ΠΕ Τεχνικοί	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΤΕ Τεχνικοί	2	2	2	2	2	2	2	25	0	0	0	0
ΔΕ Τεχνικοί	5	5	5	3	5	4	4	2	0	1	1	1
ΠΕ Λοιπό προσωπικό	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
ΤΕ Λοιπό προσωπικό	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	3	3	2	2	1	2	1	1	0	0	1	1
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	15	15	10	8	10	9	9	7	5	6	1	1
Ιατροί	45	45	34	34	33	32	33	33	16	18	1	1
Ειδικευόμενοι Ιατροί	13	13	13	13	13	12	12	9	0	1	1	4

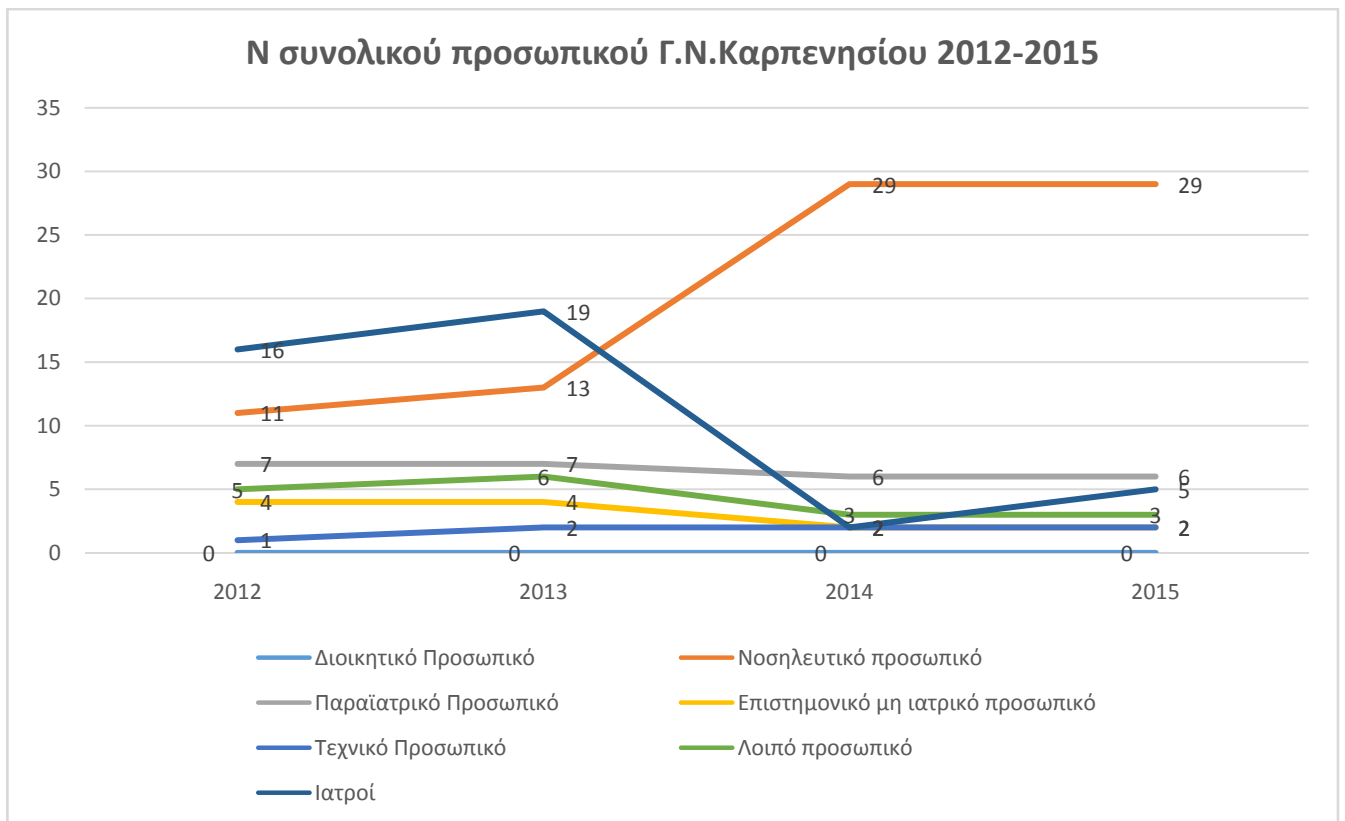
Πίνακας 18. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Καρπενησίου ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	13	13	11	12	13	11	11	12	0	0	0	0
Νοσηλευτικό προσωπικό	67	67	81	83	56	54	52	51	11	13	29	29
Παραϊατρικό προσωπικό	17	17	16	16	10	10	10	10	7	7	6	6
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	4	4	3	3	0	0	1	1	4	4	2	2
Τεχνικό Προσωπικό	8	8	8	6	7	6	6	4	1	2	2	2
Λοιπό προσωπικό	18	18	14	12	11	12	11	9	5	6	3	3
Ιατροί	58	58	47	47	46	44	45	42	16	19	2	5
Σύνολο	185	185	180	179	143	137	136	129	44	51	44	47

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του, με εξαίρεση το παραϊατρικό προσωπικό που παραμένει σταθερό και το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό που αυξάνεται (σχήμα 20). Οι κενές οργανικές θέσεις του διοικητικού προσωπικού παραμένουν σταθερές, ενώ του νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού αυξάνονται. Επίσης, οι κενές οργανικές θέσεις του παραϊατρικού, του επιστημονικού μη ιατρικού προσωπικού, του λοιπού προσωπικού και των ιατρών μειώνονται (σχήμα 21).



Σχήμα 20. Αριθμός προσωπικού Γ.Ν.Άμφισσας 2012-2015



Σχήμα 21. Συνολικός αριθμός προσωπικού Γ.Ν.Άμφισσας 2012-2015

Γ.Ν.Λαμίας

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας μειώθηκε συνολικά κατά % (από σε άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά % (από σε άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά % (από σε άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό κατά % (από σε άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό κατά % (από σε άτομα), το τεχνικό προσωπικό κατά % (από σε άτομα) και το λοιπό προσωπικό κατά % (από σε άτομα). Οι ιατροί μειώθηκαν κατά % (από σε άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 19 και κατά σύνολο στον πίνακα 20.

Πίνακας 19. Προσωπικό του Γ.Ν.Λαμίας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

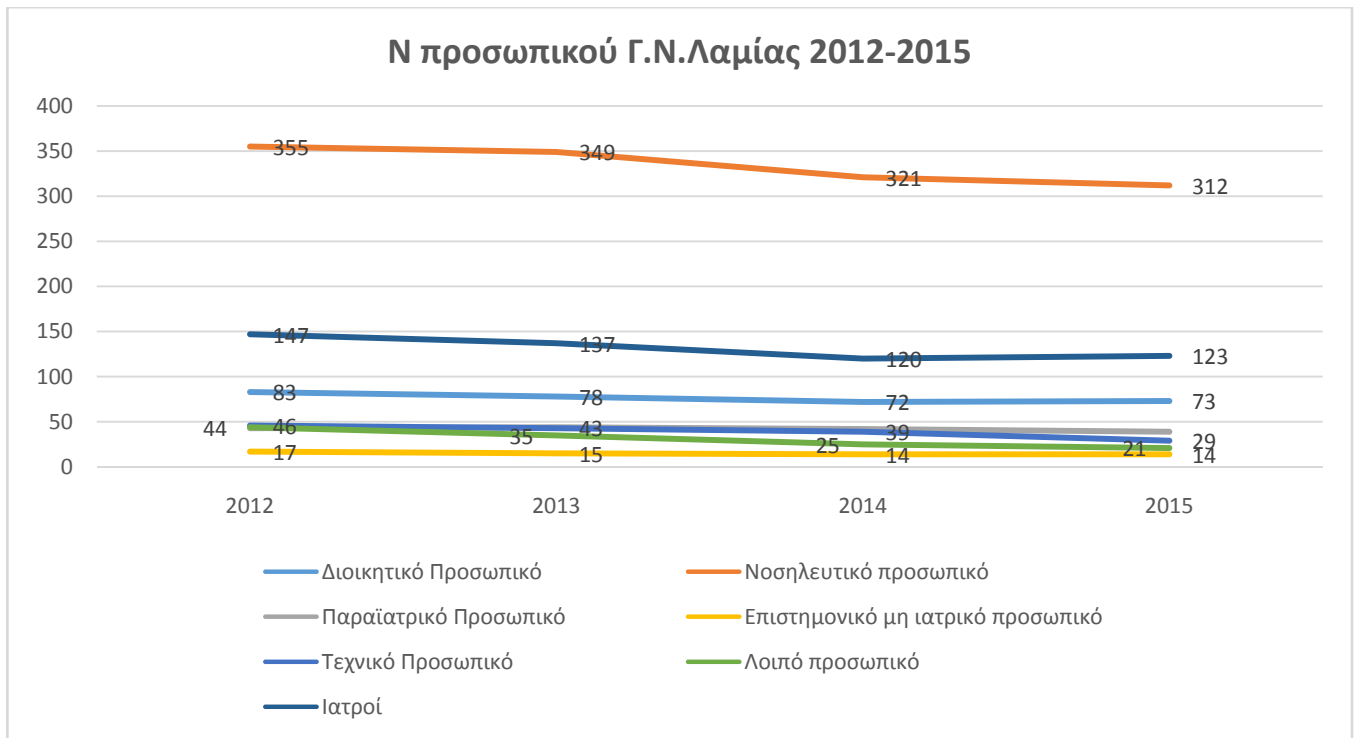
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	15	15	16	18	15	15	15	15	0	0	1	3
ΤΕ Διοικητικοί	23	23	23	26	23	23	23	25	0	0	0	1
ΔΕ Διοικητικοί	56	56	55	55	45	40	34	33	0	7	8	10
ΠΕ Νοσηλευτές	11	11	10	10	6	6	5	5	5	5	5	5
ΤΕ Νοσηλευτές	326	326	245	248	205	202	201	196	121	124	44	52
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	203	202	126	16	97	97	75	72	106	103	51	54
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	100	100	80	80	47	44	40	39	39	44	31	33
ΤΕ Παραϊατρικό προσωπικό	40	40	40	40	23	24	23	22	17	16	17	18
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	44	44	44	44	20	20	19	17	24	24	25	27
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	20	20	18	17	8	8	8	8	10	12	10	9
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	15	15	16	17	9	7	6	6	6	8	10	11
ΠΕ Τεχνικοί	3	3	3	3	3	3	2	1	0	0	1	2
ΤΕ Τεχνικοί	4	4	4	4	4	4	2	2	0	0	2	2

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΔΕ Τεχνικοί	54	53	54	53	39	16	35	26	3	4	6	24
ΠΕ Λοιπό προσωπικό	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	29	30	24	29	7	6	5	4	32	24	19	0
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	123	123	58	34	36	28	19	16	86	93	37	3
Ιατροί	199	199	143	146	79	79	74	72	121	119	74	73
Ειδικευόμενοι Ιατροί	70	70	70	70	68	67	63	48	2	3	2	22

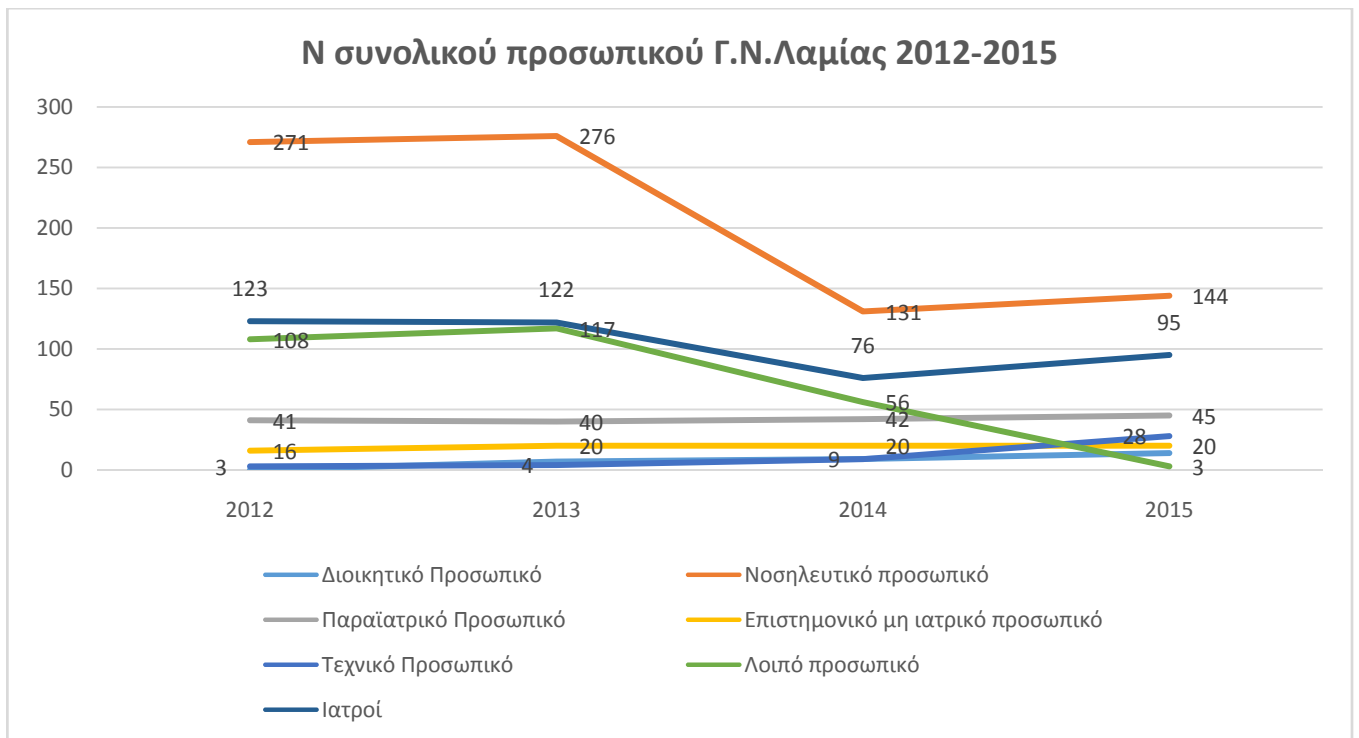
Πίνακας 20. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Λαμίας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	94	94	94	99	83	78	72	73	0	7	9	14
Νοσηλευτικό προσωπικό	640	639	461	464	355	349	321	312	271	276	131	144
Παραϊατρικό προσωπικό	84	84	84	84	43	44	42	39	41	40	42	45
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	35	35	34	34	17	15	14	14	16	20	20	20
Τεχνικό Προσωπικό	61	60	61	60	46	43	39	29	3	4	9	28
Λοιπό προσωπικό	153	154	83	64	44	35	25	21	108	117	56	3
Ιατροί	269	269	213	216	147	146	137	120	123	122	76	95
Σύνολο	1336	1335	1030	1021	735	710	650	608	562	586	343	349

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του (σχήμα 22). Οι κενές οργανικές θέσεις του διοικητικού, παραϊατρικού, επιστημονικού μη ιατρικού και τεχνικού προσωπικού αυξάνονται, ενώ του νοσηλευτικού, λοιπού και ιατρικού προσωπικού μειώνονται (σχήμα 23).



Σχήμα 22. Αριθμός προσωπικού του Γ.Ν.Λαμίας 2012-2015



Σχήμα 23. Συνολικός αριθμός προσωπικού του Γ.Ν.Λαμίας 2012-2015

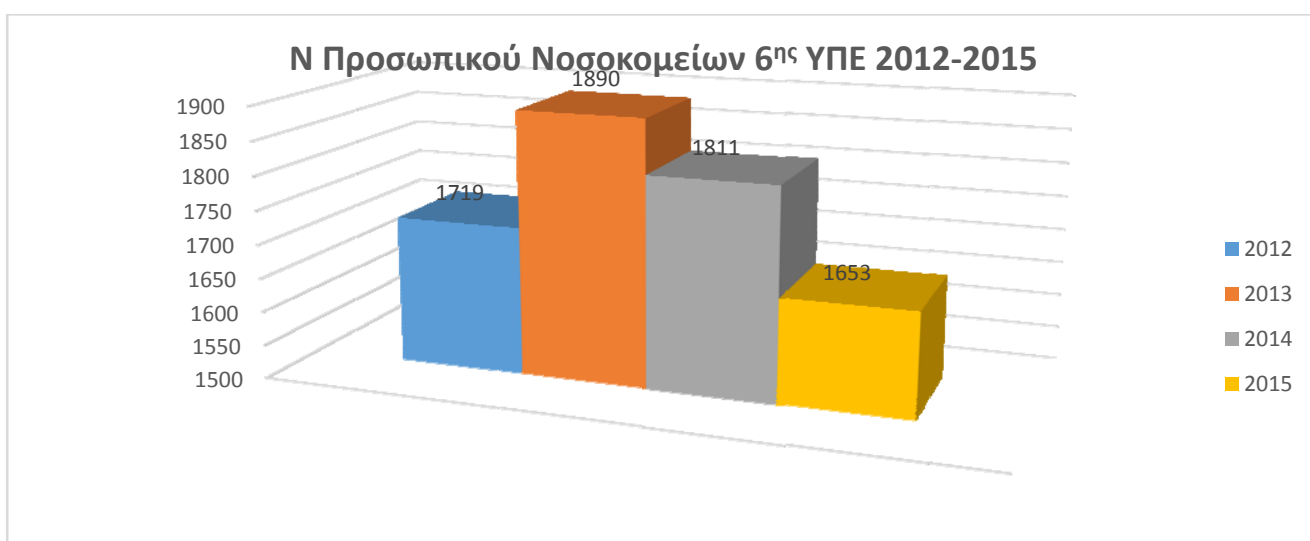
6^η ΥΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

Στο Γ.Ν. Καλαμάτας, η επισκεψιμότητα ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων μειώνεται από το 2012 μέχρι το 2013 και στη συνέχεια αυξάνεται (πίνακας 21). Στοιχεία για τα υπόλοιπα νοσοκομεία δεν διατέθηκαν.

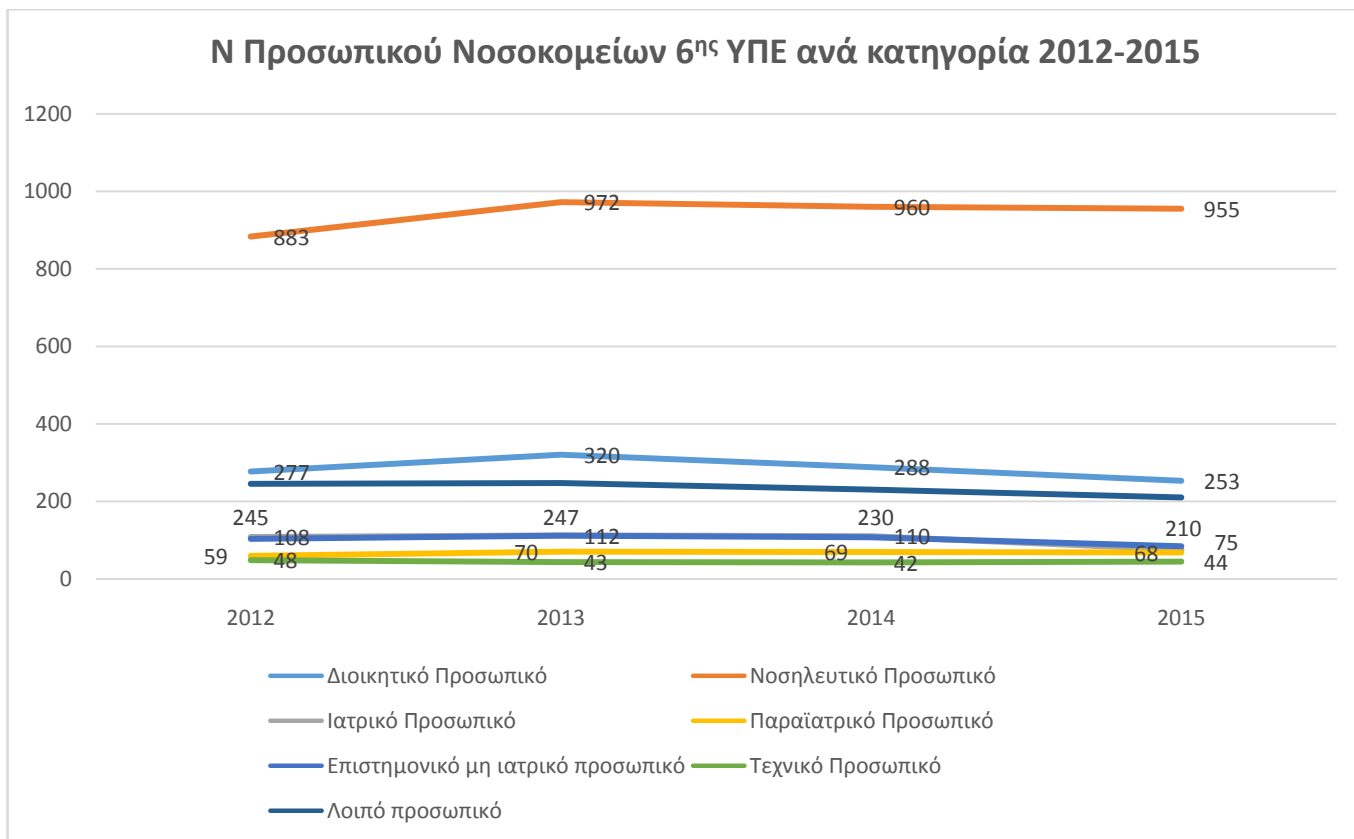
Πίνακας 21. Στοιχεία κίνησης των νοσοκομείων της 6^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2012-2015.

Έτος	Νοσοκομείο	Εισαγωγές	Νοσηλευθέντες	Ανεπτυγμένες κλίνες
2012	Γ.Ν.Καλαμάτας	28993	29123	322
2013	Γ.Ν.Καλαμάτας	27791	27906	329
2014	Γ.Ν.Καλαμάτας	28286	28417	328
2015 (Α εξάμηνο)	Γ.Ν.Καλαμάτας	27720	27852	328

Σύμφωνα με τα στοιχεία, το προσωπικό στα τρία μελετώμενα νοσοκομεία της 6^{ης} ΥΠΕ μειώθηκε από το 2012 έως το 2015 κατά 3,8% (σχήμα 24). Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 8,2% και το παραϊατρικό κατά 15,3%, ενώ το ιατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 30,6%, το διοικητικό κατά 8,7%, το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό κατά 18,4%, το τεχνικό κατά 8,3% και το λοιπό προσωπικό κατά 14,3% (σχήμα 25).



Σχήμα 24. N προσωπικού στα νοσοκομεία της 6^{ης} ΥΠΕ, 2012-2015.



Σχήμα 25. Αριθμός προσωπικού νοσοκομείων 6^{ης} ΥΠΕ ανά κατηγορία 2012-2015.

Γ.Ν.Ναυπλίου

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου μειώθηκε συνολικά κατά 25,2% (από 143 σε 107 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά 41,7% (από 24 σε 14 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 21,1% (από 57 σε 45 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό παρέμεινε σταθερό (12 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 50% (από 4 σε 2 άτομα), το τεχνικό προσωπικό κατά 50% (από 10 σε 5 άτομα) και το λοιπό προσωπικό παρέμεινε σταθερό (1 άτομο). Οι ιατροί μειώθηκαν κατά 20% (από 35 σε 28 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 22 και κατά σύνολο στον πίνακα 23.

Πίνακας 22. Προσωπικό του Γ.Ν.Ναυπλίου ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

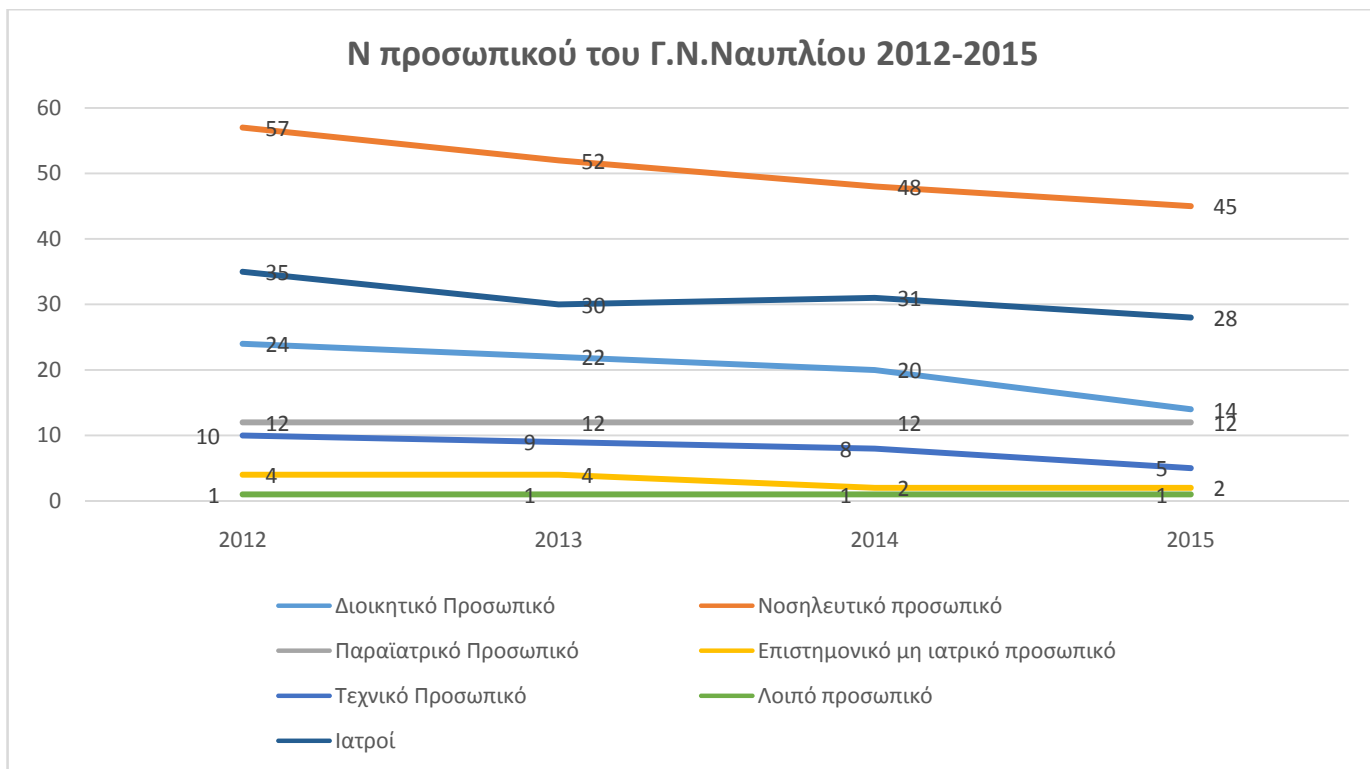
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	3	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0
ΤΕ Διοικητικοί	5	4	3	3	3	3	3	3	1	0	0	0
ΔΕ Διοικητικοί	14	13	9	10	8	8	7	3	6	5	2	7
ΥΕ Διοικητικοί	25	12	142	11	11	9	8	6	12	3	4	5
ΠΕ Νοσηλευτές	0	3	3	3	0	0	0	1	0	3	3	2
ΤΕ Νοσηλευτές	40	41	39	39	29	27	26	23	10	10	13	16
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	25	30	30	30	16	17	15	15	9	10	12	15
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	20	20	25	26	12	8	7	6	7	11	18	20
ΤΕ Παραϊατρικό προσωπικό	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0	0
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	12	12	12	12	7	7	7	7	5	5	5	5
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	9	9	5	5	3	3	2	2	6	6	3	3
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	4	4	0	0	1	1	0	0	3	3	0	0

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΤΕ Τεχνικοί	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0
ΔΕ Τεχνικοί	14	10	10	6	8	7	6	3	5	3	4	3
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Ειδικευμένοι Ιατροί	36	36	44	43	24	22	22	20	1	19	26	27
Ειδικευόμενοι Ιατροί	11	11	11	11	11	8	9	8	0	3	2	3

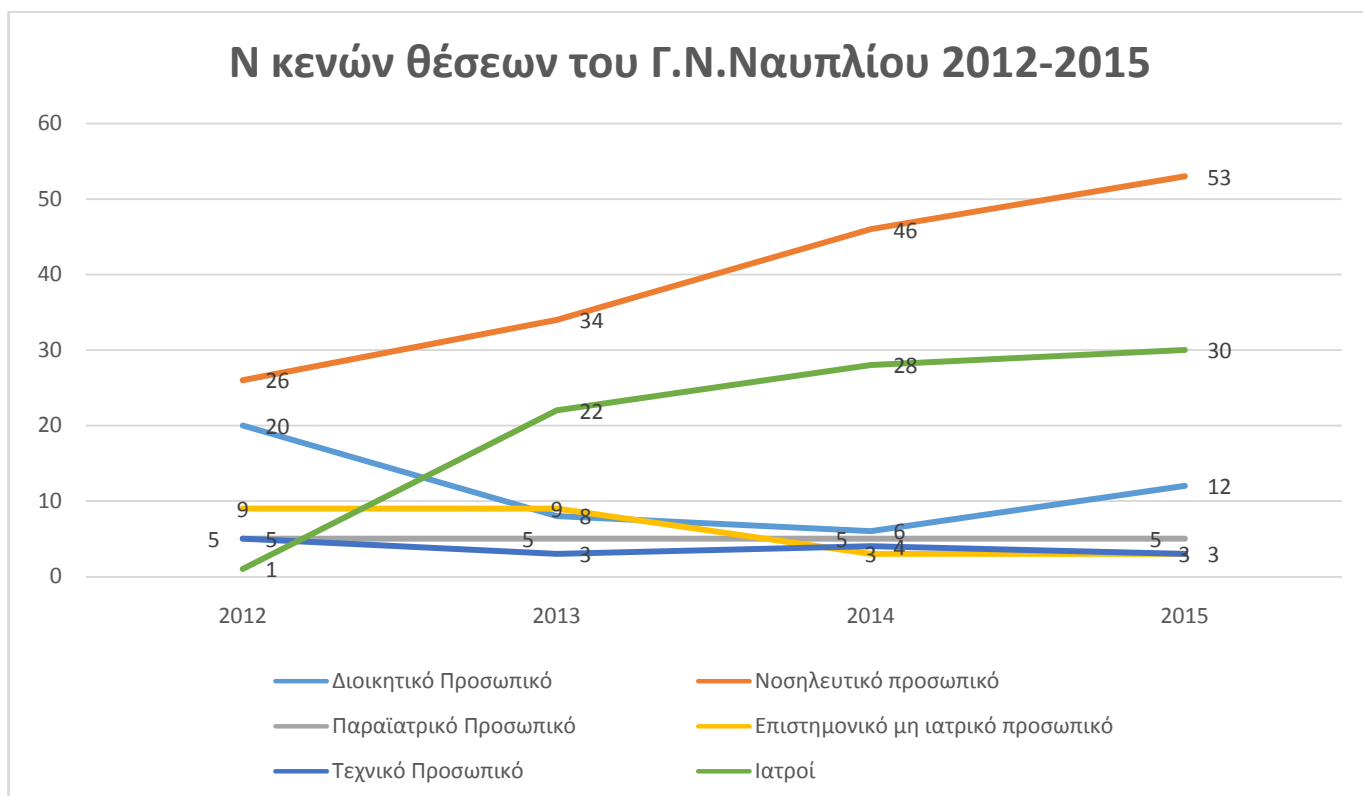
Πίνακας 23. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Ναυπλίου ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	47	31	26	26	24	22	20	14	20	8	6	12
Νοσηλευτικό προσωπικό	85	94	97	98	57	52	48	45	26	34	46	53
Παραϊατρικό προσωπικό	17	17	17	17	12	12	12	12	5	5	5	5
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	13	13	5	5	4	4	2	2	9	9	3	3
Τεχνικό Προσωπικό	16	12	12	8	10	9	8	5	5	3	4	3
Λοιπό προσωπικό	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Ιατροί	47	47	55	54	35	30	31	28	1	22	28	30
Σύνολο	226	215	213	209	143	130	112	107	66	81	93	106

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του, με εξαίρεση το παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό που παραμένει σταθερό (σχήμα 26). Οι κενές οργανικές θέσεις του διοικητικού, επιστημονικού μη ιατρικού και τεχνικού προσωπικού μειώνονται, ενώ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού αυξάνονται. Οι κενές οργανικές θέσεις του παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού παραμένουν σταθερές (σχήμα 27).



Σχήμα 26. Αριθμός προσωπικού του Γ.Ν.Ναυπλίου 2012-2015



Σχήμα 27. Αριθμός κενών θέσεων του Γ.Ν.Ναυπλίου 2012-2015

Γ.Ν.Πύργου

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Πύργου αυξήθηκε συνολικά κατά 1,3% (από 379 σε 384 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 16,2% (από 37 σε 43 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 5,5% (από 200 σε 211 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό παρέμεινε σταθερό (19 άτομα), το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 35,3% (από 17 σε 23 άτομα), το τεχνικό προσωπικό μειώθηκε κατά 21,7% (από 23 σε 18 άτομα) και το λοιπό προσωπικό αυξήθηκε από 0 σε 1 άτομο. Οι ιατροί μειώθηκαν κατά 16,9% (από 83 σε 69 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 24 και κατά σύνολο στον πίνακα 25.

Πίνακας 24. Προσωπικό του Γ.Ν.Πύργου ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

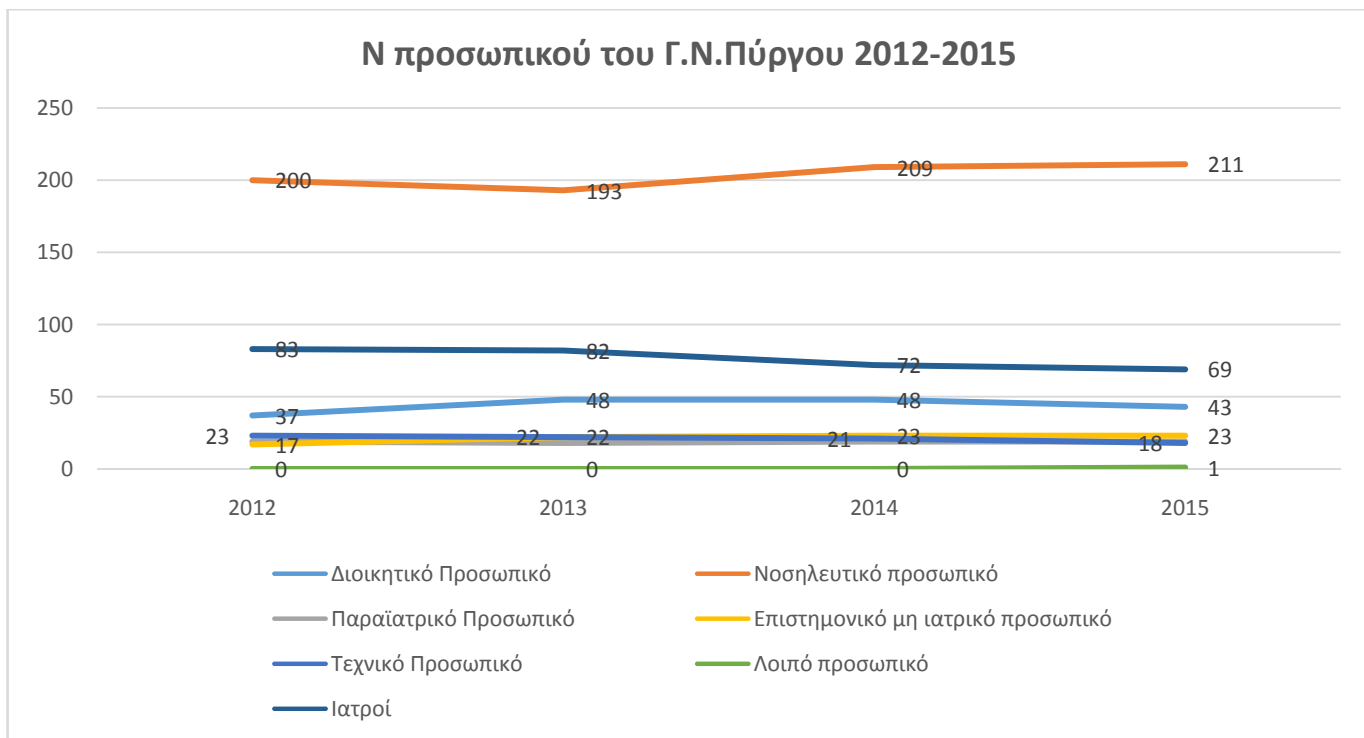
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	7	7	7	7	4	4	3	3	4	4	4	4
ΤΕ Διοικητικοί	10	11	11	10	5	5	7	0	1	1	4	3
ΔΕ Διοικητικοί	28	26	26	29	16	16	15	15	6	5	8	12
ΥΕ Διοικητικοί	74	45	45	43	12	23	23	18	41	5	17	25
ΠΕ Νοσηλευτές	4	6	6	6	4	4	4	4	0	2	2	2
ΤΕ Νοσηλευτές	113	141	141	141	95	92	102	0	0	1	35	39
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	106	112	112	107	75	70	74	3	4	11	36	34
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	35	39	39	39	26	27	29	34	3	1	10	5
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	25	29	29	28	19	18	19	19	0	0	7	5
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	9	7	7	6	4	5	5	5	5	4	2	1
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	25	28	28	26	13	17	18	18	8	6	9	8
ΠΕ Τεχνικοί	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
ΤΕ Τεχνικοί	4	4	4	3	2	2	2	2	0	0	2	1

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΔΕ Τεχνικοί	33	24	24	19	20	20	19	16	9	9	5	2
ΠΕ Λοιπό προσωπικό	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1
Ειδικευμένοι Ιατροί	96	93	93	92	54	53	54	53	20	15	39	39
Ειδικευόμενοι Ιατροί	29	29	29	29	29	29	18	16	0	0	11	13

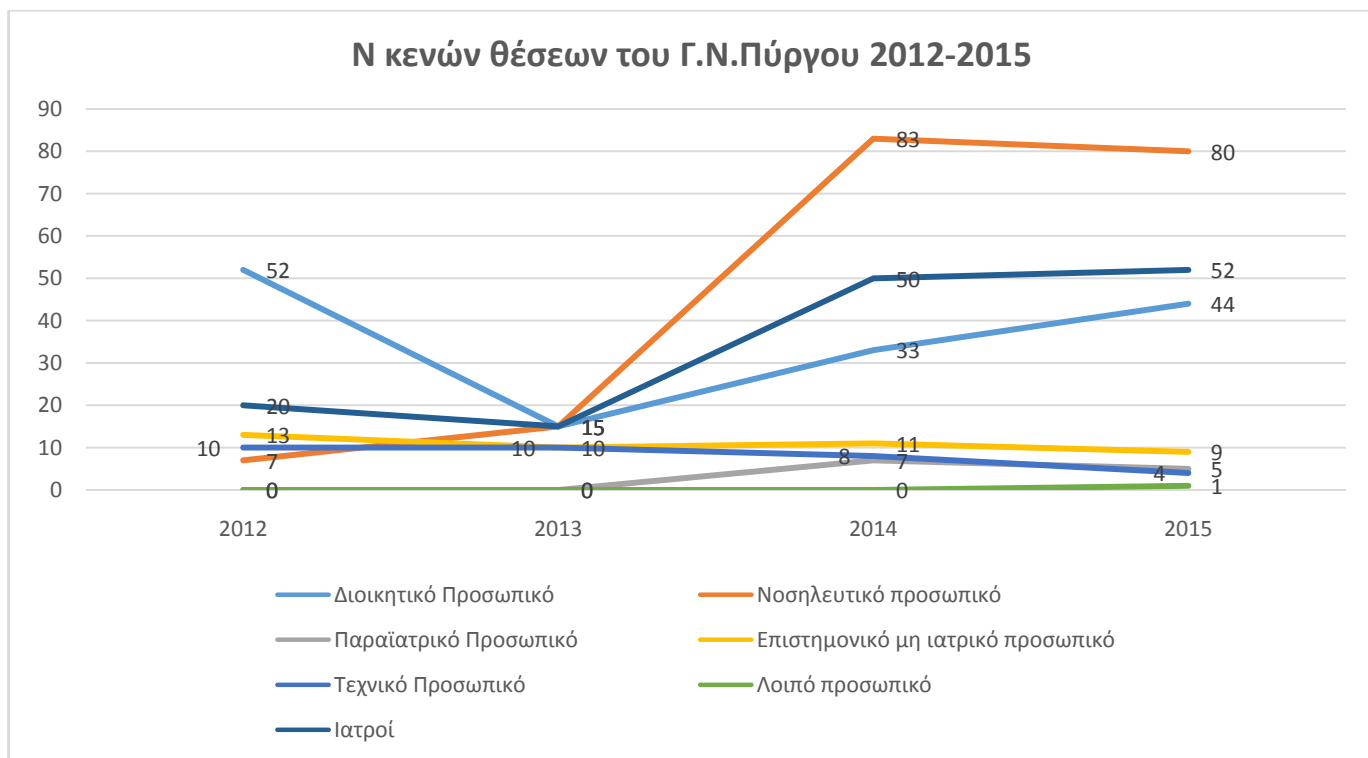
Πίνακας 25. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Πύργου ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	119	89	89	89	37	48	48	43	52	15	33	44
Νοσηλευτικό προσωπικό	258	298	298	293	200	193	209	211	7	15	83	80
Παραϊατρικό Προσωπικό	25	29	29	28	19	18	19	19	0	0	7	5
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	34	35	35	32	17	22	23	23	13	10	11	9
Τεχνικό Προσωπικό	39	29	29	23	23	22	21	18	10	10	8	4
Λοιπό προσωπικό	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1
Ιατροί	125	122	122	121	83	82	72	69	20	15	50	52
Σύνολο	600	602	602	588	379	385	392	384	102	65	192	195

Όλο το προσωπικό ακολουθεί αυξητική τάση ως προς τον αριθμό του, με εξαίρεση το παραϊατρικό προσωπικό που παραμένει σταθερό και το τεχνικό και ιατρικό προσωπικό που μειώνεται (σχήμα 28). Οι κενές οργανικές θέσεις του διοικητικού, του επιστημονικού μη ιατρικού και του τεχνικού προσωπικού μειώνονται, ενώ του νοσηλευτικού, του παραϊατρικού, του λοιπού και ιατρικού προσωπικού αυξάνονται (σχήμα 29).



Σχήμα 28. Αριθμός προσωπικού του Γ.Ν.Πύργου ανά κατηγορία 2012-2015



Σχήμα 29. Αριθμός κενών θέσεων του Γ.Ν.Πύργου 2012-2015

Γ.Ν.Τρίπολης

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολη αυξήθηκε συνολικά κατά 6,5% (από 596 σε 635 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά 9,2% (από 131 σε 119 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 35,6% (από 261 σε 354 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 78,9% (από 38 σε 8 άτομα), το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 75% (από 4 σε 7 άτομα), το τεχνικό προσωπικό μειώθηκε κατά 3,3% (από 30 σε 29 άτομα) και το λοιπό προσωπικό παρέμεινε σταθερό (5 άτομα). Οι ιατροί μειώθηκαν κατά 11% (από 127 σε 113 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 26 και κατά σύνολο στον πίνακα 27.

Πίνακας 26. Προσωπικό του Γ.Ν.Τρίπολης ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

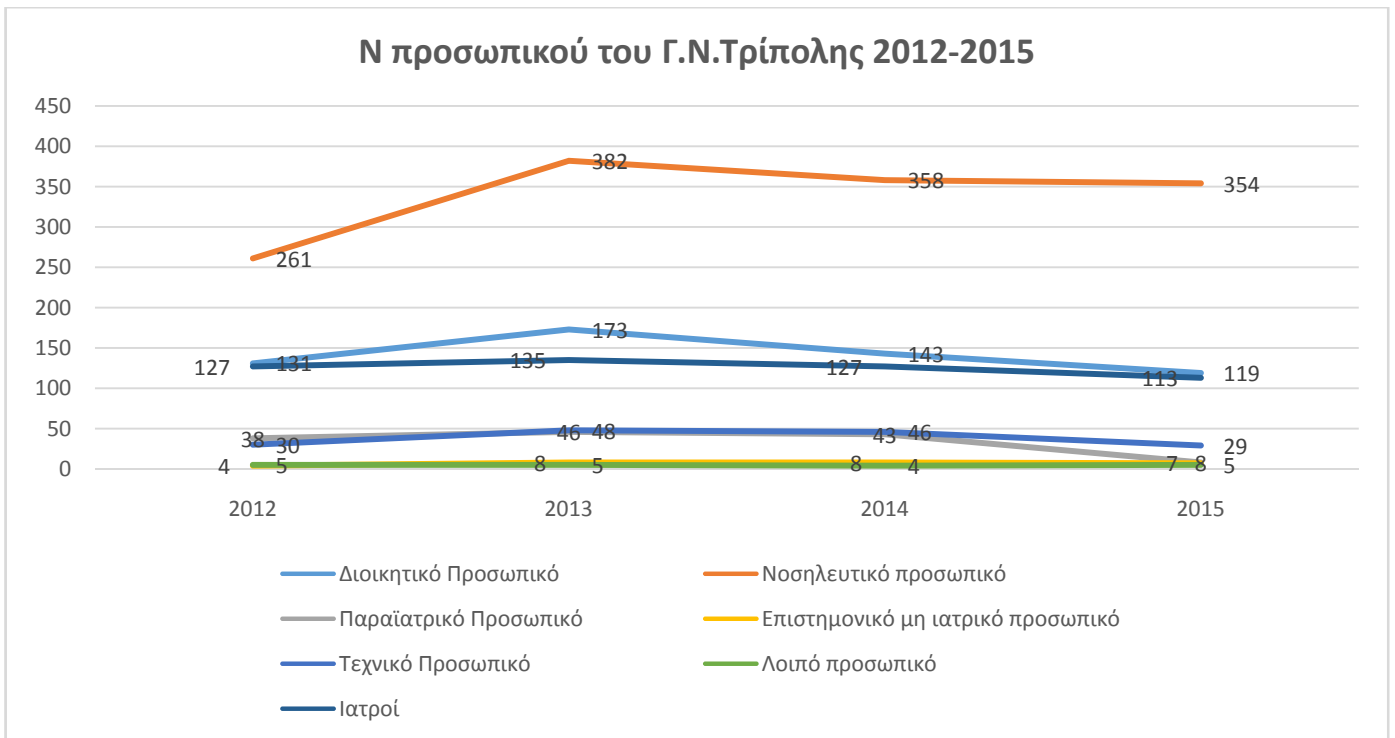
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	15	20	19	19	12	10	9	11	3	10	1	8
ΤΕ Διοικητικοί	14	21	20	20	12	11	10	9	2	8	2	9
ΔΕ Διοικητικοί	57	100	100	100	55	87	74	64	3	9	7	24
ΥΕ Διοικητικοί	56	190	188	182	52	65	50	35	4	124	9	144
ΠΕ Νοσηλευτές	7	9	9	11	3	6	6	9	3	3	0	3
ΤΕ Νοσηλευτές	182	227	224	223	112	141	135	133	70	86	1	88
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	113	217	217	216	98	170	157	153	11	47	12	103
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	101	128	128	128	48	65	60	59	53	63	0	60
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	35	44	43	43	20	26	25	23	15	17	1	20
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	22	25	25	25	18	20	18	15	4	5	0	8
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	10	19	19	19	4	8	8	7	6	10	1	11
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Τεχνικοί	1	3	3	3	1	1	1	1	0	2	0	2
ΤΕ Τεχνικοί	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0
ΔΕ Τεχνικοί	29	54	53	45	26	44	42	25	3	9	2	16
ΠΕ Λοιπό προσωπικό	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	5	5	5	5	4	4	4	4	0	1	1	1
Ειδικευμένοι Ιατροί	114	134	133	133	69	79	73	67	47	55	61	43
Ειδικευόμενοι Ιατροί	59	73	73	73	58	56	54	46	1	3	5	13

Πίνακας 27. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Τρίπολης ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	142	331	327	321	131	173	143	119	11	158	184	202
Νοσηλευτικό προσωπικό	403	581	578	578	261	382	358	354	142	199	220	224
Παραϊατρικό Προσωπικό	57	69	68	68	38	46	43	8	19	23	25	60
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	10	21	21	21	4	8	8	7	6	13	13	14
Τεχνικό Προσωπικό	33	60	59	51	30	48	46	29	3	12	13	22
Λοιπό προσωπικό	6	6	6	6	5	5	4	5	1	1	2	1
Ιατροί	173	207	206	206	127	135	127	113	46	72	79	93
Σύνολο	824	1275	1265	1251	596	797	729	635	228	478	536	616

Το διοικητικό, το παραϊατρικό, το τεχνικό και το ιατρικό προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του, ενώ το νοσηλευτικό και το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό αυξητική τάση (σχήμα 30). Οι κενές οργανικές θέσεις όλου του προσωπικού αυξάνονται (σχήμα 31).



Σχήμα 30. Αριθμός προσωπικού του Γ.Ν.Τρίπολης ανά κατηγορία 2012-2015



Σχήμα 31. Αριθμός κενών θέσεων του Γ.Ν.Τρίπολης ανά κατηγορία 2012-2015

Γ.Ν.Καλαμάτας

Την τετραετία 2012-2015 το προσωπικό στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας μειώθηκε συνολικά κατά 12,3% (από 601 σε 527 άτομα). Το διοικητικό προσωπικό μειώθηκε κατά 9,4% (από 85 σε 77 άτομα), το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 5,5% (από 365 σε 345 άτομα), το παραϊατρικό προσωπικό κατά 7,7% (από 39 σε 36 άτομα), το τεχνικό προσωπικό κατά 20% (από 40 σε 32 άτομα), το λοιπό προσωπικό κατά 11,9% (από 42 σε 37 άτομα), ενώ το επιστημονικό ιατρικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 5,9% (από 34 σε 36 άτομα). Το προσωπικό του νοσοκομείου τα έτη 2012 έως 2015 παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 28 και κατά σύνολο στον πίνακα 29.

Πίνακας 28. Προσωπικό του Γ.Ν.Καλαμάτας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

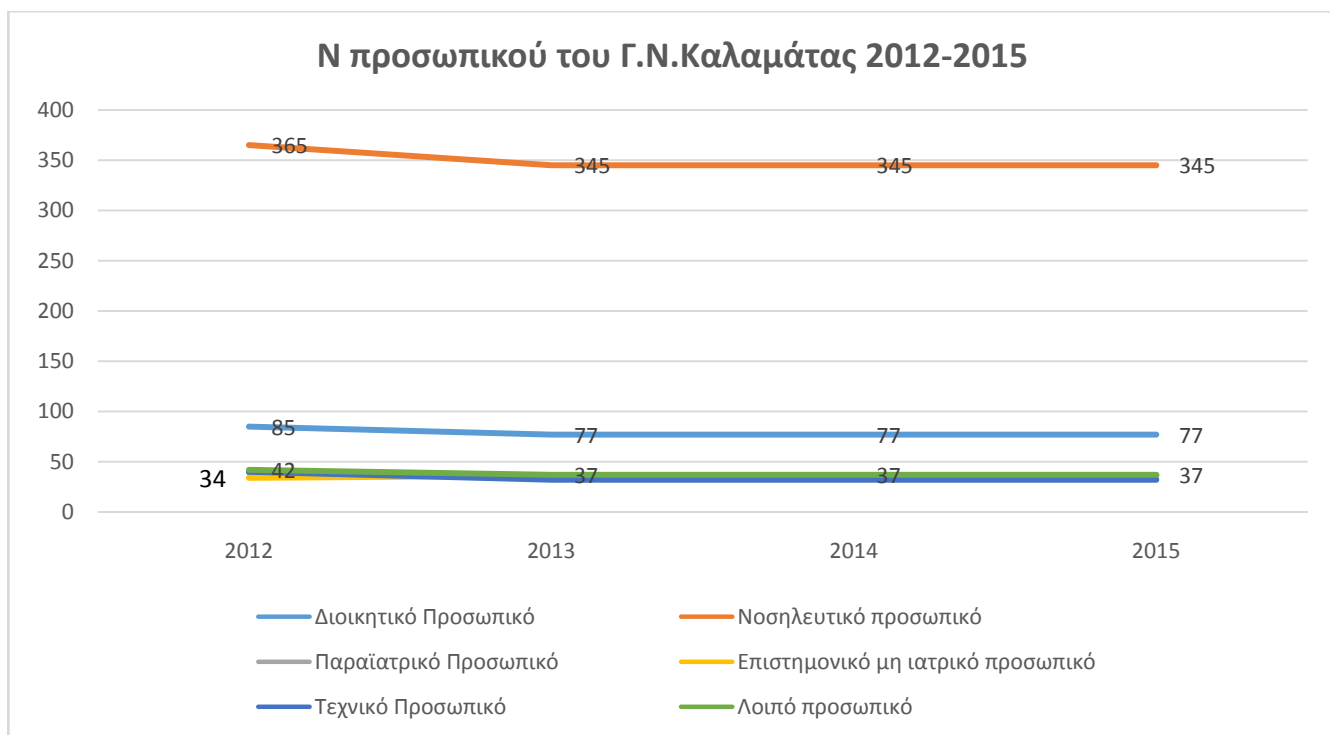
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Διοικητικοί	18	16	16	16	14	14	14	14	4	4	4	4
ΤΕ Διοικητικοί	21	19	19	19	17	17	17	17	4	5	5	5
ΔΕ Διοικητικοί	34	43	53	53	54	46	46	46	5	9	9	9
ΠΕ Νοσηλευτές	9	10	10	10	8	8	8	8	1	2	2	2
ΤΕ Νοσηλευτές	214	200	200	200	166	166	166	166	48	34	34	34
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	142	145	145	145	135	116	116	116	7	29	29	29
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	83	67	67	67	56	55	55	55	27	12	12	12
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	30	31	31	31	20	19	19	19	10	12	12	12
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	32	31	31	31	19	17	17	17	13	14	14	14
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	24	23	23	23	11	13	13	13	12	11	11	11
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	22	27	27	27	17	18	18	18	7	9	9	9
ΔΕ Επιστημονικό μη	8	8	8	8	6	5	5	5	2	3	3	3

ιατρικό προσωπικό												
Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ΠΕ Τεχνικοί	3	3	3	3	3	2	2	2	0	1	1	1
ΤΕ Τεχνικοί	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0
ΔΕ Τεχνικοί	36	36	36	36	33	26	26	26	3	10	10	10
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	11	1	1	1	10	9	9	9	1	1	1	1
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	114	47	47	47	32	28	28	28	82	19	19	19

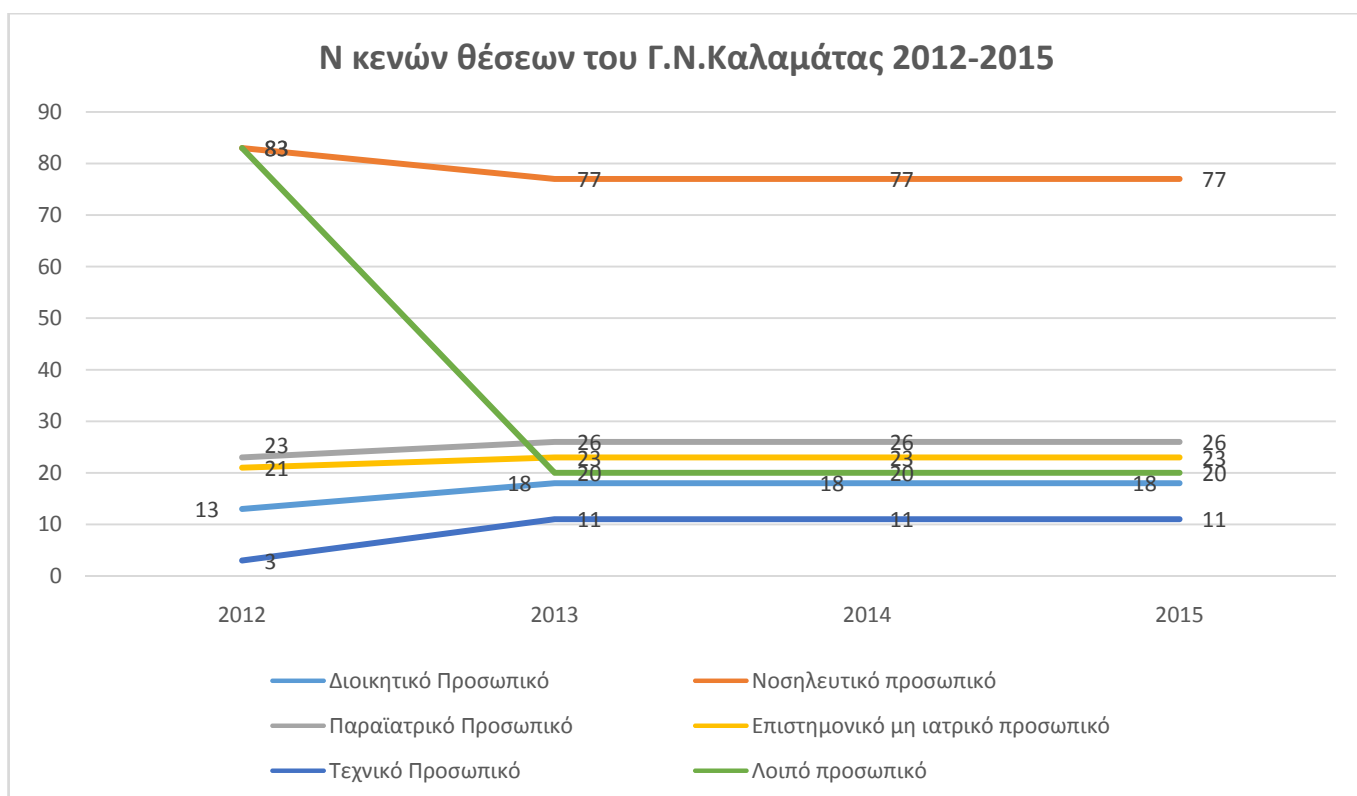
Πίνακας 29. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Καλαμάτας ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2015

Κλάδος	Οργανικές				Υπηρετούντες				Κενές			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Διοικητικό Προσωπικό	73	78	88	88	85	77	77	77	13	18	18	18
Νοσηλευτικό προσωπικό	448	422	422	422	365	345	345	345	83	77	77	77
Παραϊατρικό Προσωπικό	62	62	62	62	39	36	36	36	23	26	26	26
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	54	58	58	58	34	36	36	36	21	23	23	23
Τεχνικό Προσωπικό	43	43	43	43	40	32	32	32	3	11	11	11
Λοιπό προσωπικό	125	48	48	48	42	37	37	37	83	20	20	20
Σύνολο	837	722	722	719	601	578	578	527	236	144	144	192

Όλο το προσωπικό ακολουθεί πτωτική τάση ως προς τον αριθμό του, με εξαίρεση το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό όπου αυξάνεται κατά 2 άτομα (σχήμα 32). Οι κενές οργανικές θέσεις όλου του προσωπικού αυξάνονται, με εξαίρεση του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που μειώνονται (σχήμα 33).



Σχήμα 32. Αριθμός προσωπικού του Γ.Ν.Καλαμάτας ανά κατηγορία 2012-2015



Σχήμα 33. Αριθμός κενών θέσεων του Γ.Ν.Καλαμάτας ανά κατηγορία 2012-2015

7^η ΥΠΕ Κρήτης

Στα νοσοκομεία της 7^{ης} ΥΠΕ, η επισκεψιμότητα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) σύμφωνα με στοιχεία από το Γ.Ν.Χανίων αυξάνεται μέχρι το 2014 και στη συνέχεια μειώνεται. Παράλληλα, ο αριθμός των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων μειώνεται, ενώ ο αριθμός των οργανικών και ανεπτυγμένων κλινών παραμένει σχεδόν σταθερός. Τα στοιχεία κίνησης των νοσοκομείων παρουσιάζονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30. Στοιχεία κίνησης των νοσοκομείων της 7^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2012-2015.

Έτος	Νοσοκομείο	ΤΕΙ	ΤΕΠ	Εισαγωγές	Νοσηλευθέντες	Οργανικές κλίνες	Ανεπτυγμένες κλίνες
2012	Γ.Ν.Αγίου Νικολάου	-	-	505	562	124	124
	Γ.Ν.Η Βενιζέλειο	-	-	3032	3259	434	430
	Π.Γ.Ν.Ηρακλείου	-	-	4492	5229	746	746
	Γ.Ν.Ρεθύμνου	-	-	816	954	191	191
	Γ.Ν.Χανίων	74757	81090	17191	18322	-	465
	Γ.Ν.Ιεράπετρας	-	-	232	254	71	71
	Γ.Ν.ΝεάποληςΔιαλυνάκειο	-	-	56	63	25	20
	Γ.Ν.Σητείας	-	-	224	252	75	75
2013	Γ.Ν.Αγίου Νικολάου	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Η Βενιζέλειο	-	-	2760	3014	434	430
	Π.Γ.Ν.Ηρακλείου	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Ρεθύμνου	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Χανίων	92278	77722	17183	18477	-	465
	Γ.Ν.Ιεράπετρας	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.ΝεάποληςΔιαλυνάκειο	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Σητείας	-	-	-	-	-	-
Έτος	Νοσοκομείο	ΤΕΙ	ΤΕΠ	Εισαγωγές	Νοσηλευθέντες	Οργανικές κλίνες	Ανεπτυγμένες κλίνες
2014	Γ.Ν.Αγίου Νικολάου	-	-	421	565	126	126
	Γ.Ν.Η Βενιζέλειο	-	-	-	-	-	-

	Π.Γ.Ν.Ηρακλείου	-	-	4310	5006	746	746
	Γ.Ν.Ρεθύμνου	-	-	709	832	191	191
	Γ.Ν.Χανίων	91850	88453	16236	17292	-	465
	Γ.Ν.Ιεράπετρας	-	-	225	261	71	71
	Γ.Ν.ΝεάποληςΔιαλυνάκειο	-	-	82	90	25	20
	Γ.Ν.Σητείας	-	-	176	203	75	75
2015	Γ.Ν.Αγίου Νικολάου	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Η Βενιζέλειο	-	-	-	-	-	-
	Π.Γ.Ν.Ηρακλείου	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Ρεθύμνου	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Χανίων	82923	94436	1405	1730	-	465
	Γ.Ν.Ιεράπετρας	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.ΝεάποληςΔιαλυνάκειο	-	-	-	-	-	-
	Γ.Ν.Σητείας	-	-	-	-	-	-

Γ.Ν.Αγίου Νικολάου

Στον πίνακα 31 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου το έτος 2014 και στον πίνακα 32 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 31. Προσωπικό του Γ.Ν. Αγίου Νικολάου ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	5	4	1
ΤΕ Διοικητικοί	9	3	6
ΔΕ Διοικητικοί	30	17	14
ΥΕ Διοικητικοί	38	17	21
ΠΕ Νοσηλευτές	4	1	3
ΤΕ Νοσηλευτές	145	82	63
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	67	49	20
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	27	16	11
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	12	7	5
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	30	21	12
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	7	3	4
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	8	2	6
ΠΕ Τεχνικοί	3	3	0
ΤΕ Τεχνικοί	3	4	0
ΔΕ Τεχνικοί	16	10	6
Ιατροί	71	51	0
Ειδικευόμενοι	43	35	8

Πίνακας 32. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν. Αγίου Νικολάου ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	82	41	42
Νοσηλευτικό προσωπικό	243	148	97
Παραϊατρικό Προσωπικό	42	28	17
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	15	5	10
Τεχνικό Προσωπικό	22	17	6
Ιατροί	114	86	8
Σύνολο	518	325	180

Γ.Ν.Η. Βενιζέλειο

Στον πίνακα 33 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Βενιζέλειο το έτος 2014 και στον πίνακα 34 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 33. Προσωπικό του Γ.Ν.Η Βενιζέλειο ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	17	13	4
ΤΕ Διοικητικοί	24	21	3
ΔΕ Διοικητικοί	81	56	33
ΥΕ Διοικητικοί	94	30	63
ΠΕ Νοσηλευτές	14	9	5
ΤΕ Νοσηλευτές	331	251	80
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	191	157	34
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	66	37	29
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	28	20	8
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	64	48	16
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	15	15	0
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	15	13	2
ΠΕ Τεχνικοί	2	2	0
ΤΕ Τεχνικοί	10	13	0
ΔΕ Τεχνικοί	42	30	12
Ιατροί	190	168	26
Ειδικευόμενοι	171	146	25

Πίνακας 34. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Η Βενιζέλειο ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	216	120	103
Νοσηλευτικό προσωπικό	602	454	148
Παραϊατρικό Προσωπικό	92	68	24
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	30	28	2
Τεχνικό Προσωπικό	54	45	12
Ιατροί	361	314	51
Σύνολο	1355	1029	340

Π.Γ.Ν.Ηρακλείου

Στον πίνακα 35 παρουσιάζεται το προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου το έτος 2014 και στον πίνακα 36 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 35. Προσωπικό του Π.Γ.Ν.Ηρακλείου ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	28	22	8
ΤΕ Διοικητικοί	23	19	5
ΔΕ Διοικητικοί	90	63	32
ΥΕ Διοικητικοί	152	72	80
ΠΕ Νοσηλευτές	54	31	23
ΤΕ Νοσηλευτές	524	448	76
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	310	226	85
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	140	70	71
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	47	34	13
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	120	90	30
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	54	29	25
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	39	18	21
ΠΕ Τεχνικοί	4	4	0
ΤΕ Τεχνικοί	15	17	1
ΔΕ Τεχνικοί	72	47	26
Ιατροί	252	180	74
Ειδικευόμενοι	260	228	32

Πίνακας 36. Συνολικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Ηρακλείου ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	293	176	125
Νοσηλευτικό προσωπικό	1025	775	255
Παραϊατρικό Προσωπικό	167	124	43
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	93	47	46
Τεχνικό Προσωπικό	91	68	27
Ιατροί	512	408	106
Σύνολο	2181	1598	602

Γ.Ν.Ρεθύμνου

Στον πίνακα 37 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου το έτος 2014 και στον πίνακα 38 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 37. Προσωπικό του Γ.Ν.Ρεθύμνου ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	4	5	0
ΤΕ Διοικητικοί	9	6	2
ΔΕ Διοικητικοί	23	20	5
ΠΕ Νοσηλευτές	1	1	0
ΤΕ Νοσηλευτές	130	93	34
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	83	85	3
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	33	13	20
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	14	7	7
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	23	14	13
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	9	9	1
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	8	8	0
ΠΕ Τεχνικοί	1	2	0
ΤΕ Τεχνικοί	4	3	1
ΔΕ Τεχνικοί	11	7	4
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	5	3	2
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	33	16	17
Ιατροί	86	70	14
Ειδικευόμενοι	53	39	14

Πίνακας 38. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Ρεθύμνου ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	36	31	7
Νοσηλευτικό προσωπικό	247	192	57
Παραϊατρικό Προσωπικό	37	21	20
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	17	17	1
Τεχνικό Προσωπικό	16	12	5
Ιατροί	139	109	28
Σύνολο	492	382	118

Γ.Ν.Χανίων

Στον πίνακα 39 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων το έτος 2014 και στον πίνακα 40 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 39. Προσωπικό του Γ.Ν.Χανίων ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	19	12	7
ΤΕ Διοικητικοί	30	14	15
ΔΕ Διοικητικοί	94	52	38
ΠΕ Νοσηλευτές	10	8	2
ΤΕ Νοσηλευτές	406	269	137
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	325	142	183
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	166	73	93
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	47	36	11
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	62	32	30
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	39	27	12
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	43	26	17
ΠΕ Τεχνικοί	5	5	0
ΤΕ Τεχνικοί	9	7	1
ΔΕ Τεχνικοί	57	43	14
ΠΕ Λοιπό προσωπικό	6	2	4
ΤΕ Λοιπό προσωπικό	0	0	0
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	20	13	7
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	321	51	267
Ιατροί	230	118	132
Ειδικευόμενοι	114	94	21

Πίνακας 40. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Χανίων ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	143	78	60
Νοσηλευτικό προσωπικό	907	492	415
Παραϊατρικό Προσωπικό	109	68	41
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	82	53	29
Τεχνικό Προσωπικό	71	55	15
Λοιπό Προσωπικό	347	66	278
Ιατροί	344	212	153
Σύνολο	2003	1024	991

Γ.Ν.Ιεράπετρας

Στον πίνακα 41 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ιεράπετρας το έτος 2014 και στον πίνακα 42 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 41. Προσωπικό του Γ.Ν.Ιεράπετρας ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	5	4	1
ΤΕ Διοικητικοί	4	1	3
ΔΕ Διοικητικοί	19	9	10
ΥΕ Διοικητικοί	26	12	14
ΠΕ Νοσηλευτές	4	2	2
ΤΕ Νοσηλευτές	47	44	3
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	30	30	4
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	15	14	1
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	8	3	5
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	20	10	10
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	4	1	3
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	7	2	5
ΠΕ Τεχνικοί	1	0	0
ΤΕ Τεχνικοί	2	1	2
ΔΕ Τεχνικοί	7	2	4
Ιατροί	37	34	8
Ειδικευόμενοι	12	6	9

Πίνακας 42. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν.Ιεράπετρας ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	54	26	28
Νοσηλευτικό προσωπικό	96	90	10
Παραϊατρικό Προσωπικό	28	13	15
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	11	3	8
Τεχνικό Προσωπικό	10	3	6
Ιατροί	49	40	17
Σύνολο	248	175	84

Γ.Ν.Νεάπολης Διαλυνάκειο

Στον πίνακα 43 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Νεάπολης Διαλυνάκειο το έτος 2014 και στον πίνακα 44 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 43. Προσωπικό του Γ.Ν. Νεάπολης Διαλυνάκειο ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	1	0	1
ΤΕ Διοικητικοί	2	1	1
ΔΕ Διοικητικοί	4	4	0
ΠΕ Νοσηλευτές	1	0	1
ΤΕ Νοσηλευτές	10	7	3
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	15	11	4
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	10	4	6
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	5	4	1
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	2	1	1
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	5	1	4
ΔΕ Τεχνικοί	2	0	2
ΔΕ Λοιπό προσωπικό	2	1	1
ΥΕ Λοιπό προσωπικό	8	5	3
Ιατροί	14	10	4

Πίνακας 44. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν. Νεάπολης Διαλυνάκειο ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	7	5	2
Νοσηλευτικό προσωπικό	36	22	14
Παραϊατρικό Προσωπικό	5	4	1
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	12	6	6
Τεχνικό Προσωπικό	2	0	2
Λοιπό προσωπικό	10	6	4
Ιατροί	14	10	4
Σύνολο	86	53	33

Γ.Ν.Σητείας

Στον πίνακα 45 παρουσιάζεται το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας το έτος 2014 και στον πίνακα 46 το προσωπικό στο σύνολο.

Πίνακας 45. Προσωπικό του Γ.Ν. Σητείας ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
ΠΕ Διοικητικοί	5	2	3
ΤΕ Διοικητικοί	7	4	4
ΔΕ Διοικητικοί	16	8	8
ΥΕ Διοικητικοί	23	16	7
ΠΕ Νοσηλευτές	3	1	2
ΤΕ Νοσηλευτές	48	34	14
ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτών	30	41	5
ΥΕ Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	20	14	6
ΤΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	5	0	5
ΔΕ Παραϊατρικό Προσωπικό	17	14	3
ΠΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	5	2	3
ΤΕ Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	6	3	3
ΠΕ Τεχνικοί	1	1	0
ΤΕ Τεχνικοί	2	0	2
ΔΕ Τεχνικοί	5	2	3
Ιατροί	41	29	12
Ειδικευόμενοι	12	8	4

Πίνακας 46. Συνολικό προσωπικό του Γ.Ν. Σητείας ανά κατηγορία για το έτος 2014

Κλάδος	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Διοικητικό Προσωπικό	51	30	22
Νοσηλευτικό προσωπικό	101	90	27
Παραϊατρικό Προσωπικό	22	14	8
Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό	11	5	6
Τεχνικό Προσωπικό	8	3	5
Ιατροί	53	37	16
Σύνολο	246	179	84

6. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι το προσωπικό της 4^{ης} ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης και της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας μειώνεται τόσο στο σύνολο όσο και ανά κατηγορία από το 2012 έως το 2015. Το προσωπικό της 6^{ης} ΥΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας έχει διαφορετική τάση. Αυξάνεται το πρώτο έτος παρακολούθησης και στη συνέχεια μειώνεται φτάνοντας το 2015 σε επίπεδα χαμηλότερα του 2012. Για την 7^η ΥΠΕ Κρήτης υπήρχαν δεδομένα μόνο για το 2014 και όχι για τα υπόλοιπα έτη, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να υπολογιστεί η αντίστοιχη τάση.

Επίσης, στην 4^η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης η κίνηση, δηλαδή η επισκεψιμότητα στα ΤΕΙ και ΤΕΠ, οι εισαγωγές και οι νοσηλευθέντες, αυξάνεται μέχρι το 2013 και στη συνέχεια μειώνεται μέχρι το 2015. Στην 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, η επισκεψιμότητα στα ΤΕΙ αυξάνεται, ενώ στα ΤΕΠ παραμένει σχεδόν στα ίδια επίπεδα. Οι εισαγωγές και οι νοσηλευθέντες μειώνονται διαχρονικά. Στην 6^η ΥΠΕ Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας μειώνονται οι εισαγωγές κατά τη μελετώμενη περίοδο. Για την 7^η ΥΠΕ Κρήτης υπήρχαν δεδομένα μόνο για το 2014 και όχι για τα υπόλοιπα έτη όσον αφορά την κίνηση των νοσοκομείων, καθιστώντας αδύνατο τον υπολογισμό της αντίστοιχης τάσης.

Στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία το 2012 ήταν το 9,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), σύμφωνα με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Από το 9,3% οι δημόσιες δαπάνες ήταν 67%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 72% του ΑΕΠ. Από το 2009 και μετά ξεκίνησαν στην Ελλάδα οι μεγάλες περικοπές στον προϋπολογισμό, με αποτέλεσμα το 2012 οι δαπάνες για την υγεία να είναι 25% χαμηλότερες σε σχέση με το 2010 (OECD, 2017). Σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης μειώθηκε από 2990,8 δολάρια το 2009 σε 2324,3 δολάρια το 2012 και σε 2245,4 δολάρια το 2015, δηλαδή 22,3% από το 2009 έως το 2012 και 3,4% από το 2012 έως το 2015 (OECD, 2017).

Η οικονομική κρίση δεν επηρέασε μόνο την Ελλάδα, αλλά το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο μεγαλύτερος, όμως, αντίκτυπος ήταν στην Ελλάδα και στην Ιρλανδία. Η μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγειονομικής

περίθαλψης ήταν στα πλαίσια συγκράτησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας λόγω των οικονομικών περιορισμών που επιβλήθηκαν (Buchan et al., 2013) και η Ελλάδα εμφανίζει τη μεγαλύτερη μείωση σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2017).

Η οικονομική κρίση με τη μείωση του κατά κεφαλήν εισοδήματος έχει ως συνέπεια τη στροφή του πληθυσμού σε δημόσιους οργανισμούς παροχής υγείας. Στην ετήσια έκθεση του Υπουργείου Υγείας για το 2011 (δε βρέθηκε πιο πρόσφατη) καταγράφεται αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% και μείωση επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών κατά 9% και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία κατά 11% (Υπουργείο Υγείας, 2011). Η επίσημα καταγεγραμμένη τάση κίνησης των νοσοκομείων της χώρας από το Υπουργείο Υγείας το 2011 είναι σύμφωνη με την τάση που καταγράφηκε στα νοσοκομεία στην παρούσα εργασία.

Το εργατικό δυναμικό είναι το πιο σημαντικό συστατικό στον τομέα της υγείας. Για αυτό το λόγο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περισσότερες από τις μισές δαπάνες υγείας διατίθεται για το ανθρώπινο δυναμικό (Λιαρόπουλος, 2007). Η ανεπαρκής στελέχωση των επαγγελματιών υγείας και κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού ευθύνεται για τη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, που μεταφράζεται σε αυξημένη θνησιμότητα των νοσηλευόμενων ασθενών, σε ανεπιθύμητα συμβάντα - επιπλοκές και αυξημένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (Λεοντίου, 2013).

Τη μεγαλύτερη μείωση, όμως, υφίσταται το νοσηλευτικό προσωπικό, κυρίως λόγω της αυξημένης δυσαρέσκειας και της πρόθεσης να εγκαταλείψουν την εργασία τους, λόγω των χαμηλών αποδοχών, των μειωμένων εκπαιδευτικών ευκαιριών και της ανεπαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης (ICN, 2015). Στο άλλο άκρο, η ζήτηση για νοσηλευτικό προσωπικό έχει αυξηθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό. Σε αυτό συμβάλλουν κυρίως η γήρανση του πληθυσμού και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό γερνάει. Με την οικονομική κρίση, οι νοσηλευτές αναγκάζονται να εργάζονται περισσότερα χρόνια, είτε λόγω της αλλαγής του συνταξιοδοτικού συστήματος στα πλαίσια εξυγίανσης των δαπανών ή λόγω των δυσμενών οικονομικών συνθηκών (Buchan et al., 2013). Σύμφωνα με την Πράσινη Βίβλο, οι μισοί νοσηλευτές σε 5 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ηλικίας άνω των 45 ετών (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008). Αντίστοιχα, στην

Ελλάδα, οι μισοί νοσηλευτές είναι μεγαλύτεροι των 50 ετών με πολλά έτη υπηρεσίας (Buchan et al., 2013). Το κύριο αίτιο της γήρανσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η μείωση έως και διακοπή των προσλήψεων ως μέτρο εξομολόγησης των δαπανών στον τομέα της υγείας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008).

Στην Ελλάδα, το 2009 με την έναρξη των μέτρων που είχαν σκοπό τον εξορθολογισμό της οικονομικής κρίσης, πολλοί νοσηλευτές συνταξιοδοτήθηκαν με αυξανόμενη τάση τα επόμενα χρόνια, κυρίως λόγω της αβεβαιότητας για το συνταξιοδοτικό, τόσο στα έτη συμπλήρωσης του δικαιώματος που τελικά αυξήθηκαν, όσο και στη μηνιαία αποζημίωση η οποία και μειώθηκε (European Federation of Nurses Associations, 2017). Σε συνδυασμό με την απουσία προσλήψεων, δημιουργήθηκαν στα νοσοκομεία πολλές κενές οργανικές θέσεις, οι οποίες έγινε προσπάθεια να καλυφθούν με επικουρικό προσωπικό με σύμβαση έργου ορισμένου χρόνου που προσλήφθηκαν από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) το 2013 κυρίως για την ενίσχυση των ΜΕΘ (Σαρίδη, 2014). Παράλληλα, με διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις συγχωνεύτηκαν νοσοκομεία και καταργήθηκαν πολλές οργανικές θέσεις. Όλα αυτά σε συνδυασμό δικαιολογούν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με τα οποία ενώ μειώνεται ο αριθμός των υπηρετούντων υπαλλήλων στα νοσοκομεία, μειώνονται και δεν αυξάνονται οι οργανικές θέσεις των νοσοκομείων. Πιθανό, το συγκεκριμένο αποτέλεσμα να είναι πιο έντονο στα νοσοκομεία του νομού Αττικής, όπου και έγιναν οι περισσότερες συγχωνεύσεις νοσοκομείων.

Στην έκδοση του ΟΟΣΑ «Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2016», όπου παρουσιάζονται διάφοροι δείκτες για την υγεία σε 35 ευρωπαϊκές χώρες, το 2014 η Ελλάδα ήταν η πρώτη χώρα σε ιατρούς (6,2 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους με μέσο όρο 3,5) δύο φορές σχεδόν περισσότερους από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (OECD, 2017). Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με την ίδια έκδοση, η Ελλάδα είναι προτελευταία (3,2 νοσηλευτές ανά 100 κατοίκους) και τελευταία είναι η Τουρκία (1,9 νοσηλευτές ανά 100 κατοίκους), ποσοστό υποτριπλάσιο σχεδόν του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι 8,4 νοσηλευτές ανά 100 κατοίκους (OECD, 2017). Ο λόγος νοσηλευτές ανά ιατρό στην Ελλάδα υπολογίζεται σε 1,1, όταν ο μέσος όρος στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ είναι 2,5 (OECD, 2017). Η Ελλάδα είναι προτελευταία στην κατάταξη στην αναλογία νοσηλευτές ανά ιατρό μαζί με την Πορτογαλία, την Ισπανία και τη Fyrom, ενώ

τελευταίες χώρες είναι η Βουλγαρία και η Τουρκία. Όλα αυτά τα στοιχεία δηλώνουν τη σοβαρή υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και την περίσσεια του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα Αυτό υποδηλώνει ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υποστελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού.

7. Συμπεράσματα

Το προσωπικό των νοσοκομείων της 4^{ης}, 5^{ης} και 6^{ης} ΥΠΕ παρουσιάζει πτωτική τάση από το 2012 έως το 2015. Μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης έχουν το τεχνικό, το λοιπό και διοικητικό προσωπικό. Οι επαγγελματίες υγείας μειώνονται με μεγαλύτερη μείωση να εμφανίζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα αυξάνονται οι κενές οργανικές θέσεις, όχι επειδή έγιναν προσλήψεις μόνιμου προσωπικού, αλλά επειδή προσλήφθηκε επικουρικό προσωπικό για να καλύψει προσωπικά τις ανάγκες των νοσοκομείων σε προσωπικό. Επίσης, η κίνηση στα νοσοκομεία παρουσιάζει πτωτική τάση, συμφωνώντας με τα πρότυπα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλη ανισοκατανομή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, έχοντας μεγάλο αριθμό ιατρών και μικρό αριθμό νοσηλευτών, το αντίστροφο από τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Η συνεχής μείωση του προσωπικού στα νοσοκομεία της Ελλάδας οφείλεται κυρίως στα μέτρα εξυγίανσης που έχουν ληφθεί για να μειωθεί το χρέος. Τα νοσοκομεία, όμως, είναι υποστελεχωμένα θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας χαμηλής ποιότητας.

Σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία μειώνει τις ανισότητες υγείας και περιορίζει τις δαπάνες υγείας, μιας και σχετίζεται με λιγότερες περιττές νοσηλείες στο νοσοκομείο. Στα πλαίσια της εξυγίανσης του υγειονομικού τομέα, ο ρόλος των νοσηλευτών πρέπει να αναβαθμιστεί, αυξάνοντας τις αρμοδιότητές τους. Όπως και σε άλλες χώρες (Ιρλανδία και Φιλανδία), οι ιατροί μπορούν να αντικατασταθούν από εξειδικευμένους νοσηλευτές τόσο στο νοσοκομειακό χώρο όσο και στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρέχοντας το ίδιο αξιόπιστες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, με μικρότερο κόστος, αφού ο μισθός του νοσηλευτή είναι σαφώς μικρότερος από του ιατρού.

Βιβλιογραφία

Aiken, L. H., Clarke, S. P. & Cheung, R. B (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 290(12): 1617-23.

Aiken, L. H., Clarke, S. P. & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing outlook* 50(5):187-94.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Silber, J. H. & Sloane, D. (2003). Hospital nurse staffing, education, and patient mortality. *LDI issue brief* 9(2):1-4.

Aiken, L. H., S. P. Clarke, et al. (2002b). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288(16): 1987-93.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J. & Smith, H. L. (2010). Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Serv Res* 45(4):904-21.

Aiken, L. H., Sochalski, J., & Anderson, G. F. (1996). Downsizing the hospital nursing workforce. *Health Affairs*, 15(4), 88-92.

American Hospital Association. (2002). In our hands: how hospital leaders can build a thriving workforce. Chicago. Πρόσβαση την 12/2/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.aha.org/advocacy-issues/workforce/inourhands2001.shtml>

American Nurses Association (ANA) (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) Guidelines. Πρόσβαση την 16/2/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>

Auerbach, D. L., Buerhaus, P. I. & Staiger, D. O. (2011). Registered Nurse Supply Grows Faster Than Projected Amid Surge In New Entrants Ages 23-26. *Health Affairs* 30(12):2286-2292.

Auerbach, D.I, Buerhaus, P.I.&Staiger, D.O. (2007). Better late than never: workforce supply implications of later entry into nursing. *Health Aff (Millwood)*, 26(3):178-85.

Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs (Millwood)* 21(3): 80-90.

- Blegen, M. A. & Vaughn, T. (1998). A multisite study of nurse staffing and patient Occurrences. *Nursing economics* 16(4):196-203.
- Blegen, M. A. & Vaughn, T. (2001). Nurse experience and education. *Journal of Nursing Administration* 31(1):33-39.
- Blegen, M.A., Goode, C.J. & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nurs Res* 47(1):43-50.
- Bolton, L. B., C. E. Aydin, et al. (2007). Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and postregulation. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 8(4):238-250.
- Bolton, L. B., Jones, D. & Aydin, C. E. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *J NursScholarsh* 33(2):179-84.
- Brewer, C. S. & Frazier, P. (1998). The influence of structure, staff type, and managed-care indicators on registered nurse staffing. *Journal of Nursing Administration* 28(9): 28-36.
- Buchan, J. (1999). The “greying” of the United Kingdom nursing workforce: implications foremployment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (7), 818–826.
- Buchan, J., Dal Poz, M.R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence.*Bulletin of the World Health Organization*, 80(6), 575–580.
- Buchan, J., O’May, F., Dussault, G. (2013). Nursing Workforce Policy and the Economic Crisis: A Global Overview. *Journal of Nursing Scholarship* 45(3):298–307.
- Buerhaus, P. I., D. O. Staiger, et al. (2009). *The Future of the Nursing Workforce in the United States: Data, Trends and Implications*. Sudbury, MA, Jones and Bartlett.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J.I., Brown, H., Chowdhury, M., et al. (2004). Human resourcesfor health: overcoming the crisis. *Lancet*, 364(117), 1984–1990.
- Cho, S. H., Hwang, J. H. & Kim, J. (2008). Nurse staffing and patient mortality in intensive care units. *Nursing research* 57(5):322-30.
- CIHI (2008). *Hospital e-Scorecard Report 2008: Emergency Department Care Patient Satisfaction Technical Summary*, Canadian Institute for Health Information.Πρόσβαση την

16/2/2017. Διαθέσιμο από:<http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2008-en.pdf>

Clarke SP. (2006). Research on nurse staffing and its outcomes: challenges and risks. In: Nelson S, Gordon S, eds. *Confronting caring*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Clarke, S. P. (2007). Nurse staffing in acute care settings: research perspectives and practice implications. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources* 33(11 Suppl):30-44.

Clarke, S.P. (2004). Failure to rescue: lessons from missed opportunities in care. *NursInq* 11(2):67-71.

CNA. (2004). *Nursing Staff Mix: A Literature Review*. Πρόσβαση την 16/2/2017. Διαθέσιμο από: https://nurseone.ca/~media/nurseone/page-content/pdf-en/final_staf_mix_literature_review_e.pdf?la=en

Dal Poz, M.R., Kinfu, Y., Dräger, S., Kunjumen, T., Diallo, K. (2006). *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>

Dimick, J. B., S. M. Swoboda, et al. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care* 10(6): 376-82.

Donaldson, N., L. B. Bolton, et al. (2005). Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes. *Policy Politics & Nursing Practice* 6(3): 198-210.

Dubois, C-A., McKee, M., Nolte, E. (2005). *Analysing trends, opportunities and challenges*. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies.

Dunton, N., Gajewski, B. & Taunton, R.L., et al. (2004). Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units. *Nurs Outlook* 52(1):53-9.

ENA. (2003). *Emergency Nurses Association White Paper: Staffing and Productivity in the Emergency Care Setting*. Πρόσβαση την 9/2/2017. Διαθέσιμο από: <https://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/StaffingandProductivityEmergencyDepartment.pdf>

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res*, 54(2), 74-84.

European Federation of Nurses Associations. Caring in crisis: the impact of the financial crisis on nurses and nursing. A comparative overview of 34 European countries. Πρόσβαση την 1/3/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-20122.pdf>.

Ferrinho, P., Van Lerberghe, W., Fronteira, I., Hipolito, F., Biscaia, A. (2004). Dual practice in the healthsector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2(1), 14.

Glandon, G., K. W. Colbert, et al. (1989). Nursing delivery models and RN mix: cost implications. *Nursing Management* 20(5): 30-3.

Gordon, S., J. Buchanan, et al. (2008). *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*. Ithaca, NY, Cornell University Press.

Gupta, N., Diallo, K., Zurn, P., Dal Poz, M.R. (2003). Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 1(1), 5.

Halloran, E. & Vermeersch, P. (1987). Variability in Nurse Staffing Research. 17(2):26-34.

Halloran, E. J. (1983). RN staffing: more care-less cost. *Nursing Management* 14(9): 18-22.

Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M., Braden, R., Gryczman, A., Krisko-Hagel, K., Larson, D., Lemay, D., Sisler, B., Strom, L. & Topham, D. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist* 19(5): 241-51.

Iezzoni, L.I. (1997). *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes*. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press.

International Council of Nurses, International Nurses Day 2015, Nurses: A Force for Change Care Effective, Cost Effective. Πρόσβαση την 1/3/2017. Διαθέσιμο από: https://www.twna.org.tw/frontend/un07_international/webPages_3/file/Link1%20IND_2015_Eng.pdf

Kanak, M. F., M. Titler, et al. (2008). The effects of hospitalization on multiple units. *Applied Nursing Research* 21(1): 15-22.

Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T. J. (2007a). *Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 151* (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0009.) AHRQ Publication No. 07-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality: 1-115.

Kohn, L. T., J. M. Corrigan, et al., Eds. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C., National Academy Press.

Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V., et al. (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration* 34(7-8): 326-37.

Mark, B. A., D. W. Harless, et al. (2005). The impact of HMO penetration on the relationship between nurse staffing and quality. *Health Economics* 14(7): 737-53.

Mark, B. A., D. W. Harless, et al. (2007). Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy Politics & Nursing Practice* 8(2): 83-92.

Mark, B. A., Harless, D. W. & McCue, M., . (2004). A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Serv Res* 39(2): 279-300.

Mark, B. M., Salyer, J. & Wan, T. T. (2003). Professional Nursing Practice; Impact on Organizational and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Administration* 33 (4): 224-234.

McGillis-Hall, L. (1997). Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 21(2), 31-39.

Millennium Development Goals needs assessments: country case studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda. New York, NY, Millennium Project, 2004. Διαθέσιμο από:
http://www.unmillenniumproject.org/documents/mp_ccspaper_jan1704.pdf.

Mitchell, PH, Shortell SM. Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Med Care* 1994;35(11 Suppl):NS19-32.

National Center for Nursing Research. Patient outcomes research: examining the effectiveness of nursing practice. 1991. Πρόσβαση την 20/2/2017. Διαθέσιμο από: <http://ninr.nih.gov/ninr/news-info/pubs/porcontents.htm>.

National Quality Forum. National Quality Forum endorses national voluntary consensus standards for nursing-sensitive performance measures and endorses two additional nursing home performance measures. Πρόσβαση την 20/2/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.qualityforum.org/prnursingcarevcsfinal1-30-04.pdf>.

Needham, J. (1996). Balancing skill mix--future paediatric health care provision. *J NursManag* 4(3): 127-31.

Norrish, B. R. and T. G. Rundall (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Milbank Quarterly* 79(1): 55-79, IV.

O'Brien-Pallas, L., Doran, I., Murray, M., Cockerill, R., Sidan, i. S. & Laurie-Shaw, B. (2002). Evaluation of a client care delivery model, Part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursingeconomic*\$ 20: 13-23.

OECD. (2017). Δαπάνες Υγείας. Πρόσβαση την 1/3/2017. Διαθέσιμο από: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

OECD. (2017). Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2016. Πρόσβαση την 1/3/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8116231e.pdf?expires=1488730809&id=id&accname=guest&checksum=11F242D538E1150726F83C8C905EF951>

O'Leary DS The will to change. *Health Aff (Millwood)* 2004;23(2):288.

Orne, R. M., Garland, D., O'Hara, M., Perfetto, L., &Stielau, J. (1998). Caught in the cross fire of change: nurses' experience with unlicensed assistive personnel. *Applied Nursing Research*, 11(3), 101-110.

Pappas, S. H. (2008). The cost of nurse-sensitive adverse events. *Journal of Nursing Administration* 38(5): 230-6.

Prasad, A., Tandon, A., Sousa, A., Ebener, S., Evans, D.B. (2006). Measuring the efficiency of humanresources for health in attaining health outcomes across provinces in Viet Nam. Geneva,World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>

RNAO (2005). The 70 percent solution: A progress report on increasing full-time employment for Ontario RNs. Registered Nurses' Association of Ontario.

Sales, A., Sharp, N., Li, Y. F., Lowy, E., Greiner, G., Liu, C. F., et al. (2008). The association between nursing factors and patient mortality in the Veterans Health Administration: the view from the nursing unit level. *Medical Care*, 46(9), 938-945.

Seago, J. A., Williamson, A. & Atwood, C. (2006). Longitudinal analyses of nurse staffing and patient outcomes: more about failure to rescue. *J NursAdm* 36(1): 13-21.

Seago, J.A., Ash, M., Spetz, J., et al. (2001). Hospital registered nurse shortages: environmental, patient, and institutional predictors. *Health Serv Res*36(5):831-52.

Shortell SM, Hughes EF. The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients. *N Engl J Med* 1998;318:1100-7.

Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. M., Gillies, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A., Knaus, W. A. & Duffy, J. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical care* 32(5): 508-25.

Shukla, R. K. (1983). All-RN model of nursing care delivery: a cost-benefit evaluation. *Inquiry* 20(2): 173-84.

Shullanberger, G. (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economics*, 18(3), 124-132.

Smith, O. (2004). Human resource requirements for scaling up antiretroviral therapy in low resource countries (Appendix E). In: Curran J, Debas H, Arya M, Kelley P, Knobler S, Pray L, eds. *Scaling up treatment for the global AIDS pandemic: challenges and opportunities*. Washington, DC, National Academies Press (Board of Global Health).

Sochalski, J., R. T. Konetzka, et al. (2008). Will mandated minimum nurse staffing ratios lead to better patient outcomes? *Medical Care* 46(6): 606-13.

Sousa, A., Tandon, A., Prasad, A., Dal Poz, M.R., Evans, D.B. (2006). Measuring the efficiency of healthworkers in attaining health outcomes across sub national units in Brazil. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>

- Spetz J., Chapman, S., Herrera, C., Kaiser, J., Seago, J.A. & Dower, C. Assessing the impact of California's nurse staffing ratios on hospitals and patient care. A report prepared by the Center for California Workforce Studies for the California HealthCare Foundation. Πρόσβαση την 20/2/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=133857>
- Spetz, J., Seago JA, Coffman, J., Rosenoff, E. & O'Neil, E. (2000). Minimum Nurse Staffing Ratios in California Acute Care Hospitals. Oakland, CA: Californai Health Care Foundation. Πρόσβαση την 2/3/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.chcf.org/publications/2001/03/minimum-nurse-staffing-ratios-in-california-acute-care-hospitals>
- Speybroeck, N., Ebener, S., Sousa, A., Paraje, G., Evans, D.B., Prasad, A. (2006). Inequality in access to human resources for health: measurement issues. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>.
- Staiger, D. O., Auerbach, D. I. & Buerhaus, P. I. (2012). Registered Nurse Labour Supply and the Recession - Are we in a bubble? The New England Journal of Medicine 10, 1055.
- Tandon, A., Sousa, A., Prasad, A., Evans, D.B. (2006). Human resources and health outcomes in Brazil and Viet Nam: a comparative perspective. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>
- The world health report 2005. (2005). Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 200–203.
- Thungjaroenkul, P., Cummings, G. G. & Embleton, A. (2007). The Impact of Nurse Staffing on Hospital Costs and Patient Length of Stay: A Systematic Review. Nursing Economics 25(5): 255-265.
- Titler, M. G., G. A. Jensen, et al. (2008). Cost of hospital care for older adults with heart failure: medical, pharmaceutical, and nursing costs. Health Services Research 43(2): 635-655.
- Titler, M., J. Dochterman, et al. (2005). Cost of hospital care for elderly at risk of falling. Nursing Economics 23(6): 290-306, 279.
- Titler, M., J. Dochterman, et al. (2007). Cost of care for seniors hospitalized for hip fracture and related procedures. Nursing Outlook 55(1): 5-14.

- Tourangeau, A. E., Doran, D., Pringle, D., O'Brien-Pallas, L., McGillis-Hall, L., Tu, J., et al. (2006). Nurse Staffing and Work Environments: Relationships with hospital level outcomes. Toronto: Canadian Health Services Research Foundation. Πρόσβαση την 16/2/2017. Διαθέσιμο από: http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/tourangeau_final.pdf
- Unruh, L. (2008). Nurse staffing and patient, nurse, and financial outcomes. *American Journal of Nursing* 108(1): 62-71.
- Unruh, L. Y. & Fottler, M. D. (2006). Patient Turnover and Nursing Staff Adequacy. *Health Services Research* 41(2): 599-612.
- Van den Heede, K., Clarke, S. P., Sermeus, W., Vleugels, A. & Aiken, L. H. (2007). International experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *J Nurs Scholarsh* 39(4)(J Nurs Scholarsh.): 290-7.
- Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S. P., Lesaffre, E., Vleugels, A. & Aiken, L. H. (2009). Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies* 46: 928–939.
- Verboom, P., Tan-Torres, Edejer. T., Evans, D.B. (2006). The costs of eliminating critical shortages in human resources for health. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>.
- Vujicic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O., Dal Poz, M.R. (2004). The role of wages in the migration of healthcare professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2(1), 3.
- Weinstein, J. W., Mazon, D., Pantelick, E., Reagan-Cirincione, P., Dembry, L. M., & Hierholzer, W. J., Jr. (1999). A decade of prevalence surveys in a tertiary-care center: trends in nosocomial infection rates, device utilization, and patient acuity. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 20(8), 543-548.
- Wunderlich GS, Sloan F, Davis CK. (1996). Nursing staff in hospitals and nursing homes: is it adequate? Πρόσβαση την 16/2/2017. Διαθέσιμο από: <https://www.nap.edu/read/5151/chapter/1#xv>
- Yankovic, N. & Green, L. V. (2008). A Queueing Model for Nurse Staffing. Πρόσβαση την 16/2/2017. Διαθέσιμο από:

https://www.researchgate.net/publication/266497156_A_Queueing_Model_for_Nurse_Staffing

Zurn, P., Vujicic, M., Diallo, K., Pantoja, A., Dal Poz, M.R., Adams, O. (2005). Planning for humanresources for health: human resources for health and the projection of health outcomes/outputs. *Cahiers de Sociologie et de Démographiemédicales*, 45(2), 107–133.

ΕπιτροπήτωνΕυρωπαϊκώνΚοινοτήτων. (2008). Πράσινη Βίβλος, Για το ευρωπαϊκό υγειονομικό δυναμικό, Βρυξέλλες. Πρόσβαση την 1/3/2017. Διαθέσιμο από: http://www.opengov.gr/ypεpθ/wp-content/uploads/downloads/2011/06/com_2011_0048_csf_green_paper_el.pdf.

Λεοντίου, Ι. (2013). Η Νοσηλευτική Συμβολή στις Μεταβαλλόμενες Συνθήκες στην Υγεία, *Νοσηλευτική* 52(1):9-12.

Λιαρόπουλος Α. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Συστημάτων Υγείας. Α Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα, Α΄ Τόμος, Αθήνα.

Σαρίδη Μ. Οικονομική κρίση και Νοσηλευτική. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2014;Τόμος 7(2):3-5.

Υπουργείο Υγείας. (2011). Ετήσια έκθεση 2011. Πρόσβαση την 1/3/2017. Διαθέσιμο από: <http://www.moh.gov.gr/articles/hlektronikes-efarmoges-e-s.../1332-ethsia-ekthesh-2011?>