

# ΠΑ.Σ.Υ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ.

## Β. ΕΙΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ Ε.Σ.Υ.

### 1. Αναγκαιότητα Καθιέρωσης Δεικτών Στελέχωσης

Η ασφαλής στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2020), η υποστελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά επιπλοκών, επανανοσηλειών και θνητότητας. Το Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτών (RCN, 2020) αναγνωρίζει ότι η ασφαλής στελέχωση πρέπει να διασφαλίζεται βάσει δεικτών αναλογίας νοσηλευτών προς ασθενείς.

Η παροχή ποιοτικής, ασφαλούς και συνεχούς νοσηλευτικής φροντίδας προϋποθέτει την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας με επαγγελματίες κατάλληλα εκπαιδευμένους, παρόντες στον σωστό χώρο και χρόνο. Η απουσία δεσμευτικών δεικτών στελέχωσης στο ελληνικό νοσοκομειακό σύστημα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συνθηκών υπερφόρτωσης προσωπικού, αυξημένων λαθών, μειωμένης ασφάλειας και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο σκοπός του συγκεκριμένου υπομνήματος είναι ο καθορισμός ασφαλούς στελέχωσης Νοσηλευτών ανά ασθενή, τμήμα και μονάδα του Ε.Σ.Υ..

Ο προσδιορισμός της ασφαλούς στελέχωσης αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την Πολιτεία προκειμένου να υπολογίσει τις ανάγκες σε Νοσηλευτές στο Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με επιστημονικούς, νομικά κατοχυρωμένους διεθνείς δείκτες, να προγραμματίσει προσλήψεις έχοντας υπόψη τις πραγματικά τεκμηριωμένες ανάγκες και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η προτεινόμενη στελέχωση προσαρμόζεται ανάλογα στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων, των Μονάδων Π.Φ.Υ. και του Δικτύου Ψυχικής Υγείας.

### 2. Επιπτώσεις Ελλιπούς Στελέχωσης

Μελέτες (Aiken et al., 2018; Ball et al., 2018; Cho et al., 2017) αποδεικνύουν ότι οι χαμηλοί δείκτες στελέχωσης σχετίζονται με:

- Αυξημένα λάθη φροντίδας
- Καθυστερημένες παρεμβάσεις
- Επαγγελματική εξουθένωση (burnout)
- Παραίτηση προσωπικού και εγκατάλειψη επαγγέλματος

Οι ασθενείς βιώνουν χαμηλότερη ικανοποίηση και αυξημένο αίσθημα ανασφάλειας όταν δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό (White et al., 2019; Gillet et al., 2018).

Η ελλιπής στελέχωση νοσηλευτών αποτελεί μία από τις πλέον τεκμηριωμένες αιτίες υποβάθμισης της ποιότητας φροντίδας υγείας παγκοσμίως.

Οι επιπτώσεις δεν περιορίζονται μόνο στην ασφάλεια των ασθενών, αλλά επεκτείνονται και στο προσωπικό, τη διοίκηση, και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Παρακάτω αναλύονται διεξοδικά οι βασικές συνέπειες:

#### A. Επιπτώσεις στην Ασφάλεια και Υγεία των Ασθενών

##### Αύξηση Λαθών και Παραλείψεων

- Η ανεπαρκής αναλογία νοσηλευτών/ασθενών οδηγεί σε **παράλειψη φροντίδας** (missed care), π.χ. καθυστέρηση φαρμακευτικής αγωγής, ανεπαρκής παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- Έρευνα σε 9 ευρωπαϊκές χώρες (Aiken et al., *Lancet* 2018) έδειξε ότι κάθε επιπλέον ασθενής ανά νοσηλευτή αυξάνει την **πιθανότητα θνησιμότητας κατά 7%**.

##### Αυξημένα ποσοστά επιπλοκών

- Εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, κατακλίσεων, πτώσεων ασθενών.

- Σύμφωνα με τον WHO (2020), η ανεπαρκής στελέχωση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τις **ανεπιθύμητες ενδονοσοκομειακές ενέργειες**.

## B. Επιπτώσεις στην Ψυχική Υγεία & Απόδοση του Νοσηλευτικού Προσωπικού

### Burnout – Επαγγελματική εξουθένωση

- Η συνεχής υπερφόρτωση προκαλεί ψυχοσωματική κόπωση, μειωμένο ενδιαφέρον και απόσυρση.
- (Shin et al., 2018) τεκμηριώνουν ότι οι κακοί δείκτες στελέχωσης συνδέονται με χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα.

### Πτώση στην ποιότητα φροντίδας

- Η κόπωση και η πίεση οδηγούν σε ανθρώπινα λάθη, συγκρούσεις στην ομάδα και δυσλειτουργίες στην επικοινωνία με τους ασθενείς.

## Γ. Επιπτώσεις στη Λειτουργία των Νοσοκομείων

### Καθυστερήσεις και συμφόρηση

- Μειωμένος αριθμός νοσηλευτών συνεπάγεται καθυστερήσεις σε εξιτήρια, αυξημένο χρόνο παραμονής και μεγαλύτερο φόρτο στα Τ.Ε.Π..

### Οικονομικές απώλειες

- Το κόστος των επιπλοκών και των αποζημιώσεων είναι πολλαπλάσιο του κόστους πρόσληψης νοσηλευτών (Ball et al., 2018).

## Δ. Επιπτώσεις στην Ικανοποίηση των Ασθενών

- Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την έλλειψη φροντίδας, με αποτέλεσμα να μειώνεται η εμπιστοσύνη στο σύστημα.

### Ενδεικτικές Πηγές

- Aiken et al. (2018) – Lancet

- Ball et al. (2018) – Int. J. of Nursing Studies
- White et al. (2019) – J. of the American Geriatrics Society
- WHO (2020) – State of the World’s Nursing
- ICN (2019) – Safe Staffing Saves Lives
- ANA (2020) – Principles for Nurse Staffing

### 3. Οφέλη Καθιέρωσης Ελάχιστων Δεικτών

Η επαρκής στελέχωση νοσηλευτών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα των υπηρεσιών και τη διατήρηση ενός βιώσιμου και ηθικού επαγγελματικού περιβάλλοντος.

#### A. Ασφάλεια Ασθενών και Κλινική Αποτελεσματικότητα

Η σχέση ανάμεσα στην επάρκεια νοσηλευτών και τη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων έχει αναδειχθεί σε πολυάριθμες μελέτες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O., 2020) αναγνωρίζει την υποστελέχωση ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για λοιμώξεις, καθυστερημένες παρεμβάσεις και αυξημένη θνησιμότητα. Έρευνες έχουν δείξει ότι κάθε επιπλέον ασθενής πέραν του ασφαλούς ορίου ανά νοσηλευτή αυξάνει την πιθανότητα θνησιμότητας κατά 7% (Aiken et al., 2002).

#### B. Επαγγελματική Ευημερία και Ανθρώπινα Δικαιώματα

Η υπερφόρτωση εργασίας συνδέεται με αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), μειωμένη ικανοποίηση και πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος (Shields & Wilkins, 2009). Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (I.C.N., 2019) υπογραμμίζει την ανάγκη θεσμικών ορίων ώστε να προστατευθεί το δικαίωμα του νοσηλευτή σε ασφαλές και ανθρώπινο εργασιακό περιβάλλον. Οι ελάχιστοι δείκτες επιτρέπουν τη διαχείριση φόρτου εργασίας βάσει τεκμηρίωσης και όχι υποκειμενικών αντιλήψεων.

#### Γ. Διακυβέρνηση, Προγραμματισμός και Βιωσιμότητα

Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (A.N.A., 2020) αναγνωρίζει τη χρησιμότητα των δεικτών ως εργαλείων στρατηγικής διακυβέρνησης και κατανομής πόρων. Οι διοικήσεις

μπορούν να προγραμματίσουν με σαφήνεια ανάγκες προσλήψεων, να καταγράψουν αποκλίσεις και να τεκμηριώσουν αιτήματα προς την Πολιτεία. Παράλληλα, η ύπαρξη αυτών των ορίων δημιουργεί μηχανισμούς λογοδοσίας και διαφάνειας, εφόσον επιτρέπουν την ανίχνευση αποκλίσεων και την εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων.

#### Δ. Παραδείγματα Διεθνών Εφαρμογών

##### Ηνωμένο Βασίλειο

Το Royal College of Nursing (R.C.N.) έχει αναπτύξει το Safe Staffing Framework, το οποίο καθοδηγεί τα N.H.S. Trusts στην αξιολόγηση στελεχιακών αναγκών, ενσωματώνοντας κριτήρια όπως η πολυπλοκότητα των ασθενών και η κλινική κρίση (R.C.N., 2017). Παρότι δεν ορίζει ρητές αναλογίες, καθοδηγεί μέσω ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών (R.C.N., 2017).

Αποτέλεσμα: βελτίωση τεκμηρίωσης αναγκών, διαφάνεια και έγκαιρη αναγνώριση στελεχιακών ελλείψεων.

##### Βέλγιο

Η νομοθετική θέσπιση αναλογιών νοσηλευτών ανά κλίνη σε κρίσιμες μονάδες, όπως οι Μ.Ε.Θ. (1:1), γενικά τμήματα (1:5–1:6), οδήγησε σε μείωση επανεισαγωγών και επιπλοκών, αύξηση της ποιότητας φροντίδας και αύξηση επαγγελματικής ικανοποίησης (Sermeus et al., 2015).

##### Ιρλανδία

Η εφαρμογή του “Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix” σε δημόσια νοσοκομεία είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της κλινικής αποδοτικότητας, μείωση κόστους και αύξηση ικανοποίησης των εργαζομένων (Drennan et al., 2018).

##### Καλιφόρνια (Η.Π.Α.)

Η πρώτη πολιτεία παγκοσμίως που **νομοθέτησε ελάχιστους δείκτες** το 2004.  
Παραδείγματα:

- Παθολογικά τμήματα: 1 νοσηλευτής ανά 5 ασθενείς
- Χειρουργικά: 1:4
- Μ.Ε.Θ.: 1:2

*Τεκμηριωμένα οφέλη* (Aiken et al., 2010; Twigg et al., 2011):

- Μείωση θνησιμότητας κατά 10–13%
- Σημαντική μείωση burnout
- Καμία αρνητική επίπτωση στο κόστος λειτουργίας

### Βικτώρια (Αυστραλία)

Το 2015 η Πολιτεία της Βικτώριας θέσπισε **δεσμευτικές ελάχιστες αναλογίες**, με συνεχή επικαιροποίηση:

- Χρησιμοποιούνται δείκτες ανά είδος τμήματος και βάρδια
- Περιλαμβάνεται πρόβλεψη για άδειες και αναπληρώσεις

Οφέλη (Australian Nursing & Midwifery Federation, 2016):

- Καλύτερη ποιότητα φροντίδας
- Σταθερότητα προσωπικού
- Υποστήριξη επαγγελματικής επάρκειας και ηθικής ασφάλειας

### Κύπρος

Η Κυπριακή Δημοκρατία, μέσω του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ), έχει αναγνωρίσει την ανάγκη ρύθμισης της στελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού. Παρότι δεν υπάρχει ακόμα πλήρως θεσμοθετημένο νομικό πλαίσιο, έχουν δοθεί:

- Οδηγίες και εγκύκλιοι για ενδεικτικές αναλογίες στελέχωσης.
- Προσπάθειες εφαρμογής εργαλείων αξιολόγησης του καθημερινού φόρτου φροντίδας και κατάστασης ασθενών (acuity).
- Υποστήριξη προς τα δημόσια νοσηλευτήρια για τη συστηματική τεκμηρίωση αναγκών μέσω πληροφοριακών συστημάτων.

Αναλογίες που χρησιμοποιούνται επιχειρησιακά ως βάση σχεδιασμού:

- Παθολογικά – Χειρουργικά τμήματα: 1 νοσηλευτής ανά 5 ασθενείς
- Εντατική Μονάδα: 1:2 ή 1:1, ανάλογα με τη βαρύτητα
- Τ.Ε.Π. και Μαιευτικές μονάδες: ποικίλλει σημαντικά, χωρίς ενιαία προσέγγιση

Οφέλη

- Ηλεκτρονική καταγραφή στελέχωσης και βαρδιών
- Ευθυγράμμιση με διεθνή πρότυπα
- Εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης ποιότητας και κινδύνου σε δομές του ΟΚΥΠΥ

#### Ε. Συμπεράσματα

Η καθιέρωση ελάχιστων δεικτών στελέχωσης δεν είναι μια απλή αριθμητική παρέμβαση, αλλά μια **θεσμική εγγύηση** υπέρ της ασφάλειας, της ηθικής πρακτικής και της κοινωνικής λογοδοσίας. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η επένδυση στην ποιοτική στελέχωση αποδίδει τόσο κλινικά όσο και οικονομικά. Η ενσωμάτωσή τους στις πολιτικές υγείας είναι όχι απλώς επιθυμητή, αλλά **επιτακτική**.

Βιβλιογραφία

- Aiken, L. H., et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality. JAMA.
- Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education in Europe. The Lancet.
- ANA – American Nurses Association. (2020). Nurse Staffing Standards.
- Drennan, J., et al. (2018). Evaluation in Ireland. Health Service Executive.
- ICN – International Council of Nurses. (2019). Nurses: A Voice to Lead.
- Royal College of Nursing (RCN). (2017). Safe and Effective Staffing.
- Sermeus, W., et al. (2015). Nurse staffing and patient outcomes. The Lancet.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2009). On-the-job abuse of nurses. Health Reports.
- World Health Organization (WHO). (2020). State of the World's Nursing Report.

#### 4. Χρησιμότητα για το Υπουργείο Υγείας

Η θέσπιση καθορισμένων ελάχιστων δεικτών στελέχωσης νοσηλευτών δεν αποτελεί μόνο εργαλείο κλινικής ασφάλειας, αλλά συνιστά και πυλώνα σύγχρονης διοικητικής πολιτικής.

Για το Υπουργείο Υγείας, μια τέτοια πρωτοβουλία έχει πολλαπλή λειτουργική και θεσμική αξία:

##### A. Τεκμηριωμένος Στρατηγικός Προγραμματισμός

Οι δείκτες στελέχωσης παρέχουν ένα **αξιόπιστο υπόβαθρο σχεδιασμού** σε εθνικό επίπεδο:

- Ακριβής πρόβλεψη αναγκών προσλήψεων και κατανομή προσωπικού ανά περιοχή, τμήμα ή επίπεδο φροντίδας.
- Δυνατότητα οικονομικού και λειτουργικού σχεδιασμού για νοσηλευτικά ιδρύματα.
- Σύνδεση με δημογραφικά δεδομένα (γήρανση πληθυσμού, χρόνιες παθήσεις) για προληπτική πολιτική υγείας.

##### B. Έλεγχος, Εποπτεία και Αξιολόγηση Μονάδων

Η θεσμοθέτηση ελάχιστων αναλογιών επιτρέπει στο Υπουργείο:

- να θέτει σαφή πρότυπα λειτουργίας των μονάδων υγείας,
- να επιβλέπει την τήρηση κανόνων ποιότητας και ασφάλειας,
- να εφαρμόζει εργαλεία ελέγχου συμμόρφωσης (π.χ. επιθεωρήσεις, δείκτες παρακολούθησης),
- να ενεργοποιεί διορθωτικές παρεμβάσεις βάσει τεκμηρίωσης.

##### Γ. Νομική Θωράκιση και Περιορισμός Ευθύνης

Με την καθιέρωση δεικτών:

- το Υπουργείο καθορίζει το ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο φροντίδας – ένα σημαντικό εργαλείο νομικής προστασίας σε περιπτώσεις ανεπιθύμητων συμβάντων,
- ελαχιστοποιείται η ατομική έκθεση επαγγελματιών και φορέων,

- ενισχύεται η ασφαλής επαγγελματική πρακτική και τεκμηριώνεται η διοικητική επάρκεια.

#### Δ. Ορθολογική Χρήση Πόρων και Δημόσια Διακυβέρνηση

- Δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης μονάδων (benchmarking).
- Εντοπισμός αναποτελεσματικών κατανομών προσωπικού.
- Καλύτερη σύνδεση της χρηματοδότησης με στοιχεία απόδοσης.
- Δικαιολόγηση χρηματοδοτήσεων ΕΣΠΑ ή εθνικών προγραμμάτων.

#### Ε. Εναρμόνιση με Διεθνή Πρότυπα και Συστάσεις

Η καθιέρωση δεικτών φέρνει το Υπουργείο σε ευθυγράμμιση με:

- Οδηγίες του Π.Ο.Υ., της Ι.С.Ν. και του Ο.Ε.С.Д..
- Βέλτιστες διεθνείς πρακτικές, όπως στην Καλιφόρνια, τη Βικτώρια ή την Ιρλανδία.
- Πλαίσια εναρμόνισης με ευρωπαϊκά προγράμματα μεταρρύθμισης και πιστοποίησης υπηρεσιών.

#### ΣΤ. Πολιτική Νομιμοποίηση και Ενίσχυση Εμπιστοσύνης

Η δημόσια παρουσίαση ενός εθνικού πλαισίου στελέχωσης:

- ενισχύει την κοινωνική εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας,
- αναδεικνύει τη δέσμευση του Υπουργείου στην ασφάλεια και την ποιότητα,
- αποδεικνύει ότι η φροντίδα υγείας δεν υπόκειται σε αυθαιρεσία αλλά σε τεκμηριωμένα πρότυπα.

### **5. Σχέση με το Ε.Σ.Υ.**

Για την επίτευξη ασφαλούς στελέχωσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), απαιτείται ένας πολυεπίπεδος, θεσμικά οργανωμένος και διαχρονικά βιώσιμος σχεδιασμός, που να συνδυάζει τόσο ποσοτικά κριτήρια όσο και ποιοτικές προσεγγίσεις. Η ασφαλής στελέχωση δεν μπορεί να είναι αποτέλεσμα αποσπασματικών αποφάσεων, αλλά οφείλει να εδράζεται σε στρατηγικό πλαίσιο με ξεκάθαρους στόχους και εργαλεία εφαρμογής.

Παρακάτω περιγράφονται τα θεμελιώδη συστατικά για την επίτευξη αυτού του στόχου:

#### A. Θεσμοθέτηση Ελάχιστων Αναλογιών Στελέχωσης

- Καθορισμός ελάχιστων αναλογιών νοσηλευτών προς ασθενείς ανά τύπο τμήματος (π.χ. 1:5 σε γενικά τμήματα, 1:1 σε Μ.Ε.Θ.).
- Ευελιξία των δεικτών ανάλογα με τον βαθμό βαρύτητας και την κατάσταση ασθενών (acuity-based staffing).

Η ύπαρξη αριθμητικών ορίων αποτελεί τη βάση για την αποτροπή επικίνδυνων αποκλίσεων.

#### B. Ενίσχυση Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης Προσωπικού

- Διασφάλιση ότι οι αναλογίες δεν στηρίζονται μόνο σε αριθμούς, αλλά και σε ικανότητα και δεξιότητες (skill mix).
- Συνεχής εκπαίδευση σε διαχείριση βαρδιών, φροντίδα αυξημένης πολυπλοκότητας, ηγεσία.

Η ασφαλής στελέχωση απαιτεί όχι μόνο «αρκετούς» αλλά και «κατάλληλους» νοσηλευτές.

#### Γ. Θεσμικό Πλαίσιο Λογοδοσίας και Έποπτείας

- Δημιουργία μηχανισμού ελέγχου συμμόρφωσης (π.χ. από Δ.Υ.ΠΕ. ή ανεξάρτητο ελεγκτικό σώμα).
- Ενσωμάτωση της στελέχωσης στους δείκτες ποιότητας των νοσοκομείων.

Η ασφαλής στελέχωση πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά, όχι ευκαιριακά.

#### Δ. Ενεργή Συμμετοχή Νοσηλευτών στον Προγραμματισμό

- Συμμετοχή των επικεφαλής και προϊσταμένων στην κατανομή πόρων.
- Ανοικτά κανάλια αναφοράς προβλημάτων και διεκδίκησης ενίσχυσης.

#### Ε. Δημοσιοποίηση και Διαφάνεια

- Κάθε μονάδα να δημοσιοποιεί ελάχιστα δεδομένα στελέχωσης (π.χ. αναλογία, ακυρώσεις βαρδιών).
- Ενίσχυση της κοινωνικής λογοδοσίας και εμπιστοσύνης.

#### ΣΤ. Θεσμοθέτηση Κινήτρων για Φοίτηση σε Νοσηλευτική

- Οικονομικά κίνητρα
- Επαγγελματικά κίνητρα

Στόχος: αύξηση εισαγωγής νέων φοιτητών και μείωση πρόωρης εγκατάλειψης σπουδών.

#### Ζ. Κίνητρα Ένταξης και Παραμονής στο Επάγγελμα

- Επαγγελματική αποκατάσταση.
- Κίνητρα για νέους αποφοίτους (π.χ. φορολογικά οφέλη, απευθείας συμμετοχή σε πρόγραμμα Ειδικότητας).
- Επιβράβευση με αύξηση βασικών μισθολογικών απολαβών, χορήγηση ειδικών επιδομάτων, αυξήσεις στην υπερωριακή αποζημίωση κλπ.
- Προοπτική εξέλιξης στην ιεραρχία με σύστημα αξιολόγησης

#### Η. Ανάπτυξη Επαγγελματικής Ταυτότητας και Κύρους

- Καμπάνιες προβολής του ρόλου των νοσηλευτών ως σημαντικών επιστημόνων υγείας.
- Ενίσχυση θεσμικής εκπροσώπησης των νοσηλευτών σε κέντρα αποφάσεων.
- Δημιουργία προγραμμάτων mentoring και επαγγελματικής εξέλιξης εντός του Ε.Σ.Υ.

## **6. Συμπεράσματα**

Η νοσηλευτική πρέπει να παρουσιάζεται ως επάγγελμα με αποστολή, κύρος, μέλλον και αναγνώριση.

Η θεσμοθέτηση ασφαλούς στελέχωσης και η προσαρμογή του ΕΣΥ σε διεθνή πρότυπα στελέχωσης αποτελεί αναγκαία και εφικτή μεταρρύθμιση. Ενισχύει τους ασθενείς,

προστατεύει το προσωπικό, καθιστά αποτελεσματικό τον κρατικό σχεδιασμό και εγγυάται καλύτερη δημόσια υγεία.

Η ύπαρξη ελάχιστων δεικτών επιτρέπει:

- Ακριβή εκτίμηση αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό ανά δομή, τύπο τμήματος και γεωγραφική περιοχή.
- Μακροπρόθεσμο προγραμματισμό προσλήψεων και κατανομή κονδυλίων.
- Ενίσχυση προβλεψιμότητας και ευθυγράμμιση με τις μελλοντικές απαιτήσεις φροντίδας (γήρανση πληθυσμού, χρόνια νοσήματα κ.λπ.).

Οι δείκτες λειτουργούν ως αντικειμενικά εργαλεία ελέγχου ποιότητας:

- Καταγράφονται αποκλίσεις από τις προβλεπόμενες αναλογίες.
- Εντοπίζονται συστημικές ανεπάρκειες ή υποστελεχωμένες περιοχές.
- Επιτρέπουν στοχευμένες παρεμβάσεις (π.χ. μετακινήσεις, ενίσχυση, παύσεις λειτουργίας).

Η θέσπιση δεικτών επιτρέπει στο Υπουργείο:

- να αποφεύγει σπατάλες μέσω κακής κατανομής προσωπικού,
- να αξιολογεί το κόστος-όφελος επενδύσεων σε ανθρώπινο δυναμικό,
- να στηρίζει εθνικά σχέδια ή προγράμματα ΕΣΠΑ/ανάκαμψης με αποδείξιμα αποτελέσματα.

Οι αποφάσεις στελέχωσης δεν βασίζονται σε "αυθαιρεσίες", αλλά σε στατιστικά και πληθυσμιακά δεδομένα.

Η ύπαρξη ρυθμισμένων ελάχιστων δεικτών:

- διασφαλίζει το Υπουργείο έναντι νομικών ή ηθικών ευθυνών σε περίπτωση ατυχημάτων λόγω υποστελέχωσης,
- ορίζει το ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο φροντίδας,
- παρέχει βάση για τυποποιημένα πρωτόκολλα στελέχωσης σε ελέγχους ή κρίσεις (π.χ. πανδημία, φυσικές καταστροφές).

Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση ασφάλειας ασθενών, ποιότητας φροντίδας και βιωσιμότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σήμερα, στο Ε.Σ.Υ. παρατηρείται απουσία ενιαίας, επιστημονικά τεκμηριωμένης μεθοδολογίας καθορισμού της αναλογίας νοσηλευτή/ασθενή, με αποτέλεσμα:

- άνιση κατανομή προσωπικού μεταξύ νοσοκομείων και τμημάτων
- αυξημένα συμβάντα ασφάλειας ασθενών
- επαγγελματική εξουθένωση και αποχωρήσεις νοσηλευτών
- αδυναμία στρατηγικού προγραμματισμού ανθρώπινου δυναμικού

Η διεθνής εμπειρία και βιβλιογραφία καταδεικνύουν ότι η νομοθετικά κατοχυρωμένη αναλογία νοσηλευτή/ασθενή, προσαρμοσμένη στο είδος του τμήματος και τη βαρύτητα νοσηλείας, οδηγεί σε βελτίωση κλινικών εκβάσεων και μείωση κόστους.

Προβλήματα και συνέπειες της υφιστάμενης κατάστασης:

Για τους ασθενείς

- αυξημένη νοσηρότητα και επιπλοκές
- καθυστερήσεις στη φροντίδα
- μειωμένη ασφάλεια

Για τους νοσηλευτές

- υπερεργασία και επαγγελματική εξουθένωση
- αυξημένα εργατικά ατυχήματα
- φυγή από το Ε.Σ.Υ. και μετανάστευση

Για το σύστημα υγείας


- αυξημένο λειτουργικό κόστος
- αναποτελεσματική χρήση πόρων
- υποβάθμιση δημόσιας υγείας

ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. — Ε.Σ.Υ.

Στη χώρα μας, ο υπολογισμός της νοσηλευτικής στελέχωσης εξακολουθεί να βασίζεται στο Προεδρικό Διάταγμα 87/1986, ένα κανονιστικό πλαίσιο που θεσπίστηκε πριν από 40 χρόνια και εξακολουθεί τυπικά να ισχύει, παρά το γεγονός ότι:

- δεν ανταποκρίνεται στη σύγχρονη κλινική πραγματικότητα
- δεν ενσωματώνει επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα
- αγνοεί τη μεταβολή της βαρύτητας και της πολυπλοκότητας των ασθενών

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΣΥ**



**ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

<b>Α Θ Η Ν Α</b> 27 ΜΑΡΤΙΟΥ 1986	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 32
-------------------------------------	--------------	----------------------

**ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 87**  
Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ Α' 143/83), όπως συμπληρώθηκε με την παρ. 10 του άρθρου 28 του νόμου

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία απ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

**Άρθρο 3.**

Διάφραση της Ιατρικής Υπηρεσίας.

1. Η ιατρική υπηρεσία κάθε Νοσοκομείου διαφράσσεται σε τμηείς. Οι τμηείς σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου 1397/

## Διάκριση Υπηρεσιών Προσδιορισμός της Στελέχωσης

- Άρθρο 9

Συντελεστές καθορισμού δύναμης προσωπικού

Ο αριθμός των θέσεων προσωπικού Νοσοκομείου ορίζεται κατά υπηρεσία σε ποσοστό:

- α) 6-15% για την ιατρική υπηρεσία
- β) 35-45% για τη νοσηλευτική υπηρεσία
- γ) 35-40% για τη διοικητική υπηρεσία

επι της συνολικής δύναμης κρεβατιών του Νοσοκομείου πολλαπλασιαζομένης με το συντελεστή:

- α) για τα Γενικά Νοσοκομεία απο 2 – 3,
- β) για τα Ειδικά Νοσοκομεία, πλην Ψυχιατρικών 1,8 – 2,8 και
- γ) για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία απο 0,5 – 2.

Το Π.Δ. 87/86:

- **δεν βασίζεται σε αναλογία νοσηλευτή/ασθενή**
- χρησιμοποιεί **στατικούς συντελεστές ανά συνολικό αριθμό κλινών και το σύνολο του προσωπικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**
- δεν λαμβάνει υπόψη:
  - ο βαθμό εξάρτησης ασθενών
  - ο φόρτο εργασίας
  - ο πολυνοσηρότητα
  - ο σύγχρονες θεραπευτικές πράξεις
  - ο διοικητικά καθήκοντα
  - ο δεν διαφοροποιεί τμήματα (παθολογικά, χειρουργικά, ΜΕΘ κ.λπ.)

Ουσιαστικά, πρόκειται για έναν **λογιστικό υπολογισμό προσωπικού**, όχι για **επιστημονικό δείκτη ασφάλειας φροντίδας**.

Σε αντίθεση με:

- διεθνή εργαλεία acuity-based staffing
- αναλογίες nurse-to-patient
- μοντέλα workload & skill mix

Παρότι το Π.Δ.:

- **τυπικά παραμένει σε ισχύ**
- χρησιμοποιείται ως **άλλοθι επάρκειας στελέχωσης** στην πράξη:
- δεν εξασφαλίζει ασφαλή φροντίδα
- δεν προστατεύει τον νοσηλευτή
- δεν αποτυπώνει τις πραγματικές ανάγκες των τμημάτων

Δημιουργείται έτσι ένα **θεσμικό κενό** μεταξύ «**νόμιμης στελέχωσης**» και «**ασφαλούς στελέχωσης**».

**Συνέπειες εφαρμογής παρωχημένου δείκτη**

- χρόνια υποστελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών
- αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση
- αυξημένα συμβάντα ασφάλειας ασθενών
- αδυναμία στρατηγικού σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού
- μετακύλιση ευθύνης στον εργαζόμενο νοσηλευτή

**Συμπέρασμα**

Ο δείκτης στελέχωσης του Π.Δ. 87/1986:

- δεν είναι επιστημονικός
- δεν είναι δυναμικός
- δεν είναι ασφαλής
- αλλά παραμένει σε ισχύ λόγω θεσμικής αδράνειας

Η Ελλάδα χρειάζεται άμεση αντικατάστασή του με:

- σύγχρονες αναλογίες νοσηλευτή/ασθενή

- επιστημονικά τεκμηριωμένα μοντέλα στελέχωσης
- νομικά κατοχυρωμένο πλαίσιο ασφάλειας φροντίδας

Νομικό πλαίσιο που αφορά δείκτες στελέχωσης σε συγκεκριμένες Μονάδες

### Νοσηλευτικό Προσωπικό Αναισθησιολογικού Τμήματος (ΦΕΚ 1044/1997)

- **6.3.1.** Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεση οποιασδήποτε αναισθησιολογικής πράξης, σε οποιοδήποτε χώρο και χρόνο αυτή εκτελείται, θεωρείται η παρουσία νοσηλεύτριας αναισθησίας επί 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα.
- **6.3.2.** Κάθε **Αναισθησιολογικό Τμήμα** επιβάλλεται να έχει νοσηλευτικό προσωπικό συγκροτημένο σε θεσμοθετημένο αυτόνομο και ενιαίο Νοσηλευτικό τμήμα. Το τμήμα αυτό στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο και ειδικευμένο στην Αναισθησιολογία νοσηλευτικό προσωπικό και **έχει τουλάχιστον μία Προϊσταμένη ή υπεύθυνη**. Για κάθε πλέον δραστηριότητα (ΜΜΑΦ, Οξύς και Χρόνιος Πόνος κ.λ.π.) καθορίζεται αντίστοιχος Υπεύθυνος Νοσηλευτής ή Προϊσταμένη ανάλογα με το μέγεθος του Νοσοκομείου και τις συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις του ΑΤ.

**6.3.3.** Ο ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός νοσηλευτών /τριών αναισθησίας ανεξάρτητα μεγέθους νοσοκομείου πρέπει να είναι:

\* πρωινή βάρδια: **1** νοσηλευτής /τρια **ανά λειτουργούσα** με αναισθησία αίθουσα χειρουργείου (εντός και εκτός κεντρικών χειρουργείων)

\* απογευματινή και νυκτερινή βάρδια: 1 νοσηλευτής/τρια επιπλέον αυτών που απαιτούνται για τη λειτουργία των χειρουργείων για έκτακτες επεμβάσεις.

### Νοσηλευτικό Προσωπικό Μονάδας Μετά - Αναισθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ)

- **6.4.1.** Η ΜΑΦ (ή Αίθουσα Ανάνηψης) πρέπει να στελεχώνεται από εκπαιδευμένο στην Αναισθησιολογία νοσηλευτικό προσωπικό:
- \* πέραν αυτού που καλύπτει τις αίθουσες χειρουργείου,
- \* για όλες τις ώρες που λειτουργούν τα χειρουργεία για προγραμματισμένες και έκτακτες επεμβάσεις και
- \* για τουλάχιστον 3 έως 4 ώρες πέραν του χρόνου λήξης της τελευταίας επέμβασης.
- **6.4.2.** Σε νοσοκομεία με αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων > 3.000 ετησίως (και ανάλογα με τη βαρύτητα τους) **η ΜΜΑΦ πρέπει να έχει ροϊσταμένη ή υπεύθυνη ειδικευμένη νοσηλεύτρια** που επιμελείται της λειτουργίας της Μονάδας.
- **6.4.3.** Το Νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΜΑΦ πρέπει να είναι σε επαρκή αριθμό ατόμων για να καλύπτει και την Ομάδα Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης όλο το 24ωρο.

**6.4.4.** Ο ελάχιστος αριθμός νοσηλευτριών της ΜΜΑΦ είναι:

\* Πρωινή βάρδια: τουλάχιστον **1** νοσηλεύτρια ανά **2-3**-κρεβάτια ΜΜΑΦ.

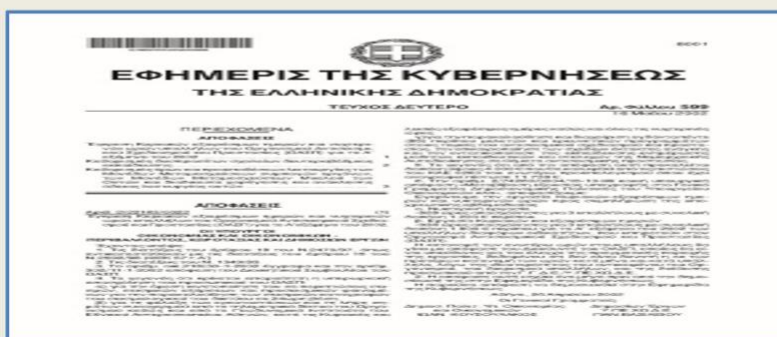
\* Απογευματινή και Νυκτερινή βάρδια και Αργίες ίδια αναλογία με την παραπάνω σύμφωνα με τις ώρες λειτουργίας των χειρουργείων και ανάλογα με τον αριθμό των λειτουργουσών αιθουσών χειρουργείου.

\* ΚΑΡΠΑ: συν 1 νοσηλεύτρια για την Ομάδα Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης και τις άλλες εκτός χειρουργείου αναισθησιολογικές πράξεις.

*Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων, των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων Μυελού των Οστών και διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης άδειας λειτουργίας αυτών, ΦΕΚ Β' 599/2002*



Η υπουργική απόφαση απαιτεί την παρουσία ενός Νοσηλευτή ή Νοσηλεύτριας κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με εμπειρία έξι τουλάχιστον μηνών σε αναγνωρισμένη Μονάδα Μεταμόσχευσης, της ημεδαπής ή αλλοδαπής, καθώς και **τρεις (3) Νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ, ανά κλίνη.**



## **ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΟΜΟΣ 4025/2011**



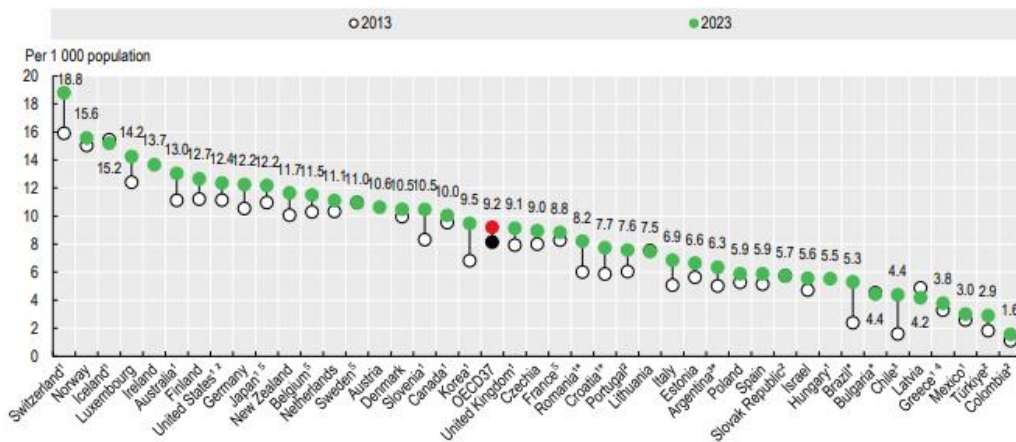
- **ΑΡΘΡΟ 22**

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που συστήνονται ως άνω προβλέπονται στον Οργανισμό των οικείων νοσοκομείων, δεν συνυπολογίζονται στις νοσηλευτικές κλίνες και το επιπλέον προσωπικό για τη λειτουργία τους υπολογίζεται με συντελεστή **1,75** επί της συνολικής δυναμικότητας σε φιλοξενούμενους της μονάδας

**Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους**

Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., η Ελλάδα διαθέτει μόλις **3,8 νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους**, όταν ο μέσος όρος ανέρχεται σε **9,2 (Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους)**, καταλαμβάνοντας την **τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης** (OECD, *Health at a Glance: Europe 2024 / Health at a Glance 2025*).

Figure 8.13. Practising nurses per 1 000 population, 2023 and 2013 (or nearest year)



1. Associate professional nurses with a lower level of qualifications make up more than 50% of nurses in Slovenia as well as accession countries Croatia and Romania; between 33% and 50% in Greece, Iceland, Korea, Mexico and Switzerland; and between 15% and 30% in Australia, Canada, Hungary, Japan, the United Kingdom and the United States. 2. Includes nurses working in the health sector as managers, educators, researchers and similar. 3. Includes all nurses licensed to practise. 4. Data only refer to nurses employed in hospitals. 5. Latest data from 2021-2022. \* Accession country. Source: OECD Health Statistics 2025.

[Health at a Glance 2025 \(EN\)](#)

**Nurses**

Combined unit of measure: Per 1 000 inhabitants [OECD Data Explorer • Nurses](#)

Time period	2020	2021	2022	2023
<b>Reference area</b>				
Australia	E 12,28	E 12,81	E 12,8	E 13,04
Austria	E 10,47	E 10,91	E 11,02	E 10,63
Belgium	11,6	11,6	11,51	
Canada	10,07	10,25	10,18	10,05
Czechia	8,66	8,95	B 9,07	8,96

Denmark		10,24	10,34	B 10,42	10,48
Estonia		6,38	6,49	6,58	6,64
Finland		12,52	12,78	12,83	P 12,67
France		8,87	8,83		
Germany		12,04	12,03	12,08	12,25
Greece		D 3,65	D 3,77	D 3,84	D 3,79
Hungary		5,32	5,33	5,47	5,54
Iceland		D 15,63	D 14,95	D 14,87	D 15,19
Ireland			12,54	13,01	13,66
Israel		5,23	5,38	5,45	5,57
Italy		E 6,28	B 6,8	6,81	P 6,86
Japan		12,1		12,18	
Korea		8,37	8,77	9,1	9,49
Latvia		B 4,18	4,19	B 4,17	4,17
Lithuania		7,76	7,86	7,5	7,47
Luxembourg		13,41	13,76	14,08	14,25
Mexico		2,91	2,94	3	3,02
Netherlands		11,09	11,39	11,55	B 11,11
New Zealand		10,63	10,97	11,46	11,65
Norway		15,57	15,77	15,62	15,57
Poland		5,62	5,8	5,82	5,89
Slovenia		10,47	10,49	10,41	10,48
Spain		E,D 6,06	E,D 6,28	E,B 6,08	E 5,88
Sweden		10,68	10,9	10,97	
Switzerland		18,37	18,39	18,44	18,8
United Kingdom		D 8,51	D 8,72	D 8,84	B,D 9,13
Non-OECD economies					
· Bulgaria		4,45	4,43	4,46	4,43
· Croatia		7,18	7,62	7,69	7,73
· Peru				3,43	3,45
· Romania		7,72	7,99	8,14	8,21

Υπόψη, ότι στους παραπάνω δείκτες περιλαμβάνεται όλο το νοσηλευτικό προσωπικό και όχι μόνο Νοσηλευτές. Οπότε η Ελλάδα έχει ακόμη χαμηλότερο δείκτη Νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους και όχι 3,8 ανά 1.000 κατοίκους.

Και αυτό τεκμηριώνεται παρακάτω:

Η χώρα μας βρίσκεται λίγο πιο κάτω από τη μέση, καθώς απασχολεί 22.796 νοσηλευτές/ριες (μόνιμοι, επικουρικοί και ειδικευόμενοι) και 68.752 ιατρούς σύμφωνα με τη Eurostat και έχει 219 ανά 100.000 κατοίκους, δηλαδή, 2,19 ανά 1.000.

**Practising nurses and caring personnel, 2023**

	Head count (number)			Ratio (per 100 000 inhabitants)		
	Nurses	Midwives	Caring personnel	Nurses	Midwives	Caring personnel
Belgium (*)	134,496	8,605	75,208	1,151.5	73.7	643.9
Bulgaria	28,570	3,253	822	443.2	50.5	12.8
Czechia	86,086	4,572	29,534	792.4	42.1	271.9
Denmark (*)	62,344	2,687	90,178	1,048.3	44.9	1,527.7
Germany	1,020,000	28,000	688,000	1,224.7	33.6	826.1
Estonia	9,103	523	4,141	664.3	38.2	302.2
Ireland (*)	72,543	4,251	27,995	1,365.8	80.0	527.1
Greece (*)	22,796	2,829	6,450	219.0	27.2	62.0
Spain	284,232	13,833	594,200	587.8	28.6	1,228.9
France (*)	598,915	25,330	859,958	881.9	37.1	1,266.3
Croatia	9,704	1,522	799	251.6	39.5	20.7
Italy	404,497	17,659	649,265	685.8	29.9	1,100.7
Cyprus	4,988	337	:	520.8	35.2	:
Latvia	7,828	383	2,458	417.0	20.4	130.9
Lithuania	21,455	778	6,412	747.2	27.1	223.3
Luxembourg	:	:	:	:	:	:
Hungary	43,237	2,308	27,321	450.8	24.1	284.8
Malta	4,126	275	5,908	746.5	49.8	1,068.8
Netherlands	198,573	4,615	262,000	1,110.8	25.8	1,465.6
Austria	94,034	2,747	51,998	1,029.8	30.1	569.4
Poland (*)	216,086	28,527	12,390	589.0	77.8	33.7
Portugal (*)	80,238	3,300	:	758.5	31.2	:
Romania (*)	19,150	2,861	76,078	100.5	15.0	399.1
Slovenia	10,820	411	2,663	510.3	19.4	125.6
Slovakia (*)	31,174	1,782	18,367	574.5	32.8	338.5
Finland	70,722	2,204	131,114	1,266.5	39.5	2,348.1
Sweden (*)	115,024	8,103	:	1,096.8	77.3	:
Iceland (*)	3,843	289	:	996.5	74.9	:
Liechtenstein	279	23	920	700.2	57.7	2,308.9
Norway	85,943	2,587	100,201	1,557.1	46.9	1,815.4
Switzerland	106,931	3,138	70,985	1,203.0	35.3	798.6
Montenegro	744	250	:	120.0	40.3	:
Moldova	:	472	11,095	:	19.1	450
North Macedonia (**)	9,553	858	280	489.2	43.9	14.3
Serbia (**)	46,371	1,145	105	700.1	17.3	1.6
Türkiye (*)	248,287	59,750	:	291.0	70.0	:

(\*) 2022.  
 (\*) Caring personnel: 2022.  
 (\*) Nurses and midwives: including midwives that also have nursing qualifications.  
 (\*) Only people working in hospitals.  
 (\*) Nurses and caring personnel: 2021.  
 (\*) Nurses and midwives: professionally active.  
 (\*) Caring personnel: only people working in institutions, not home-based personal care workers.  
 (\*) Professionally active.  
 (\*) Midwives: professionally active  
 (\*) 2021. Professionally active.  
 (\*\*) Only includes people in institutions under the Ministry of Health. Excludes the private health sector.  
 Source: Eurostat (online data code: hth\_rs\_prs2)



[Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals - Statistics Explained - Eurostat](#)

Επίσης,

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Αρχή έχουμε 22.320 Νοσηλευτές και 16.653 Βοηθούς Νοσηλευτών το 2023 στο Ε.Σ.Υ.. Αυτό σημαίνει  $22.320/10.400.000*1000=2,1$  **Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.** ([Στατιστικές - ELSTAT](#)). Αν υπολογίσουμε και τους

Βοηθούς Νοσηλευτών τότε έχουμε  $22.320+16.653=38.973$ . Αυτό σημαίνει  $38.973/10.400.000*1.000=3,75$  Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους.

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ  
ΑΡΧΗ**

**1. Θεραπευτήρια, κλίνες, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό κατά ειδικότητα θεραπευτηρίων 2023**

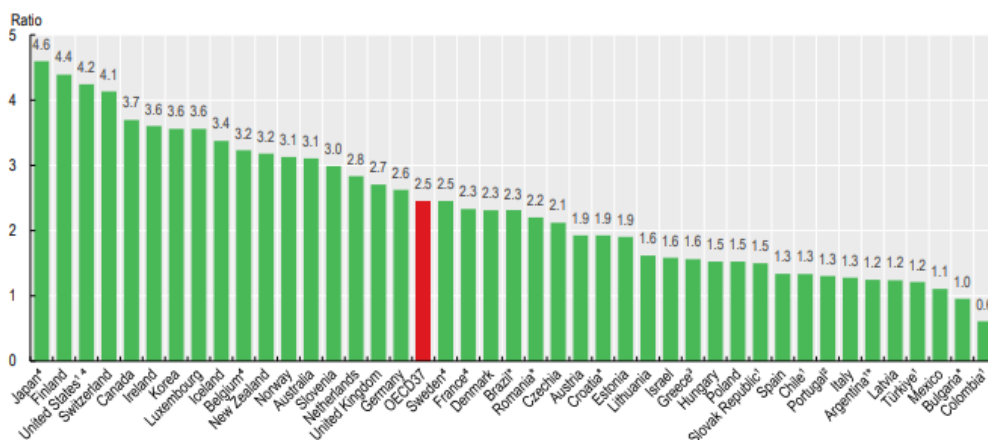
Ειδικότητα Θεραπευτηρίου	Θεραπευτήρια	Κλίνες Κλειστής Νοσηλείας	Κλινες Ημερήσιας Νοσηλείας	Ιατροί	Νοσηλευτικό Προσωπικό	
					Νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Βοηθοί Νοσηλευτών
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>266</b>	<b>44133</b>	<b>4284</b>	<b>25204</b>	<b>22320</b>	<b>16653</b>

**Αναλογίες ιατρών - νοσηλευτών/ριών**

Συμπληρωματικά, το γράφημα που ακολουθεί φωτίζει μια εξίσου κρίσιμη διάσταση, την αναλογία ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα συστήματα υγείας των χωρών της Ε.Ε.

Παρατηρείται ότι, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, κυριαρχεί αριθμητικά το νοσηλευτικό προσωπικό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του παραπάνω αποτελεί η Φινλανδία (81% νοσηλευτές), η Ιρλανδία (78%) και η Γερμανία (72%). Το ίδιο μοντέλο ακολουθείται, με μικρότερες αποκλίσεις, και στις υπόλοιπες χώρες της Ένωσης. Μοναδικές εξαιρέσεις στον παραπάνω κανόνα αποτελούν η Βουλγαρία, η Κύπρος, η Ελλάδα, η Κροατία και η Ρουμανία, όπου οι ιατροί είναι περισσότεροι από τους νοσηλευτές.

Figure 8.14. Ratio of nurses per doctor, 2023 (or nearest year)



1. For countries that have not provided data on practising nurses and/or practising doctors, numbers relate to the "professionally active" concept for both nurses and doctors (except Chile and Argentina, where numbers include all nurses and doctors licensed to practise). 2. Ratio underestimated (professionally active nurses/all doctors licensed to practise). 3. Data refer to nurses and doctors employed in hospitals. 4. Latest data from 2021-2022. \* Accession country. Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink <https://stat.link/eb4m8f>

HEALTH AT A GLANCE 2025 © OECD 2025

## Νοσηλευτές ανά κλίνη

Με βάση τα πρόσφατα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής στα Νοσοκομεία της χώρας μας (Δημόσια και Ιδιωτικά) εργαζόντουσαν το 2023 συνολικά 38.973 (ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ) άτομα νοσηλευτικό προσωπικό. Στα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) αντιστοιχούν 0,8 Νοσηλευτές (ΠΕ-ΤΕ) και Βοηθοί Νοσηλευτών (ΔΕ) / ανά κλίνη (48.417), όμως αναλογεί **0,46 Νοσηλευτές** (ΠΕ-ΤΕ 22.320) / ανά κλίνη (48.417). Αντιθέτως ο μέσος όρος στελέχωσης των κλινών νοσηλείας στον ΟΟΣΑ είναι 2,3 Νοσηλευτές ανά κλίνη νοσηλείας. Επί της ουσίας δεν αντιστοιχεί ούτε ένας Νοσηλευτής ή έστω και Βοηθός Νοσηλευτή ανά κλίνη! [statistics](#)

Ειδικότερα, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας έχουμε 34.399 κλίνες στο Ε.Σ.Υ..

Υπολογίζουμε ότι από τους 22.320 Νοσηλευτές (ΠΕ – ΤΕ) που υπηρετούν στα Νοσοκομεία (Δημόσια και Ιδιωτικά) στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. υπηρετούν περίπου 20.000 (Μόνιμοι ΠΕ & ΤΕ περίπου 15.500, Επικουρικοί ΠΕ & ΤΕ περίπου 2.000 και

Ειδικευόμενοι περίπου 2.500). Έτσι, 20.000 Νοσηλευτές (ΠΕ – ΤΕ) / ανά 34.399 κλίνες, αντιστοιχούν 0,58 Νοσηλευτές / ανά κλίνη. Βέβαια, το σωστό είναι να υπολογίσουμε τους Μόνιμους Νοσηλευτές. Έτσι, 15.500 Νοσηλευτές / 34.399 κλίνες προκύπτει **0,45 Νοσηλευτές / κλίνη στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ..**

Παρακάτω σχετικά στοιχεία από τον Ο.Ο.Σ.Α.

### Σύγκριση με Ευρώπη και ΟΟΣΑ

Κατάταξη (Ο.Ο.Σ.Α. – από υψηλότερη στελέχωση προς χαμηλότερη)

Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού ανά νοσοκομειακή κλίνη (φθίνουσα σειρά)  
OECD – Health at a Glance 2023

Θέση	Χώρα	Νοσηλευτικό προσωπικό /1000	Κλίνες /1000	Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη
1	Σουηδία	11,1	2,0	5,55
2	Ισλανδία	14,5	2,8	5,18
3	Νορβηγία	18,0	3,5	5,14
4	Κόστα Ρίκα	5,4	1,2	4,50
5	Νέα Ζηλανδία	12,1	2,7	4,48
6	Φινλανδία	14,3	3,3	4,33
7	Δανία	10,3	2,4	4,29
8	ΗΠΑ	11,8	2,8	4,21
9	Ιρλανδία	12,6	3,0	4,20
10	Ελβετία	18,4	4,5	4,09
11	Καναδάς	10,0	2,6	3,85
12	Ολλανδία	11,8	3,1	3,81
13	Ηνωμένο Βασίλειο	8,7	2,4	3,63
14	Αυστραλία	12,7	3,8	3,34
15	Μεξικό	3,0	1,0	3,00
16	Λουξεμβούργο	11,7	4,3	2,72
17	Πορτογαλία	7,4	3,5	2,11
18	Ισπανία	6,3	3,0	2,10
19	Βέλγιο	11,1	5,5	2,02
20	Ιταλία	6,4	3,2	2,00
21	Γαλλία	11,2	5,7	1,96
22	Ισραήλ	5,5	3,0	1,83

Θέση Χώρα	Νοσηλευτικό προσωπικό /1000	Κλίνες /1000	Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη
23 Γερμανία	13,2	7,8	1,69
24 Σλοβενία	7,2	4,5	1,60
25 Αυστρία	10,5	7,1	1,48
26 Εσθονία	6,9	4,7	1,47
27 Χιλή	3,0	2,1	1,43
28 Τσεχία	8,7	6,6	1,32
29 Λιθουανία	7,8	6,5	1,20
30 Σλοβακία	5,8	5,7	1,02
31 Ιαπωνία	12,6	12,6	1,00
32 Τουρκία	2,8	2,9	0,97
33 Ουγγαρία	6,5	6,8	0,96
34 Πολωνία	5,7	6,3	0,90
35 Λετονία	4,7	5,3	0,89
36 <b>Ελλάδα</b>	<b>3,8</b>	<b>4,3</b>	<b>0,88</b>
37 Κολομβία	1,4	1,7	0,82
38 Κορέα	8,4	12,8	0,66

**Κατάταξη (ΕΕ – από υψηλότερη στελέχωση προς χαμηλότερη)**

1. SE Σουηδία → **5.55**
2. FI Φινλανδία → **4.33**
3. DK Δανία → **4.29**
4. IE Ιρλανδία → **4.20**
5. NL Ολλανδία → **3.81**
6. LU Λουξεμβούργο → **2.72**
7. PT Πορτογαλία → **2.11**
8. ES Ισπανία → **2.10**
9. BE Βέλγιο → **2.02**
10. IT Ιταλία → **2.00**
11. FR Γαλλία → **1.96**
12. DE Γερμανία → **1.69**
13. SI Σλοβενία → **1.60**
14. AT Αυστρία → **1.48**
15. EE Εσθονία → **1.47**

- 16. CZ Τσεχία → 1.32
- 17. LT Λιθουανία → 1.20
- 18. SK Σλοβακία → 1.02
- 19. HU Ουγγαρία → 0.96
- 20. PL Πολωνία → 0.90
- 21. LV Λετονία → 0.89
- 22. GR Ελλάδα → 0.88

Ο δείκτης «Νοσηλευτές ανά κλίνη» προκύπτει από τη διαίρεση: **practising nurses ανά 1.000 κατοίκους / hospital beds ανά 1.000 κατοίκους**, σύμφωνα με τα στοιχεία του **OECD – Health at a Glance 2023**.

**Το αποτέλεσμα είναι ότι η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις στην Ε.Ε. και τον Ο.Ο.Σ.Α. όσον αφορά τη στελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού, με σημαντικά χαμηλότερους δείκτες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.**

### Συμπέρασμα

Στα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) αντιστοιχούν 0,46 Νοσηλευτές (ΠΕ-ΤΕ 22.320) / ανά κλίνη (48.417).

Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. περίπου 15.500 Μόνιμοι Νοσηλευτές ανά 34.399 κλίνες στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., προκύπτει **0,45 Νοσηλευτές / κλίνη στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.**

Σε γενικές γραμμές διαπιστώνουμε ότι παρόμοιος δείκτης ισχύει γενικά τόσο στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. όσο και γενικά στα Νοσοκομεία της χώρας δημόσια και ιδιωτικά.

Αντιθέτως ο μέσος όρος στελέχωσης των κλινών νοσηλείας στον ΟΟΣΑ είναι 2,3 Νοσηλευτές ανά κλίνη νοσηλείας. Επί της ουσίας στη χώρα μας δεν αντιστοιχεί ούτε ένας Νοσηλευτής ή έστω και Βοηθός Νοσηλευτή ανά κλίνη! [statistics](#)

Έχουμε 15.500 Μόνιμους Νοσηλευτές και 34.399 κλίνες. Επομένως, αν λάβουμε υπόψη το μέσο όρο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. που είναι 2,3 χρειαζόμαστε 79.117 Νοσηλευτές. Αν

αφαιρέσουμε τους υπηρετούντες 15.500 Μόνιμους Νοσηλευτές, **πρέπει να προσληφθούν 63.617.**

Προχωρώντας με ποσοτικά δεδομένα, παράγουμε ετησίως περίπου 1578 Νοσηλευτές από τα Πανεπιστημιακά μας πλέον Τμήματα, οι οποίοι σαφώς δεν επαρκούν για να στελεχώσουν τις Υπηρεσίες Υγείας, διότι είτε αποχωρούν για το εξωτερικό, είτε επιλέγουν να εργάζονται ως Αναπληρωτές Σχολικοί Νοσηλευτές, είτε επιλέγουν να αλλάξουν επάγγελμα, με αποτέλεσμα να απομένει περίπου ένα 30% διαθέσιμων Νοσηλευτών, οι οποίοι επιλέγουν να εργαστούν στις Υπηρεσίες Υγείας.

Και σε αυτήν την περίπτωση όμως του εναπομείναντος 30% ελλοχεύει ο κίνδυνος των επιπλέον παραιτήσεων, καθώς οι συνθήκες εργασίας είναι ιδιαίτερος επισφαλείς.

Με βάση τον προσδιοριζόμενο αριθμό Νοσηλευτών που χρειαζόμαστε σήμερα για τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (63.617), θα χρειαστούμε στην καλύτερη περίπτωση 40 χρόνια σύμφωνα με τον αριθμό των αποφοίτων.

Αν υπολογίσουμε ότι αρκετοί από αυτούς δεν θα επιλέξουν τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. για να εργαστούν, τότε εύκολα καταλαβαίνουμε στο αδιέξοδο το οποίο μας έχουν οδηγήσει οι διαχρονικές κυβερνήσεις με τις πολιτικές τους σε ότι αφορά τη Νοσηλευτική.

Σήμερα περισσότερο από ποτέ η ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ. τεκμηριωμένα εκφράζει την αναγκαιότητα πολιτικών αποφάσεων για τη βιωσιμότητα του Ε.Σ.Υ., δίνοντας έμφαση τη στήριξη των Νοσηλευτών με σειρά πολιτικών παρεμβάσεων.

Η Ελλάδα είναι σήμερα από τις ελάχιστες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εξακολουθεί να υπολογίζει τη στελέχωση των νοσηλευτών με κανονιστικό πλαίσιο της δεκαετίας του 1980.

Η στελέχωση των Μονάδων Υγείας θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους δείκτες στελέχωσης του Υπομνήματος.

Οι Οργανισμοί των Νοσοκομείων και των Μονάδων Υγείας πρέπει να τροποποιηθούν και να καθορίζουν τον αριθμό των Οργανικών θέσεων ανά Ειδικότητα και Τμήμα. Ο αριθμός των Ειδικευόμενων Νοσηλευτών ανά Νοσοκομείο και Μονάδων Π.Φ.Υ. να καθορίζεται από το Διοικητή της Υ.ΠΕ. κατόπιν εισηγήσεων των Διοικητών των Νοσοκομείων. Για τις Μονάδες Π.Φ.Υ. και Ψυχικής Υγείας κατόπιν εισήγησης του αρμόδιου Υποδιοικητή.

### **Ειδικευμένοι Νοσηλευτές**

- θα πρέπει να θεσμοθετηθεί Κλάδος Ειδικευμένων Νοσηλευτών Ε.Σ.Υ. με σαφές πλαίσιο αρμοδιοτήτων και εξέλιξης, ανά Ειδικότητα,
- να θεσμοθετηθούν Οργανικές Θέσεις Ειδικευμένων Νοσηλευτών ανά νοσοκομείο,
- να καθιερωθεί Διαδικασία Προσλήψεων αντίστοιχη των Ειδικευμένων Ιατρών Ε.Σ.Υ..

Σύσταση οργανικών θέσεων Ειδικευμένων Νοσηλευτών Ε.Σ.Υ.

- Συνιστώνται οργανικές θέσεις Ειδικευμένων Νοσηλευτών στα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας
- Οι θέσεις κατανέμονται ανά Νοσοκομείο, Υγειονομική Περιφέρεια και νοσηλευτική ειδικότητα.
- Ο αριθμός των θέσεων καθορίζεται με βάση:
  - τον αριθμό των οργανικών κλινών.

Η διεθνής πρακτική καταδεικνύει ότι η αξιοποίηση Ειδικευμένων Νοσηλευτών:

- μειώνει την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα και τα ανεπιθύμητα συμβάντα,
- βελτιώνει τη συνέχεια της φροντίδας και
- ενισχύει τη λειτουργική ανθεκτικότητα των νοσοκομείων.

### **Προτείνουμε:**

Διαδικασία προσλήψεων

- Η πλήρωση των οργανικών θέσεων Ειδικευμένων Νοσηλευτών πραγματοποιείται μέσω δημόσιας προκήρυξης, ανά Υ.ΠΕ.
- Η διαδικασία επιλογής και πρόσληψης διενεργείται κατά τρόπο αντίστοιχο με εκείνον των Ιατρών Ε.Σ.Υ., η οποία καθορίζεται με Υπουργική Απόφαση.

#### Μισθολογικό και ασφαλιστικό καθεστώς

- Οι Ειδικευμένοι Νοσηλευτές αμείβονται σύμφωνα με Ειδικό Κλαδικό Μισθολογικό, όπως προτείνεται με Υπόμνημα από την ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ.
- Ασφαλιζονται πλήρως και αναγνωρίζεται η προϋπηρεσία τους για κάθε νόμιμη συνέπεια.
- Χορηγούνται όλες οι προβλεπόμενες άδειες και παροχές.

#### Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές:

- θα πρέπει να θεσμοθετηθεί Κλάδος Ειδικευόμενων Νοσηλευτών Ε.Σ.Υ. με σαφές πλαίσιο αρμοδιοτήτων και εξέλιξης,
- να θεσμοθετηθούν Οργανικές Θέσεις Ειδικευόμενων Νοσηλευτών ανά νοσοκομείο,
- να καθιερωθεί Διαδικασία Προσλήψεων αντίστοιχη των Ειδικευόμενων Ιατρών Ε.Σ.Υ.,

#### Σύσταση οργανικών θέσεων Ειδικευόμενων Νοσηλευτών Ε.Σ.Υ.

- Συνιστώνται οργανικές θέσεις Ειδικευόμενων Νοσηλευτών στα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Οι θέσεις κατανέμονται ανά Νοσοκομείο, Υγειονομική Περιφέρεια και νοσηλευτική ειδικότητα.
- Ο αριθμός των θέσεων καθορίζεται με βάση:
  - ο τον αριθμό των οργανικών κλινών.

#### Καθεστώς και διάρκεια ειδίκευσης

- Οι Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές προσλαμβάνονται με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου.
- Η διάρκεια της σύμβασης ταυτίζεται με τη διάρκεια της νοσηλευτικής ειδικότητας.
- Οι Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές:
  - ο εντάσσονται πλήρως στο πρόγραμμα λειτουργίας των κλινικών,
  - ο συμμετέχουν στο εκπαιδευτικό και κλινικό έργο,
  - ο τελούν υπό την επιστημονική και εκπαιδευτική εποπτεία των αρμόδιων οργάνων.

#### Διαδικασία προσλήψεων

- Η πλήρωση των οργανικών θέσεων Ειδικευόμενων Νοσηλευτών πραγματοποιείται μέσω δημόσιας προκήρυξης ανά Υ.ΠΕ.
- Η διαδικασία επιλογής διεξάγεται κατά τρόπο **αντίστοιχο με εκείνον των ειδικευόμενων ιατρών του Ε.Σ.Υ.**
- Η κατάταξη των υποψηφίων γίνεται βάσει:
  - ο σειράς προτεραιότητας αίτησης,
  - ο τυπικών προσόντων,
  - ο κριτηρίων που καθορίζονται με υπουργική απόφαση.

#### Μισθολογικό και ασφαλιστικό καθεστώς

- Οι Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές αμείβονται σύμφωνα με το ισχύον μισθολογικό καθεστώς των Νοσηλευτών Ε.Σ.Υ.
- Ασφαλίζονται πλήρως και αναγνωρίζεται η προϋπηρεσία τους για κάθε νόμιμη συνέπεια.
- Χορηγούνται όλες οι προβλεπόμενες άδειες και παροχές.

#### Ολοκλήρωση ειδίκευσης και πιστοποίηση

- Με την επιτυχή ολοκλήρωση της ειδίκευσης, οι Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές λαμβάνουν τίτλο ειδικότητας.
- Ο τίτλος αποτελεί τυπικό προσόν για:

- την ένταξη σε οργανικές θέσεις Ειδικευμένων Νοσηλευτών,
- τη συμμετοχή σε μελλοντικές προκηρύξεις.

### Μεταβατικές διατάξεις

1. Νοσηλευτές που κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος βρίσκονται σε διαδικασία εκπαίδευσης σε Ειδικότητα εντάσσονται στις οργανικές θέσεις Ειδικευόμενων Νοσηλευτών.
2. Η μέχρι τότε προϋπηρεσία τους αναγνωρίζεται πλήρως.
3. Νοσηλευτές οι οποίοι προσλαμβάνονται χωρίς να έχουν αποκτήσει τίτλο Ειδικότητας, διευκολύνονται από την εργασία τους κατά τη διάρκεια της δοκιμαστικής περιόδου να παρακολουθήσουν πρόγραμμα Ειδικότητας. Με Υπουργική Απόφαση καθορίζονται οι διαδικασίες ένταξης και παρακολούθησης.
4. Νοσηλευτές οι οποίοι προσλαμβάνονται ως επικουρικοί χωρίς να έχουν αποκτήσει τίτλο Ειδικότητας, δικαιούνται να αιτηθούν και να λάβουν Ειδικότητα επιλογής τους, εφόσον παρέχουν αποδεδειγμένα τις υπηρεσίες τους επί δεκαοκτώ (18) μήνες σε Μονάδα ή Τμήμα του Ε.Σ.Υ. που έχει σχέση με το αντικείμενο της Ειδικότητας αδιαλείπτως, κατόπιν επιτυχούς συμμετοχής τους στις εξετάσεις της παρ. 4 του άρθρου 59 και υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις των άρθρων 58 και 59 του ν. 4690/2020 (Α' 104), κατά παρέκκλιση όσων ορίζονται στο πέμπτο εδάφιο της παρ. 12 του άρθρου 58 του ν. 4690/2020. Δίνεται η δυνατότητα της συγκεκριμένης ρύθμισης μόνο για την επιλογή μίας Ειδικότητας. Με Υπουργική Απόφαση καθορίζεται η διαδικασία.
5. Οι μόνιμοι Νοσηλευτές, οι οποίοι δεν διαθέτουν Ειδικότητα δικαιούνται να αιτηθούν και να λάβουν Ειδικότητα επιλογής τους, εφόσον παρέχουν αποδεδειγμένα τις υπηρεσίες τους επί δεκαοκτώ (18) μήνες σε Μονάδα ή Τμήμα του Ε.Σ.Υ. που έχει σχέση με το αντικείμενο της Ειδικότητας αδιαλείπτως, κατόπιν επιτυχούς συμμετοχής τους στις εξετάσεις της παρ. 4 του άρθρου 59 και υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις των άρθρων 58 και 59 του ν. 4690/2020 (Α' 104), κατά παρέκκλιση όσων ορίζονται στο πέμπτο εδάφιο της παρ. 12 του άρθρου 58 του ν. 4690/2020. Δίνεται η δυνατότητα της συγκεκριμένης ρύθμισης μόνο για την επιλογή μίας Ειδικότητας. Με Υπουργική Απόφαση καθορίζεται η διαδικασία.

6. Με την εφαρμογή του σχεδίου ασφαλούς στελέχωσης, μέρος των δαπανών μισθοδοσίας θα καλύπτεται ουσιαστικά από δαπάνες που μέχρι τώρα καλύπτονταν από τον ΕΟΠΥΥ για αποζημίωση εργασίας αποκλειστικών νοσοκόμων/νοσηλευτριών. Θεσμός που δυστυχώς, μόνο στη χώρα μας μέχρι τώρα έχει εφαρμογή και παρά τις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις για τον έλεγχο του επαγγέλματος, δεν είναι ικανοποιητικά τα αποτελέσματα. Προτείνουμε λοιπόν την πρόσληψη του αναγκαίου αριθμού Νοσηλευτών σύμφωνα με τους προτεινόμενους δείκτες στελέχωσης και στη συνέχεια την κατάργηση του θεσμού των Αποκλειστικών Νοσοκόμων / Νοσηλευτριών.

#### Ειδικό πλαίσιο για Σχολικούς Νοσηλευτές

Προτείνουμε την υποχρέωση παρακολούθησης της Ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής με Ειδίκευση στη Σχολική Νοσηλευτική ως προϋπόθεση για την πρόσληψη ως Σχολικός Νοσηλευτής. Έτσι, ο Σχολικός Νοσηλευτής θα έχει όλη την ειδική γνώση και εμπειρία για την άσκηση των καθηκόντων του στο σχολικό περιβάλλον.

Δίνεται η δυνατότητα σε αυτούς που ήδη εργάζονται ως Σχολικοί Νοσηλευτές μέχρι τώρα με αποδεδειγμένη εμπειρία πάνω από 18 μήνες να λάβουν τον τίτλο της Ειδικότητας και της Ειδίκευσης κατόπιν επιτυχούς συμμετοχής τους στις εξετάσεις της παρ. 4 του άρθρου 59 και υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις των άρθρων 58 και 59 του ν. 4690/2020 (Α' 104), κατά παρέκκλιση όσων ορίζονται στο πέμπτο εδάφιο της παρ. 12 του άρθρου 58 του ν. 4690/2020.

Ακολουθεί η προτεινόμενη μεθοδολογία στελέχωσης με Δείκτες και σχετικά παραδείγματα στα Παραρτήματα Α και Β.

Η ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο.–Ε.Σ.Υ. εισηγείται **υποχρεωτική ελάχιστη αναλογία νοσηλευτή/ασθενή**, ανά τμήμα και βάρδια.

Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού και την τοποθέτησή του στις προβλεπόμενες οργανικές θέσεις. Προσδιορίζει το είδος και τον αριθμό των Νοσηλευτών που απαιτείται για να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών μέσα σε συγκεκριμένο περιβάλλον.

Ο σχεδιασμός για τη στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στηρίζεται στην αρχή ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να υπάρχει σε επαρκή αριθμό για να διασφαλισθεί η κατάλληλη ασφαλής νοσηλευτική φροντίδα για όλους τους ασθενείς 24 ώρες το 24ωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα, πενήντα δύο εβδομάδες το χρόνο.

Σύμφωνα με πρόσφατες έγκυρες πηγές και εκτιμήσεις, η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών απειλείται από την τρομακτική έλλειψη Νοσηλευτών, σε σημείο μάλιστα που να επηρεάζεται δραματικά η κάλυψη των αναγκών των υπηρεσιών υγείας της κάθε χώρας. Κατά συνέπεια υποβαθμίζεται η υγεία των πολιτών, η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας και η ευημερία των λαών.

Η δυνατότητα ανάπτυξης ενός Εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμο στην επίτευξη εθνικών στόχων αντιμετώπισης και βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Η διαδικασία του σχεδιασμού είναι ανύπαρκτη σε πολλές χώρες, ενώ σε κάποιες που υφίσταται υπολειτουργεί ή δεν εφαρμόζεται καθόλου. Υπό την έλλειψη εθνικού σχεδιασμού, οι χώρες προβαίνουν σε πρόχειρους υποτυπώδεις υπολογισμούς στελέχωσης των υπηρεσιών τους με αρνητικές συνέπειες για τα συστήματα υγείας, τον πληθυσμό και τους απασχολούμενους στις υπηρεσίες του ίδιου τομέα Υγείας.

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται από τις περισσότερες χώρες ως ύψιστη προτεραιότητα. Ο βαθμός ευθύνης για τις υγειονομικές υπηρεσίες και η έννοια της παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι στην πρώτη γραμμή των περισσότερων πολιτικών συζητήσεων. Εντούτοις, ο καθορισμός της ευθύνης γίνεται δύσκολος όταν δεν υπάρχει επάρκεια υγειονομικού προσωπικού κυρίως από νοσηλευτές.

Η νοσηλευτική κοινότητα στις μέρες μας βρίσκεται σε μια παγκόσμια κρίση ανισορροπίας. Αρκετές χώρες μεταξύ αυτών και η χώρα μας, αντιμετωπίζουν την πρόκληση της υποστελέχωσης και ταυτόχρονα της ανεργίας των νοσηλευτών.

Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με Νοσηλευτές να διακυμαίνεται στα χαμηλότερα επίπεδα, σε βαθμό επικινδυνότητας τόσο για την υγεία και ασφάλεια των ασθενών όσο και των ίδιων των Νοσηλευτών. Το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας διακυβεύεται, και η αντοχή αλλά και η ανοχή των Νοσηλευτών, έχει φθάσει στα όρια της τελικής του εξάντλησης και επαγγελματικής του εξουθένωσης.

Στοιχεία που προκύπτουν από σωρεία σχετικά πρόσφατων ερευνών και μελετών καταδεικνύουν ότι η ανεπαρκής στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με Νοσηλευτές έχει σαν συνέπεια την αύξηση της παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, καθώς επίσης και την αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και των ανεπιθύμητων επιπλοκών που είναι δυνατόν να προληφθούν. Οι Νοσηλευτές ζητούν μια πολιτική που θα εξασφαλίζει ένα λεπτομερή σχεδιασμό ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και μια ικανοποιητική αναλογία ασθενών Νοσηλευτών στις δομές παροχής φροντίδας υγείας.

Καλύτερη Νοσηλευτική στελέχωση (αριθμητική επάρκεια με ποιοτικά κριτήρια και κατάλληλη αναλογία νοσηλευτών / βοηθών νοσηλευτών) σχετίζεται με χαμηλότερη νοσοκομειακή νοσηρότητα, λιγότερες ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο, μειωμένο κόστος νοσηλείας, με αποτέλεσμα να σώζονται ζωές και να εξοικονομούνται χρήματα.

Η ασφαλής στελέχωση οδηγεί σε χαμηλότερη επίπτωση φαρμακευτικών λαθών, λοιμώξεων του ουροποιητικού μετά από καθετηριασμό, αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού, ιώσεων, πνευμονιών ιδίως νοσοκομειακών και καταπληξιών.

Ο μεγάλος αριθμός ασθενών ανά Νοσηλευτή δεν επιφέρει μόνο αρνητική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά επηρεάζει και την υγεία των Νοσηλευτών που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης συναισθηματικής κόπωσης, στρες, έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία τους και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Νοσηλευτές που εργάζονται συνεχώς περισσότερο από το κανονικό ή χωρίς επαρκή υποστήριξη, απουσιάζουν συχνότερα από την εργασία τους, εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα υγείας, υψηλό ποσοστό αποχωρήσεων λόγω παραίτησης, πρόωρης συνταξιοδότησης, με συνέπεια το σύστημα υγείας να αδυνατεί να ανταποκριθεί στους σκοπούς που έχει θέσει. Στη διαμόρφωση της όλης κατάστασης περί αριθμητικής ανεπάρκειας των Νοσηλευτών σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το περιβάλλον εργασίας.

Σήμερα η νοσηλευτική στελέχωση στη χώρα μας βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο από αυτό που απαιτείται, για την παροχή ενός βασικού επιπέδου, ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας.

Προτείνονται οι παρακάτω δείκτες στελέχωσης, ανά ειδικότητα.

Δίνεται προθεσμία πέντε ετών έως ότου επιτευχθεί η κάλυψη των οργανικών θέσεων όπως προτείνονται από την ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ. ανά Ειδικότητα:

ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ.

## ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ

<b>Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑ ΒΑΡΔΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΗΣ</b>			
<b>ΤΜΗΜΑ</b>	<b>ΠΡΩΙ</b>	<b>ΑΠΟΓΕΥΜΑ</b>	<b>ΝΥΧΤΑ</b>
ΑΓΓΕΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1/5	1/6	1/8
ΓΝΑΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ)	1/5	1/6	1/8
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1/5	1/6	1/8
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1/5	1/6	1/8
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1/5	1/6	1/8
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1/5	1/6	1/8
Ω.Ρ.Λ.	1/5	1/6	1/8
ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/5	1/5	1/5
ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ - ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ > 2 ΕΤΗ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΟΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	1/1	1/1	1/1

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	1/1	1/1	1/1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	1/1	1/1	1/1
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ	1/1	1/1	1/1
ΟΞΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1/1	1/1	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	1/1	1/1	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΓΓΕΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/2	1/2	1/2
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	1/3	1/3	1/3
ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ	1/3	1/3	1/3
ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΒΑΡΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	1/3	1/3	1/8
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ < 2 ΕΤΗ	1/3	1/3	1/3
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΦΗΒΩΝ	1/3	1/3	1/6
ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	1/3	1/3	1/3
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	1/7	1/7	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ (ΑΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ)	2/1	2/1	2/1
ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΞΕΝΩΝΑΣ)	1/6	1/6	1/10
ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	3/1		
ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	4		
ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΓΙΑ 5 ΑΙΘΟΥΣΕΣ	14		
ΤΜΗΜΑ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΩΝ ΓΙΑ 3 ΑΙΘΟΥΣΕΣ	3		
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	2		
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	2		
ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	4		
ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	1		

**Για τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία**

Μέσος καθαρός νοσηλευτικός χρόνος ανά επίσκεψη (υποδοχή/ζωτικά/προετοιμασία/πράξη/οδηγίες/καταγραφή): 15 λεπτά.

Επομένως, προτείνεται ένας (1) Νοσηλευτής για τριάντα (30) επισκέψεις στις οκτώ (8) ώρες εργασίας.

### **Για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών**

Η διεθνής πρακτική δείχνει ότι η ασφαλής στελέχωση Τ.Ε.Π. βασίζεται σε:

- 1 Νοσηλευτή:1 ασθενή (βαρύ περιστατικό)
- 1 Νοσηλευτή:2 ασθενείς (βραχεία νοσηλεία)
- 1 Νοσηλευτή:3 ασθενείς
- 1 Νοσηλευτή: 5 ασθενείς (διαλογή)

### **Για τα Κέντρα Υγείας**

Προτείνεται ελάχιστος αριθμός Νοσηλευτών:

α) Για τα Κέντρα Υγείας 12ώρης λειτουργίας, προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε οκτώ (8) Νοσηλευτές ανά δέκα χιλιάδες (10.000) πληθυσμού ευθύνης.

β) Για Κέντρα Υγείας 24ωρης λειτουργίας ή/και εφημερεύοντα, προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε δεκαπέντε (15) Νοσηλευτές ανά δέκα χιλιάδες (10.000) πληθυσμού ευθύνης.

γ) Για νησιωτικές και ορεινές περιοχές ή περιοχές με αυξημένες αποστάσεις/διακομιδές, τα ανωτέρω ελάχιστα όρια προσαυξάνονται κατά είκοσι τοις εκατό (20%).

### **Για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα**

α) Για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (οκτάωρη πρωινή λειτουργία), προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε επτά (7) Νοσηλευτές ανά εκατό χιλιάδες (100.000) πληθυσμού ευθύνης.

β) Για τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (οκτάωρη πρωινή λειτουργία), προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε εννιά (9) Νοσηλευτές ανά εκατό χιλιάδες (100.000) πληθυσμού ευθύνης.

### **Για τα Κέντρα Ημέρας**

Για τα Κέντρα Ημέρας (οκτάωρη πρωινή λειτουργία), προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε δύο (2) Νοσηλευτές ανά εκατό χιλιάδες (100.000) πληθυσμού ευθύνης.

Σε κάθε περίπτωση λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω δείκτες δύναται με απόφαση της Διοίκησης και κατόπιν εισήγησης της ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ. να καθοριστούν επιπλέον δείκτες για Μονάδες Υγείας που δεν έχουν προβλεφθεί στο συγκεκριμένο Υπόμνημα.

Απο την ηλικία των 58 ετών ο Νοσηλευτής απαλλάσσεται της νυχτερινής υπηρεσίας. Εκτός κι αν κατέχει θέση ευθύνης.

Για τη διατήρηση των δεικτών στελέχωσης θα πρέπει να υπολογιστεί ο επιπλέον αριθμός που προκύπτει από τις απουσίες του προσωπικού λόγω ρεπό, κανονικών αδειών, αργιών, ασθένειας και εκπαίδευσης (Παράρτημα Α και Β).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

#### ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΤΜΗΜΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ				
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ: 30				
ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ	1/5	1/6	1/8	
1η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
	ΠΡΩΙ	ΑΠΟΓΕΥΜΑ	ΝΥΧΤΑ	
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8	8	8	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	5	3.75	14.75
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΒΑΡΔΙΑΣ ΤΟ 24ΩΡΟ	48	40	30	118
Χ 7 ΗΜΕΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ	336	280	210	826
Διά Ώρες Εβδομαδιαίως / 40				40
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				20,65
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΕΞΤΡΑ ΚΛΠ Χ 25%				5,16
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				25,81
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ				1
ΣΥΝΟΛΟ				26,81
ΆΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟ				
2η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
	ΠΡΩΙ	ΑΠΟΓΕΥΜΑ	ΝΥΧΤΑ	
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8	8	8	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	5	3.75	14.75
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΡΕΠΟ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΕΞΤΡΑ ΚΛΠ Χ 0,73				10,77
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	1			1
ΣΥΝΟΛΟ				26,52

#### ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΤΜΗΜΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ: 30

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ	1/5		1/6		1/8		
1η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ							
	ΠΡΩΙ		ΑΠΟΓΕΥΜΑ		ΝΥΧΤΑ		
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8		8		8		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ / ΒΟΗΘΩΝ (2/1) ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	4	2	3	2	2	2	9N+6BN=15
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΒΑΡΔΙΑΣ ΤΟ 24ΩΡΟ	32	16	24	16	16	16	120
Χ 7 ΗΜΕΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ/40 ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	224	112	168	112	112	112	504N+336BN = 840
Διά Ώρες Εβδομαδιαίως / 40							40
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ							12,6N+8,4=21
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΚΛΠ Χ 25%							3,15N+2,1BN =5,25
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ							15,75+10,5B N=26,25
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ							1
ΣΥΝΟΛΟ							16,75N+10,5 BN=27,25
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ							16,75
ΒΟΗΘΟΙ							10,5
ΑΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟ							
2η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ							
	ΠΡΩΙ		ΑΠΟΓΕΥΜΑ		ΝΥΧΤΑ		
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8		8		8		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ / ΒΟΗΘΩΝ (2/1) ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	4	2	3	2	2	2	9N+6BN=15
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΡΕΠΟ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΕΞΤΡΑ ΚΛΠ Χ 0,73							6,57N+4,38=10,95
							15,57N+10,3 8BN=25,95
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ							1
ΣΥΝΟΛΟ							16,57N+10,3 8BN=26,95
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ							16,57
ΒΟΗΘΟΙ							10,38

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ  
ΑΠΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

<b>Σύνολο εργασίας</b>	<b>ημερών</b>	<b>Από τις 365 ημέρες του χρόνου</b> <b>-104 ημέρες (2μ ΡΕΠΟ Χ 52 εβδ)</b> <b>- 10 ημέρες αργίες</b> <b>- 5 ημέρες ασθένεια</b> <b>- 10 ημέρες εκπαιδευτική άδεια</b> <b>- 25 ημέρες κανονική άδεια</b>
		<b>365-154= 211 ημέρες</b>
<b>365:211= 1,73</b>		

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω και με αφορμή το σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας για επικαιροποίηση των Οργανισμών των Μονάδων Υγείας του Ε.Σ.Υ.

**ΑΙΤΟΥΜΕΘΑ**

**Την άμεση νομοθετική πρωτοβουλία των συναρμόδιων Υπουργείων προς  
θεσμοθέτηση Ειδικού Υπολογισμού Στελέχωσης Νοσηλευτών των Μονάδων Υγείας  
του Ε.Σ.Υ.**

## 1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

**Στο σχέδιο νόμου:** «Καθιέρωση Δεικτών Ασφαλούς Στελέχωσης Νοσηλευτών στις Μονάδες Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές ρυθμίσεις για την ασφάλεια φροντίδας»

### 1. Αντικείμενο – Σκοπός της ρύθμισης

Με το προτεινόμενο σχέδιο νόμου θεσπίζεται **δεσμευτικό εθνικό πλαίσιο ασφαλούς στελέχωσης** με νοσηλευτές στις δημόσιες μονάδες υγείας, μέσω:

- καθορισμού **ελάχιστων δεικτών/αναλογιών νοσηλευτή-ασθενή ανά τμήμα και βάρδια,**
- καθορισμού **ελάχιστων δεικτών** για δομές Π.Φ.Υ. και δομές Ψυχικής Υγείας,
- θέσπισης **ενιαίας μεθοδολογίας υπολογισμού** οργανικών θέσεων (24/7 κάλυψη, συντελεστής απουσιών/αδειών, skill mix),
- ρύθμισης μεταβατικής περιόδου επίτευξης των δεικτών και σύνδεσης με **προγραμματισμό προσλήψεων.**

Κεντρικός στόχος είναι η **ασφάλεια ασθενών, η προστασία του νοσηλευτικού προσωπικού** από συνθήκες επικίνδυνης υπερφόρτωσης και η δυνατότητα του Υπουργείου Υγείας να **προγραμματίζει ανθρώπινο δυναμικό βάσει επιστημονικά τεκμηριωμένων αναγκών.**

### 2. Αναγκαιότητα – Τεκμηρίωση

Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επάρκειας νοσηλευτών και:

- μειωμένης θνησιμότητας και ανεπιθύμητων συμβάντων,
- μείωσης «missed care» (παραλείψεων/καθυστερήσεων φροντίδας),
- μείωσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, κατακλίσεων, πτώσεων,
- μείωσης επανανοσηλειών και χρόνου νοσηλείας,
- μείωσης burnout και αποχωρήσεων.

Ο Π.Ο.Υ. αναδεικνύει την ανάγκη επένδυσης στη νοσηλευτική ως προϋπόθεση ανθεκτικών συστημάτων υγείας και ασφαλούς φροντίδας.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών υπογραμμίζει ότι η ασφαλής στελέχωση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας ασθενών και αποτελεσματικότητας.

### 3. Το ελληνικό θεσμικό κενό (παρωχημένο μοντέλο)

Στην Ελλάδα, ο προσδιορισμός οργανικών θέσεων σε νοσοκομεία ιστορικά συνδέθηκε με κανονιστικά πρότυπα προηγούμενων δεκαετιών. Ενδεικτικά, το Π.Δ. 87/1986 αποτέλεσε ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης νοσοκομείων, χωρίς όμως να ενσωματώνει σύγχρονα εργαλεία «acuity/workload» και δεσμευτικές αναλογίες ανά τμήμα/βάρδια. Αποτέλεσμα είναι να υπάρχει συχνά απόκλιση μεταξύ «τυπικής» στελέχωσης και **πραγματικά ασφαλούς** στελέχωσης στο πεδίο.

### 4. Βασικές επιλογές του προτεινόμενου πλαισίου

Το σχέδιο νόμου:

- Θεσπίζει **ελάχιστες αναλογίες** (ανά τμήμα/μονάδα και βάρδια) και **ελάχιστους δείκτες** για ΠΦΥ/Ψυχική Υγεία, ως δεσμευτικό «δάπεδο ασφάλειας».
- Ορίζει υποχρεωτική **μεθοδολογία υπολογισμού οργανικών θέσεων** που καλύπτει 24/7 λειτουργία και προβλέπει **συντελεστή απουσιών** (άδειες, ρεπό, ασθένεια, εκπαίδευση).
- Κατοχυρώνει **διαφάνεια** (δημοσιοποίηση βασικών δεδομένων στελέχωσης) και **λογοδοσία** (ετήσιες εκθέσεις, έλεγχος συμμόρφωσης).
- Συνδέει την εφαρμογή με **προγραμματισμό προσλήψεων** και αναμόρφωση οργανισμών/οργανογραμμάτων.
- Εναρμονίζει τις ρυθμίσεις με το υφιστάμενο πλαίσιο νοσηλευτικών ειδικοτήτων (ν. 4690/2020) ως προς την ανάπτυξη κλάδων/θέσεων ειδικευμένων και ειδικευόμενων, όπου απαιτείται.

### 5. Αναμενόμενες συνέπειες

- **Κλινικές:** βελτίωση δεικτών ασφάλειας (μείωση επιπλοκών/συμβάντων), καλύτερη συνέχεια φροντίδας.
- **Εργασιακές:** μείωση burnout, ενίσχυση παραμονής στο επάγγελμα, βελτίωση ηθικής ασφάλειας.
- **Διοικητικές/οικονομικές:** ορθολογικότερη κατανομή προσωπικού, μείωση κόστους από επιπλοκές/παρατάσεις νοσηλείας, τεκμηριωμένη χρηματοδότηση και σχεδιασμός.
- **Θεσμικές:** ενίσχυση λογοδοσίας, προτυποποίηση διαδικασιών και σαφές πλαίσιο ευθύνης.

## 2. ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

**«Καθιέρωση Δεικτών Ασφαλούς Στελέχωσης Νοσηλευτών στις Μονάδες Υγείας του Ε.Σ.Υ. και λοιπές ρυθμίσεις για την ασφάλεια φροντίδας»**

### Άρθρο 1

#### Σκοπός

1. Σκοπός του παρόντος είναι η διασφάλιση ποιοτικής και ασφαλούς νοσηλευτικής φροντίδας μέσω της καθιέρωσης δεσμευτικών ελάχιστων δεικτών ασφαλούς στελέχωσης με νοσηλευτές στις μονάδες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).
2. Οι δείκτες ασφαλούς στελέχωσης αποτελούν υποχρεωτικό πρότυπο ελάχιστης κάλυψης, για την προστασία:
  - α) της ασφάλειας και υγείας των ασθενών,
  - β) της επαγγελματικής ασφάλειας των νοσηλευτών,
  - γ) της λειτουργικής επάρκειας των μονάδων υγείας.

### Άρθρο 2

#### Πεδίο εφαρμογής

1. Οι διατάξεις εφαρμόζονται σε:
  - α) Δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και λοιπές δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες,
  - β) μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας και λοιπές δομές αρμοδιότητας Υ.Πε.),
  - γ) δομές Ψυχικής Υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης),
  - δ) Ε.Κ.Α.Β. και λοιπές ειδικές δομές, εφόσον προβλέπεται με υπουργική απόφαση κατά το άρθρο 7.
2. Σε μονάδες με μικτή λειτουργία ή ειδικά χαρακτηριστικά, οι δείκτες εξειδικεύονται κατά το άρθρο 7.

### Άρθρο 3

#### Ορισμοί

Για την εφαρμογή του παρόντος:

1. «Δείκτης ασφαλούς στελέχωσης»: ελάχιστη αναλογία νοσηλευτή προς ασθενείς/επισκέψεις/κλίνες ή ελάχιστος αριθμός νοσηλευτών ανά δομή και βάρδια, ανάλογα με το είδος υπηρεσίας.
2. «Βάρδια»: πρωινή, απογευματινή και νυχτερινή, ή άλλο σχήμα ωραρίου που εφαρμόζεται νόμιμα στη μονάδα.
3. «Κάλυψη 24/7»: στελέχωση που εξασφαλίζει αδιάλειπτη λειτουργία όλο το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα, 52 εβδομάδες τον χρόνο.
4. «Συντελεστής απουσιών»: ο πολλαπλασιαστής που αποτυπώνει τις νόμιμες απουσίες προσωπικού (ρεπό, άδειες, αργίες, ασθένεια, εκπαίδευση) για τη διασφάλιση πραγματικής κάλυψης.

### Άρθρο 4

#### Καθιέρωση ελάχιστων δεικτών – Δεσμευτικός χαρακτήρας

1. Καθιερώνεται δεσμευτικό πλαίσιο ελάχιστων δεικτών ασφαλούς στελέχωσης νοσηλευτών:

- α) ανά τμήμα/μονάδα νοσοκομείου και βάρδια,
  - β) ανά δομή Π.Φ.Υ. και πληθυσμό ευθύνης ή/και 24ωρη λειτουργία,
  - γ) ανά δομή Ψυχικής Υγείας και πληθυσμό ευθύνης ή/και επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών.
2. Οι ελάχιστοι δείκτες αποτυπώνονται σε **Παράρτημα** του παρόντος και εφαρμόζονται υποχρεωτικά ως κατώτατο όριο.
3. Αποκλίσεις επιτρέπονται μόνο:
- α) προς τα πάνω (ενίσχυση), ή
  - β) κατ' εξαίρεση και αιτιολογημένα σε έκτακτες συνθήκες (π.χ. μαζικά συμβάντα/πανδημίες), σύμφωνα με διαδικασία του άρθρου 10, χωρίς να αίρεται η υποχρέωση αποκατάστασης.

## Άρθρο 5

### Μεθοδολογία υπολογισμού οργανικών θέσεων – 24/7 κάλυψη – συντελεστής απουσιών

1. Ο υπολογισμός των απαιτούμενων οργανικών θέσεων γίνεται υποχρεωτικά με βάση:
- α) τους ελάχιστους δείκτες του Παραρτήματος,
  - β) την κάλυψη 24/7 όπου η μονάδα λειτουργεί αδιάλειπτα,
  - γ) τον συντελεστή απουσιών, ο οποίος καθορίζεται ενιαία σε εθνικό επίπεδο.
2. Ο συντελεστής απουσιών περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: ρεπό, κανονικές άδειες, αργίες, μέση αναρρωτική απουσία και εκπαιδευτικές άδειες.
3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Εθνικής Οικονομίας & Οικονομικών δύναται να επικαιροποιούνται:
- α) ο συντελεστής απουσιών,
  - β) τεχνικές παράμετροι (ώρες βάρδιας, πρόσθετοι χρόνοι, ειδικές λειτουργίες).

## Άρθρο 6

### Δείκτες skill mix – ελάχιστες απαιτήσεις σύνθεσης

1. Για την ασφάλεια φροντίδας θεσπίζονται ελάχιστες απαιτήσεις σύνθεσης (skill mix) ανά τμήμα/μονάδα, ιδίως σε Μ.Ε.Θ., Τ.Ε.Π., αιμοδοσία, χειρουργεία, τεχνητό νεφρό και λοιπές υψηλής πολυπλοκότητας μονάδες.
2. Η εξειδίκευση των απαιτήσεων του παρόντος άρθρου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση της Επιτροπής του άρθρου 8.

## Άρθρο 7

### Εξουσιοδοτικές διατάξεις – Παράρτημα Δεικτών

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας:
  - α) εγκρίνεται και επικαιροποιείται το **Παράρτημα Δεικτών Ασφαλούς Στελέχωσης** (αναλογίες ανά τμήμα/βάρδια, δείκτες Π.Φ.Υ., Ψυχικής Υγείας, Τ.Ε.Π., Τ.Ε.Ι., χειρουργεία, ειδικές μονάδες),
  - β) προστίθενται νέες κατηγορίες μονάδων ή εξειδικεύονται δείκτες για μονάδες που δεν προβλέπονται ρητά.
2. Κατά την κατάρτιση/επικαιροποίηση του Παραρτήματος λαμβάνονται υπόψη διεθνείς κατευθύνσεις και τεκμηρίωση ασφαλούς στελέχωσης (WHO/ICN και συναφείς φορείς).

## Άρθρο 8

### Εθνική Επιτροπή Ασφαλούς Στελέχωσης Νοσηλευτών

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας Εθνική Επιτροπή Ασφαλούς Στελέχωσης Νοσηλευτών με αποστολή:
  - α) την εισήγηση για το Παράρτημα Δεικτών και τις επικαιροποιήσεις του,
  - β) την αξιολόγηση εφαρμογής και την υποβολή ετήσιας έκθεσης,
  - γ) την εισήγηση για δείκτες ποιότητας που συνδέονται με στελέχωση,
  - δ) την εισήγηση για μέτρα συμμόρφωσης και προγράμματα ενίσχυσης.
2. Η σύνθεση καθορίζεται με υπουργική απόφαση και περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: εκπροσώπους Υπουργείου Υγείας, Υ.Πε., διοικήσεων νοσοκομείων, Ε.Ν.Ε., ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ..

## Άρθρο 9

### Υποχρεώσεις μονάδων – Διαφάνεια – Δημοσιοποίηση

1. Κάθε μονάδα υγείας υποχρεούται σε μηνιαία καταγραφή και τήρηση:
  - α) πραγματικής στελέχωσης ανά τμήμα/βάρδια,
  - β) προβλεπόμενης στελέχωσης σύμφωνα με τους δείκτες,
  - γ) αποκλίσεων και αιτιολόγησής τους,
  - δ) μέτρων κάλυψης (αναπληρώσεις/ενισχύσεις/μετακινήσεις).
2. Τα ελάχιστα δεδομένα στελέχωσης δημοσιοποιούνται σε μορφή σύνοψης στην ιστοσελίδα της μονάδας ή της Υ.Πε., με σεβασμό στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
3. Οι Υ.Πε. υποβάλλουν ανά τρίμηνο συγκεντρωτική αναφορά στο Υπουργείο Υγείας.

## Άρθρο 10

### Έλεγχος συμμόρφωσης – Σχέδιο αποκατάστασης – Έκτακτες αποκλίσεις

1. Σε περίπτωση απόκλισης κάτω από τα ελάχιστα όρια, η διοίκηση της μονάδας υποχρεούται εντός προθεσμίας δέκα (10) ημερών να καταρτίζει **Σχέδιο Αποκατάστασης Στελέχωσης**, που εγκρίνεται από τη Διοίκηση της Υ.Πε.
2. Σε έκτακτες περιστάσεις δύναται να εφαρμοστεί προσωρινό σχέδιο διαχείρισης κινδύνου (αναστολή προγραμματισμένων δραστηριοτήτων, αναδιάταξη κλινών, ενίσχυση από άλλες μονάδες), με πρωταρχικό κριτήριο την ασφάλεια.
3. Η επαναλαμβανόμενη μη συμμόρφωση συνεπάγεται υποχρεωτική διοικητική αξιολόγηση και ειδική αναφορά στην ετήσια έκθεση του άρθρου 8.

## Άρθρο 11

### Ενσωμάτωση στους Οργανισμούς – Προγραμματισμός προσλήψεων

1. Οι οργανισμοί των νοσοκομείων και των λοιπών μονάδων υγείας τροποποιούνται ώστε οι οργανικές θέσεις Νοσηλευτών να προσδιορίζονται υποχρεωτικά με βάση τους δείκτες και τη μεθοδολογία του παρόντος.

2. Το Υπουργείο Υγείας καταρτίζει ετήσιο/πολυετές σχέδιο προσλήψεων/κατανομής Νοσηλευτικού προσωπικού βάσει των αποκλίσεων από τους δείκτες.

## Άρθρο 12

### **Θέσεις ειδικευμένων και ειδικευόμενων νοσηλευτών**

1. Για την ασφαλή στελέχωση των μονάδων, συστήνονται και να κατανέμονται οργανικές θέσεις **Ειδικευμένων** και **Ειδικευόμενων** νοσηλευτών στους Οργανισμούς των φορέων, σε εναρμόνιση με το πλαίσιο νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
2. Η κατανομή, τα κριτήρια και η διαδικασία πλήρωσης των θέσεων καθορίζονται με υπουργική απόφαση, με βάση τον αριθμό κλινών, τον όγκο/βαρύτητα περιστατικών και τις ανάγκες τμημάτων.

## Άρθρο 13

### **Μεταβατική εφαρμογή – Προθεσμίες επίτευξης**

1. Η πλήρης συμμόρφωση με τους δείκτες επιτυγχάνεται σταδιακά εντός προθεσμίας έως πέντε (5) ετών από την έναρξη ισχύος του παρόντος.
2. Κατά το πρώτο έτος εφαρμόζεται υποχρεωτικά η καταγραφή/διαφάνεια (άρθρα 9–10) και καταρτίζεται εθνικός χάρτης αποκλίσεων στελέχωσης.
3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύναται να οριστούν ενδιάμεσοι στόχοι ανά Υ.Πε. και κατηγορία μονάδας.

## Άρθρο 14

### **Σχέση με λοιπές διατάξεις – Καταργούμενες/αντίθετες ρυθμίσεις**

1. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος, κάθε ρύθμιση που αντίκειται στο παρόν ως προς τον υποχρεωτικό καθορισμό οργανικών θέσεων με βάση δείκτες ασφαλούς στελέχωσης δεν εφαρμόζεται.
2. Η εφαρμογή του παρόντος δεν θίγει τις γενικές οργανωτικές διατάξεις περί δομής νοσοκομείων, αλλά εξειδικεύει δεσμευτικά τον τρόπο προσδιορισμού οργανικών θέσεων νοσηλευτών στο πλαίσιο σύγχρονων απαιτήσεων ασφάλειας..

## Άρθρο 15

### Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

#### ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ

#### ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ

Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑ ΒΑΡΔΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΗΣ			
ΤΜΗΜΑ	ΠΡΩΙ	ΑΠΟΓΕΥΜΑ	ΝΥΧΤΑ
ΑΓΓΕΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1/5	1/6	1/8
ΓΝΑΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ)	1/5	1/6	1/8
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1/5	1/6	1/8
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1/5	1/6	1/8
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1/5	1/6	1/8
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1/5	1/6	1/8
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1/5	1/6	1/8
Ω.Ρ.Λ.	1/5	1/6	1/8
ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/5	1/5	1/5

ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟ - ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΝΕΥΡΟΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ > 2 ΕΤΗ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΟΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΑΙΔΟΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	1/4	1/5	1/6
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	1/1	1/1	1/1
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	1/1	1/1	1/1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	1/1	1/1	1/1
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ	1/1	1/1	1/1
ΟΞΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1/1	1/1	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	1/1	1/1	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΓΓΕΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟΥ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΟΥΡΓΙΚΟΥ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ	1/2	1/2	1/2
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	1/2	1/2	1/2
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	1/3	1/3	1/3
ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ	1/3	1/3	1/3
ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΒΑΡΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	1/1	1/1	1/1
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	1/3	1/3	1/8
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ < 2 ΕΤΗ	1/3	1/3	1/3
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΦΗΒΩΝ	1/3	1/3	1/6
ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	1/3	1/3	1/3
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	1/7	1/7	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ (ΑΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ)	2/1	2/1	2/1
ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΞΕΝΩΝΑΣ)	1/6	1/6	1/10
ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	3/1		
ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	4		
ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΓΙΑ 5 ΑΙΘΟΥΣΕΣ	14		
ΤΜΗΜΑ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΩΝ ΓΙΑ 3 ΑΙΘΟΥΣΕΣ	3		
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	2		
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	2		

ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	4		
ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	1		

### Για τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Μέσος καθαρός νοσηλευτικός χρόνος ανά επίσκεψη (υποδοχή/ζωτικά/προετοιμασία/πράξη/οδηγίες/καταγραφή): 15 λεπτά.

Επομένως, προτείνεται ένας (1) Νοσηλευτής για τριάντα (30) επισκέψεις στις οκτώ (8) ώρες εργασίας.

### Για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

Η διεθνής πρακτική δείχνει ότι η ασφαλής στελέχωση Τ.Ε.Π. βασίζεται σε:

- 1 Νοσηλευτή:1 ασθενή (βαρύ περιστατικό)
- 1 Νοσηλευτή:2 ασθενείς (βραχεία νοσηλεία)
- 1 Νοσηλευτή:3 ασθενείς
- 1 Νοσηλευτή: 5 ασθενείς (διαλογή)

### Για τα Κέντρα Υγείας

Προτείνεται ελάχιστος αριθμός Νοσηλευτών:

α) Για τα Κέντρα Υγείας 12ώρης λειτουργίας, προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε οκτώ (8) Νοσηλευτές ανά δέκα χιλιάδες (10.000) πληθυσμού ευθύνης.

β) Για Κέντρα Υγείας 24ωρης λειτουργίας ή/και εφημερεύοντα, προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε δεκαπέντε (15) Νοσηλευτές ανά δέκα χιλιάδες (10.000) πληθυσμού ευθύνης.

γ) Για νησιωτικές και ορεινές περιοχές ή περιοχές με αυξημένες αποστάσεις/διακομιδές, τα ανωτέρω ελάχιστα όρια προσαυξάνονται κατά είκοσι τοις εκατό (20%).

### **Για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα**

α) Για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (οκτάωρη πρωινή λειτουργία), προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε επτά (7) Νοσηλευτές ανά εκατό χιλιάδες (100.000) πληθυσμού ευθύνης.

β) Για τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (οκτάωρη πρωινή λειτουργία), προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε εννιά (9) Νοσηλευτές ανά εκατό χιλιάδες (100.000) πληθυσμού ευθύνης.

### **Για τα Κέντρα Ημέρας**

Για τα Κέντρα Ημέρας (οκτάωρη πρωινή λειτουργία), προτείνεται ελάχιστος αριθμός σε δύο (2) Νοσηλευτές ανά εκατό χιλιάδες (100.000) πληθυσμού ευθύνης.

**Σε κάθε περίπτωση λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω δείκτες δύναται με απόφαση της Διοίκησης και κατόπιν εισήγησης της ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. – Ε.Σ.Υ. να καθοριστούν επιπλέον δείκτες για Μονάδες Υγείας που δεν έχουν προβλεφθεί στο συγκεκριμένο Υπόμνημα.**

Απο την ηλικία των 58 ετών ο Νοσηλευτής απαλλάσσεται της νυχτερινής υπηρεσίας. Εκτός κι αν κατέχει θέση ευθύνης.

Για τη διατήρηση των δεικτών στελέχωσης θα πρέπει να υπολογιστεί ο επιπλέον αριθμός που προκύπτει από τις απουσίες του προσωπικού λόγω ρεπό, κανονικών αδειών, αργιών, ασθένειας και εκπαίδευσης (Παράρτημα Α και Β).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

#### ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΤΜΗΜΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ				
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ: 30				
ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ	1/5	1/6	1/8	
1η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
	ΠΡΩΙ	ΑΠΟΓΕΥΜΑ	ΝΥΧΤΑ	
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8	8	8	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	5	3.75	14.75
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΒΑΡΔΙΑΣ ΤΟ 24ΩΡΟ	48	40	30	118
Χ 7 ΗΜΕΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ	336	280	210	826
Διά Ώρες Εβδομαδιαίως / 40				40
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				20,65
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΕΞΤΡΑ ΚΛΠ Χ 25%				5.16
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				25,81
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ				1
ΣΥΝΟΛΟ				26,81
ΆΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟ				
2η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
	ΠΡΩΙ	ΑΠΟΓΕΥΜΑ	ΝΥΧΤΑ	
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8	8	8	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	5	3.75	14.75
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΡΕΠΟ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΕΞΤΡΑ ΚΛΠ Χ 0,73				10,77
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	1			1
ΣΥΝΟΛΟ				26,52

#### ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΤΜΗΜΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ: 30

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ	1/5		1/6		1/8		
1η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ							
	ΠΡΩΙ		ΑΠΟΓΕΥΜΑ		ΝΥΧΤΑ		
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8		8		8		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ / ΒΟΗΘΩΝ (2/1) ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	4	2	3	2	2	2	9N+6BN=15
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΒΑΡΔΙΑΣ ΤΟ 24ΩΡΟ	32	16	24	16	16	16	120
Χ 7 ΗΜΕΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ/40 ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	224	112	168	112	112	112	504N+336BN = 840
Διά Ώρες Εβδομαδιαίως / 40							40
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ							12,6N+8,4=21
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΚΛΠ Χ 25%							3,15N+2,1BN =5,25
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ							15,75N+10,5 BN=26,25
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ							1
ΣΥΝΟΛΟ							16,75N+10,5 BN=27,25
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ							16,75
ΒΟΗΘΟΙ							10,5
ΑΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟ							
2η ΜΕΘΟΔΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ							
	ΠΡΩΙ		ΑΠΟΓΕΥΜΑ		ΝΥΧΤΑ		
ΩΡΕΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	8		8		8		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ / ΒΟΗΘΩΝ (2/1) ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ 24 ΩΡΟ, ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	4	2	3	2	2	2	9N+6BN=15
ΓΙΑ ΑΔΕΙΕΣ, ΡΕΠΟ, ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΕΞΤΡΑ ΚΛΠ Χ 0,73							6,57N+4,38=10,95
							15,57N+10,3 8BN=25,95
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ							1
ΣΥΝΟΛΟ							16,57N+10,3 8BN=26,95
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ							16,57
ΒΟΗΘΟΙ							10,38

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ  
ΑΠΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

<b>Σύνολο εργασίας</b>	<b>ημερών</b>	<b>Από τις 365 ημέρες του χρόνου</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 104 ημέρες (2μ ΡΕΠΟ Χ 52 εβδ)</li><li>- 10 ημέρες αργίες</li><li>- 5 ημέρες ασθένεια</li><li>- 10 ημέρες εκπαιδευτική άδεια</li><li>- 25 ημέρες κανονική άδεια</li></ul>
		<b>365-154= 211 ημέρες</b>
		<b>365:211= 1,73</b>