

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Κ Α Τ Α Ν Ο Μ Η

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ - ΙΑΤΡΙΚΟΥ
& ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

ΜΑΡΤΙΟΣ 1996

Πίνακας Περιεχομένων

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
Δείκτες μέτρησης των υπηρεσιών υγείας	9
Η παρούσα εργασία	12
1. Ιστορική εξέλιξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα	14
Α' Περίοδος: 1836 - 1909	14
Β' Περίοδος: 1909 - 1952	15
Γ' Περίοδος: 1953 - 1982	16
Δ' Περίοδος: 1983 - Σήμερα	20
Συμπέρασμα	25
2. Γεωγραφική πρόσβαση των νοσοκομειακών υπηρεσιών	27
2.1 Γενικά	27
2.2 Η νοσοκομειακή υποδομή στην Ελλάδα σήμερα	28
2.3 Χρησιμοποίηση νοσοκομειακών υπηρεσιών	31
2.4 Στοιχεία από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία του ΕΣΥ	35
2.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις	36
Παράρτημα πινάκων	38
Παράρτημα διαγραμμάτων	52
3. Γεωγραφική κατανομή ιατρικού προσωπικού	56
3.1 Γενικά	56
3.2 Το ιατρικό δυναμικό στο σύνολο του	57
3.3 Γεωγραφική κατανομή ιατρών	63
3.4 Ιατρικές ειδικότητες και η χωροκατανομή τους	66
3.5 Νοσοκομειακοί γιατροί	69

3.6	Η ιατρική εκπαίδευση και η παραγωγή των ιατρών	76
3.7	Συμπερασματικές παρατηρήσεις	80
4.	Νοσηλευτικό προσωπικό	82
4.1	Γενικά	82
4.2	Καταγραφή του νοσηλευτικού προσωπικού	82
4.3	Δείκτες νοσηλευτικής κάλυψης στην Ελλάδα	85
4.4	Συμπερασματικές παρατηρήσεις	87
5.	Σύγκριση με άλλες χώρες	88
5.1	Προβλήματα μεθοδολογίας	88
5.2	Νοσοκομειακή υποδομή	89
5.3	Υποδομή σε ανθρώπινο δυναμικό	93
6.	Συμπεράσματα	97

Πίνακες

	Σελ.
<i>Κεφάλαιο 1</i>	
1.1 Κάτοικοι ανά γιατρό, αριθμός νοσοκομείων και κλινών και ποσοστιαία αναλογία κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, έτος 1964	18
<i>Κεφάλαιο 2</i>	
2.1 Νοσοκομειακές κλίνες	31
2.2 Νοσοκομειακοί δείκτες ανά περιφέρεια	39
2.3 Νοσοκομειακή υποδομή στην Ελλάδα	42
2.4 Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους	43
2.5 Αναλογία % χειρουργικού τομέα σε σχέση με το σύνολο (1992)	44
2.6 Εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια των νοσοκομείων του ΕΣΥ (1992)	44
2.7 Ασθενείς% που έρχονται στην Αττική, Αθήνα και Θεσσαλονίκη από άλλες περιφέρειες και νομούς (1992)	45
2.8 Αερομεταφορές στις Κυκλάδες κατά την περίοδο 1990 - 1995	47
2.9 Νοσηλεία μιας ημέρας (1992)	47
2.10 Στοιχεία από τα έξι μεγαλύτερα νοσοκομεία (1992)	48
2.11 Χρόνος αναμονής σε νοσοκομεία ανά ειδικότητα	49
2.12 Μέση διάρκεια νοσηλείας και χρόνος αναμονής για επιλεγμένες ασθένειες (1994) στα 6 μεγαλύτερα νοσοκομεία	50
2.13 Μέση διάρκεια νοσηλείας για επιλεγμένες ασθένειες (1992)	51
<i>Κεφάλαιο 3</i>	
3.1 Σχέση κατοίκων ανά γιατρό	59
3.2 Η αναλογία κατοίκων ανά γιατρό στην Ελλάδα τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες	60

3.3	Γιατροί ανά περιφέρεια	64
3.4	Κατανομή εξωνοσοκομειακών γιατρών στις περιφέρειες (1991)	65
3.5	Γιατροί ανά ειδικότητα και ανά περιφέρεια (1992)	68
3.6	Χρονολογικές σειρές του ιατρικού δυναμικού που υπηρετούσε σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια, κατά τα έτη 1981 - 1990	70
3.7	Ιατρικό δυναμικό στα νοσοκομεία	70
3.8	Γιατροί στα στρατιωτικά νοσοκομεία	72
3.9	Ειδικότητες νοσοκομειακών γιατρών του ΕΣΥ ανά περιφέρεια	74
3.10	Μικτές αποδοχές προσωπικού νοσοκομείων ΕΣΥ	79

Κεφάλαιο 4

4.1	Διαχρονικές σειρές του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας σύμφωνα με την εκπαίδευση του κατά τα έτη 1981 - 1990	84
4.2	Νοσηλευτικό δυναμικό (με εκπαίδευση τουλάχιστον 2 έτη) σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ και αναλογία προς κατοίκους το 1990	85
4.3	Νοσηλευτικό δυναμικό στα νοσοκομεία	86

Κεφάλαιο 5

5.1	Δείκτες παροχής και χρήσης νοσοκομειακών πόρων στις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης, 1989	90
5.2	Έρευνα της κοινής γνώμης για τις υγειονομικές υπηρεσίες το 1992	91
5.3	Επιλεγμένοι δείκτες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έτη 1989 - 1991	92
5.4	Ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό (με εκπαίδευση τουλάχιστον 2 έτη), σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ, και αναλογία του προς κατοίκους το 1990	94

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Υγειονομικός χάρτης της Ελλάδας 1992	23
1. Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη	29
2. Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους	53
3. Κλίνες μη ψυχιατρικές ανά 1.000 κατοίκους ανά περιφέρεια	53
4. Πληθυσμός και κατανομή κλινών ανά περιφέρεια στο δημόσιο - ιδιωτικό τομέα	54
5. Εξετάσεις στα Ε.Ι. ανά 1.000 κατοίκους ανά περιφέρεια	54
6. Νοσηλεία μιας ημέρας (κλίνες ανά περιφέρεια) (1992)	55
7. Μέση διάρκεια νοσηλείας για επιλεγμένες ασθένειες	58
8. Ιατρικό προσωπικό	58
9. Κατανομή νοσηλευτικού δυναμικού	83

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα από αυτήν την εργασία εξετάζονται δύο βασικά ζητήματα πρώτον, η χωροταξική κατανομή των δημόσιων νοσοκομείων και η δυναμικότητά τους σε σχέση με τον πληθυσμό και δεύτερον, η στελέχωση τους με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Όσον αφορά το πρώτο ερώτημα γίνεται μία προσπάθεια να μελετήσουμε στοιχεία της νοσοκομειακής υποδομής στη χώρα μας. Εξετάζουμε εάν οι νοσοκομειακές μονάδες επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού καθώς και εάν τα νοσοκομεία είναι κατανομημένα σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας ώστε να έχουν τη δυνατότητα παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης τους ολόκληρο το 24ωρο.

Σε σχέση με το δεύτερο ερώτημα εξετάζουμε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και συγκεκριμένα τα εξής στοιχεία:

- την επάρκεια τους
- την κατανομή τους στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας
- την εκπαίδευση και κατάρτιση τους

Η μελέτη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι αρκετά σημαντική για τους εξής λόγους:

Πρώτον, γιατί η επάρκεια και η καταλληλότητα του προσωπικού αυτού επηρεάζει σημαντικά την λειτουργία των νοσοκομείων και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Δεύτερον, γιατί μπορούμε να δούμε ποιές είναι οι προοπτικές εξέλιξης και ανάπτυξης των νοσοκομείων, ποιές είναι οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό, ώστε να προγραμματίσουμε το εκπαιδευτικό σύστημα να πετύχει τη σύζευξη μεταξύ ζήτησης και προσφοράς στο συγκεκριμένο τομέα της αγοράς εργασίας και

Τρίτον, γιατί μπορούμε να διερευνήσουμε τις πιθανές ανισότητες στις προσφερόμενες παροχές μεταξύ μεγάλων αστικών κέντρων και περιφέρειας.

Πριν προχωρήσουμε όμως στην μελέτη των όσων αναφέραμε, καλό θα ήταν να προβούμε πρώτα σε μια θεωρητική προσέγγιση μερικών εννοιών ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα, αυτά για τα οποία θα μιλήσουμε.

Έτσι λοιπόν, με τον όρο **Υπηρεσίες Υγείας ή Υγειονομικές Υπηρεσίες** εννοούμε τόσο την φροντίδα υγείας, όσο και την περίθαλψη. Η **περίθαλψη** αναφέρεται σε Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σε άτομα, τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

Η **φροντίδα**, αντίθετα, είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται και σε Υπηρεσίες Υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μίας Κοινότητας ή μιας χώρας. Π.χ. οι υπηρεσίες άσκησης δημόσιας υγιεινής, είναι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ η τακτική νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία υπάγεται στις υπηρεσίες περίθαλψης.

Η περίθαλψη διακρίνεται: 1) στην **πρωτοβάθμια ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη** και 2) στην **δευτεροβάθμια ή νοσοκομειακή περίθαλψη**. Η πρώτη περιλαμβάνει τις εκτός νοσοκομείου ιατρικές δραστηριότητες, που αφορούν την διάγνωση και θεραπεία, και η δεύτερη περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο για την διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.

Από την ανάλυση που θα ακολουθήσει στα επόμενα Κεφάλαια προκύπτει ότι δεν υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσοκομειακών μονάδων, θα πρέπει όμως να ενεργοποιηθούν τα ήδη υπάρχοντα νοσοκομεία, πολλά από τα οποία υπολειτουργούν. Η άνιση κατανομή τους ως προς τις περιφέρειες της χώρας οδηγεί στην μετακίνηση των ασθενών προς τα μεγάλα αστικά κέντρα. Η Ήπειρος, η Κρήτη και η Αχαΐα φαίνεται να "συγκρατούν" τους ασθενείς τους, πιθανόν λόγω της ίδρυσης των τριών μεγάλων πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Όμως δεν υπάρχει κάποιο σύστημα παραπομπών που θα κατευθύνει τους ασθενείς στην πλησιέστερη περιοχή, με αποτέλεσμα την συγκέντρωση όλων σε Αττική και Κεντρική Μακεδονία.

Το ιατρικό δυναμικό, στο σύνολο του, παρουσιάζει πληθωρισμό σε σύγκριση και με άλλες χώρες. Η ελληνική επαρχία όμως έχει έλλειψη από γιατρούς και αυτό δικαιολογείται από την ανισοκατανομή τους στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Η μεγαλύτερη έλλειψη που παρατηρείται είναι στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει συνέχεια μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και ο ασθενής να μετακινείται άσκοπα μέσα στο σύστημα υγείας, χωρίς να γνωρίζει σε ποιόν θα πρέπει να απευθυνθεί. Έτσι

δημιουργούνται δυσχέρειες στην πρόσβαση, αναποτελεσματικότητα και σπατάλη πόρων.

Στην συνέχεια εξετάζουμε τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Αυτοί παρουσιάζουν επάρκεια σε σχέση με το σύνολο των κλινών. Επειδή όμως είναι άνισα κατανομημένοι στις περιφέρειες, σε πολλά νοσοκομεία της επαρχίας παρουσιάζονται ελλείψεις. Ορισμένα μάλιστα από αυτά δεν είναι δυνατόν να επανδρωθούν με κάποιες ειδικότητες, κυρίως του εργαστηριακού τομέα, λόγω της έλλειψης αυτών και της συγκέντρωσης τους στα μεγάλα αστικά κέντρα. Επιπλέον διαπιστώνεται ανεπάρκεια στο νοσηλευτικό δυναμικό, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην μη κοινωνική καταξίωση του επαγγέλματος και στο χαμηλό μισθολόγιο.

Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνονται μέσα από την σύγκριση της Ελλάδας με άλλες χώρες, και βγαίνουν τα τελικά συμπεράσματα. Η Ελλάδα δεν μπορεί να περιμένει άλλο. Είναι σίγουρο ότι χρειάζονται αλλαγές για ένα πιο ισότιμο - δικαιότερο και περισσότερο αποδοτικό σύστημα παροχής υπηρεσιών.

Δείκτες Μέτρησης των Υπηρεσιών Υγείας

Βέβαια για την χάραξη μιας νέας πολιτικής χρειάζεται τεκμηρίωση και αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος μέσα από μία σειρά δεικτών που καταγράφουν τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, αλλά και την χρήση των υπηρεσιών αυτών.

Τους δείκτες που μας προσδιορίζουν το ποσοστό κάλυψης των αναγκών και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας τους ονομάζουμε δείκτες εισροών του συστήματος υγείας.

Οι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι (κτιριακή υποδομή, εξοπλισμός, κ.α.) μαζί με τους οικονομικούς πόρους αποτελούν τις εισροές του συστήματος υγείας.

Λέγοντας υλικούς πόρους των νοσοκομείων εννοούμε απλά την υποδομή των υπηρεσιών υγείας σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα.

Συγκεκριμένα εξετάζουμε:

- Τον αριθμό των νοσοκομείων
- Τη δυναμικότητα τους (Μέγεθος - αριθμός κλινών)
- Το είδος των νοσοκομείων (Γενικά, Ειδικά)
- Τη Νομική τους μορφή
- Τη στελέχωση τους

Για την μελέτη των νοσοκομειακών κλινών χρησιμοποιούμε τον δείκτη:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

$$\frac{\text{Νοσηλευτικές κλίνες έτους A X 1.000}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

Για την μελέτη της στελέχωσης των νοσοκομείων εξετάζουμε:

- το ιατρικό δυναμικό
- το νοσηλευτικό δυναμικό

Οι δείκτες που εκφράζουν τα ποσοτικά δεδομένα των γιατρών είναι:

1. ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ

$$\frac{\text{Πληθυσμός έτους A}}{\text{Αριθμός Γιατρών έτους A}}$$

2. ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

$$\frac{\text{Αριθμός Γιατρών έτους A X 1.000}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

Ο δείκτης που εκφράζει τα ποσοτικά δεδομένα των νοσηλευτών είναι:

ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

$$\frac{\text{Πληθυσμός έτους A}}{\text{Αριθμός Νοσηλευτών έτους A}}$$

Προκειμένου να διαπιστώσουμε τον βαθμό χρησιμοποίησης των νοσοκομείων και κατά συνέπεια το επίπεδο κατανάλωσης των παροχών και αγαθών που προσφέρουν χρησιμοποιούμε τους δείκτες **χρησιμοποίησης-κατανάλωσης**, που είναι:

1. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)

$$\frac{\text{Ημέρες Νοσηλείας έτους A}}{\text{Εισαγωγές ασθενών έτους A}}$$

Ο δείκτης αυτός μας δείχνει τον μέσο όρο παραμονής των ασθενών μέσα στο νοσοκομείο.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

$$\frac{\text{Αριθμός Εισαγωγών έτους A X 100}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

Με τον παραπάνω δείκτη (ή της εξαγωγές και τους θανάτους) μπορεί να εκτιμηθεί η ζήτηση ενός έτους.

3. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

$$\frac{\text{Αριθμός Ιατρικών Επισκέψεων έτους A X 100}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

Για να εξετάσουμε το ποσοτικό επίπεδο της σχέσης που πρέπει να υπάρχει μεταξύ προσωπικού και κλινών ή της σχέσης μεταξύ ειδικοτήτων χρησιμοποιούμε τους δείκτες:

1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ

$$\frac{\text{Αριθμός ιατρικού προσωπικού στο Νοσοκομείο το έτος A}}{\text{Αριθμός αναπτυγμένων κλινών έτους A ή κατελειμένων κλινών έτους A}}$$

Ο παραπάνω δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για το νοσηλευτικό προσωπικό.

2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσοκομειακών κλινών έτους A}}{\text{Αριθμός Ιατρών έτους A}}$$

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσηλευτών έτους A}}{\text{Αριθμός Ιατρών έτους A}}$$

Ο δείκτης (νοσηλευτές ανά γιατρό) μετρά το επίπεδο παραγωγικότητας των νοσοκομείων. Τον χρησιμοποιούμε για να διερευνήσουμε την αποδοτικότητα του νοσοκομειακού συστήματος.

Η Παρούσα Εργασία

Βέβαια η εργασία αυτή δεν περιορίζεται μόνο σε μια απλή καταγραφή στατιστικών στοιχείων και πινάκων που αφορούν την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αντίθετα μέσα από την παράθεση στοιχείων είναι δυνατόν να αναδειχθούν τα σημαντικότερα προβλήματα των νοσοκομείων, να τονιστούν οι ανεπάρκειες και ελλείψεις και να γίνουν αξιολογες κρίσεις.

Η εργασία απαρτίζεται από έξι κεφάλαια:

Στο *πρώτο* Κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή. Καταγράφονται τα κύρια γεγονότα που διαμόρφωσαν την πορεία εξέλιξης και οργάνωσης των ελληνικών νοσοκομείων μέχρι σήμερα. Ο υγειονομικός τομέας δεν αναπτύχθηκε με βάση κάποιο σχέδιο ή προγραμματισμό. Η ανάπτυξη του υπήρχε άναρχη και χωρίς συντονισμό, γιατί το επέβαλλαν οι ανάγκες του πληθυσμού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανισομερή κατανομή των νοσοκομείων καθώς και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Στο *δεύτερο* Κεφάλαιο, εξετάζονται τα νοσοκομεία και οι κλίνες δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα παρέχονται στοιχεία κατά υγειονομική περιφέρεια για τα νοσοκομεία που λειτουργούν, τον όγκο των υπηρεσιών που προσφέρουν, τις ελλείψεις, τις ανεπάρκειες και τα προβλήματα που παρατηρούνται. Τέλος γίνεται παρουσίαση και ανάλυση μίας σειράς δεικτών χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Το *τρίτο* Κεφάλαιο εστιάζεται στο σύνολο του ιατρικού δυναμικού και την εκπαίδευση του στην Ελλάδα. Δίνεται έμφαση στην μεγάλη παραγωγή γιατρών, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και τονίζεται η κατανομή τους στις περιφέρειες της χώρας. Στην συνέχεια εξετάζουμε τους νοσοκομειακούς γιατρούς, τις ειδικότητες των

γιατρών, τις ελλείψεις, την άνιση γεωγραφική κατανομή τους και συζητείται η ανάγκη για εκπαιδευτική κίνητρα προκειμένου να ξεπεραστούν τα προβλήματα.

Στο *τέταρτο* Κεφάλαιο εξετάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό. Τονίζεται η μεγάλη έλλειψη διπλωματούχων νοσηλευτριών και συζητείται η ανάγκη για εκπαιδευτικά και οικονομικά κίνητρα.

Στο *πέμπτο* Κεφάλαιο, σκιαγραφείται η κατάσταση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην χώρα μας και παρατίθενται δείκτες για την Ελλάδα και τις άλλες χώρες. Καταγράφονται επίσης βασικά στοιχεία των συστημάτων υγείας των χωρών της Ευρώπης, μέσα από την μελέτη των οποίων αναδεικνύονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών αυτών.

Το *τελευταίο* Κεφάλαιο, παρουσιάζει τα συμπεράσματα, συνοψίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσοκομειακή περίθαλψη, όσον αφορά την γεωγραφική κατανομή της σήμερα και επισημαίνονται ορισμένες κατευθύνσεις που θα πρέπει να κινηθεί η πολιτική υγείας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο Κεφάλαιο αυτό γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστεί συνοπτικά η πορεία ανάπτυξης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην χώρα μας. Εξετάζονται οι νομοθετικές προσπάθειες όπου αποτέλεσαν τον θεμέλιο λίθο στην οργάνωση των νοσοκομείων. Από μια σύντομη περιγραφή θα φανεί καθαρά ότι παρά τις σημαντικές βελτιώσεις που επιτεύχθηκαν με την πάροδο του χρόνου, τα κύρια προβλήματα ανισοκατανομής της δευτεροβάθμιας περίθαλψης παραμένουν τα ίδια τα τελευταία τουλάχιστον χρόνια. Τέσσερις μεγάλες χρονικές περίοδοι προσδιορίζουν την ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Α' Περίοδος: 1836 - 1909

Την περίοδο αυτή το Νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των δήμων ή των κοινοτήτων και των φιλάνθρωπων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούσε καταφύγιο μόνο των άπορων. Πρωταρχικός του ρόλος δεν ήταν η παροχή ιατρικών φροντίδων, αλλά η φιλοξενία αρρώστων.

Οι θεραπευτικές πράξεις δεν απαιτούσαν τότε το χώρο και τον εξοπλισμό του Νοσοκομείου, γιατί μπορούσαν να πραγματοποιηθούν χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα και έξω από αυτό και μάλιστα με πολύ περισσότερες δυνατότητες επιτυχίας. Ο J. Eriksen (1974) αναφέρει ότι τουλάχιστον μέχρι τις αρχές του 19ου

αιώνα η βασική αιτία θνησιμότητας στα Νοσοκομεία ήταν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ότι οι άρρωστοι που εισάγονταν στο Νοσοκομείο είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από κάποια μολυσματική αρρώστια, παρά από αυτήν που ήταν η αιτία εισαγωγής τους σ'αυτό.

B' Περίοδος: 1909 - 1952

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών Νοσοκομείων, λόγω και των ειδικών συνθηκών που επικρατούν (πόλεμοι, πρόσφυγες κ.α.). Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά Νοσοκομεία που δημιουργούνται για την κάλυψη των αναγκών, είναι και το πρώτο ευρύ δίκτυο που εξελικτικά θα διευρυνθεί. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν και γενικεύτηκε η χρήση του Νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρείχε, συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών, εξακολουθούσε να είναι χαμηλό. Υπάρχει έλλειψη οικονομικών πόρων, παντελής απουσία οργανωμένου τρόπου παροχής των υπηρεσιών στις περισσότερες περιοχές της χώρας, έλλειψη κλινών, ιατρικού προσωπικού κ.λ.π.

Σταθμοί στην ιστορία του υγειονομικού τομέα αποτελούν οι νόμοι που ψηφίστηκαν την περίοδο αυτή. Με τον Νόμο 2882/1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Με τον Νόμο 6298/34 καθιερώνεται η υποχρεωτική υγειονομική ασφάλιση. Όμως υπήρχαν ήδη, πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, που κάλυπταν διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, οι οποίες είχαν αποκτήσει κατεστημένα συμφέροντα και παρέμειναν ανενόχλητες. Και τέλος ο αναγκαστικός Νόμος 965/1937 όπου άρχισε να οικοδομεί τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα.

Γ' Περίοδος: 1953 - 1982

Την περίοδο αυτή με το Ν.Δ. 2592/1953 "περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως" έγινε μία προσπάθεια να αποκεντρωθούν οι αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες και να ισχύσει για πρώτη φορά η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα κ.α. χαρακτηριστικά, που συμβάλλουν στην ορθολογική και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη εμφανίζεται τότε αρκετά οργανωμένη, δίδεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά Νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΔΔ, Νοσοκομεία που αποτελούν ΝΠΙΔ και ιδιωτικές κλινικές. Την εποχή εκείνη, ειδικά τα Νοσοκομεία - ΝΠΙΔ δεν παρουσίαζαν ελλείμματα στους προϋπολογισμούς τους επειδή την πολιτική του νοσηλίου την καθόριζαν τα ίδια τα νοσοκομεία. Τελικά ο Νόμος αυτός χαρακτηρίστηκε "σοσιαλιστικός" από μέλη της τότε κυβέρνησης και για το λόγο αυτό, αν και ψηφίστηκε, δε λειτούργησε ποτέ πλήρως στην πράξη και έτσι άλλη μια ευκαιρία για την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας χάθηκε.

Μετά το 1953 η κρατική παρέμβαση για την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας επικεντρώθηκε :

1. στην λήψη μέτρων για την δημόσια υγεία , όπως εμβολιασμοί για ορισμένα λοιμώδη και μεταδοτικά νοσήματα
2. στην οργάνωση των αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών με την καθιέρωση του κλάδου των μόνιμων αγροτικών ιατρών
3. στην παροχή οικονομικών κι άλλων κινήτρων σε νέους γιατρούς προκειμένου να υπηρετήσουν σε αγροτικά ιατρεία.

Βέβαια παρά την κάποια επιτυχία το πρόβλημα εξακολουθούσε να παραμένει άλυτο.

Παρατηρούμε ότι το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας αναπτύχθηκε χωρίς σταθερό σχέδιο και προγραμματισμό. Σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρώπης, το ελληνικό κράτος άργησε πολύ να αναλάβει τις ευθύνες του για την προάσπιση της υγείας του πληθυσμού.

Η περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αφέθηκε ουσιαστικά στις δυνάμεις της αγοράς και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Επικρατούσε η αντίληψη ότι η περιφερειακή οργάνωση της χώρας θα επιτευχθεί με την μετακίνηση των συντελεστών παραγωγής. Αυτή ακριβώς η αντίληψη διευκόλυνε και ώθησε στην μετανάστευση από την επαρχία προς τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα. Δεν ήταν δυνατόν να προσελκύσουν το ιατρικό σώμα περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο όπου το διαθέσιμο εισόδημα ήταν υποβαθμισμένο και οι ευκαιρίες για κοινωνική ζωή ελάχιστες. Οι επιχειρήσεις και οι επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες εγκαθίστανται σε αναπτυγμένες περιοχές όπου οι ποιότητα των παροχών για τους ίδιους και τις οικογένειες τους είναι υψηλή.

Αναφορικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη οι εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα ήταν ραγδαίες. Η απουσία ενός οργανωμένου πλαισίου παροχής υπηρεσιών με την ευθύνη του κράτους, η έλλειψη ορίων και θεσμοθετημένων κανόνων για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και το ελληνικό δόγμα - πρότυπο άσκησης της ιδιωτικής ιατρικής μεμονωμένα, οδήγησαν τον ιδιωτικό τομέα σε αλματώδη ανάπτυξη. Οι μικρού μεγέθους ιδιωτικές κλινικές με ιδιοκτήτη τον παρέχοντα υπηρεσίες γιατρό, ήρθαν να καλύψουν τα νοσηλευτικά κενά και την έλλειψη κλινών επείγουσας νοσηλείας. Οι περισσότερες κλινικές και επενδύσεις του ιδιωτικού τομέα δεν ξεπερνούν τις 50 κλίνες και όπως είναι φυσικό, ακολουθούν στη μεγαλύτερη πλειοψηφία τους τη συγκέντρωση και τον τόπο εγκατάστασης των άλλων παραγωγικών δραστηριοτήτων και του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, ο ιδιωτικός τομέας, παρόλο που καλύπτει κενά του δημόσιου τομέα, δεν καταφέρνει να αλλάξει το γενικό κλίμα της συγκέντρωσης των υπηρεσιών και να συμβάλλει ουσιαστικά στην ίση γεωγραφική κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών.

Ο παρακάτω Πίνακας δείχνει την γεωγραφική κατανομή των γιατρών και των νοσοκομείων στα μέσα της δεκαετίας του '60. Από τα στοιχεία προκύπτουν σημαντικές περιφερειακές διαφοροποιήσεις τόσο στην αναλογία κάτοικοι ανά γιατρό, όσο και στην ποσοστιαία αναλογία του αριθμού των κλινών. Για παράδειγμα η περιοχή της Θράκης υπολείπεται δέκα φορές της σχέσης κάτοικοι ανά γιατρό σε σχέση με την περιοχή της πρωτεύουσας ή οι περιοχές της Ηπείρου και των Ιόνιων Νήσων πέντε φορές. Αντίστοιχα το ίδιο έτος η περιοχή της πρωτεύουσας συγκεντρώνει το 54,4% των κλινών αν και ο πληθυσμός της το έτος 1961 δεν ξεπερνά το 23% του συνολικού

πληθυσμού. Από την άλλη πλευρά η Ήπειρος συγκεντρώνει το 1,6% των κλινών και το 4,2% του πληθυσμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ, ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΈΤΟΣ 1964

Διαμέρισμα	Κάτοικοι ανά Γιατρό	Αριθμός Νοσοκομείων	Αριθμός Κλινών	Ποσοστιαία Αναλογία των
Περιοχή Πρωτεύουσας	305	258	25.743	54,4
Στερεά & Εύβοια	2.060	108	1.927	4,1
Πελοπόννησος	1.360	153	2.754	5,8
Ίονια Νησιά	1.505	22	1.149	2,4
Θεσσαλία	1.473	105	1.780	3,7
Μακεδονία	1.002	187	8.165	17,3
Ήπειρος	1.576	32	774	1,6
Θράκη	3.293	41	624	1,3
Νησιά Αγαίου	1.224	57	2.154	4,6
Κρήτη	1.287	82	2.218	4,8
ΣΥΝΟΛΟ	751	1.045	47.288	100,0

ΠΗΓΗ: Νιάκας (1993)

Αξίζει να αναφερθεί ότι παρά την αποτυχία υλοποίησης σημαντικών ρυθμίσεων του Ν.Δ. 2592/53 δεν έλειψαν οι απόπειρες για τη θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας.

Μια σημαντική πρόταση για την υγεία χαρακτηρίζει την δεκαετία του '70 κατά την διάρκεια της οποίας η ανεπάρκεια του υγειονομικού μας συστήματος γίνεται πιο εμφανής, λόγω των κοινωνικό-οικονομικών εξελίξεων που επιφέρουν την άνοδο του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού. Πρόκειται για το σχέδιο του 1968 για την «Κοινωνική και Οικονομική Ανάπτυξη» που εφαρμόστηκε κατά την περίοδο της δικτατορίας (1967-1974).

Οι κύριοι στόχοι του σχεδίου ήταν :

⇒ η επέκταση του δημόσιου τομέα στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας, με την δημιουργία νέων δημόσιων νοσοκομείων .

- ⇒ η γεωγραφική ανακατανομή των υπηρεσιών με σκοπό τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας.
- ⇒ βελτιώσεις στις υπηρεσίες υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό..
- ⇒ η αντιμετώπιση της μεγάλης έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού .
- ⇒ η βελτίωση της ποιότητας της ψυχιατρικής φροντίδας .
- ⇒ η εναρμόνιση της λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων .

Το 1973 που τελείωσε ο χρόνος εφαρμογής του σχεδίου μόνο ένα μικρό μέρος των προβλημάτων είχε επιλυθεί και οι δημόσιες δαπάνες υγείας είχαν μειωθεί ουσιαστικά.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε αυτή την περίοδο παρουσιάστηκαν οι πρώτες προτάσεις για την δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στην έκθεση του τότε Υπουργού Υγείας προτάθηκε η δημιουργία ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας το οποίο αρχικά θα αναλάμβανε την κύρια ευθύνη για το σχεδιασμό του υγειονομικού τομέα. Σκοπός του σχεδίου αυτού ήταν η εναρμόνιση της λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων και η αλλαγή της γεωγραφικής κατανομής των πόρων. Το σχέδιο προέβλεπε ακόμη τη σταδιακή εγκαθίδρυση ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένο στους οικογενειακούς γιατρούς που θα αμείβονταν με βάση τον αριθμό των ασθενών τους (capitation), αντικαθιστώντας τους υπάρχοντες ιδιώτες ειδικευμένους γιατρούς. Ήταν μία προσεκτικά μελετημένη αλλαγή για την εποχή εκείνη αλλά χάθηκε στους διαδρόμους της στρατιωτικής γραφειοκρατίας.

Έτσι το πρόβλημα της ανισοκατανομής των υπηρεσιών συνεχίζει να μένει άλυτο. Και αυτό γιατί το κράτος έχει λανθασμένη εικόνα των αναγκών και των απαιτήσεων του ελληνικού πληθυσμού .Πιστεύεται ότι εφόσον η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερη στις περιοχές της Αθήνας και Θεσσαλονίκης και επειδή αναμένεται σημαντική αύξηση του πληθυσμού στις περιοχές αυτές πρέπει μεγάλο ποσοστό των νέων κλινών καθώς και των κλινών υψηλής ιατρικής υποδομής να εγκατασταθούν εκεί (Κ.Ε.Π.Ε. 1972 : 192)*. Επίσης επικρατεί η αντίληψη ότι η αύξηση του αριθμού των γιατρών στα αστικά κέντρα θα δημιουργήσει προοδευτικά «ιατρικό αδιαχώρητο» που θα οδηγήσει στην μείωση της άνισης κατανομής των γιατρών (Κ.Ε.Π.Ε. 1972 :63).

* Κ.Ε.Π.Ε. = Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

Η δραματική καθυστέρηση του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας, ο κατακερματισμός των υγειονομικών παροχών και οι εκτεταμένες γεωγραφικές ανισότητες ιδιαίτερα στην προσφορά των υπηρεσιών δεν είχαν επισημανθεί μόνο από ορισμένες ομάδες ειδικών στα κατά καιρούς 5ετή κυβερνητικά προγράμματα, αλλά αποτελούσαν κοινή συνείδηση του ελληνικού πληθυσμού. Η δυσαρέσκεια αυτή φαίνεται από την αποδοχή που συγκέντρωνε η ιδέα για την θεσμοθέτηση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας που θα λειτουργεί με την ευθύνη του κράτους.

Έτσι το 1980, ο τότε Υπουργός Υγείας προσπάθησε να περάσει νόμο ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση ενός οργανισμού για τον συντονισμό της παροχής υγειονομικής φροντίδας, τη δημιουργία δικτύου ομάδων πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας που θα βασιζόταν σε οικογενειακούς γιατρούς, τη μεταρρύθμιση του Υπουργείου και τη θέσπιση ανώτατου ορίου στην εισαγωγή των φοιτητών ιατρικής. Η πρόταση όμως δεν υλοποιήθηκε ποτέ νομοθετικά.

Δ' Περίοδος: 1983 - Σήμερα

Η σπουδαιότερη μεταρρύθμιση που έγινε μέχρι σήμερα στον τομέα της υγείας ήταν η εφαρμογή του Ν. 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το οποίο απέβλεπε στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού και στην δικαιότερη κατανομή των υγειονομικών πόρων. Την περίοδο αυτή παρατηρείται έντονη κρατική παρέμβαση στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία του Νοσοκομειακού Τομέα, ο οποίος δημοσιοποιείται πλήρως με την ένταξη των Νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου στις διατάξεις του Ν. 2592/1953.

Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτό σημαίνει ότι το κράτος είναι ο κύριος προμηθευτής υπηρεσιών. Δεν επιτρέπεται η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών. Αυτές που ήδη λειτουργούσαν μπορούν να συνεχίσουν να λειτουργούν αν και αρκετές αγοράστηκαν από το κράτος. Οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί όμως κράτησαν τα νοσήλεια που κατέβαλλαν στις ιδιωτικές κλινικές σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτά των δημόσιων νοσοκομείων, αναγκάζοντας τις να κλείσουν. Τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα έγιναν δημόσια. Όλα αυτά επιδίωκαν την

αποδυνάμωση του ιδιωτικού τομέα και την πλήρη ανάληψη της ευθύνης της δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τον δημόσιο φορέα.

Η περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας δεν μπορούσε να λείπει από την φιλοσοφία του νέου νόμου για την υγεία. Έτσι, η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ αποτελεί θεμελιακή πολιτική που διαπνέει τη φιλοσοφία του νέου νόμου για την υγεία. Η περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του νόμου, επιχειρείται μέσα από δύο άξονες πολιτικής. Ο πρώτος άξονας αφορά την εξωτερική διάθρωση και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο δεύτερος άξονας σχετίζεται κυρίως με την εσωτερική συγκρότηση και την οργάνωση των επιμέρους επιπέδων περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και δημιουργία περιφερειακών κέντρων νοσηλείας) και τον τρόπο που ο ασθενής κινείται ιεραρχικά στο εσωτερικό του υγειονομικού συστήματος.

Σε ότι αφορά την περιφερειακή ανάπτυξη του ΕΣΥ προβλέπονται οι εξής θεμελιακές διατάξεις:

Η χώρα διαιρείται σε 9 υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες έγιναν 13 με τον Νόμο 2061 του 1992 και ξανά έγιναν 9 με το Νόμο 2194 του 1994. Σε κάθε μία από αυτές γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθούν όλες οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε περιφέρειας.

Τα κριτήρια για τον γεωγραφικό προσδιορισμό των υγειονομικών περιφερειών είναι:

- Τα συγκοινωνιακά δίκτυα και η ροή των ασθενών (γεωγραφική προσπέλαση).
- Η παρουσία γενικού νοσοκομείου με το συνήθες φάσμα δευτερευουσών υπηρεσιών (και πιθανώς, με ορισμένες τριτοβάθμιες υπηρεσίες που εξυπηρετούν περισσότερες από μία περιοχές).
- Η ύπαρξη "κρίσιμης μάζας" από οικογενειακούς γιατρούς και συναφείς υπηρεσίες.
- Η σχέση προς τα όρια της τοπικής αυτοδιοίκησης
- Η σχέση προς άλλης μορφής διοικητικά όρια

Από τα παραπάνω κριτήρια προκύπτει ότι οι νομαρχίες είναι πολύ μικρές σε μέγεθος για να λειτουργήσουν ως υγειονομικές περιφέρειες. Στον υγειονομικό χάρτη

της Ελλάδος που ακολουθεί φαίνεται η κατανομή του πληθυσμού και οι υγειονομικοί πόροι (κλίνες, προσωπικό) στις 13 περιφέρειες.

Από την άλλη πλευρά, σε ότι αφορά την ιεραρχική εσωτερική συγκρότηση που συμβάλλει στην ίση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας προβλέπεται ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια. Η πρωτοβάθμια ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα περιφερειακά τους ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η δευτεροβάθμια παρέχεται από τα γενικά και ειδικά νοσοκομεία.

Όσον αφορά τώρα την δευτεροβάθμια περίθαλψη τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά θεωρούνται όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε νομαρχιακά και περιφερειακά. Τα περιφερειακά λειτουργούν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Σκοπός τους είναι :

- 1) να καλύψουν συλλογικά τις υγειονομικές ανάγκες της περιφέρειας
- 2) να παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε συνεργασία με τα ιατρικά τμήματα του Πανεπιστημίου, στις περιφέρειες που υπάρχει
- 3) να συμβάλουν στην επιστημονική έρευνα.

Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό με σκοπό :

- 1) να καλύψουν κυρίως τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, του νομού
- 2) να παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και έρευνα στα μέτρα των δυνατοτήτων τους.

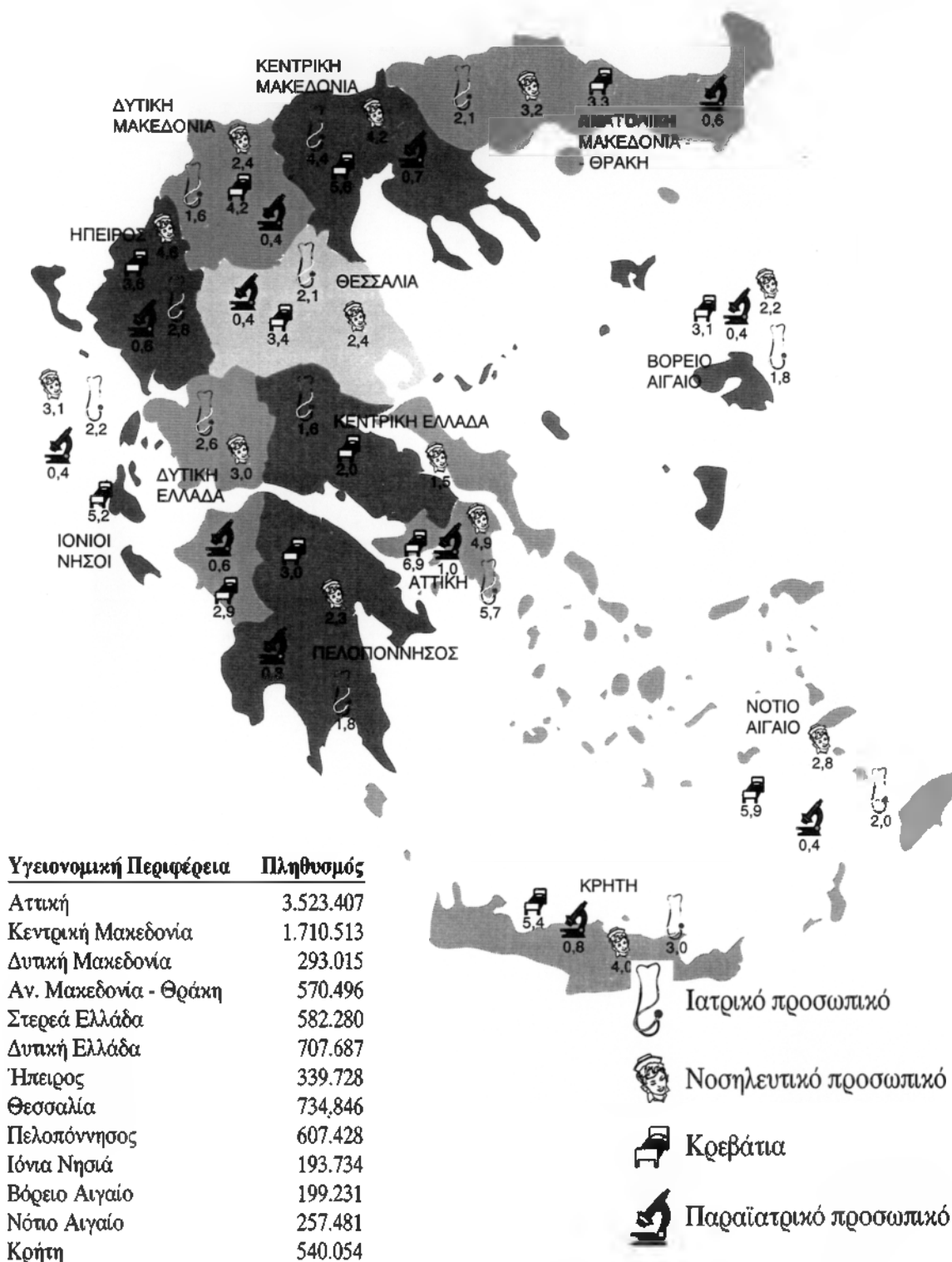
Τα περιφερειακά νοσοκομεία και η διασύνδεση τους με το ιατρικό τμήμα του αντίστοιχου Πανεπιστημίου, σε εκείνες τις περιφέρειες όπου υπάρχει συντελούν στην επίτευξη της αυτοτέλειας και αυτονομίας των περιφερειών και στην προοδευτική απεξάρτησή τους από τα νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της Θεσσαλονίκης.

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι προς αυτήν την κατεύθυνση σημαντική είναι η συμβολή των τριών σύγχρονων πανεπιστημιακών νοσοκομείων Πατρών, Ιωαννίνων, και Ηρακλείου.

Η περιφερειακή αυτοδυναμία στη δευτεροβάθμια περίθαλψη με την ανάδειξη των πρωτεύουσών των περιφερειών σε νοσοκομειακά κέντρα με δυνατότητα κάλυψης των πλέον εξειδικευμένων ιατρικών επεμβάσεων, έρχεται να συμπληρωθεί με το πλαίσιο

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ 1992:

Ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό προσωπικό και κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους και ανά υγειονομική περιφέρεια.



Τα στοιχεία περιλαμβάνουν Νοσοκομεία του ΕΣΥ και του ιδιωτικού τομέα, Κέντρα Υγείας και Υγειονομικές Υπηρεσίες του ΙΚΑ.

οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσα από την ανάπτυξη των κέντρων υγείας. Η ελληνική εκδοχή του ΕΣΥ αποτελεί έναν συνδυασμό του Βρετανικού συστήματος που στηρίζεται κυρίως στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού και των Σκανδιναβικών χωρών στις οποίες η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κατά βάση από τα κέντρα υγείας.

Όμως το πλαίσιο της περιφερειακής πολιτικής υγείας που προβλέπεται δεν σημαίνει και την αυτόματη εφαρμογή του. Σημαντικές ρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ. δεν τέθηκαν ποτέ σε εφαρμογή. Ένα γεγονός που ίσως να συνετέλεσε στη μη επίτευξη του επιδιωκόμενου στόχου της αυτοδυναμίας των υγειονομικών περιφερειών της χώρας. Ταυτόχρονα η απουσία ρυθμίσεων - πολιτικών για τη χρηματοδότηση και την κατανομή των οικονομικών πόρων σε περιφερειακό επίπεδο, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες και έχουν ενσωματωθεί σε όλα τα εθνικά υγειονομικά συστήματα ίσως συνέβαλλαν και επηρέασαν ως ένα βαθμό την καθυστέρηση της προβλεπόμενης περιφερειακής πολιτικής υγείας. Επί πλέον, η μεταφορά οργανωτικών σχεδίων που λειτουργούν αποδοτικά σε μια χώρα δεν προεξοφλεί και την επιτυχία τους σε μιά άλλη, όπου η παράδοση, η διοικητική οργάνωση και το σύστημα διοίκησης σε συνδυασμό με τη στάση και συμπεριφορά των παραγωγών και χρηστών των υπηρεσιών υγείας έχει σημαντικές διαφορές.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι παράγοντες που δημιούργησαν μια σειρά από εμπόδια και συνετέλεσαν στην μερική εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. και κατ' επέκταση την μη ολοκλήρωση της σχεδιασμένης περιφερειακής υγειονομικής πολιτικής είναι :

- 1) η αδυναμία επίλυσης του ζητήματος της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας. Τα ταμεία υγείας δεν προσφέρουν ικανοποιητικές αμοιβές στην δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται ο ήδη ελλειματικός κρατικός προϋπολογισμός, για την συντήρηση των δημόσιων νοσοκομείων.
- 2) η έλλειψη ειδικότητας γενικού γιατρού και η αντίδραση των νοσοκομειακών γιατρών να προσφέρουν κυκλικά υπηρεσίες σε κέντρα υγείας.
- 3) η ύπαρξη του ιδιωτικού τομέα και οι ελεύθεροι επαγγελματίες γιατροί που όπως ήταν φυσικό προτίμησαν περιοχές με σίγουρο κέρδος.
- 4) η αποτυχία ενοποίησης των ταμείων υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Εξετάζοντας την περιφερειακή ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα. Η απουσία ενδιαφέροντος και ολοκληρωμένου σχεδίου για την περιφερειακή ανάπτυξη της υγείας μέχρι το μέσο της δεκαετίας του '70, συντελεί σε σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες των υπηρεσιών υγείας. Η αποκέντρωση των υπηρεσιών παρά τις κατά καιρούς εμφανισθείσες αξιέπαινες προσπάθειες παραμένει ένας επιθυμητός όσο και απόμακρος στόχος της ασκηθείσας υγειονομικής πολιτικής. Ο στόχος της ίσης γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας ουσιαστικά αφέθηκε στις δυνάμεις της αγοράς και στην ιδιωτική πρωτοβουλία με αποτέλεσμα εκτεταμένες ανισότητες στην δυνατότητα προσφυγής του πληθυσμού σε επαρκείς υπηρεσίες. Φαίνεται ότι η αδυναμία της αγοράς να οδηγήσει την χώρα σε ισόροπη περιφερειακή ανάπτυξη την ίδια χρονική περίοδο, συντελεί αποφασιστικά και στην άνιση ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

Διαφορετική εικόνα εμφανίζει η περιφερειακή πολιτική υγείας τη δεκαετία του '80. Οι παρεμβάσεις του ΕΣΥ είχαν θετικά αποτελέσματα. Με άλλα λόγια η περιφερειακή πολιτική του ΕΣΥ αν και περιορισμένη στο πλαίσιο των επεμβάσεων της (έμμεση κυρίως επέμβαση στην προσφορά των υπηρεσιών) κρίνεται σημαντική για την επίτευξη της μείωσης των ανισοτήτων.

Μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ λοιπόν παρατηρούμε μείωση κάποιων ανισοτήτων. Η μεγαλύτερη μείωση αφορά την κατανομή των γιατρών. Μικρή επίσης μείωση της ανισότητας παρατηρείται στον αριθμό των συνολικών κλινών. Και τέλος σημαντική μείωση παρατηρείται στον αριθμό των δημοσίων κλινών, ενώ αντίθετα υπάρχει μικρή αύξηση της ανισότητας στην περιφερειακή κατανομή των ιδιωτικών κλινών. Η τελευταία εξέλιξη δείχνει ότι η μείωση του αριθμού των ιδιωτικών κλινών που παρατηρείται λόγω της εφαρμογής του ΕΣΥ και της πολιτικής χαμηλών τιμών του κλειστού νοσηλίου, δεν οδήγησε σε μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Αντίθετα

στο δημόσιο τομέα οι μεταβολές που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των περιφερειών συνέβαλαν στη μείωση των ανισοτήτων.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

2.1 Γενικά

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν μια από τις χειρότερες μορφές των κοινωνικών ανισοτήτων και δεν γίνονται εύκολα αποδεκτές από τις σύγχρονες κοινωνίες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις ευρέως κοινωνικά αποδεκτές αντιλήψεις ότι:

- η υγεία είναι ένα αγαθό πρώτης ανάγκης και
- το δικαίωμα στην υγεία και στην προστασία της υγείας είναι ένα πρωταρχικό και θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, θέτουν εύλογα και αντικειμενικά το πρόβλημα της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση και στην προσπέλαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη, θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την ισότιμη προσφορά των υπηρεσιών υγείας, σε όλες τις περιοχές μιας χώρας.

Στο Κεφάλαιο αυτό εξετάζεται εάν το σύστημα παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών στην χώρα μας είναι περιφερειακά οργανωμένο ώστε η προσφορά των υπηρεσιών να εκπληρώνει το κριτήριο της ισότητας στην πρόσβαση.

Από την εμπειρία προηγούμενων ετών καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν είναι δυνατόν να λάβει υπόψη του το κριτήριο της χωρικής ισότητας και να καταναίμει τους διαθέσιμους πόρους με βάση το κριτήριο αυτό. Έτσι οι γεωγραφικές ανισότητες στη διανομή των υπηρεσιών υγείας αποτελούν ένα μεγάλο, ανοικτό και επίκαιρο ζήτημα που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση.

Τέλος είναι αναγκαίο να διευκρινισθεί ότι με τον όρο γεωγραφικές ανισότητες υποδηλώνονται οι σχετικές διαφορές ή αποκλίσεις που προκύπτουν όταν συγκρίνονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες, όπως αυτές αποτυπώνονται με τις εισροές του συστήματος υγείας π.χ. αριθμός κλινών ανά κατοίκους. Οι διαφορετικοί δείκτες υγείας και ο βαθμός της μεταξύ τους απόκλισης προσδιορίζει το εύρος των ανισοτήτων.

2.2 Η Νοσοκομειακή Υποδομή στην Ελλάδα Σήμερα

Σήμερα υπάρχουν στην Ελλάδα 404 Νοσηλευτήρια:

- ⇒ τα 128 ή 31,7% ανήκουν στο ΕΣΥ (γενικά, ειδικά και ψυχιατρικά)
- ⇒ τα 27 ή 6,7% είναι δημόσια εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, νοσοκομεία του ΙΚΑ, μη κερδοσκοπικά και λοιπά)
- ⇒ τα 249 ή 61,6% είναι ιδιωτικά (γενικά και ψυχιατρικά). Διάγραμμα 1.

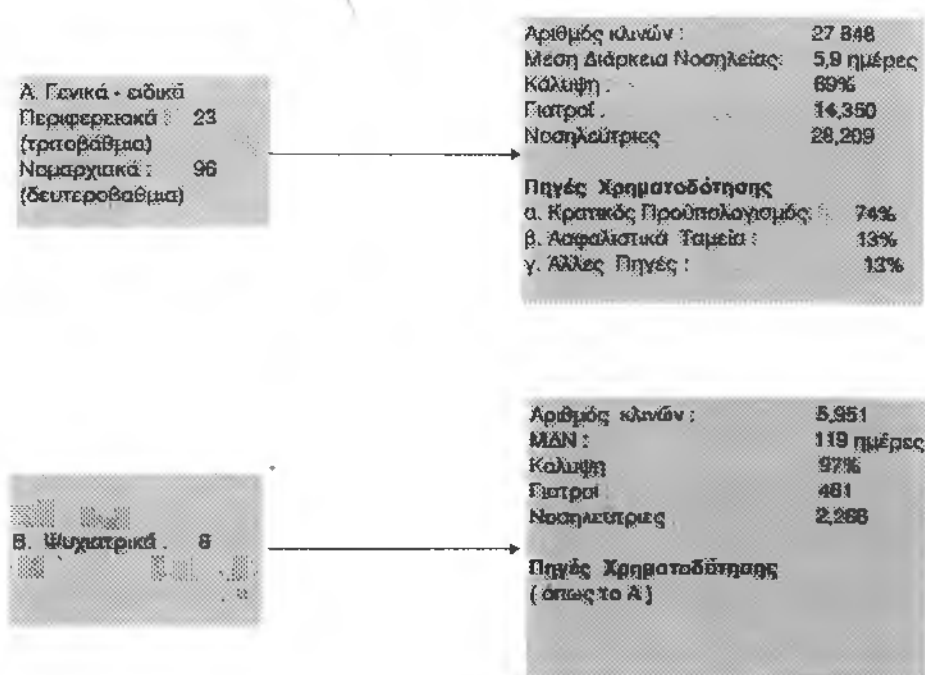
Από άποψη χωροταξικής κατανομής των νοσοκομείων του ΕΣΥ διαπιστώνουμε ότι στην Αττική υπάρχουν 33 Νοσοκομεία δηλαδή το 25,8%, στην Κεντρ. Μακεδονία 20 και ακολουθούν η Δυτ. Ελλάδα με 11 η Πελοπόννησος με 10 και οι υπόλοιπες περιοχές της χώρας με τελευταία την Θεσσαλία όπου έχει πολύ λίγα νοσοκομεία σε σχέση με τον πληθυσμό της (Πίνακας 2.2.A). Εξετάζοντας βέβαια και τον (Πίνακα 2.2.B) παρατηρούμε ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία μετά την Αττική όπου υπάρχουν 79 δηλαδή 31,7% και την Κεντρ. Μακεδονία με 40, ακολουθεί η Θεσσαλία με 34 γεγονός που αποδεικνύει ότι η έλλειψη των δημόσιων νοσοκομείων στην περιοχή αυτή προσπαθεί να καλυφθεί από τον ιδιωτικό τομέα. Πρόβλημα συγκέντρωσης στα αστικά κέντρα παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία (στρατιωτικά, Πανεπιστημιακά, ΙΚΑ, κ.λ.π.)

Από τα στοιχεία του Διαγράμματος 1. βγαίνει το συμπέρασμα ότι η ιδιωτική πρωτοβουλία συμμετέχει σε μεγάλο ποσοστό στο χώρο της παροχής υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Εάν εξετάσουμε όμως τις κλίνες των νοσοκομειακών μονάδων διαπιστώνουμε ότι το συμπέρασμα αυτό είναι εσφαλμένο. Παρατηρούμε ότι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και στα δημόσια εκτός ΕΣΥ νοσοκομεία αντιστοιχεί το 71,2% των κλινών ενώ στα ιδιωτικά μόνο το 28,8% των κλινών.

Εξετάζοντας τον Πίνακα 2.3 παρατηρούμε ότι την δωδεκαετία 1980 - 1992 οι νοσοκομειακές μονάδες παρουσιάζουν μια μείωση κατά 38,8%. Παρατηρούμε επίσης και μείωση στον συνολικό αριθμό των νοσοκομειακών κλινών που οφείλεται κυρίως στην συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα από 25.075 ιδιωτικά κρεβάτια που ήταν το 1980 μειώθηκαν σε 14.797 το 1992, δηλαδή μείωση κατά 41%. Κι αυτό γιατί η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ (1983) σε συνδυασμό με την χαμηλή ημερησία αποζημίωση (κλειστό νοσήλιο) που επιβλήθηκε από τα ταμεία της Κοινωνικής Ασφάλισης ώθησε ένα μεγάλο αριθμό ιδιωτικών μονάδων να εγκαταλείψουν την αγορά υπηρεσιών υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (1992)

1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.



2. ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΪΑ ΕΚΤΟΣ Ε.Σ.Υ.

Στρατιωτικά:	13
Νοσοκομεία του ΙΚΑ :	5
Μη κερδοσκοπικά :	3
Άλλα:	6

Αριθμός κλινών :	4,069
ΜΔΝ :	10,5 ημέρες
Κάλυψη :	63%
Γιατροί :	1,972
Νοσηλεύτριες :	μδ
Πηγές Χρηματοδότησης	
α. Κρατικός Προϋπολογισμός	
β. Ασφαλιστικά Ταμεία	
γ. Άλλες Πηγές	

3. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α. Γενικά Νοσοκομεία-Κλινικές	209
-------------------------------	-----

Αριθμός κλινών :	11,060
ΜΔΝ :	8,05 ημέρες
Κάλυψη :	47%
Γιατροί :	2,223
Νοσηλεύτριες :	3,557
Ασφαλιστικά Ταμεία	
α. Ασφαλιστικά Ταμεία	
β. Ιδιωτικές Δαπάνες	

Β. Ψυχιατρικές Κλινικές	40
-------------------------	----

Αριθμός κλινών :	4,219
ΜΔΝ :	97 ημέρες
Κάλυψη :	60%
Γιατροί :	277
Νοσηλεύτριες :	871
Πηγές Χρηματοδότησης	
α. Ασφαλιστικά Ταμεία	
β. Ιδιωτικές Δαπάνες	

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: 10.259.900

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ (μη ψυχιατρικά) 3.9/1.000 κατοίκους

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ (σύνολο) 5/1.000 κατοίκους

2.3 Χρησιμοποίηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών

Εξετάζοντας το σύνολο των κλινών (δημόσιος και ιδιωτικός τομέα) Πίνακας 2.4 συμπεραίνουμε ότι η χώρα μας διαθέτει έναν ικανοποιητικό αριθμό κρεβατιών (**5 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους**) και αν αφαιρεθούν οι ψυχιατρικές 3,9 - τα οποία όμως είναι άνισα κατανεμημένα και παραμένουν αναξιοποίητα. Η Αττική και η Κεντρ. Μακεδονία με 5,4 και 4,2 κλίνες/1000 κάτοικους αντίστοιχα βρίσκονται στην καλύτερη κατάσταση, ενώ στην αντίπερα όχθη είναι η υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα (2) και η Πελοπόννησος (2,2) (η Αχαΐα περιλαμβάνεται στην Δυτική Ελλάδα με το σύστημα των 13 περιφερειών). Η διαθεσιμότητα (availability) των νοσοκομειακών κλινών μειώνεται αν από το σύνολο τους αφαιρεθούν οι κλίνες του ψυχιατρικού τομέα (20%) και οι κλίνες των μαιευτηρίων (ιδιαίτερα του ιδιωτικού τομέα).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 1992 το 63% των νοσηλευτηρίων της χώρας έχουν λιγότερο από 100 κλίνες (Πίνακας 2.1). Η πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων 82,1% δεν ξεπερνάει το μέγεθος των 100 κλινών. Αυτό συνεπάγεται την ιδιαίτερα αντιπαραγωγική λειτουργία τους και την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ (%)			
	0 - 100	101 - 300	301 - 1000	1000 -
Δημόσια	30,7	37,1	30	2,2
Ιδιωτικά	82,1	16,6	1,3	
ΣΥΝΟΛΟ	63	24,2	12	0,8

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

Εάν εξετάσουμε επιμέρους τις κλίνες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παρατηρούμε ότι τα ιδιωτικά και τα δημόσια εκτός ΕΣΥ κρεβάτια παρουσιάζουν την μεγαλύτερη ανισοκατανομή με τεράστιο κόστος για τους ασθενείς της επαρχίας αλλά και για την οικονομία της χώρας. Επίσης, τα υπάρχοντα κρεβάτια δεν αξιοποιούνται στο έπακρο, αφού η κάλυψη είναι για το δημόσιο τομέα 69% ενώ για τον ιδιωτικό μόλις 47% ενώ η ΜΔΝ είναι 7,5 ημέρες στο δημόσιο, και 11,5 ημέρες στον ιδιωτικό, (Πίνακας 2.2 Α,Β) Η κατάσταση στον ιδιωτικό τομέα με την χαμηλή κάλυψη κλινών που σηματοδοτεί την "υποχρησιμοποίηση" των υπηρεσιών του είναι πολύ χειρότερη απ'ότι στο δημόσιο, έχοντας μάλιστα μεγαλύτερη ΜΔΝ απ' ότι τα δημόσια. Αν εξαιρέσει

κανείς τις λίγες μεγάλες ιδιωτικές κλινικές σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, ο ιδιωτικός τομέας είναι πολύ μικρός και πιθανώς και αδύναμος να προσφέρει επείγουσα σύγχρονη φροντίδα.

Οι 881 κλίνες του ΙΚΑ παρουσιάζουν παραπλήσια κίνηση με τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Όσον αφορά τα στρατιωτικά νοσοκομεία (5 στα 13) μαζί με τις αντίστοιχες κλίνες (1388 στις 2088 ή 66% του συνόλου) βρίσκονται στην Αττική. Η ΜΔΝ (8,6) σ'αυτά κυμαίνεται μεταξύ αυτής του δημόσιου (7,5) και εκείνης του ιδιωτικού τομέα (11,5) ενώ η κάλυψη τους (71%) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των νοσοκομείων του ΕΣΥ, γεγονός που ίσως δικαιολογείται από την σοβαρότητα των περιπτώσεων των στρατιωτικών που καταλήγουν στην Αθήνα αλλά και από την συμμετοχή σ'αυτόν τον δείκτη των ψυχιατρικών μονάδων των στρατιωτικών νοσοκομείων, Πίνακας 2.2.Γ.

Διαφορές στη ΜΔΝ υπάρχουν και μεταξύ των διαφόρων περιφερειών (Αττική 7,2 Κεντρ. Μακεδονία 5,6 Θεσσαλία 3,6 Πελοπόννησος 3,9 Πίνακας 2.2). Η μεγάλη ΜΔΝ στην Αττική μπορεί να αιτιολογηθεί εν μέρει από τις επανεισαγωγές εκείνων των ασθενών που εξέρχονται κυρίως από τα επαρχιακά γενικά νοσοκομεία, αλλά και από την σοβαρότητα των περιπτώσεων που δέχονται τα μεγάλα νοσοκομεία του κέντρου.

Παρατηρώντας τον Πίνακα 2.5 η αναλογία κλινών και ασθενών σε χειρουργικά τμήματα είναι λίγο μικρότερη από το 50% σε σχέση με τις υπόλοιπες στα (γενικά) μη ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα Ιόνια Νησιά έχουν την μικρότερη αναλογία χειρουργικών κλινών, ενώ η Στερεά Ελλάδα έχει την μεγαλύτερη. Παρατηρούμε όμως ότι η Στερεά Ελλάδα έχει μικρή αναλογία ασθενών σε χειρουργικά τμήματα και ημερών νοσηλείας με πιθανή εξήγηση το ότι οι χειρουργικές κλίνες αυτής της περιφέρειας δεν χρησιμοποιούνται πλήρως.

Οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι 886 ανά 1000 κατοίκους (για το 1992) και οι εργαστηριακές εξετάσεις 6.566 ανά 1000 κατοίκους, Πίνακας 2.6. Οι υψηλότεροι δείκτες παρατηρούνται στην Κεντρ. Μακεδονία (1.020 επισκέψεις και 10.444 εξετάσεις) και στην Ήπειρο (1.038 και 8.406), αυτό δείχνει ότι οι περιοχές αυτές δεν πρέπει να έχουν μεγάλες ροές ασθενών προς τις άλλες περιφέρειες. Στην τρίτη θέση ακολουθεί η Αττική (989 και 7.970). Η μεγάλη συγκέντρωση γιατρών, υψηλής τεχνολογίας και κλινών τριτοβάθμιας περίθαλψης εξηγούν το φαινόμενο για την Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Η Ήπειρος, η Κρήτη και η

Αχαΐα παρουσιάζουν “καλούς δείκτες” γεγονός που μπορεί να αιτιολογηθεί και από την ανάπτυξη των τριών μεγάλων τριτοβάθμιων νοσοκομειακών μονάδων τα τελευταία χρόνια.

Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται μεταξύ των Περιφερειών όταν εξετάζουμε τα στοιχεία της διαθεσιμότητας (availability) της νοσοκομειακής φροντίδας αλλά και των διαπεριφερειακών ροών ασθενών (inpatient cross boundary flows). Η Στερεά Ελλάδα, η Θεσσαλία, η Πελοπόννησος, η Δυτ. Μακεδονία, η Θράκη και τα Νησιά του Αγαίου μειονεκτούν στην χρησιμοποίηση των κλινών τους και έχουν μεγάλες ροές προς άλλες περιφέρειες σε αντίθεση με την Αττική, την Κεντρ. Μακεδονία, την Κρήτη και την Ήπειρο (Πίνακας 2.7). Η τελευταία αν και φαίνεται να διαθέτει λιγότερες κλίνες από π.χ. την Κρήτη δείχνει παρ’όλα αυτά αξιοσημείωτη αυτονομία στην χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και φαίνεται να εξυπηρετεί ικανοποιητικά τον πληθυσμό της περιοχής.

Η μειονεκτική θέση ορισμένων περιφερειών από άποψη κατανομής των κλινών συνοδεύεται από μεγάλες διαπεριφερειακές ροές ασθενών. Η Αθήνα (περιφέρεια Αττικής) και η Θεσσαλονίκη (Κ. Μακεδονία) συγκεντρώνουν ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που έρχονται ιδιαίτερα από τις γειτονικές περιοχές: το 51% των κατοίκων της Βοιωτίας που χρειάστηκαν νοσοκομειακή περίθαλψη και το 48% της Εύβοιας ήλθαν στην Αττική, ενώ το 49% των κατοίκων της Χαλκιδικής πήγαν στην Θεσσαλονίκη. Νομοί όπως ο Έβρος, η Λάρισα, τα Ιωάννινα, η Αχαΐα και όλη η περιφέρεια της Κρήτης φαίνεται να “συγκρατούν τους ασθενείς τους ίσως επειδή η υπάρχουσα υποδομή είναι ικανοποιητική αλλά και λόγω της μεγάλης απόστασης από τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα.

Την ίδια στιγμή πάνω από το 20% των ασθενών με κύρια κατοικία τα Νησιά (Ιονίου και Αγαίου) αναζητούν θεραπεία στα νοσοκομεία της Αθήνας. Ακραίο παράδειγμα αποτελούν τα νησιά των Κυκλάδων με το 60% των ασθενών τους να έρχονται στην Αθήνα αναζητώντας νοσοκομειακή περίθαλψη. Από τα 24 αυτά νησιά, μόνο η Σύρος διαθέτει δευτεροβάθμια περίθαλψη, επτά νησιά καλύπτονται πρωτοβάθμια από Κέντρα Υγείας (Άνδρος, Τήνος, Μύκονος, Πάρος, Νάξος, Θήρα, Μύλος) και τα υπόλοιπα δεκαέξι νησιά καλύπτονται από περιφερειακά ιατρεία, τα οποία στελεχώνουν οι γιατροί που κάνουν το αγροτικό τους. Άλλωστε μία επίσκεψη στην Αθήνα εξασφαλίζει σίγουρα ένα ικανοποιητικό επίπεδο στις προσφερόμενες

υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, τα τοπικά - νομαρχιακά νοσοκομεία πιθανόν να μην μπορούν να ικανοποιήσουν σε αποδεκτό ποιοτικά επίπεδο τη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες ή ο τοπικός πληθυσμός δεν τις εμπιστεύεται. Επισημαίνεται ότι τους θερινούς μήνες το πρόβλημα γίνεται οξύτερο στα νησιά καθώς δέχονται μεγάλο αριθμό επισκεπτών, που σε ορισμένες περιπτώσεις φτάνει και το 1 εκατομμύριο άτομα. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζονται πρόσθετες υπηρεσίες υγείας.

Παράλληλα εξίσου σημαντικό εμφανίζεται και το πρόβλημα της αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών για τα οποία επιβάλλεται η μεταφορά των ασθενών στην πρωτεύουσα. Τα 22 από τα 24 νησιά των Κυκλάδων παραμένουν καθημερινά ακάλυπτα για έκτακτες ανάγκες αερομεταφοράς από το απόγευμα μέχρι το πρωί. Βέβαια μια προσπάθεια για την κάλυψη των αναγκών των νησιωτικών συμπλεγμάτων Δωδεκανήσου και Κυκλάδων πραγματοποιήθηκε πρόσφατα από τα ΜΟΠ (Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα) Αγαίου. Κατασκευάστηκαν στα περισσότερα νησιά ελικοδρόμια κατάλληλα για νυκτερινές πτήσεις και αγοράστηκαν δύο ελικόπτερα νύκτας³. Όμως τα ελικόπτερα αυτά δεν εκπληρώνουν την αποστολή τους γιατί η "Ολυμπιακή Αεροπορία" δεν διαθέτει πληρώματα για νυκτερινές πτήσεις. Μερικές από τις νυκτερινές πτήσεις που πραγματοποιήθηκαν έγιναν με στρατιωτικά ελικόπτερα και με προσωπική ευθύνη των πιλότων. Αλλά ακόμη και στις αερομεταφορές οπου δεν γίνονται νύκτα ιδιαίτερα έντονο εμφανίζεται το πρόβλημα της καθυστέρησης στην άφιξη του ελικοπτερου. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε δύο λόγους:

1. στις πολλαπλές διαδικασίες στις οποίες καταναλώνεται πολύτιμος χρόνος, και
2. συχνά δεν υπάρχει διαθέσιμο ελικόπτερο γιατί η "Ολυμπιακή" τα χρησιμοποιεί και για άλλους λόγους.

Ένα άλλο ζήτημα που ανακύπτει είναι η ανυπαρξία συστήματος παραπομπών που θα κατευθύνει τους ασθενείς στις πλησιέστερες περιοχές. Για παράδειγμα, τα Ιωάννινα και η Πάτρα θα μπορούσαν να "απορροφήσουν" τους ασθενείς από τα Ιόνια Νησιά. Μία άλλη πιθανή λύση είναι η ανάπτυξη μορφών νοσηλείας μιας ημέρας (one day hospital care). Η κατανομή τέτοιων κλινών φαίνεται στον Πίνακα 2.9 και στο Διάγραμμα 6. Η έλλειψη τέτοιου είδους υγειονομικής φροντίδας είναι παντελής στις 9 από τις 13 Περιφέρειες. Η ημερήσια νοσοκομειακή φροντίδα προσφέρεται κυρίως

³ Νέτα Σοφία "Κυκλάδες: Αν αρρωστήσεις απόγευμα, κάνε...τάμα", Ελευθεροτυπία 28/8/95, σελ. 53.

μέσα σε μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία, ενώ θα έπρεπε να αναπτυχθούν εναλλακτικές μορφές και στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Σε γενικές γραμμές η Ελλάδα χρειάζεται κατασκευή νέων Νοσοκομείων αλλά και ενεργοποίηση των ήδη υπαρχόντων, πολλά από τα οποία υπολειτουργούν. Για να αξιοποιηθεί η υπάρχουσα υποδομή θα πρέπει να μετακινηθεί επιστημονικό δυναμικό και τεχνολογία στην Επαρχία, έτσι το σύστημα θα γίνει πιο αποτελεσματικό και η μεταχείριση των πολιτών θα βασίζεται στην ισότητα.

2.4 Στοιχεία από τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία του ΕΣΥ

Η επιλογή των μεγαλύτερων νοσοκομείων έγινε με κριτήρια όπως: η νοσηλευτική κίνηση, ο αριθμός προσωπικού και το ύψος του προϋπολογισμού. Ο Πίνακας 2.10 παρουσιάζει την αναλογία των ασθενών σε χειρουργικά τμήματα που χρησιμοποιούν αποκλειστικούς νοσοκόμους/ες. Στο ΚΑΤ εξαιτίας της σοβαρότητας των περιστατικών (case severity) όπως είναι τα ατυχήματα, τα κατάγματα κλπ. το ποσοστό ασθενών σε χειρουργικά τμήματα που χρησιμοποιούν αποκλειστικές νοσοκόμες φτάνει το 43% και το ημερήσιο κόστος ανά ασθενή είναι μεγαλύτερο (79 χιλ. δρχ.) από ότι στα άλλα νοσοκομεία. (65 χιλ. δρχ.)

Ο Πίνακας 2.11 δείχνει το μέσο χρόνο αναμονής για εισαγωγή σε αυτά τα νοσοκομεία, όπως επίσης το μέσο χρόνο για την πρώτη επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Υπάρχουν διαφορές στη λίστα αναμονής ανά ειδικότητα, ειδικά στις χειρουργικές περιπτώσεις (από 0 μέχρι 60 ημέρες).

Παρατηρώντας τον Πίνακα 2.12 βλέπουμε ότι η λίστα αναμονής είναι μεγαλύτερη για εγχειρήσεις καταρράκτη (20 - 95 ημέρες) απ' ότι για κήλη (12 - 30) και σκωληκοειδεκτομή (0 - 30). Πάντως πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές περιπτώσεις στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία εισάγονται ως επείγοντα περιστατικά. Η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) αυτών των περιστατικών ποικίλει όχι μόνο μεταξύ των 6 αυτών νοσοκομείων (εγχειρήσεις καταρράκτη 4 - 7 ημέρες, κήλη 6 - 11, σκωληκοειδεκτομή 5 - 7), αλλά και μεταξύ νοσοκομείων των διαφόρων Περιφερειών (Πίνακας 2.13). Στις κήλες, τις σκωληκοειδεκτομές και τους φυσιολογικούς τοκετούς δε φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στη ΜΔΝ (Διάγραμμα 7). Αντίθετα, οι επεμβάσεις για καταρράκτη φαίνεται να αποθεραπεύονται σε πιο σύντομο χρόνο στον ιδιωτικό τομέα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στα εμφράγματα.

Οι ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ των Περιφερειών οδηγούν μερικές φορές σε λάθος συμπεράσματα. Υποστηρίζεται ευρέως ότι πολλοί ασθενείς βγαίνουν από τα νοσοκομεία και επανεισάγονται στα περιφερειακά ή σε άλλα των μεγάλων αστικών κέντρων, όπου συνεχίζουν την ίδια θεραπεία και έτσι άτυπα η ΜΔΝ επιμηκύνεται. Θα πρέπει επίσης να πούμε ότι η ΜΔΝ και η μέση κάλυψη των κλινών της Αττικής είναι μεγάλη. Αυτό συμβαίνει γιατί η πλειοψηφία του πληθυσμού προτιμά τα νοσοκομεία του κέντρου πιστεύοντας ότι η περίθαλψη είναι ποιοτικά καλύτερη.

2.5 Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Η βασική παρατήρηση που θα μπορούσαμε να κάνουμε είναι ότι οι κλίνες στην χώρα μας είναι αρκετές, εφόσον δεν χρησιμοποιούνται στο έπακρο. Τα ποσοστά κάλυψης των κλινών είναι 69% στο δημόσιο και 47% στον ιδιωτικό τομέα πράγμα που συνεπάγεται την υποχρησιμοποίησή τους και την υποβάθμιση των υπηρεσιών. Μεγαλύτερο πρόβλημα εμφανίζεται να έχει ο ιδιωτικός τομέας. Πάντως αν υπάρχουν κάποιες ελλείψεις κλινών αυτές θα πρέπει να εντοπισθούν στις λίγες κλίνες οξείας νοσηλείας που υπάρχουν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με παράλληλη εξέταση της σωστής κατανομής στο σύνολο τους.

Ο δείκτης Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας είναι χαμηλός στον δημόσιο τομέα πράγμα που μαρτυρά ότι η παραγωγικότητα των δημόσιων νοσοκομείων βελτιώνεται τουλάχιστον ως προς αυτό το δείκτη.

Αν και τα νοσοκομεία εμφανίζονται σωστά κατανομημένα σε σχέση με τον πληθυσμό των περιφερειών εντοπίζεται πρόβλημα ανισοκατανομής στις κλίνες τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να σημειώνονται μεγάλες διαπεριφερειακές ροές προς τα αστικά κέντρα. Σοβαρό πρόβλημα αντιμετωπίζουν τα Νησιά του Αιγαίου όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών μεταφέρεται στην Αθήνα. Πρόβλημα όμως υπάρχει και με την επείγουσα αερομεταφορά των ασθενών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Βέβαια η καθιέρωση ενός συστήματος παραπομπών προς το πλησιέστερο νοσοκομείο θα μπορούσε να αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία του κέντρου.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι λόγω των μεγάλων διαπεριφερειακών ροών προς τα αστικά κέντρα, οι ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Α. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ του ΕΣΥ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΠΛΗΘ. %	ΑΡ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ			κλίνες	κλίνες	κλίνες	κλίνες	ΜΔΝ	ΜΔΝ	ΜΔΝ	κάλυψη	κάλυψη	κάλυψη
		1	2	1+2	1	2	1+2	%	1	2	1+2	1	2	1+2
1) Αν Μακεδονία-Θράκη	5,56	6		6	1.418		1.418	4,20	5,40		5,40	0,65		0,65
2) Κεντρική Μακεδονία	16,66	18	2	20	5.290	1.153	6.443	19,60	5,60	111	7,20	0,70	0,98	0,75
3) Δυτική Μακεδονία	2,85	5		5	600		600	1,78	5,30		5,30	0,59		0,59
4) Ήπειρος	3,39	6		6	1.003		1.003	2,97	5,20		5,20	0,73		0,73
5) Θεσσαλία	7,16	4		4	1.037		1.037	3,07	3,60		3,60	0,73		0,73
6) Ιόνια Νησιά	1,89	5	1	6	542	360	902	2,67	4,70	213	10,40	0,50	0,96	0,68
7) Δυτική Ελλάδα	6,92	11		11	1.508		1.508	4,46	4,90		4,90	0,51		0,51
8) Στερεά Ελλάδα	5,68	8		8	803		803	2,38	5,90		5,90	0,57		0,57
9) Αττική	34,34	30	3	33	11.683	2.716	14.399	42,60	7,20	162	9,10	0,76	0,92	0,79
10) Πελοπόννησος	5,92	9	1	10	1.179	360	1.539	4,55	3,90	103	5,90	0,58	1,00	0,68
11) Βόρειο Αγαίο	1,94	5		5	491		491	1,45	5,70		5,70	0,62		0,62
12) Νότιο Αγαίο	2,51	4	1	5	519	892	1.411	4,17	5,00	168	18,70	0,55	0,97	0,81
13) Κρήτη	5,26	8	1	9	1.775	470	2.245	6,64	5,40	35	6,80	0,68	0,82	0,71
ΣΥΝΟΛΟ	100	119	9	128	27.848	5.951	33.799	100	5,90	119	7,50	0,69	0,94	0,74

1: Γενικά νοσοκομεία

2: Ψυχιατρικά νοσοκομεία

1+2: Σύνολο

ΠΗΓΕΣ: Υπουργείο Υγείας Π.Κ.Α. - Κ.Ε.Σ.Υ. - Τμήμα Πληροφορικής, Ιδίοι Υπολογισμοί, 1994.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Β. ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - ΚΛΙΝΕΣ (1990)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΠΛΗΘ. %	ΑΡ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΩΝ			κλίνες			κλίνες %	ΜΔΝ			κάλυψη		
		1	2	1+2	1	2	1+2		1	2	1+2	1	2	1+2
1) Αν. Μακεδονία-Θράκη	5,56	11	2	13	256	160	416	2,72	9	141	16,00	0	1	0,51
2) Κεντρική Μακεδονία	16,66	32	8	40	2.066	751	2.817	18,44	8	93	10,50	0	1	0,48
3) Δυτική Μακεδονία	2,85	8	3	11	311	294	605	3,96	7	110	20,70	0	1	0,56
4) Ήπειρος	3,39	7		7	154		154	1,01	5			0		0,15
5) Θεσσαλία	7,16	26	8	34	771	634	1.405	9,20	10	100	21,00	0	1	0,51
6) Ιόνια Νησιά	1,89	3		3	80		80	0,52	4			0		0,32
7) Δυτική Ελλάδα	6,92	13		13	449		449	2,94	8			0		0,42
8) Στερεά Ελλάδα	5,68	12		12	318		318	2,08	10			0		0,17
9) Αττική	34,34	61	18	79	5.763	2.350	8.113	53,10	8	93	11,10	1	1	0,55
10) Πελοπόννησος	5,92	15		15	209		209	1,37	6			0		0,14
11) Βόρειο Αγαίο	1,94	4		4	90		90	0,59	8			0		0,38
12) Νότιο Αγαίο	2,51	2		2	40		40	0,26	8			0		0,25
13) Κρήτη	5,26	15	1	16	553	30	583	3,82	9	145	10,20	0	1	0,48
ΣΥΝΟΛΟ	100	209	40	249	11.060	4.219	15.279	100	8	97	11,50	0	0,60	0,51

1: Γενικά νοσοκομεία

2: Ψυχιατρικά νοσοκομεία

1+2: Σύνολο

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Γ. ΑΛΛΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (στρατιωτικά, πανεπιστημιακά, ΙΚΑ κλπ) εκτός ΕΣΥ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Ι.Κ.Α.		Πανεπιστημιακά		Στρατιωτικά		Λοιπά		Γενικά		Ψυχιατρικά		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	κλίνες	αριθμός	κλίνες	αριθμός	κλίνες	αριθμός	κλίνες	αριθμός	κλίνες	αριθμός	κλίνες	αριθμός	κλίνες
1) Αν. Μακεδον.-Θράκη					2	114			2	114			2	114
2) Κεντρική Μακεδονία	1	253			1	286			2	539			2	539
3) Δυτική Μακεδονία					1	30			1	30			1	30
4) Ήπειρος					1	21			1	21			1	21
5) Θεσσαλία					1	120			1	120			1	120
6) Αττική	4	628	3	309	5	1.388	6	791	14	2.586	4	530	18	3.116
7) Πελοπόννησος					1	25			1	25			1	25
8) Νότιο Αγαίο					1	104			1	104			1	104
ΣΥΝΟΛΟ	5	881	3	309	13	2.088	6	791	23	3.539	4	530	27	4.069
	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη	Μ.Δ.Ν.	κάλυψη
1) Αν. Μακεδον. -Θράκη					4,70	0,69			4,70	0,69	η		4,70	0,69
2) Κεντρική Μακεδονία	8	0,66			7,70	0,89			7,80	0,79			7,70	0,89
3) Δυτική Μακεδονία					6,20	0,75			6,20	0,75			6,20	0,75
4) Ήπειρος					5,90	0,82			5,90	0,82			5,90	0,82
5) Θεσσαλία					6,20	0,78			6,20	0,78			6,20	0,78
6) Αττική	7	0,61	8	0,43	10,60	0,73	53	0,68	9,30	0,65	288	0,60	11,00	0,64
7) Πελοπόννησος					3,30	0,76			3,30	0,76			3,30	0,76
8) Νότιο Αγαίο					4,00	0,17			4,00	0,17			4,00	0,17
ΣΥΝΟΛΟ	8	0,62	8	0,43	8,60	0,71	53	0,68	8,40	0,64	288	0,60	10,50	0,63

ΠΗΓΕΣ: Ε.Σ.Υ.Ε., Ι.Κ.Α., Υπουργείο Υγείας, Ίδιοι Υπολογισμοί, 1994.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

	1980	1984	1990	1991*	1992*	Μείωση (-) ή Αύξηση (+) %
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	9.739.589		10.088.700		10.259.900	+ 5,3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	608	503	392		372	- 38,8
ΝΠΔΔ	112	125	140		140	
μη κερδοσκοπικά	28	22	3		3	
ιδιωτικά	468	356	249		229	
ΚΛΙΝΕΣ	59.327	56.358	51.329		51.477	- 13,2
δημόσια	25.905	31.838	35.896		36.529	
μη κερδοσκοπικά	8.347	4.860	66		151	
ιδιωτικά	25.075	19.660	15.214		14.797	- 41
ΓΙΑΤΡΟΙ	23.249	28.213	34.351		38.738	+66,6
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	7.677	8.379	10.038		10.403	
ΝΟΣ/ΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ	12.563	14.134	18.287		18.565	+47,75
ΝΟΣ/ΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	18.654	21.811	34.582		36.505	+95,7
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	67.000	90.000	107.520		104.211	+55,53
ΕΞΑΙΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	1.101.184	1.152.297	1.248.890	1.347.385		
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	10	9	8	9,90		
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (μη ψυχιατρικές)	11.324.438	11.061.190	9.044.443	13.350.331		
ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ %	69	69	68	71		

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

*Στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του ΥΥΠΚΑ που ελέγχονται για την ακρίβεια

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (σύνολο¹ και μη ψυχιατρικές²)

ΕΤΗ	1980 ¹	1983 ¹	1986 ¹	1986 ²	1988 ¹	1988 ²	1989 ¹	1989 ²	1990 ¹	1990 ²	1991 ¹	1991 ²
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ												
1) Αν.Μακεδονία-Θράκη	3,1	3,3	3,1	2,8	3,1	2,7	3,1	2,8	3,1	2,7	3	2,7
2) Κεντρική Μακεδονία	5,9	5,9	5,6	4,2	5,6	4,1	5,6	4,2	5,5	4,2	5,5	4,2
3) Δυτική Μακεδονία	–	–	4,1	3,1	4	3	3,9	2,9	3,9	2,9	3,7	2,8
4) Ήπειρος	3,5	3,5	3,4	2,6	3,4	2,5	3,3	2,4	3,4	2,5	3,2	2,4
5) Θεσσαλία	2,1	2,2	2,6	2,6	2,5	2,4	2,7	2,5	3,2	3,1	3,7	3,5
6) Ιόνια Νησιά	4,8	5,1	5,2	3,3	5,1	3,2	5,1	3,2	5	3,1	4,9	3
7) Δυτική Ελλάδα	–	–	2,4	2,3	2,6	2,5	2,5	2,5	2,7	2,7	2,7	2,7
8) Στερεά Ελλάδα	2,8	2,7	2	2	2,1	2	2,2	2,2	2	2	2	2
9) Πελοπόννησος	3,1	2,8	3,1	2,2	3	2,3	3,1	2,3	2,9	2,2	2,9	2,2
10) Αττική	10	9,5	7,7	5,8	7,4	5,6	7,4	5,5	7,2	5,5	7,1	5,4
11) Βόρειο Αγαίο	6,7	6,4	3,1	3,1	2,9	2,9	3	3	3	2,9	3,1	3
12) Νότιο Αγαίο	–	–	9,3	3,3	8,2	2,3	7,1	2,3	6,8	2,3	6,6	2,2
13) Κρήτη	5,2	5,2	4,5	3,7	4,5	3,7	4,6	3,7	4,9	4	4,9	4
1. ΣΥΝΟΛΟ	6	5,7	5,3		5,2		5,1		5,1		5	
2. ΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ				4		3,9		3,9		3,9		3,9

ΠΗΓΕΣ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), ίδιοι Υπολογισμοί, 1994.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5: ΑΝΑΛΟΓΙΑ % ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΚΑΙΝΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
1) Αν.Μακεδονία-Θράκη	50	54
2) Κεντρ. Μακεδονία	52	46
3) Δυτ. Μακεδονία	52	52
4) Ήπειρος	53	49
5) Θεσσαλία	51	39
6) Ιόνια Νησιά	44	39
7) Δυτ. Ελλάδα	50	48
8) Στερεά Ελλάδα	54	46
9) Αττική	47	46
10) Πελοπόννησος	48	47
11) Βόρειο Αγαίο	50	49
12) Νότιο Αγαίο	53	53
13) Κρήτη	50	41
ΣΥΝΟΛΟ	49,5	46

ΠΗΓΕΣ: Υπουργείο Υγείας, Ίδιοι Υπολογισμοί, 1994.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6: ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ των ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Πληθυσμός	%	Αριθμός			
			Επισκέψεων	/1000 κ.		
			Αριθμός		/1000 κ.	
			Εργ. Εξετ.			
1) Αν.Μακεδ.-Θράκη	570.496	5,56	460.164	807	2.639.173	4.626
2) Κεντρ Μακεδονία	1.710.513	16,66	1.744.270	1.020	17.864.400	10.444
3) Δυτική Μακεδονία	293.015	2,85	243.491	831	873.976	2.983
4) Ήπειρος	339.728	3,39	352.605	1.038	2.855.629	8.406
5) Θεσσαλία	734.846	7,16	436.667	594	2.215.736	3.015
6) Ιόνια Νησιά	193.734	1,89	142.738	737	477.054	2.462
7) Δυτική Ελλάδα	707.687	6,92	587.741	831	3.027.410	4.278
8) Στερεά Ελλάδα	582.280	5,68	330.815	568	1.128.146	1.937
9) Αττική	3.523.407	34,34	3.484.057	989	28.081.311	7.970
10) Πελοπόννησος	607.428	5,92	389.421	641	2.550.658	4.199
11) Βόρειο Αγαίο	199.231	1,94	157.901	793	726.757	3.648
12) Νότιο Αγαίο	257.481	2,51	159.346	619	844.538	3.280
13) Κρήτη	540.054	5,26	606.106	1.122	4.085.396	7.565
ΣΥΝΟΛΟ	10.259.900	100	9.095.322	886	67.370.184	6.566

ΠΗΓΕΣ: Υπουργείο Υγείας - ΚΕΣΥ - Τμήμα Πληροφορικής, 1994

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7: ΑΣΘΕΝΕΙΣ (%) που έρχονται στην ΑΤΤΙΚΗ, ΑΘΗΝΑ και ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ από άλλες ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ και ΝΟΜΟΥΣ (1992)

	Πληθυσμός	%	Εσωτ. ασθενείς	%	Αττική	Αθήνα	Θεσ/κη
1) Αν. Μακεδονία-Θράκη	570.496	5,56	68.126	5,53	2,80		
Δράμα	95.554		11.868		1,64	1,22	19,33
Καβάλα	135.937		18.287		2,31	1,65	16,34
Ξάνθη	91.063		11.873		1,90	1,50	12,89
Ροδόπη	103.190		9.967		2,68	2,10	13,49
Έβρος	143.752		16.131		4,77	3,64	10,85
2) Κεντρική Μακεδονία	1.708.977	16,66	212.957	17,28	0,90		
Ημαθία	139.934		17.561		0,95	0,65	22,31
Θεσσαλονίκη	946.864		115.258		0,71	0,52	96,97
Κιλκίς	81.710		12.714		0,50	0,35	27,65
Πέλλα	138.761		17.266		1,01	0,64	26,29
Πιερία	116.763		12.862		1,31	0,76	32,34
Σέρρες	192.828		27.583		1,46	1,03	20,49
Χαλκιδική	93.653		9.713		0,93	0,62	49,05
3) Δυτική Μακεδονία	293.015	2,85	36.417	2,96	1,70		
Γρεβενά	36.797		4.299		2,95	2,28	20,42
Καστοριά	52.685		6.089		1,99	1,43	23,24
Κοζάνη	150.386		19.916		1,51	1,21	19,58
Φλώρινα	53.147		6.113		1,21	0,83	24,13
4) Ήπειρος	339.728	3,39	39.988	3,24	11,90		
Άρτα	78.719		8.924		18,32	14,89	0,48
Θεσπρωτία	44.188		5.511		10,60	7,93	0,49
Ιωάννινα	158.193		18.260		8,65	6,24	0,66
Πρέβεζα	58.628		7.293		13,01	10,23	0,44
5) Θεσσαλία	734.846	7,16	81.806	6,64	12,60		
Καρδίτσα	126.854		13.557		20,71	17,24	4,37
Λάρισα	270.612		29.939		6,81	5,39	10,75
Μαγνησία	198.434		22.629		13,75	10,92	6,09
Τρίκαλα	138.946		15.681		14,76	11,89	8,10
6) Ιόνια Νησιά	193.734	1,89	23.679	1,92	24,20		
Ζάκυνθος	32.557		5.109		21,20	16,60	0,16
Κέρκυρα	107.592		11.260		24,42	19,83	0,62
Κεφαλλονιά	32.474		4.627		25,24	21,16	0,26
Λευκάδα	21.111		2.683		27,32	22,29	0,34

7) Δυτική Ελλάδα	707.687	6,92	82.836	6,72	18,20		
Αιτωλοακαρνανία	228.180		25.222		25,29	21,22	0,23
Αχαΐα	300.078		37.081		11,23	8,43	0,16
Ηλεία	179.429		20.533		22,16	17,93	0,09
8) Στερεά Ελλάδα	582.280	5,68	54.286	4,41	53,50		
Βοιωτία	134.108		12.931		64,69	51,23	0,22
Εύβοια	208.408		19.254		59,18	48,07	0,41
Ευριτανία	24.307		2.152		34,20	28,81	0,60
Φθιώτιδα	171.274		15.871		42,81	35,73	1,06
Φωκίδα	44.183		4.078		42,62	35,36	0,71
9) Αττική	3.523.409	34,34	431.701	35,03	98,23	81,03	0,20
Αθήνα	1.156.650		μ.δ.				
Ανατολική Αττική	507.381		μ.δ.				
Δυτική Αττική	519.931		μ.δ.				
Πειραιάς	889.960		μ.δ.				
Υπόλοιπη Αττική	450.485		μ.δ.				
10) Πελοπόννησος	607.428	5,92	70.645	5,73	32,20		
Αργολίδα	97.636		11.255		39,16	33,32	0,16
Αρκαδία	105.309		10.075		30,73	26,09	0,11
Κορινθία	141.823		15.326		38,63	32,26	0,20
Λακωνία	95.696		10.047		29,69	25,31	0,09
Μεσσηνία	166.964		23.942		26,62	21,74	0,20
11) Βόρειο Αιγαίο	199.231	1,94	22.997	1,87	27,60		
Λέσβος	105.082		11.308		28,94	23,96	1,46
Σάμος	41.965		5.747		26,94	22,57	0,28
Χίος	52.184		5.942		52,80	21,76	0,59
12) Νότιο Αιγαίο	257.481	2,51	26.806	2,18	37,80		
Δωδεκάνησα	163.476		19.397		25,13	21,30	0,51
Κυκλάδες	94.005		7.409		70,90	59,86	0,28
13) Κρήτη	540.054	5,26	80.115	6,50	13,60		
Ηράκλειο	264.906		35.510		13,84	11,32	0,28
Λασιθί	71.279		12.243		10,47	8,06	0,25
Ρέθυμνο	70.095		10.297		13,01	13,30	0,17
Χανιά	133.774		22.065		13,99	11,85	0,22
ΣΥΝΟΛΟ	10.259.900	100,00	1.232.359	100	%	%	%

ΠΗΓΗΣ: Υπουργείο Υγείας - ΚΕΣΥ - Τμήμα Πληροφορικής, 1994.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8: ΑΕΡΟΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΚΥΚΛΑΔΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ

1990 - 1995

ΑΠΟ	1990 - 1993	1994	1995*
Νοσοκομείο Σύρου	74	9	30
Κ.Υ. Νάξου	616	59	36
Κ.Υ. Πάρου**	827	535	395
Κ.Υ. Μυκόνου	201	60	174
Κ.Υ. Θήρας	640	40	54
Κ.Υ. Τήνου	1,766	40	48
Κ.Υ. Άνδρου	467	22	11
Κ.Υ. Μήλου	150	34	28
Π.Ι. Σήφνου	***	20	10
Π.Ι. Κιμώλου	***	***	4
Π.Ι. Σερίφου	***	***	7
Π.Ι. Αμοργού	***	10	5
Π.Ι. Κουφονησιών	***	5	1
Π.Ι. Δονούσας	***	1	2
Π.Ι. Ηρακλειάς	***	1	2
Υπόλοιπα νησιά	***	***	***

Σημειώσεις: * Μέχρι σήμερα **Μεταφορές με ελικόπτερα και αεροπλάνα *** Δεν υπάρχουν στοιχεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.9: ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	κλίνες	ασθενείς	ασθενείς/ημέρ	Μ.Δ.Ν.	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
1) Αν. Μακεδονία-Θράκη					570.496
2) Κεντρική Μακεδονία	24	13.232	36,0	0,99	1.710.513
3) Δυτική Μακεδονία					293.015
4) Ήπειρος					339.728
5) Θεσσαλία	14	3.239	9,0	1,4	734.846
6) Ιόνια Νησιά					193.734
7) Δυτική Ελλάδα					707.687
8) Στερεά Ελλάδα					582.280
9) Αττική	98	15.073	41,0	1,2	3.523.407
10) Πελοπόννησος					607.428
11) Βόρειο Αγαίο					199.231
12) Νότιο Αγαίο					257.481
13) Κρήτη	8	457	1,3	1	540.054
ΣΥΝΟΛΟ	144	32.001	88,0	1,1	10.259.900

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.10: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΕΞΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (1992)

	κλίνες	ασθενείς	ημ. νοσ.	Μ.Δ.Ν	κάλυψη	προσωπικό	συν. έξοδα .000 δρχ.	κόστος/ημ ./ασθενή	κόστος/ περίπτωση	ασθενείς ημ. νοσ. σε Χ.Τ.*	αποκλ ημέρες	νοσοκ. ασθ. %	
Γενικό Αθηνών	713	26.596	224.600	8	0,86	2.101	15.136.065	67.391	569.111	16.589	133.252	15.972	12
Ευαγγελισμός	1.071	31.965	305.989	10	0,78	2.876	20.785.050	67.927	650.244	12.256	120.542	μ.δ.	μ.δ.
Κ.Α.Τ.	664	16.264	219.372	13	0,91	2.050	17.310.045	78.907	1.064.317	13.846	183.772	5.000	43
Παιδων "Αγία Σοφία"	726	57.444	176.184	3	0,66	1.764	10.995.870	62.411	191.419	11.437	170.184	**	-
ΑΧΕΠΑ	714	30.838	200.385	6	0,77	1.788	12.683.925	63.298	411.308	10.316	83.366	1.566	15
Ιπποκράτειο (Θεσ/νίκη)	966	41.389	266.869	6	0,76	2.396	18.460.020	69.173	446.013	22.506	134.571	2.098	2

*Χειρουργικά Τμήματα

**Η μητέρα έχει το ρόλο της "αποκλειστικής" νοσοκόμας

ΠΗΓΕΣ: Υπουργείο Υγείας, Ίδιοι Υπολογισμοί, 1994.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.11: ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ (ημέρες) σε ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ανά ειδικότητα
(I=για εσωτερικούς ασθενείς, O=για επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία)

	παθολογικό		παιδιατρικό		ορθοπαιδικό		νεφρολογικό		καρδιολογικό		νευροχειρουργικό		καρδιοχειρουργικό		οφθαλμολογικό		Ω.Ρ.Α.		γεν. χειρουργικό		
	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ																					
Γενικό Αθηνών	0	2	-	-	20	6	3	3	20	3	3	3	-	-	20	15	20	1	20	6	
Ευαγγελισμός	5_20*	10	-	-	**	25	5	20	1	4	-	-	**	25	20	25	45	3	15_60*	20	
Κ.Α.Τ.***	0	7	-	-	3_15*	20	0	7	0	7	0	15	-	-	-	-	0	10	0	7	
Παιδων "Αγία Σοφία"	-	-	0	4	15	3	0	4	**	3	μ.δ.	41	μ.δ.	6	3	55	17	3	25_30*	25	
ΑΧΕΠΑ****	5_45	0	0	0	-	-	5_30	0	6_60	0	μ.δ.	20	5	20	45	20	5_30	10	5_10	0	
Ιπποκράτειο (Θεσσαλονίκη)	14	26	14	5	14	82	14	39	14	4	14	30_90*	14	5	95	125	14	40	14	7	

ΠΗΓΕΣ: Στατιστικές που έδωσαν τα Νοσοκομεία

* Παρατηρούνται πολλές διαφοροποιήσεις μεταξύ τμημάτων της ίδιας ειδικότητας

** Δεν υπάρχει λίστα αναμονής. Οι γιατροί κρίνουν απο την σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς.

*** Το Κ.Α.Τ. είναι κυρίως για τα ορθοπαιδικά περιστατικά (ατυχήματα κ.λ.π.).

**** Η εισαγωγή ασθενών στο ΑΧΕΠΑ αξιολογείται απο την περίπτωση του ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.12: ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΜΔΝ) ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ (ΧΑ) (ΗΜΕΡΕΣ) ΓΙΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (1994) ΣΤΑ 6 ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Νοσοκομεία	Εγκεφαλικό Έμφρακτο		Καταρράκτης		Κήλη		Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου		Σκωληκο-ειδεκτομή		Φυσ/κός Τοκετός		Αντι/ση Ισχύου*	
	ΜΔΝ	ΧΑ	ΜΔ	ΧΑ	ΜΔΝ	ΧΑ	ΜΔΝ	ΧΑ	ΜΔΝ	ΧΑ	ΜΔΝ	ΧΑ	ΜΔΝ	ΧΑ
	N													
Γενικό Αθηνών	10		4,2	75	6,8	15	8,9		5,9	0		-	10	
Ευαγγελισμός	16,6		6,8	20	7,8	30	11,3		30	0		-	-	
Κ.Α.Τ.	16,2		-	-	8,9	0	14		7,2	0		-	60-180	
Παίδων "Αγία Σοφία"	-		4,8	3	2,2	90	-		5,1	0		-	-	
ΑΧΕΠΑ	7,6		7,4	45	11,2	13	9,5		5,3	0		4,5	-	
Ιπποκράτειο	20,3		5,3	95	5,6	12	0		4,5	10		4,8	-	
(Θεσσαλονίκη)														

ΠΗΓΕΣ: Ίδιοι Υπολογισμοί βασισμένοι στα στατιστικά των Νοσοκομείων, 1994.

*Δεν υπάρχουν στοιχεία για την ΜΔΝ των αντικαταστάσεων του ισχύου. Ο χρόνος αναμονής εξαρτάται από τους γιατρούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.13: ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΜΔΝ) ΓΙΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (1992)

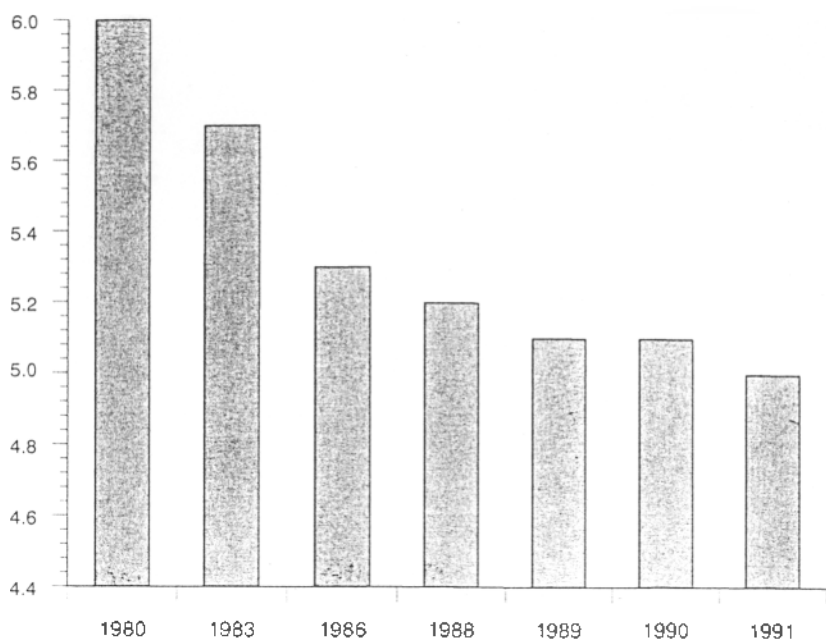
(Δ = δημόσιος τομέας, Ι = ιδιωτικός τομέας)

	Εγκεφαλικό Έμφρακτο		Καταρράκτης		Κήλη		Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου		Σκωληκοειδεκτομή		Φυσιολογικός Τοκετός	
	Δ	Ι	Δ	Ι	Δ	Ι	Δ	Ι	Δ	Ι	Δ	Ι
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ												
1) Αν. Μακεδονία-Θράκη	6,64		8,43	17,09	6,80	10,96	9,22	12,00	5,62	8,37	3,93	4,88
2) Κεντρική Μακεδονία	13,17	16,50	5,44	1,92	7,16	7,19	10,11	12,45	5,64	5,33	4,66	5,06
3) Δυτική Μακεδονία	4,50	10,00	9,94	3,11	8,00	6,54	10,08	14,40	5,14	6,59	5,50	4,41
4) Ήπειρος	2,00	14,00	6,38	1,00	6,87	9,74	7,58	10,00	5,30	8,73	4,62	4,34
5) Θεσσαλία	8,33	4,00	3,14	2,09	5,92	10,17	7,58	9,54	5,60	9,22	3,34	3,73
6) Ιόνια Νησιά	8,75	76,00	5,55	3,50	6,34	8,86	10,25		6,01	6,29	5,24	4,02
7) Δυτική Ελλάδα	13,48	85,80	5,47	5,32	5,98	8,21	6,99	12,00	5,36	7,86	4,54	4,66
8) Στερεά Ελλάδα	14,50		3,02	1,83	6,65	6,60	33,32	13,28	5,16	4,81	5,16	3,42
9) Αττική	9,86	10,19	6,68	5,37	7,51	5,96	13,50	17,05	5,54	5,38	4,85	4,50
10) Πελοπόννησος	10,67		5,48	6,82	6,15	8,67	9,52	16,25	5,72	6,85	4,46	4,46
11) Βόρειο Αγαίο	4,50		6,00		7,43	8,00	11,56		5,87	8,66	5,39	5,76
12) Νότιο Αγαίο	9,07		6,27	4,00	6,24	8,41	8,06	2,67	5,75	7,28	4,13	4,07
13) Κρήτη	5,86		7,69		7,92	14,00	9,34	26,67	5,98	12,50	4,02	4,69
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	11,81	20,77	5,67	3,24	6,98	7,15	10,51	12,95	5,62	5,88	4,48	4,76

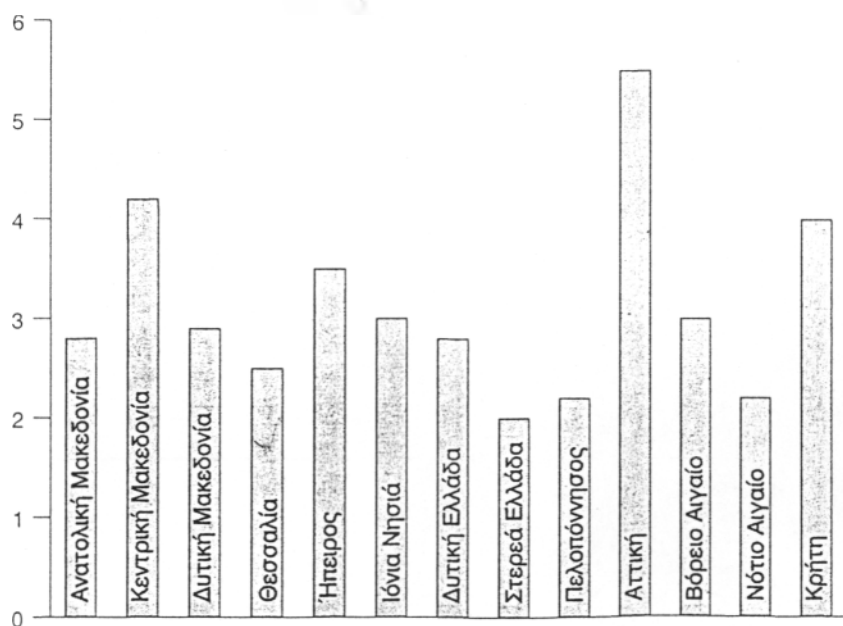
ΠΗΓΕΣ: Υπουργείο Υγείας-ΚΕΣΥ-Τμήμα Πληροφορικής, 1994.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

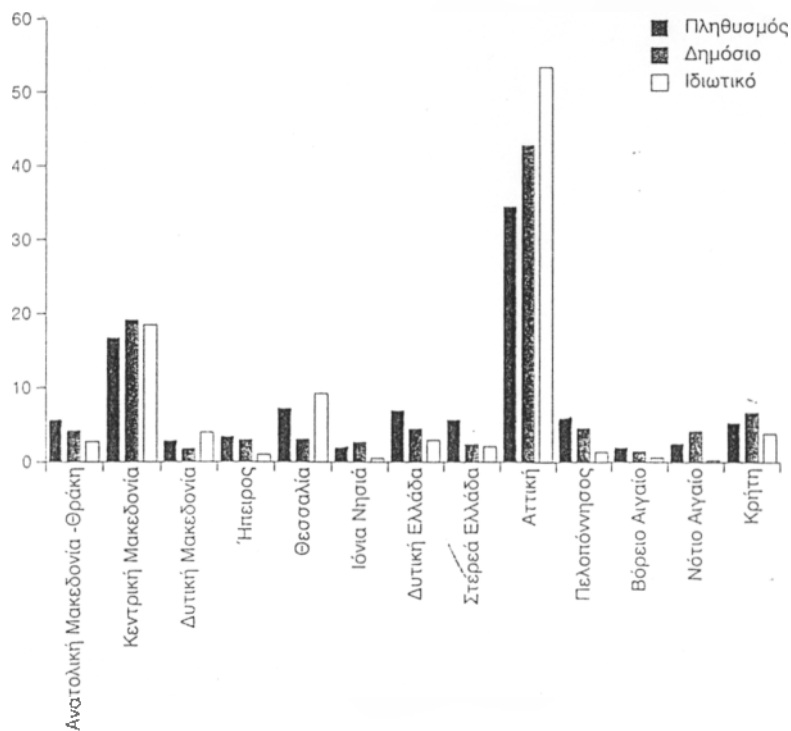


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΚΛΙΝΕΣ ΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ



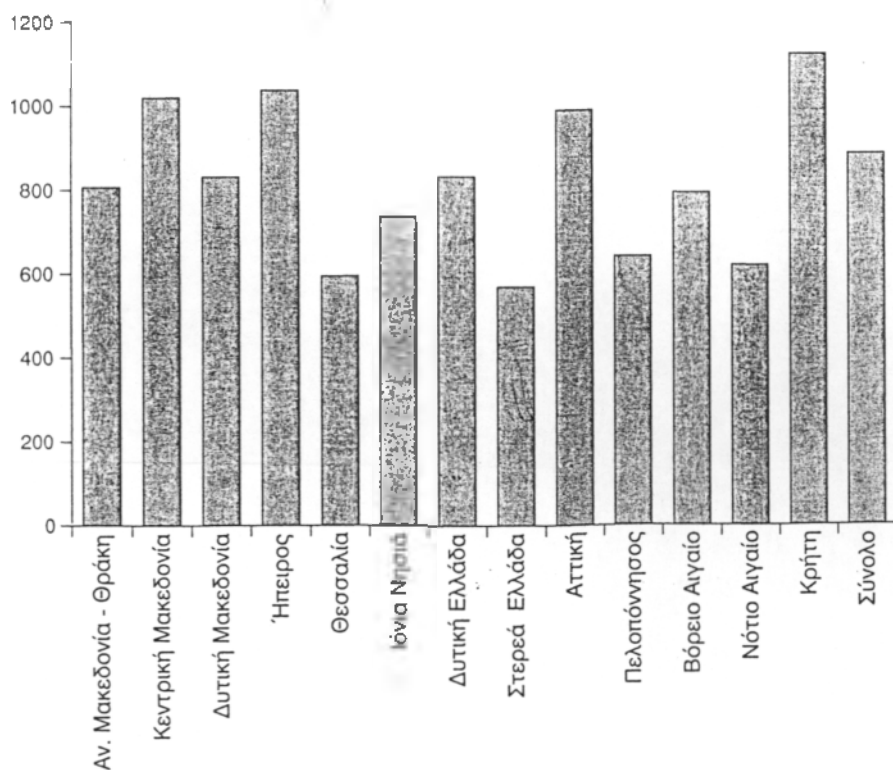
ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ε.Σ.Υ.Ε., Ιδίες Εκτιμήσεις, 1994

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΩΝ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ - ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ



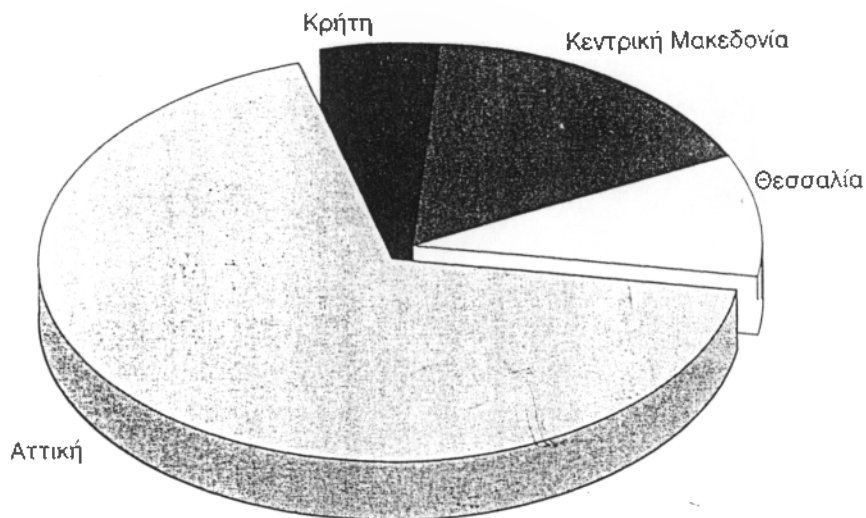
ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ιδίες Εκτιμήσεις, 1994.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑ Ε.Ι. ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ



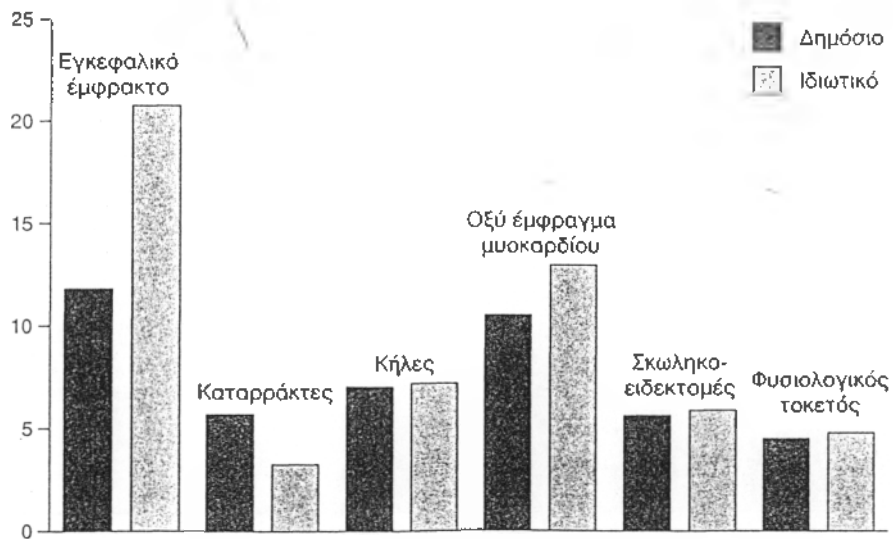
ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ιδίες Εκτιμήσεις, 1994.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ (ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ) (1992)



ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (1992)



ΠΗΓΗ: ΥΓΠΚΑ - ΚΕΣΥ - Τμήμα Πληροφορικής, 1994.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

3.1 Γενικά

Προκειμένου να έχουν οι πολίτες μιας χώρας την δυνατότητα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να ισχύει το κριτήριο της χωρικής ισότητας και οι υγειονομικοί πόροι να είναι κατανομημένοι σύμφωνα με αυτό. Λέγοντας βέβαια υγειονομικούς πόρους εννοούμε τους υλικούς πόρους (νοσοκομεία, κλίνες, κ.λ.π.) που εξετάσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο αλλά και τους ανθρώπινους πόρους (ιατρούς, νοσηλευτές, κ.λ.π.) που θα εξετάσουμε εδώ.

Το πρόβλημα της άνισης γεωγραφικά κατανομής των υπηρεσιών υγείας γίνεται περισσότερο προφανές σε αυτό το κεφάλαιο. Θα επιχειρήσουμε να διερευνήσουμε:

1. το βαθμό επάρκειας των νοσοκομείων καθώς και της χώρας γενικότερα, σε ιατρικό δυναμικό, και
2. την ποσοτική σχέση που πρέπει να υπάρχει μεταξύ ιατρικού προσωπικού και κλινών και μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Δεν εξετάζουμε όμως το θέμα μόνο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά. Και συγκεκριμένα μελετάμε:

- τις ιατρικές ειδικότητες
- τον απαιτούμενο αριθμό ιατρών ανά ειδικότητα
- την περιφερειακή κατανομή τους

— την αναπαραγωγή και συνεχή εκπαίδευση του ιατρικού δυναμικού.

Με τη σωστή διαχείριση του ιατρικού δυναμικού μπορούμε να βελτιώσουμε την ποιότητα όσο και την αποδοτικότητα του προσφερόμενου έργου. Η καλή λειτουργία των νοσοκομείων εξαρτάται από την δυνατότητα διάθεσης άριστα εκπαιδευμένων ιατρών οι οποίοι πρέπει να χρησιμοποιούνται στη σωστή αναλογία και στις κατάλληλες ειδικότητες.

Όμως στην χώρα μας δεν έχει δοθεί ακόμα ανάλογη βαρύτητα στον παράγοντα αυτό, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει κεντρικός σχεδιασμός για τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες σε ιατρικό δυναμικό. Δεν έχει εφαρμοστεί ποτέ μια πολιτική που να συνδυάζει προσφορά και ζήτηση και να συνδέει το σύστημα υγείας με το σύστημα εκπαίδευσης. Ο μόνος τρόπος, και όχι μάλλον ο πλέον κατάλληλος, για να διαπιστώσει κανείς τις ανάγκες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε ιατρικό δυναμικό είναι οι κενές οργανικές θέσεις όπως αυτές καταγράφονται από το Υπουργείο Υγείας.

3.2 Το Ιατρικό Δυναμικό στο Σύνολο του

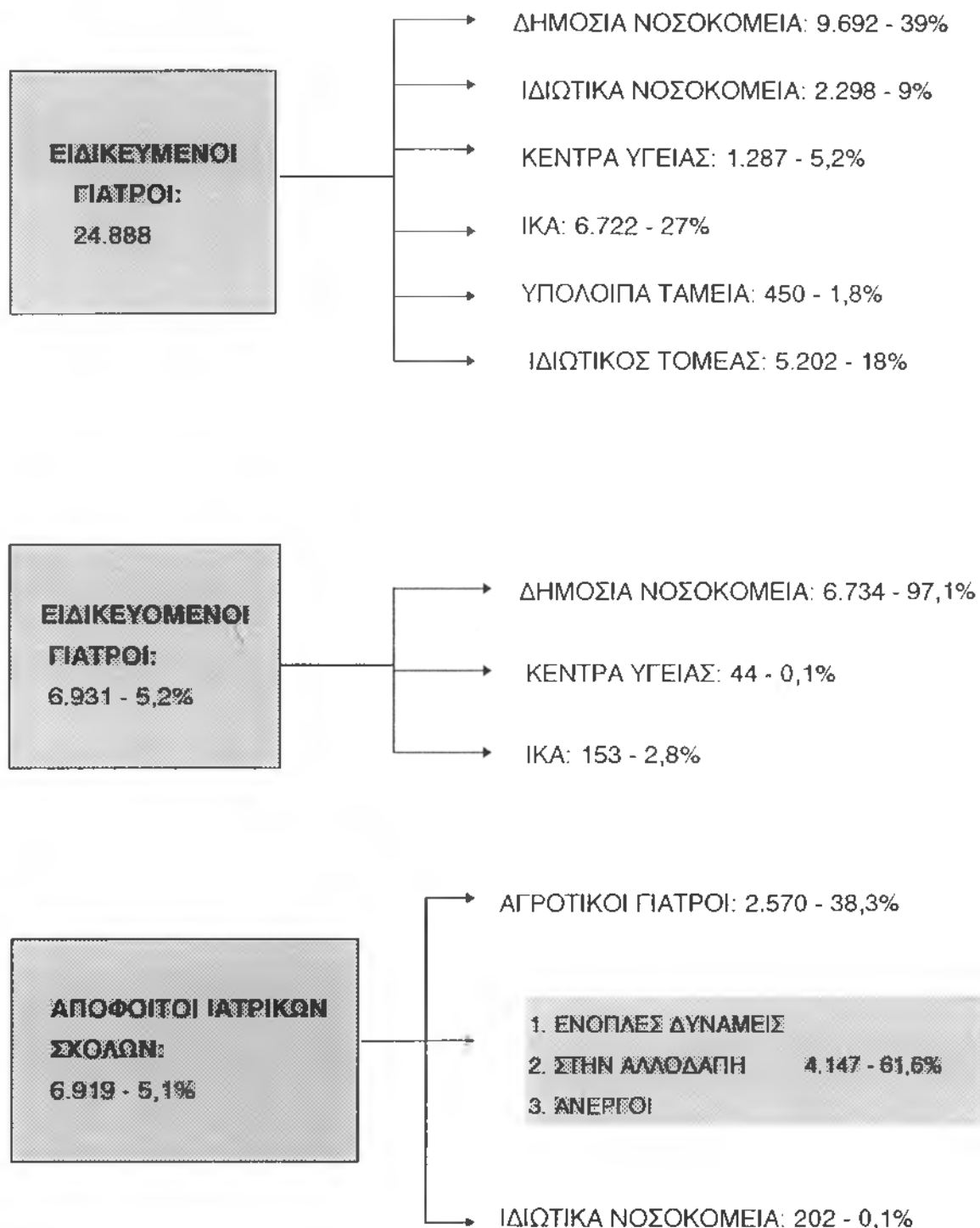
Λέγοντας ιατρικό δυναμικό εννοούμε:

- τους ειδικευμένους γιατρούς
- τους ειδικευόμενους
- τους απόφοιτους ιατρικών σχολών

Συγκεκριμένα οι ιατροί μετά την αποφοίτηση τους από την ιατρική σχολή όπου το πρόγραμμα σπουδών διαρκεί έξι έτη είναι υποχρεωμένοι να υπηρετήσουν για ένα έτος σε αγροτικές περιοχές. Στην συνέχεια μπορούν να κάνουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε ειδικές θέσεις που προβλέπονται στα νοσοκομεία και να πάρουν μια ειδικότητα. Η διάρκεια της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης ποικίλλει ανάλογα με τις ειδικότητες. Οι ειδικευόμενοι ιατροί συγκαταλέγονται στο ιατρικό προσωπικό του εκάστοτε νοσοκομείου.

Στο παρακάτω Διάγραμμα παρουσιάζεται συνοπτικά η κατανομή του ιατρικού δυναμικού ανάλογα με την θέση εργασίας και τον εργοδότη. Το σύνολο του ιατρικού προσωπικού για το έτος 1992 είναι 38.738.

Διάγραμμα 8: Ιατρικό Προσωπικό: 38.738 (1992)



Σύμφωνα με τον Πίνακα 3.2 στον οποίο φαίνεται η αναλογία κατοίκων ανά γιατρό τις τελευταίες δεκαετίες, η αύξηση του αριθμού των γιατρών έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις. Έτσι, ενώ το έτος 1980 αντιστοιχούσε ένας γιατρός ανά 415 κατοίκους, το 1990 η αναλογία έφτασε στους 276 κατοίκους και το 1992 σύμφωνα με τον Πίνακα 3.3 στους 265 κατοίκους. Σε μία δεκαετία, περίπου το ιατρικό σώμα σημείωσε αύξηση κατά 67% όπως προκύπτει από τον Πίνακα 2.3 (παράρτημα πινάκων Κεφ. 2 σελ.42). Την ίδια περίοδο ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε κατά 5,3% και το σύνολο των νοσοκομειακών κρεβατιών μειώθηκε κατά 13,2%. Παρατηρούμε δηλαδή μια αύξηση του ιατρικού προσωπικού χωρίς να παρουσιασθεί ουσιαστική νοσοκομειακή ανάγκη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ (1992)

ΧΩΡΕΣ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ
Αγγλία	562
Γαλλία	336
Γερμανία	332
Σουηδία	360
Ιταλία	248
Ισπανία	296

ΠΗΓΗ: Brearleys (1992).

Εξετάζοντας τον Πίνακα 3.1 μπορούμε να δούμε την αναλογία κατοίκων ανά γιατρό. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η χώρα μας παρουσιάζει πληθωρισμό γιατρών. Βέβαια δεν υπάρχει ορισμός για τον ιατρικό πληθωρισμό. Υπάρχουν τόσοι ορισμοί όσο και αυτοί που τον επικαλούνται. Η επιστημονική κοινότητα του δυτικού κόσμου έχει δεχθεί συμβατικά ότι η αναλογία (γιατρός ανά κάτοικοι) 1/500, 1/600 ή και 1/700

που παίζει ανάλογα με την δεκαετία, είναι μια άριστη αναλογία. Αυτό όμως δεν είναι ένας επιστημονικός ορισμός. Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ότι η σχέση γιατρός/κάτοικοι δεν εκφράζει με ακρίβεια την επάρκεια ή μη του ιατρικού δυναμικού της χώρας, γιατί αυτή εξαρτάται και από το ισχύον υγειονομικό σύστημα και την ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του υπόλοιπου νοσηλευτικού προσωπικού.

Θα μπορούσαμε κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις να προβλέψουμε την εξέλιξη του αριθμού των γιατρών. Οι προϋποθέσεις αναφέρονται στην σταθερότητα των εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα σε συνδυασμό με την μη ύπαρξη θεσμικών αλλαγών στο εκπαιδευτικό και υγειονομικό μας σύστημα. Έτσι εάν οι υπολογισμοί είναι σωστοί το έτος 2000 οι γιατροί στην Ελλάδα θα φτάσουν τους 50.000⁴.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2: Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΙΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ

Γεωγραφικό Διαμέρισμα	Κάτοικοι ανά γιατρό			
	1960	1970	1980	1990
Περ. Πρωτευούσης	500	338	226	159
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	2000	1290	1330	719
Πελοπόννησος	1301	1010	853	469
Ιόνιοι Νήσοι	1436	1175	1009	473
Ήπειρος	1959	1116	845	376
Θεσσαλία	1497	1176	760	487
Μακεδονία	1106	672	424	282
Θράκη	2764	1263	809	562
Νήσοι Αιγαίου	1197	878	875	601
Κρήτη	1252	988	779	352
Σύνολο Ελλάδας	805	615	415	276

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ, Επεξεργασία, ΔΜΥΠ - ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

⁴ Υφαντόπουλος Γ. - Σούλης Σ. - Παπαηλίας Θ. - Μανιαδάκης Ν. (1993). "Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον Τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980-2000" Αθήνα.

Στην παραπάνω εκτίμηση που αποδεικνύει τις διαγραφόμενες τάσεις στην αύξηση του ιατρικού προσωπικού έρχονται να προστεθούν στοιχεία που μπορεί να επιβαρύνουν ακόμη την υφιστάμενη κατάσταση. Το πρώτο αφορά την Ευρωπαϊκή ενοποίηση, η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει μια αύξηση της εισροής του ιατρικού δυναμικού από τις χώρες της Ευρώπης, λόγω των ιδιαίτερων πλεονεκτημάτων (κλίμα, θάλασσα, κλπ.) που συγκεντρώνει η χώρα μας. Δεύτερον αναμένεται μεγαλύτερη εισροή γιατρών από αποφοίτους ιατρικών σχολών χωρών του τέως υπαρκτού σοσιαλισμού (Σοβιετική Ένωση, Αλβανία, Ρουμανία, κλπ.).

Τόσο οι διαγραφόμενες τάσεις, όσο και οι εκτιμήσεις αποδεικνύουν το μελλοντικό πρόβλημα της χώρας που είναι η υπερβολική αύξηση του αριθμού των γιατρών. Η υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού δημιουργεί συνεχή αύξηση των δαπανών για την υγεία, τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών, μιας και η αύξηση του αριθμού των γιατρών δεν έχει ως αποτέλεσμα το μοίρασμα της συγκεκριμένης, ας το πούμε έτσι πίτας, αλλά συνεχώς αυξάνει μέσω της προκλητής ζήτησης, αυτή την πίτα για να μπορέσει να υπάρξει αυτό που όλοι μας λέμε "ιατρική ύλη". Είναι ένα ιδιαίτερο οικονομικοκοινωνικό φαινόμενο, που δικαιολογείται από την κυρίαρχη θέση του παραγωγού - ιατρού έναντι του καταναλωτή - ασθενή. Ο ασθενής δεν έχει καμιά δυνατότητα να επιλέξει την χρήση ή όχι των υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρονται από τον ιατρό.

Χαρακτηριστικά ο Γ.Δ. Δημολιάτης αναφέρει σε ένα άρθρο του⁵ :

"Ας υποθέσουμε ότι σε μια πόλη 50.000 κατοίκων υπάρχει ένας και μόνον ένας γιατρός, και ότι είναι υποχρεωμένος να πηγαίνει σε κάθε κλήση. Ύστερα από λίγο θα ξεθεωθεί στη δουλειά και το μόνο που θα επιθυμούσε θα ήταν να βρεθεί ένας τρόπος να μην αρρωσταίνουν οι άνθρωποι, για να μπορέσει να ζήσει κι αυτός λίγο σαν άνθρωπος. Είναι φανερό ότι θα στραφεί προς το αίτιο για να το άρει, προς την πρόληψη (εμβόλια για τις επιδημίες, υγιεινή των υδάτων, της διατροφής, κτλ...,κτλ.)

Ας υποθέσουμε τώρα ότι στην ίδια πόλη υπάρχουν χίλιοι γιατροί, ανά 50 κατοίκους ένας. Ύστερα από λίγο θα διαπίστωναν πως, για να μην μείνουν άνεργοι και πεθαίνουν της πείνας, θα ήταν καλό ν' αρρώσταιναν όσο γίνεται περισσότεροι κάτοικοι, και τότε η δουλειά τους θα ήταν να τους κάνουν καλά. Είναι φανερό πως η πρόληψη δεν είναι για τους πολλούς

⁵ Άρθρο του Δημολιάτη (Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Ιωαννίνων) στο περιοδικό "Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία".

γιατρούς, οι πολλοί γιατροί θα στρέφονταν προς το αποτέλεσμα, προς την αρρώστια, προς την θεραπεία (αντιβιοτικά για τις λοιμώξεις, σνομπάρισμα των υγιεινών στάσεων “κάπνισμα, παχυσαρκία,..”). Θα μπορούσαν επίσης, αλλά και θα έπρεπε κιόλας, να ειδικευτούν, να γίνει ο ένας παθολόγος κι ο άλλος μικροβιολόγος για να - εκτός των άλλων - στέλνουν ο ένας δουλειά στον άλλον, γιατί αλλιώς “κλέφτες θα βγουν οι γιατροί στα βουνά; θέλουν κι αυτοί να ζήσουν. “

Γίνεται φανερό λοιπόν ότι οι λίγοι γιατροί είναι συμβατοί με την πρόληψη και την γενικότητα ενώ οι πολλοί γιατροί είναι συμβατοί με τη θεραπεία και την ειδικότητα. Όσο αυξάνουν οι γιατροί σε μια χώρα τόσο αυξάνει η προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση αυτή της προσφοράς προκαλεί αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή έχουμε τη δημιουργία προκλητής ζήτησης⁶.

Η προκλητή ζήτηση είναι ένα πρόβλημα διπλά άδικο, αφ'ενός διότι παρέχει κακές υπηρεσίες στον πολίτη και αφ'ετέρου διότι δαπανά πολύτιμους πόρους που θα μπορούσαν είτε να επενδυθούν στον χώρο της υγείας είτε να χρησιμοποιούνται για άλλους κοινωνικούς σκοπούς.

Είναι πολύ λογικό ότι ένας άνθρωπος ο οποίος σπούδασε γιατρός, έχει την απαίτηση να εργασθεί ως γιατρός και πρέπει να ζήσει. Ο γιατρός ειδικά έχει μια ιδιομορφία σαν επάγγελμα. Δεν είναι σαν τα άλλα επαγγέλματα που λειτουργεί πολύ γρήγορα ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης. Ο γιατρός έχει την ιδιομορφία να μπορεί να δημιουργήσει ο ίδιος την ζήτηση, να την προκαλέσει. Ως εκ'τούτου οδηγούμαστε σε περιπτώσεις, με την έννοια της κοινωνικής αξίας, δαπάνες, για να ζήσουν οι παραπάνω γιατροί τους οποίους πληρώνουμε.

Ένα άλλο φαινόμενο που δημιουργείται είναι οι πιέσεις για διορισμούς στον δημόσιο τομέα. Ενώ η ελληνική επαρχία παρουσιάζει έλλειψη ιατρικού προσωπικού, σε πολλά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης παρατηρείται αδικαιολόγητη πληθώρα ιατρών ορισμένων ειδικοτήτων και ταυτόχρονα ασκούνται πιέσεις για προκήρυξη θέσεων νέου υπεράριθμου ιατρικού προσωπικού. Συγκεκριμένα στο

⁶ Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, ισχύει εδώ ο νόμος του Say, σύμφωνα με τον οποίο η προσφορά δημιουργεί τη δική της ζήτηση.

Τζάνειο νοσοκομείο επί 480 κλινών υπηρετούν 420 γιατροί⁷. Δηλαδή η αναλογία τείνει να είναι γιατρός ανά κλίνη. Με αυτό τον τρόπο επιβαρύνονται οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων τόσο από τις απολαβές του πλεονάζοντος ιατρικού προσωπικού όσο και από το συνεπαγόμενο λειτουργικό κόστος.

Μια άλλη παρενέργεια η οποία αφορά κατ' αρχήν τους ίδιους τους γιατρούς, είναι ότι παρατηρείται προοδευτική κοινωνική απαξίωση του ιατρικού επαγγέλματος. Έχει αρχίσει να εμφανίζεται το φαινόμενο της ανεργίας όσον αφορά το νεότερο τμήμα του ιατρικού σώματος, παρά την δυνατότητα προκλητής ζήτησης. Ήδη όλο και περισσότεροι νέοι γιατροί αναλαμβάνουν "παραϊατρικά" καθήκοντα (π.χ. σε φαρμακευτικές εταιρείες) ή υπαλληλοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα (ασφαλιστικές επιχειρήσεις κλπ.). Έχουν αναφερθεί και ελάχιστες, ιδιαίτερα υποβαθμισμένες ετεροαπασχολήσεις ιατρών (αποκλειστικοί νοσοκόμοι κλπ.) που όμως αφορούν κυρίως, προς το παρόν, επαναπατριζόμενους από τη Ρωσία, Αλβανία κλπ.

3.3 Γεωγραφική Κατανομή Ιατρών

Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των γιατρών της χώρας μας είναι ένας από τους μεγαλύτερους στην Ευρώπη, η γεωγραφική κατανομή τους είναι άνιση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές να υπάρχει υπερεπάρκεια ιατρικού προσωπικού ενώ σε ορισμένες περιοχές να υπάρχουν τραγικές ελλείψεις. Ο Πίνακας 3.3 δείχνει την γεωγραφική κατανομή των γιατρών στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας. Η Αττική έχει το 34% του ελληνικού πληθυσμού και το 52% του ιατρικού πληθυσμού. Στην Θεσσαλονίκη και την ευρύτερη Κεντρική Μακεδονία βρίσκεται το 19% του ιατρικού προσωπικού, ενώ το υπόλοιπο 29% βρίσκεται στην υπόλοιπη Ελλάδα για να εξυπηρετήσει τις υγειονομικές ανάγκες του 50% περίπου του ελληνικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα η Αττική (1 γιατρός ανά 174 κατοίκους), η Κεντρική Μακεδονία συμπεριλαμβανομένης και της Θεσσαλονίκης (1/236), η Κρήτη

⁷ Από την ομιλία του κ. Γιώργου Στάθη, οικονομολόγος, πρόεδρος του Δ.Σ. του νοσοκομείου Τζάνειο (Πρακτικά από την 2η Επιστημονική Εκδήλωση με θέμα "Επαγγέλματα Υγείας, Πληθωρισμός, Ανεπάρκεια, Ανυπαρξία).

(1/318), η Δυτ. Ελλάδα (1/349) και η Ήπειρος (1/369) βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση σε σχέση με τα Νησιά του Αιγαίου (Νότια 1/462, Βόρεια 1/583), την υπόλοιπη εκτός Αχαΐας Πελοπόννησο (1/567), την Δυτ. Μακεδονία (1/616) και την Στερεά Ελλάδα (1/630).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3: ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Πληθυσμός	Γιατροί	Κάτοικοι / Γιατρό
1) Αν. Μακεδονία-Θράκη	570.496	1.196	477
2) Κεντρ. Μακεδονία	1.710.513	7.568	226
3) Δυτ. Μακεδονία	293.015	470	623
4) Ήπειρος	339.728	978	347
5) Θεσσαλία	734.846	1.512	486
6) Ιόνια Νησιά	193.734	439	441
7) Δυτ. Ελλάδα	707.687	1.867	379
8) Στερεά Ελλάδα	582.280	920	633
9) Αττική	3.523.407	20.170	175
10) Πελοπόννησος	607.428	1.099	553
11) Βόρειο Αιγαίο	199.231	354	563
12) Νότιο Αιγαίο	257.481	508	507
13) Κρήτη	540.054	1.657	326
ΣΥΝΟΛΟ	10.259.900	38.738	265

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

Στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζονται επίσης ο αριθμός των γιατρών που ασκούν την ιατρική στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι αντίστοιχες αναλογίες ανά κατοίκους. Τα δεδομένα δείχνουν και σε αυτό το επίπεδο την άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού και επιβεβαιώνονται οι τάσεις της γεωγραφικής κατανομής που ήδη διαπιστώθηκαν στον συνολικό αριθμό του ιατρικού δυναμικού.

Η δυσαναλογία αυτή δεν είναι πρωτογενής αλλά είναι ένα από τα αποτελέσματα της μετανάστευσης του αγροτικού πληθυσμού προς τα αστικά κέντρα. Η αστυφιλία των γιατρών δεν προηγήθηκε της αστυφιλίας του αγροτικού πληθυσμού αλλά την ακολούθησε. Με τις υπάρχουσες υγειονομικές συνθήκες της επαρχίας είναι

δύσκολο να κατευθυνθεί ο γιατρός προς αυτές όσο δύσκολα κι αν εργάζεται στην Αθήνα ή την Θεσσαλονίκη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (1991)

ΕΠΑΡΧΙΕΣ	Αριθμός Γιατρών	Κάτοικοι / Γιατρό
	στην εξων. περ/λψη	στην εξων. περ/λψη
1) Αθήνα	9.883	356
2) Κ. Ελλάδα	800	1.012
3) Πελοπόννησος	1.230	875
4) Νησιά Ιονίου	254	752
5) Ήπειρος	477	711
6) Θεσσαλία	938	779
7) Μακεδονία	4.145	546
8) Θράκη	309	1.092
9) Νησιά Αιγαίου	425	1.084
10) Κρήτη	694	773
ΣΥΝΟΛΟ	19.155	536

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η χώρα μας αντιμετωπίζει δύο **σοβαρά προβλήματα** σε σχέση με το ιατρικό δυναμικό. **Πρώτον**, μεγάλο αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό, γεγονός που αν συνεχισθεί μπορεί να προκληθούν δυσάρεστες καταστάσεις για τον υγειονομικό τομέα. Έτσι είναι δυνατόν τα επόμενα χρόνια η χώρα μας να αντιμετωπίσει υπερβάλλουσα αύξηση των δαπανών, αλλά και ανεργία στο ιατρικό προσωπικό, ένα στοιχείο που είναι γνώριμο στην γειτονική μας Ιταλία, στην οποία η ανεργία έχει ξεπεράσει το 17% του ιατρικού δυναμικού. **Δεύτερον** παρά το μεγάλο αριθμό των γιατρών η γεωγραφική τους κατανομή είναι άνιση. Αρκετές ορεινές και νησιωτικές περιοχές ή νομοί με χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης αντιμετωπίζουν ελλείψεις σε βασικό ιατρικό προσωπικό με αποτέλεσμα την ακύρωση του δικαιώματος της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, των κατοίκων των περιοχών αυτών.

Προκειμένου να μειωθούν τα προβλήματα της άνισης κατανομής του ιατρικού σώματος και της απροθυμίας του να εργασθεί σε απομονωμένες αγροτικές περιοχές,

το 1968 ψηφίστηκε νόμος σύμφωνα με τον οποίο οι νέοι γιατροί υποχρεούνται να υπηρετήσουν για ένα τουλάχιστον έτος σε αγροτικές περιοχές. Ο νόμος αυτός για την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου ισχύει μέχρι σήμερα. Όμως οι γιατροί αυτοί θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην συντριπτική τους πλειοψηφία είναι χωρίς ειδικότητα, με άτυπο ρόλο οικογενειακού ή γενικού γιατρού της περιοχής ευθύνης τους.

3.4 Ιατρικές Ειδικότητες και η Χωροκατανομή τους

Είναι γνωστό ότι ο υγειονομικός τομέας συνεχώς επεκτείνεται, νέες τεχνολογικές καινοτομίες στην άσκηση του ιατρικού έργου εμφανίζονται και νέες ειδικότητες των ιατρικών επιστημών προσδίδουν μια διαρκώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα του ιατρικού έργου. Φυσικά τις νέες τεχνολογικές εξελίξεις θα πρέπει να ακολουθήσει και η χώρα μας. Όμως στην Ελλάδα το πρόβλημα των ιατρικών ειδικοτήτων σχετίζεται με την κατανομή τους στις περιφέρειες και την εκπαίδευση ικανού αριθμού αποφοίτων της ιατρικής, στην γενική ιατρική, και όχι με τις νέες ειδικότητες.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 3.5 το 8,2% των γιατρών είναι παθολόγοι, 12% χειρουργοί, 9% εργαστηριακοί, 2,9% ψυχίατροι, 9% παιδίατροι, 18% ειδικευόμενοι, 6,6% αγροτικοί γιατροί, το 11,2% δεν έχει καμιά ειδικότητα και το υπόλοιπο ποσοστό κατανέμεται στις άλλες ειδικότητες. Οι γενικοί γιατροί αν και αποτελούν σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες την πλειοψηφία, στην χώρα μας το έτος 1992 ήταν μόλις 400 και αποτελούσαν το 1% του συνολικού αριθμού. Αν σε αυτή την ειδικότητα προστεθούν και οι παθολόγοι η αναλογία πλησιάζει το 9,5% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε Αγγλία, Καναδά, και Σουηδία είναι περίπου 50%.

Ο μικρός αριθμός των γενικών γιατρών, οι οποίοι αποτελούν τον κορμό του υγειονομικού συστήματος και την πρώτη επαφή του ασθενή με τις υπηρεσίες, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα μειονεκτήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Με δεδομένο ότι οι γενικοί γιατροί αποτελούν τους οικογενειακούς γιατρούς και είναι αυτοί που στελεχώνουν τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας, η έλλειψη τους αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στο υγειονομικό σύστημα και δημιουργεί δυσχέρειες στην πρόσβαση, αναποτελεσματικότητα και σπατάλη πόρων. Επί πλέον η έλλειψη της συνέχειας μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και η άσκοπη μετακίνηση του ασθενή στο σύστημα οφείλεται εν πολλοίς στην μη ύπαρξη του γενικού οικογενειακού γιατρού, ο οποίος παράλληλα με την θεραπεία εκτελεί και τον ρόλο του διαχειριστή του ασθενή στα επί μέρους επίπεδα και τις ειδικές υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας.

Εκτός από την ειδικότητα της γενικής ιατρικής σχετική έλλειψη παρατηρείται και στους ψυχιάτρους μόλις 2,9%. Το μεγάλο όμως πρόβλημα σε σχέση με αυτούς, είναι η ανισοκατανομή τους στις υγειονομικές περιφέρειες. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου για παραπάνω από 25 χρόνια υπήρχε ένας ψυχίατρος για 2.000 ασθενείς⁸.

Άνιση κατανομή επίσης παρουσιάζεται μεταξύ των ειδικοτήτων των γιατρών που υπηρετούν σε διάφορες περιοχές, καθώς επίσης και ανεπαρκής προγραμματισμός του εκπαιδευτικού συστήματος να πετύχει μία πιο ισορροπημένη σχέση ή την ανάπτυξη ειδικοτήτων με προσανατολισμό τις ανάγκες της χώρας, της επιστήμης και της σύγχρονης τεχνολογίας. Ο Πίνακας 3.5 επιχειρεί να καταγράψει την κατανομή όλων των ειδικοτήτων του ιατρικού προσωπικού ανά νομό και περιφέρεια. Τα στοιχεία του πίνακα αυτού ακτινογραφούν το ιατρικό δυναμικό της χώρας μας και την κατανομή του για το έτος 1992. Η προσεκτική ανάγνωση των στοιχείων αποκαλύπτει τις σημαντικές αποκλίσεις που υπάρχουν τόσο στον αριθμό όσο και σε συγκεκριμένες ειδικότητες μεταξύ των περιφερειών που βρίσκονται τα μεγάλα αστικά κέντρα σε σχέση με τις απομακρυσμένες περιφέρειες της υπόλοιπης Ελλάδας.

⁸ Ιωαν. Σωτήρχου "Πως δεν θα γυρίσουμε στα χρόνια της ντροπής" Ελευθεροτυπία 1/9/95, σελ 32/33.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5:

ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Πληθυσμός	Σύνολο Ιατρών	Κάτοικοι Γεντροί	Παθολόγοι	Γενικοί Γιατροί	Παιδίατροι	Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες	Καρδιολόγοι	Λοιπές Κλινικές Ειδικότητες	Εργαστηριακοί Γιατροί	Ακτινολόγοι-Ραδιολόγοι	Χειρουργοί	Ορθοπαιδικοί	Λοιποί Χειρουργοί*	Αναισθησιολόγοι	Ψυχίατροι	Ειδικευόμενοι
1) Αν. Μακεδονία-Θράκη	570.496	1.196	477	93	27	81	62	64	77	89	47	67	39	79	26	21	220
2) Κεντρ. Μακεδονία	1.710.513	7.568	226	535	96	498	376	270	288	614	271	430	173	586	301	289	1.428
3) Δυτική Μακεδονία	293.015	470	623	44	14	37	32	21	25	33	22	25	16	38	9	3	28
4) Ηπειρος	339.728	978	347	77	23	53	44	33	88	74	25	38	26	64	24	16	214
5) Θεσσαλία	734.846	1.512	486	182	32	118	69	72	116	130	61	60	36	104	31	7	230
6) Ιόνια Νησιά	193.734	439	441	45	11	32	22	21	31	38	15	22	13	34	12	12	40
7) Δυτική Ελλάδα	707.687	1.867	379	138	29	108	68	64	111	143	67	62	50	106	37	26	376
8) Στερεά Ελλάδα	582.280	920	633	92	37	64	35	44	36	73	36	41	35	62	19	10	56
9) Αττική	3.523.407	20.170	175	1.665	54	1.158	1.067	851	1.575	1.971	743	1.217	567	1.228	612	703	3.786
10) Πελοπόννησος	607.428	1.099	553	88	25	65	46	53	59	105	30	42	33	80	16	14	111
11) Βόρειο Αγαίο	199.231	354	563	39	11	21	15	10	12	27	13	15	11	30	9	3	37
12) Νότιο Αγαίο	257.481	508	507	41	18	38	21	22	22	45	15	23	8	28	8	4	51
13) Κρήτη	540.054	1.657	326	148	23	90	68	48	116	136	58	77	51	102	41	32	354
ΣΥΝΟΛΟ	10.259.900	38.738	265	3187	400	2363	1925	1573	2556	3478	1403	2119	1058	2541	1145	1140	6931
ΠΟΣΟΣΤΟ%		100		8,23	1,03	6,1	4,97	4,06	6,6	8,98	3,62	5,47	2,73	6,56	2,96	2,94	17,89
ΠΟΣΟΣΤΟ% (ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ)		100							31		12,6				17,7	2,9	
ΣΥΝΟΛΟ (ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ)		38.738							12.269		4.881				6.863	1.140	

*Νευροχειρουργοί, Ουρολόγοι και λοιποί

ΠΗΓΗ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 1994.

3.5 Νοσοκομειακοί Γιατροί

Το 1992 σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ασκούσαν το επάγγελμα 38.738 γιατροί και αναλογούσε 1 γιατρός σε 265 κατοίκους. Το ίδιο έτος, στα νοσοκομεία όλης της χώρας υπηρετούσαν 18.565 γιατροί. Η αναλογία ήταν 1 γιατρός προς 553 κατοίκους η οποία θεωρείται αρκετά ικανοποιητική συγκρινόμενη με τους αντίστοιχους δείκτες άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Αντιθέτως η αναλογία αυτή παρουσιάζεται υψηλή αν υπολογιστεί, ο συνολικός αριθμός των γιατρών προς τον πληθυσμό όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.1.

Την τελευταία δεκαετία το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων αυξήθηκε περίπου κατά 50% Πίνακας 2.3 (Παράρτημα πινάκων Κεφαλ. 2, σελ.42). Η αύξηση αυτή ήταν θεαματική στις περιφέρειες όπου λειτουργούν Ιατρικές Σχολές και Πανεπιστημιακές κλινικές (Πελοπόννησος 76,3%, Ήπειρος 153,8%, Κρήτη 153%), ενώ ήταν μικρότερη στην Θράκη 31,9% στην Περιφέρεια της Πρωτεύουσας 37% και στην Μακεδονία 54,9% (Πίνακας 3.6).

Οι βασικότεροι λόγοι της αύξησης αυτής ενδεχομένως να αποδίδονται στην ύπαρξη ανταγωνισμού στην ελεύθερη αγορά και στην επαγγελματική διέξοδο που διαφάνηκε με την δημιουργία του Ε.Σ.Υ., για τους νέους κυρίως γιατρούς.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών γιατρών, όπου παρατηρείται το ίδιο φαινόμενο της ανισομερούς κατανομής που είδαμε παραπάνω για όλο το ιατρικό δυναμικό της χώρας. Η Αττική, η Κ. Μακεδονία, η Ήπειρος, η Δ. Ελλάδα και η Κρήτη είναι σε πλεονεκτικότερη θέση σε σχέση με τα Νησιά τη Δ. Μακεδονία, τη Θράκη, την Στερεά Ελλάδα και την υπόλοιπη (εκτός Αχαΐας) Πελοπόννησο (Πίνακας 3.7). Η παρατηρούμενη αδιαφορία του ιατρικού σώματος να στελεχώσει τα επαρχιακά νοσοκομεία και τα αγροτικά κέντρα υγείας οδηγεί στην μαζική μετακίνηση των ασθενών στο κέντρο, ενώ παράλληλα επιβαρύνει τα νοσηλευτικά ιδρύματα με μη απαραίτητες εισαγωγές. Ανάλογη είναι και η συγκέντρωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα αστικά κέντρα. Στην Αθήνα βρίσκεται το 47% του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας με άμεση συνέπεια την χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών σε άλλες περιφέρειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΣΕ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ, ΚΑΤΑ ΤΑ ΈΤΗ 1981-1990.

Π ε ρ ι φ έ ρ ε ι ε ς											
ΕΤΗ	Σύνολο Ελλάδα	Περιφ. Πρώτη	Στερεά Ελλάδα	Πελο- πόννησο	Ιόνιοι Νήσοι	Ήπειρος	Θεσ- σαλία	Μακε- δονία	Θράκη	Νησιά Αιγαίου	Κρήτη
1981	12.350	7.433	310	620	116	169	395	2.526	226	219	336
1982	13.040	7.927	336	608	122	182	366	2.679	228	229	363
1983	13.617	8.317	319	671	134	251	369	2.726	229	240	361
1984	14.134	8.608	316	677	124	245	464	2.856	204	227	413
1985	14.256	8.781	314	692	155	252	347	2.837	220	248	410
1986	14.067	8.502	314	657	122	246	409	2.913	236	217	451
1987	15.205	9.131	349	736	131	288	434	3.145	278	227	486
1988	16.767	9.671	372	873	150	372	509	3.732	270	268	552
1989	17.335	9.794	381	988	163	403	515	3.882	287	275	647
1990	18.287	10.204	413	1.093	159	429	576	3.914	298	351	850

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ 1981-1990

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7: ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Α. Γενικά Νοσοκομεία

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΕΣΥ - 1992					ΙΔΙΩΤΙΚΑ - 1990				
	Κλίνες	Γιατροί	Κ/Γ	Νοσηλ.	Νοσηλ./Γιατ	Κλίνες	Γιατρο	Κ/Γ	Νοση	Νοσηλ./Γιατ
1. Αν. Μακ.-Θράκη	1.418	540	2,6	1.501	2,8	256	29	8,8	λ .57	1,9
2. Κεντρ. Μακεδονία	5.290	3.103	1,9	5.192	1,7	2.066	283	7,3	527	1,9
3. Δυτ. Μακεδονία	600	144	4,1	531	3,7	311	39	8	46	1,2
4. Ήπειρος	1.003	519	1,9	1.411	2,7	154	17	9	36	2,1
5. Θεσσαλία	1.037	511	2	1.201	2,3	771	90	8,6	174	1,9
6. Ιόνια Νησιά	542	141	3,8	420	3	80	26	3	30	1,1
7. Δυτ. Ελλάδα	1.508	786	1,9	1.856	2,4	449	66	6,8	96	1,5
8. Στερεά Ελλάδα	803	257	3,1	656	2,5	318	20	15,9	41	2
9. Αττική	11.683	7.472	1,5	11.981	1,6	5.763	1.540	3,7	2.374	1,5
10. Πελοπόννησος	1.179	341	3,4	1.038	3	209	29	7,2	37	1,3
11. Βόρειο Αιγαίο	491	144	3,4	379	2,6	90	19	4,7	26	1,4
12. Νότιο Αιγαίο	519	143	3,6	364	2,5	40	8	5	5	0,6
13. Κρήτη	1.775	819	2,1	1.679	2	553	57	9,7	108	1,9
ΣΥΝΟΛΟ	27.848	14.920	1,9	28.209	1,9	11.060	2.223	5	3.557	1,6

Β. Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΕΣΥ - 1992					ΙΔΙΩΤΙΚΑ - 1990				
	Κλίνες	Γιατροί	Κ/Γ	Νοσηλ.	Νοσ/Γιατρό	Κλίνες	Γιατροί	Κ/Γ	Νοσηλ.	Νοσ/Γιατρό
1. Αν. Μακ.-Θράκη	-	-	-	-	-	160	9	17,7	31	3,4
2. Κεντρ. Μακεδονία	1.153	146	7,9	528	3,6	751	50	15	161	3,2
3. Δυτ. Μακεδονία	-	-	-	-	-	294	23	12,8	36	1,5
4. Ήπειρος	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Θεσσαλία	-	-	-	-	-	634	35	18,1	99	2,8
6. Ιόνια Νησιά	360	6	60	119	19,8	-	-	-	-	-
7. Δυτ. Ελλάδα	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Στερεά Ελλάδα	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Αττική	2.716	235	11,5	958	4	2.350	158	14,9	539	3,4
10. Πελοπόννησος	360	11	32,7	156	14,2	-	-	-	-	-
11. Βόρειο Αιγαίο	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Νότιο Αιγαίο	892	38	23,5	294	7,7	-	-	-	-	-
13. Κρήτη	470	25	18,8	211	8,4	30	2	15	5	2,5
ΣΥΝΟΛΟ	5.951	461	12,9	2.266	4,9	4.219	277	15,2	871	3,1

Γ. Άλλα Δημόσια Νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΙΚΑ - 1992					ΆΛΛΑ (μη στρατιωτικά) - 1993				
	Κλίνες	Γιατροί	Κ/Γ	Νοσηλ.	Νοσ/Γιατρό	Κλίνες	Γιατροί	Κ/Γ	Νοσηλ.	Νοσ/Γιατρό
Κεντρ. Μακεδονία	253	135	1,9	164	1,2	-	-	-	-	-
Αττική	628	406	1,5	434	1	1.100	525	2	741	1,4

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

Στα στρατιωτικά νοσοκομεία εμφανίζεται εντονότερο το πρόβλημα της συγκέντρωσης των νοσοκομειακών γιατρών στα αστικά κέντρα (Πίνακας 3.8). Χαρακτηριστικό είναι ότι για το 66% των κλινών που βρίσκονται στην Αττική ασχολείται το 83% του ιατρικού προσωπικού των στρατιωτικών Νοσοκομείων. Η αναλογία στην Αττική (2 κλίνες ανά γιατρό) είναι η ίδια με την αντίστοιχη του ΕΣΥ. Για την υπόλοιπη Ελλάδα όμως η αναλογία αυτή μειώνεται στο ήμισυ. Αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού στα στρατιωτικά νοσοκομεία ακόμη και στην Θεσσαλονίκη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΤΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Κλίνες	Γιατροί	Γιατροί ανά κλίνη
1. Αν. Μακεδονία-Θράκη	114	30	0,26
2. Κεντρ. Μακεδονία	286	65	0,23
3. Δυτ. Μακεδονία	30	8	0,27
4. Ήπειρος	21	6	0,29
5. Θεσσαλία	120	15	0,13
6. Αττική	1.388	756	0,54
7. Πελοπόννησος	25	3	0,12
8. Κρήτη	104	23	0,22
ΣΥΝΟΛΟ	2.088	906	0,43

ΠΗΓΗ: ΓΕΣ, ΓΕΝ, ΓΕΑ, 1994

Ο Πίνακας 3.7 εκτός από την κατανομή κατά περιφέρεια του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού παρουσιάζει και την σημαντική διαφορά που υπάρχει στον αριθμό του προσωπικού του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Στα δημόσια νοσοκομεία η αναλογία κρεβατιών ανά γιατρό είναι 1,9 ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι 5. Αντίστοιχα η αναλογία κρεβατιών ανά νοσηλεύτη/τρια είναι 1 στον δημόσιο τομέα και 3,1 στον ιδιωτικό. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα χρησιμοποιούν και γιατρούς που δεν καταγράφονται στο μόνιμο προσωπικό τους, αλλά είναι εξωτερικοί συνεργάτες για συγκεκριμένες επεμβάσεις ή ασθενείς. Παρόλα αυτά η μεγάλη διαφοροποίηση σε συνδυασμό με το μικρό μέγεθος των ιδιωτικών κλινικών επαναφέρει, από μία άλλη σκοπιά, το πρόβλημα της ποιότητας παροχής υπηρεσιών που υπάρχει σε μερικές απ' αυτές.

Από την άλλη πλευρά, στα δημόσια Νοσοκομεία έχουμε πολλούς γιατρούς και ελάχιστους νοσηλευτές ανά κλίνη. Το νοσηλευτικό προσωπικό ως εξίσου σημαντικός παράγοντας με τους γιατρούς, τους βοηθά στην αποτελεσματικότερη εκτέλεση της εργασίας τους λόγω της στενής και συχνής επαφής με τον ασθενή. Οι νοσηλεύτριες αποτελούν περίπου το 35% του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Το 84,1% απασχολείται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, γενικά και ψυχιατρικά (2 νοσηλεύτριες ανά γιατρό στα γενικά νοσοκομεία, και 5 νοσηλεύτριες ανά γιατρό στα ψυχιατρικά), το 3,7% σε δημόσια εκτός ΕΣΥ νοσοκομεία (1 νοσηλεύτης-τρια ανά γιατρό) και το 12,2% στα ιδιωτικά νοσοκομεία γενικά και ψυχιατρικά (1 νοσηλεύτης-τρια ανά γιατρό στα γενικά και 3 νοσηλευτές-τριες ανά γιατρό στα ψυχιατρικά).

Η ανεπάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό κάνει την εργασία των νοσοκομειακών γιατρών δύσκολη. Σε πολλά νοσοκομεία οι γιατροί αναγκάζονται να παρέχουν πολλές φορές νοσηλευτική υπηρεσία. Δηλαδή νοσηλευτική υπηρεσία όπου σε νοσοκομεία του εξωτερικού είναι έργο των νοσηλευτών. Με άλλα λόγια υποαπασχολούνται οι γιατροί, δεν παράγεται σωστή ιατρική πράξη, ενώ δεν έχουμε τον αριθμό των νοσηλευτών και την ποιότητα των νοσηλευτών που χρειαζόμαστε.

Ο Πίνακας 3.9 μας δίνει στοιχεία σχετικά με την ανισοκατανομή στις ειδικότητες των νοσοκομειακών γιατρών του ΕΣΥ. Παρατηρούμε ότι οι χειρουργικές ειδικότητες εμφανίζονται επαρκέστερες, ακολουθούν οι παθολογικές ειδικότητες και τέλος είναι οι εργαστηριακές και οι σχετικά νέες ειδικότητες όπου πλέον οι θέσεις ειδίκευσης στα νοσοκομεία είναι κενές (ρευματολογία, νευροχειρουργική, κυτταρολογία, ογκολογία, κλπ.). Βέβαια εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι το πρόβλημα έλλειψης μερικών νέων ειδικοτήτων της ιατρικής δεν είναι το σοβαρότερο αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα. Αυτό που απασχολεί σε σημαντικό βαθμό τον ιατρικό κόσμο στις μέρες μας είναι η εκπαίδευση ικανού αριθμού αποφοίτων της ιατρικής στην γενική ιατρική, η οποία αν και αποτελεί τον κορμό του υγειονομικού συστήματος και την πρώτη επαφή του ασθενή με τις υπηρεσίες είναι υποβαθμισμένη στην χώρα μας. Πολλές φορές εξαιτίας της έλλειψης των γενικών ιατρών και της απασχόλησης των ειδικών ιατρών με εργασία γενικού δημιουργείται η ψευδής εντύπωση ότι υπάρχει ανεπάρκεια ιατρικών ειδικοτήτων.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα νοσοκομεία της Αττικής και Κεντρ. Μακεδονίας καλύπτονται σχεδόν από όλες τις ειδικότητες. Αντιθέτως σε ορισμένες επαρχίες υπάρχει στα νοσοκομεία πλήρης έλλειψη ιατρών εργαστηριακών κυρίως ειδικοτήτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	Αν. Μακεδ. Θράκη	Κεντρ. Μακεδονία	Δυτ. Μακεδονία	Ήπειρος	Θεσσαλία	Ιόνια Νησιά	Δυτ. Ελλάδα	Στερ. Ελλάδα	Αττική	Πελοπόννησος	Βόρειο Αιγαίο	Νότιο Αιγαίο	Κρήτη	ΣΥΝΟΛΟ	Ποσοστό Εργαζομένων σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	205	1.206	53	190	196	61	307	99	3.063	132	57	70	351	5.990	71,20%
Παθολόγοι	82	391	21	58	94	35	95	51	1.013	67	31	35	117	2.090	67,10%
Καρδιολόγοι	30	157	6	23	22	5	42	12	470	16	4	7	46	840	69%
Παιδίατροι	36	248	10	41	39	11	61	12	477	24	9	9	75	1.052	75%
Νευρολόγοι	13	88	3	11	4	2	17	2	121	7	3	4	15	290	72%
Αιματολόγοι	8	52	3	7	5	1	15	6	133	3	—	1	18	252	73%
Γαστρ/λόγοι	1	40	—	4	2	—	4	—	107	—	—	1	15	174	84,50%
Δερμ/λόγοι-Αφροδ/λόγοι	4	51	4	12	4	2	14	4	113	1	2	—	9	220	74,50%
Πνευματολόγοι	15	81	6	11	9	3	22	5	310	4	3	2	26	497	78,60%
Ενδοκρινολόγοι	—	10	—	1	—	—	6	—	109	—	—	—	6	132	90%
Νεφρολόγοι	8	49	—	9	5	2	12	3	100	5	1	4	12	210	71%
Ρευματολόγοι	2	6	—	7	—	—	3	—	61	—	—	—	1	80	83,70%
Γεν. Γιατροί	6	33	—	6	12	—	16	4	49	5	4	7	11	153	53,60%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ	258	1.263	68	210	213	65	352	125	2.927	155	72	78	316	6.102	68,60%
Χειρουργοί	88	371	24	50	70	23	91	47	808	46	19	25	91	1.753	67,20%
Ορθοπεδικοί	32	124	9	30	31	6	42	17	398	21	8	12	35	765	68,20%
Ουρολόγοι	17	60	4	13	16	2	24	6	152	12	3	3	20	332	64%
Οφθαλμίατροι	16	110	3	18	15	4	24	7	239	16	6	1	26	485	72%
Ω.Ρ.Λ.	12	118	3	15	11	2	26	5	209	5	5	4	20	435	75%
Μαιευτήρες-Γυν/λόγοι	48	120	12	42	29	12	58	20	310	28	13	15	45	752	57%
Νευροχειρουργοί	—	36	—	1	3	—	14	—	99	—	—	—	5	158	85,40%
Χειρουργοί Θώρακος	—	22	—	—	—	—	—	—	69	—	—	—	2	93	98%
Πλαστικοί Χειρουργοί	—	17	—	—	—	—	4	—	53	—	—	—	—	74	94,60%
Αναισθησιολόγοι	31	247	8	28	23	7	41	14	495	13	8	9	45	969	76,50%

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	Δν. Μικεσβ. Θράκη	Κεντρ. Μακεδονία	Δυτ. Μακεδονία	Ηπειρος	Θεσσαλία	Ιόνια Νησιά	Δυτ. Ελλάδα	Στερε. Ελλάδα	Αττική	Πελοπόννησος	Βόρειο Αιγαίο	Νότιο Αιγαίο	Κρήτη	ΣΥΝΟΛΟ	Ποσοστό Συγκέντρωσης σε Αθήνα και Θεσσαλία
Οδοντίατροι	11	22	5	12	13	9	24	9	71	14	10	9	24	233	40%
Γναθοχειρουργοί	3	16	-	1	2	-	4	-	24	-	-	-	3	53	75,50%
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ	11	159	4	17	10	4	18	4	299	7	1	11	17	562	81,50%
Ψυχίατροι	11	159	4	17	10	4	18	4	299	7	1	11	17	562	81,50%
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ	66	604	19	101	87	17	109	29	1.385	57	14	20	136	2.644	75,20%
Μικροβιολόγοι	33	303	10	43	54	9	45	13	610	34	8	11	75	1.248	73,10%
Πυρηνικοί Ιατροί	1	25	-	2	-	-	6	-	51	-	-	-	2	87	87,30%
Ακτινολόγοι	21	200	8	31	25	6	42	14	427	16	6	8	44	848	74%
Παθολογοανατόμοι	9	57	1	19	5	1	14	2	170	4	-	1	10	293	77,50%
Κυτταρολόγοι	1	19	-	6	3	1	2	-	127	3	-	-	2	164	89%
Ιατροδικαστές	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	9	10	-
Κοινωνικοί Ιατροί	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	9	10	-
ΛΟΙΠΕΣ	-	17	-	1	5	-	-	-	32	1	-	2	15	73	-
Ογκολόγοι	-	1	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	6	11	-
Νεογνολόγοι	-	-	-	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	5	-
Αγγειοχειρουργοί	-	8	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	1	25	-
Καρδιοχειρουργοί	-	7	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	18	-
Ανοσολόγοι	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	5	-
Αγγειολόγοι	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Χωρίς Ειδικότητα	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Κλινικής Χημείας	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-
Ιολόγοι	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Φαρμακολόγοι	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ	540	3.249	144	519	511	147	786	257	7.707	352	144	181	844	15.381	100%

3.6 Η Ιατρική Εκπαίδευση και η Παραγωγή των Ιατρών

Με βάση τα όσα αναφέραμε προηγουμένως προκύπτει ότι τα δύο πλέον εντυπωσιακά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αφενός, η υπερπροσφορά ιατρών και, αφετέρου, η δυσαναλογία που υφίσταται ανάμεσα στην πληθώρα ειδικευμένων ιατρών και στην έλλειψη γενικών ιατρών. Η κατάσταση αυτή οφείλεται στην ανυπαρξία εθνικού σχεδιασμού για το ιατρικό επάγγελμα. Δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας.

Τη στιγμή αυτή υπάρχουν επτά ιατρικές σχολές στην Ελλάδα, στα πανεπιστήμια Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Αλεξανδρούπολης, Λάρισας. Διεθνώς για να αποθαρρύνεται η εισδοχή σπουδαστών στις ιατρικές σχολές και να ελέγχεται η προσφορά ιατρικού δυναμικού ακολουθούνται δύο μέθοδοι:

1. Τα ακριβά δίδακτρα
2. Ο έλεγχος των εισαγομένων

Επειδή στην Ελλάδα όμως η παιδεία είναι κατοχυρωμένη ως κοινωνικό αγαθό εφαρμόζεται ο δεύτερος τρόπος. Ο αριθμός των σπουδαστών που εισάγονται κάθε χρόνο στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα προκαθορίζεται από το Εθνικό Συμβούλιο Ανωτάτης Παιδείας, σύμφωνα με την υπάρχουσα υποδομή σε αριθμό διδασκόντων, εξοπλισμό και οικονομικούς πόρους. Οι μελλοντικές ανάγκες της χώρας δεν λαμβάνονται υπόψη. Η εισδοχή των σπουδαστών γίνεται μετά από πανελλήνιες εξετάσεις. Στην συνέχεια ο αριθμός αυτός διπλασιάζεται ή τριπλασιάζεται, εξαιτίας των αθρόων μεταγραφών φοιτητών από το εξωτερικό. Ο Νόμος επιτρέπει στους φοιτητές της ιατρικής από το εξωτερικό να μεταγραφούν στα ελληνικά πανεπιστήμια μετά το τέλος του πρώτου χρόνου φοίτησης και με βάση διάφορα κοινωνικά κριτήρια. Κατά την διάρκεια των σπουδών οι διαρροές είναι ελάχιστες, λόγω των πολλών διευκολύνσεων που παρέχονται στους φοιτητές (μεταφορές μαθημάτων, διακοπή σπουδών και επανεγγραφή, κλπ.). Δηλαδή στην πράξη, δεν υπάρχει αποτελεσματικός προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού: η κατάσταση είναι απλώς ανεξέλεγκτη.

Σε μελέτη που έγινε το 1994 από τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας* , βρέθηκε ότι 1.072 γιατροί προστίθενται κάθε χρόνο στο υπέρογκο ήδη ιατρικό σώμα. Κατά την τελευταία εικοσαετία, η μεγαλύτερη διαχρονική αύξηση παρατηρείται στους ανειδίκευτους γιατρούς (περισσότεροι από 300 το χρόνο) και ακολουθούν οι οδοντίατροι (κατά 270 το χρόνο) και οι μικροβιολόγοι (κατά 87 περίπου το χρόνο). Τη μικρότερη ετήσια αύξηση παρουσιάζουν οι παθολόγοι με 38 μόνο νέους γιατρούς το χρόνο, μαζί με τους γενικούς γιατρούς.

Το πρόγραμμα σπουδών στην ιατρική σχολή καλύπτει μια εξαετία. Αποτελείται από τον πρώτο κύκλο της θεωρητικής επιστήμης και τον δεύτερο κύκλο της κλινικής εκπαίδευσης. Οι φοιτητές έρχονται σε επαφή με πολύ λίγους ασθενείς και δεν επισκέπτονται πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα. Το έκτο έτος σπουδών είναι αφιερωμένο στην εκ περιτροπής κλινική κατάρτιση σε ορισμένες ειδικότητες και καταλήγει στις τελικές εξετάσεις για την απόκτηση του πτυχίου. Μόνο στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Κρήτης υπάρχει συστηματική διδασκαλία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, ενώ κανένα άλλο πανεπιστήμιο δεν διαθέτει τομέα ή ειδική έδρα Γενικής Ιατρικής.

Σύμφωνα με τον Νόμο, ο νέος γιατρός είναι υποχρεωμένος να υπηρετήσει για ένα έτος σε αγροτικές περιοχές. Βέβαια είναι προφανές ότι ο ιατρός αυτός δεν έχει καμία σχετική πείρα για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στους πληθυσμούς των περιοχών αυτών.

Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών γίνεται σε ειδικές θέσεις που προβλέπονται στα νοσοκομειακά τμήματα. Η εκπαίδευση γίνεται σε ένα μόνο νοσοκομειακό τμήμα. Μολονότι υπάρχουν κάποιες γενικές προϋποθέσεις για την διάρκεια της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στις κύριες ιατρικές ειδικότητες, δεν υφίσταται κάποιο οργανωμένο σύστημα εκπαίδευσης στις υπο-ειδικότητες. Τέλος το σύστημα κατανομής θέσεων ανά ειδικότητα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες που υπάρχουν σε συγκεκριμένες ειδικότητες.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατανοώντας τη σημασία της εκπαίδευσης του ανθρώπινου κεφαλαίου προχώρησε σε σχετική μεταρρύθμιση της υγειονομικής

* Ανδριώτη Δ., Κτενάς Ευτ., Κυριόπουλος Γ., Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα: Εκτιμήσεις και προοπτικές. Αθήνα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.

Σχολής Αθηνών, ώστε να συμβάλλει αποτελεσματικά στη δημιουργία ικανών στελεχών του υγειονομικού τομέα με τη μετονομασία της σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και με την δυνατότητα να χορηγεί μεταπτυχιακούς τίτλους στη Δημόσια Υγεία σε γιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κτηνίατρους, και βιολόγους, στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, στην Ιατρική της Εργασίας, στην Υγειονομική μηχανική, στη Γενική Ιατρική.

Έχει μεγάλη σημασία να συνδεθούν τα παρακάτω (έως σήμερα ασύνδετα μεταξύ τους) στοιχεία:

- Το σύστημα της ιατρικής εκπαίδευσης και το πρόγραμμα σπουδών.
- Ο αριθμός των φοιτητών
- Ο αριθμός των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας
- Η εισαγωγή ξένων φοιτητών
- Το σύστημα εξετάσεων και ο τρόπος παροχής άδειας άσκησης της ιατρικής και η συνεχής επιμόρφωση.

Είναι γεγονός ότι οι αξίες που εκτυπώνονται κατά την εκπαιδευτική διαδικασία διαπλάθουν την μετέπειτα επαγγελματική συμπεριφορά και δεοντολογία. Πράγματι η ψυχολογική απόσταση του ιατρικού κόσμου στην χώρα μας, στο σύνολο του σχεδόν, από την απαραίτητη πολιτιστική συγκρότηση ενός οικογενειακού γιατρού, δύσκολα θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερη. Σε κάθε γωνιά της υψηλίου, το κίνητρο έναντι του οποίου ορισμένα άτομα υποβάλλονται σε μακρόχρονη και κοπιαστική μελέτη προκειμένου να αποκτήσουν το δικαίωμα άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος είναι η προοπτική της μελλοντικής ανταμοιβής τους από έναν συνδυασμό απολαβών που συνίσταται στην ικανοποίηση από αυτή καθ' αυτή την άσκηση του επαγγέλματος, το κοινωνικό κύρος που απορρέει, και στην απόλυτα θεμιτή προσδοκία ενός χρηματικού εισοδήματος. Η ακριβής αναλογία, φυσικά, μεταξύ αυτών των στοιχείων διαφέρει από χώρα σε χώρα. Ο μέσος έλληνας γιατρός κυριαρχείται από την προσδοκία ενός υψηλού εισοδήματος, ακόμη κι αν αυτό προϋποθέτει την υιοθέτηση μέσων που αντιβαίνουν την ιατρική δεοντολογία.

Στον Πίνακα 3.10 παρουσιάζονται οι μισθοί του ιατρικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων. Οι γιατροί αμοιβονται σύμφωνα με το ενιαίο τους μισθολόγιο που ισχύει από την καθιέρωση του ΕΣΥ πλέον των προσαυξήσεων από την ΑΤΑ που υποτίθεται ότι καλύπτει τον τρέχοντα πληθωρισμό. Οι γιατροί υποστηρίζουν ότι οι

μισθοί αυτοί είναι ανεπαρκείς με αποτέλεσμα να διασπώνται από το κύριο έργο τους προκειμένου να αυξήσουν τις αποδοχές τους. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο ιατρός είναι δύσκολο να δεθεί στενά με το νοσοκομείο στο βαθμό που ένα μεγάλο μέρος των ιατρών θα επιθυμούσε, και εμφανίζονται τα φαινόμενα παραοικονομικών δραστηριοτήτων και αντιδεολογικών συναλλαγών (π.χ. φακελάκι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10: ΜΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΕΣΥ (1992)

	τακτικές αποδοχές	εφημερίες/ υπερωρίες	ΣΥΝΟΛΟ	αριθμός υπερωριών
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ				
Διευθυντής (5 χρ.)	300.000	200.000	500.000	6 ημέρες/μ.
Επιμελητής Α (5 χρ.)	260.000	200.000	460.000	8 ημέρες/μ.
Επιμελητής Β (5 χρ.)	240.000	160.000	400.000	8 ημέρες/μ.
Ειδικευόμενος (3 χρ.)	150.000	150.000	300.000	9 ημέρες/μ.

ΠΗΓΕΣ: Υ.Υ.Π.Κ.Α.-1994.

Σε μελέτες που έγιναν το 1992, από τον τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας και αφορούσαν τις στάσεις, γνώσεις, συμπεριφορές και απόψεις των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, νοσηλευτών-τριών, διοικητικών), φάνηκε ότι η πλειοψηφία των νοσοκομειακών γιατρών έχει καλό εκπαιδευτικό επίπεδο (52% των γιατρών κατέχει διδακτορικό δίπλωμα)¹⁰. Ο βαθμός ικανοποίησης τους είναι σχετικά χαμηλός από τους προϊσταμένους τους και το νοσηλευτικό προσωπικό και από την επιστημονική τους δραστηριότητα και μέτριος ως χαμηλός από τους εργαζόμενους των άλλων επαγγελμάτων υγείας, από το διοικητικό προσωπικό, από τις αποδοχές τους και από την διοικητική υποστήριξη. Θεωρούν δε ότι η βελτίωση της κατάστασης στα νοσοκομεία θα επέλθει από την εκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού και την μεταβολή στον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων.

¹⁰ "Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα", περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας" Τόμος 6, Τεύχος 3(34), Μάιος - Ιούνιος 1995.

3.7 Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Απο την ανάλυση που προηγήθηκε, συμπεραίνουμε ότι αντίθετα με τον αριθμό των κλινών, ο αριθμός των γιατρών σημείωσε ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια. Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες έχει πολλούς γιατρούς. Εξετάζοντας όμως επιμέρους τους νοσοκομειακούς γιατρούς διαπιστώνουμε ότι παρουσιάζουν μια καλή αναλογία με τον πληθυσμό της χώρας.

Μελέτες που έγιναν, έχουν δείξει ότι η ύπαρξη μεγάλου αριθμού γιατρών δεν μπορεί μεμονωμένα να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αντίθετα είναι δυνατόν να υποκρύπτει ανταγωνισμό, υπέρμετρο καταμερισμό της εργασίας και προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, κυρίως απο την υπερβολική συγκέντρωση τους στα αστικά κέντρα.

Το 70% του συνόλου των ιατρών βρίσκεται συγκεντρωμένο σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Εξετάζοντας τους εξωνοσοκομειακούς και τους νοσοκομειακούς γιατρούς χωριστά καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γιατροί και των δύο αυτών κατηγοριών είναι άνισα κατανεμημένοι στις περιφέρειες της χώρας. Κυρίως όμως η παρατηρούμενη αδιαφορία των νοσοκομειακών γιατρών να στελεχώσουν τα επαρχιακά νοσοκομεία οδηγεί στη μαζική μετακίνηση των ασθενών στο κέντρο, ενώ παράλληλα επιβαρύνει τα νοσηλευτικά ιδρύματα με μη απαραίτητες εισαγωγές.

Την μεγαλύτερη γεωγραφική ανισοκατανομή εμφανίζουν τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Παρατηρούνται ελλείψεις σε όλες τις περιφέρειες ακόμα και στην Θεσσαλονίκη. Μόνο τα στρατιωτικά νοσοκομεία της Αθήνας έχουν ικανοποιητικό αριθμό προσωπικού.

Όχι τόσο καλά επανδρωμένα εμφανίζονται και τα ιδιωτικά νοσοκομεία, με κάποια επιφύλαξη πάντοτε γιατί χρησιμοποιούν και εξωτερικούς ιδιώτες γιατρούς που δεν συγκαταλέγονται στο μόνιμο προσωπικό τους.

Μια άλλη διαπίστωση που θα πρέπει να μας προβληματίζει ιδιαίτερα είναι ότι υπάρχουν ελάχιστοι γενικοί γιατροί, ενώ ο αριθμός των ειδικευμένων είναι υπερβολικός. Η έλλειψη γενικών ιατρών δημιουργεί δυσχέρεια στην προσβαση και σπατάλη πόρων γιατί ο ασθενής μη ξέροντας που να απευθυνθεί περιπλανάται άσκοπα μέσα στο σύστημα υγείας.

Όσον αφορά τώρα την γεωγραφική ανισοκατανομή των ειδικοτήτων είναι κι αυτή αξιοσημείωτα μεγάλη. Παρόλο που οι ειδικευμένοι γιατροί είναι αρκετοί, υπάρχει έλλειψη αυτών στην ελληνική επαρχία. Μεγαλύτερη έλλειψη παρατηρείται στις εργαστηριακές ειδικότητες.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αντιστοιχούν λίγοι νοσηλευτές ανά γιατρό, πράγμα που δυσχερώνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Οι γιατροί αναγκάζονται να ασκήσουν νοσηλευτική εργασία με αποτέλεσμα να μην παράγεται σωστή ιατρική πράξη.

Τα παραπάνω προβλήματα μπορούν να επιλυθούν μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία. Θα πρέπει να υπάρξει όμως ένας κεντρικός σχεδιασμός για το ιατρικό επάγγελμα ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

4.1 Γενικά

Στο Κεφάλαιο αυτό παρατίθενται χρονολογικές σειρές του νοσηλευτικού δυναμικού που υπηρετεί στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας και δίνονται οι αντιστοιχίες του προς άλλους δείκτες υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Οι συγκρίσεις που επιχειρούνται φέρνουν την χώρα μας από πλευράς αναλογίας και ποιοτικής επάρκειας όσον αφορά τα μεγέθη του νοσηλευτικού δυναμικού, σε μια από τις χειρότερες θέσεις διεθνώς. Η ελλιπής στελέχωση των νοσηλευτηρίων της χώρας, αντανακλάται στην χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και στην υποβάθμιση του ιατρικού έργου. Παράλληλα γίνεται αναφορά στη νοσηλευτική εκπαίδευση.

4.2 Καταγραφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι εξίσου σημαντικός με αυτόν του ιατρικού σώματος. Εκτός από την ανεκτίμητη βοήθεια που προσφέρει κατά την άσκηση του ιατρικού έργου, αποτελεί και σημαντικό παράγοντα στην διαφώτιση και εκπαίδευση του κοινού σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Στο παρακάτω Διάγραμμα μπορούμε να δούμε την κατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού κατά φορείς. Το 78,9% απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία, το 10,9% σε ιδιωτικά νοσοκομεία, το 3% σε κέντρα υγείας και το 6,6% στο ΙΚΑ και στα άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Επιπλέον υπάρχει και η ομοσπονδία αποκλειστικών νοσοκόμων

που προσφέρουν υπηρεσίες σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Γι' αυτές δεν έχουν καταγραφεί ακριβή στοιχεία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	▶ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: 31.789-78,9%
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:	▶ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: 4.428-10,9%
40.280-29,8%	▶ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ: 1.431-3,6%
	▶ ΙΚΑ+ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ: 2.632-6,6%
	▶ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ: Άγνωστος αριθμός

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η νοσηλευτική ασκείται στη χώρα μας από μια μεγάλη κατηγορία, διαφορετικά εκπαιδευμένου, ανθρώπινου δυναμικού. Το 1990 υπηρετούσαν στα νοσοκομεία όλης της χώρας 1.860 μαιευτές/μαίες, 166 νοσηλεύτριες/τριες πανεπιστημιακού επιπέδου, 1.003 νοσηλεύτριες/τριες απόφοιτοι των ΤΕΙ η εκπαίδευση των οποίων είχε διάρκεια τέσσερα έτη, 7.354 νοσηλεύτριες/τριες απόφοιτοι των ΤΕΙ με εκπαίδευση τρία έτη, 313 επισκέπτες/τριες, 11.313 βοηθοί νοσοκόμοι και 9.038 πρακτικές νοσοκόμοι χωρίς θεωρητικοί εκπαίδευση.

Στον Πίνακα 4.1 παρατηρούμε ότι το 1990 το 70% του συνόλου των νοσηλευτριών είχε πτυχίο μέσης ή ανώτερης εκπαίδευσης, ενώ το 1981 είχε πτυχίο μόνο το 55%. Υπάρχει δηλαδή βελτίωση όσον αφορά την ποιότητα του νοσηλευτικού δυναμικού. Διαχρονικά όμως η βελτίωση αυτή επιτυγχάνεται με αργούς ρυθμούς. Ο αριθμός των διπλωματούχων νοσηλευτών/τριών αυξάνει με βραδύ ρυθμό, παρά την ίδρυση αρκετών νέων σχολών νοσηλευτικής. Αν και υπάρχουν 20.000 οργανικές θέσεις σήμερα, υπάρχουν μόνο γύρω στους 11.500 διπλωματούχους¹¹. Ο αριθμός όμως των βοηθών αυξάνει με ταχύτερο ρυθμό. Είναι πιθανό να μετακινήθηκε αριθμός πρακτικών νοσοκόμων σ' αυτή την στήλη μετά από ταχύρυθμη εκπαίδευση, πράγμα που ενθαρρύνεται νομοθετικά (ΝΔ 683/1948 αρ. 24 παρ. 3). Μέχρι το 1986

¹¹ "Η ασθένεια της Υγείας είναι πρωτίστως Διαχειριστική", Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 3, σελ. 16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΣΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1981-1990

Έτη	Μαίες	Νοσηλεύτες 4 έτη		Νοσηλεύτες 3 έτη ΤΕ	Επισκέ- πριες	Βοηθεί 1 ή 2 έτη	Πρακτι- κές	Σύνολο Ελλάδας
		ΠΕ	ΤΕ					
1981	1.733			5.458		3.800	8.849	19.840
1982	1.907			5.860		4.254	9.143	21.164
1983	1.797			6.098		4.662	9.350	21.907
1984	1.909			6.476		5.090	9.330	22.805
1985	1.910			6.613		5.697	10.279	24.499
1986	1.743			7.064		6.200	11.101	26.108
1987	1.816			7.129		7.485	11.031	27.461
1988	1.681	115	1.761	5.523	29	9.740	11.001	29.850
1989	1.638	178	1.288	6.376	297	9.530	10.724	30.031
1990	1.860	166	1.003	7.354	313	11.313	9.038	31.047

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ 1981-1990

παρατηρείται αύξηση του αριθμού των πρακτικών αδελφών, στην συνέχεια όμως ακολουθεί μια συνεχής μείωση. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται στο ότι οι θέσεις τους είναι προσωποπαγείς και θα καταργηθούν προοδευτικά.

Οι πρακτικές νοσοκόμες χωρίς θεωρητική εκπαίδευση δεν παρατηρούνται σε καμία άλλη χώρα εκτός της Ελλάδας. Αναπτύχθηκαν και επικράτησαν παλαιότερα λόγω της έλλειψης εκπαιδευμένων νοσηλευτών/τριών αναγνωρισμένου τίτλου σπουδών. Σήμερα γίνεται προσπάθεια να στελεχωθούν τα νοσοκομεία αποκλειστικά με ειδικευμένες νοσηλεύτριες

4.3 Δείκτες Νοσηλευτικής Κάλυψης στην Ελλάδα

Η φύση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, προϋποθέτει την ύπαρξη αρκετά μεγάλου αριθμού νοσηλευτών/τριών, οι οποίοι θα είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και στις απαιτήσεις του πληθυσμού για παροχή ποιοτικών φροντίδων υγείας. Στην χώρα μας η αναλογία νοσηλευτών/τριών, συμπεριλαμβανομένων και των μαιευτών/τριών και των επισκεπτών/τριών υγείας προς τους κατοίκους ήταν 1/458 για το 1990. Σε σύγκριση με τους δείκτες άλλων ευρωπαϊκών χωρών με αναπτυγμένα συστήματα περίθαλψης, θεωρείται ανεπαρκής.

Ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) προβλέπει 1 κλίνη ανά 1 νοσηλευτή/τρια, χωρίς φυσικά να περιλαμβάνει τις πρακτικές νοσοκόμες. Στην χώρα μας τώρα, σύμφωνα με τον Πίνακα 4.3 όπου παρουσιάζει την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανά περιφέρεια στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία - αντιστοιχεί 1 νοσηλευτής/τρια ανά κλίνη στα δημόσια νοσοκομεία και 1 νοσηλευτής /τρια ανά 3 κλίνες στα ιδιωτικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ (με εκπαίδευση τουλάχιστον 2 έτη) ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ Η.Π.Α., ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΟ 1990

ΧΩΡΕΣ	Νοσηλευτικό	Κάτοικοι ανά νοσηλευτή
Βέλγιο	64.364	155
Δανία	32.912	156
Φιλανδία	50.616	99
Γαλλία	304.480	186
Γερμανία	320.637	197
Ελλάδα	22.009*	458
Σουηδία	84.000	102
Νορβηγία	60.573	70
Πορτογαλία	27.445	359
Ισπανία	158.497	246
Ην. Βασίλειο	243.854	235
ΗΠΑ	1.666.200	156

ΠΗΓΗ: ΟΟΣΑ 1990

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**Γενικά Νοσοκομεία**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΕΣΥ-1992			ΙΔΙΩΤΙΚΑ-1990		
	Νοσηλευτές	Κλίνες	Νοσ./Κ	Νοσηλευτές	Κλίνες	Νοσ./Κ
1) Αν. Μακ.-Θράκη	1.501	1.418	1,06	57	256	0,22
2) Κεντρ. Μακεδονία	5.192	5.290	0,98	527	2.066	0,26
3) Δυτ. Μακεδονία	531	600	0,89	46	311	0,15
4) Ήπειρος	1.411	1.003	1,41	36	154	0,23
5) Θεσσαλία	1.201	1.037	1,16	174	771	0,23
6) Ιόνια Νησιά	420	542	0,77	30	80	0,38
7) Δυτ. Ελλάδα	1.856	1.508	1,23	96	449	0,21
8) Στερεά Ελλάδα	656	803	0,82	41	318	0,13
9) Αττική	11.981	11.683	1,03	2.374	5.763	0,41
10) Πελοπόννησος	1.038	1.179	0,88	37	209	0,18
11) Βόρειο Αιγαίο	379	491	0,77	26	90	0,29
12) Νότιο Αιγαίο	364	519	0,70	5	40	0,13
13) Κρήτη	1.679	1.775	0,95	108	553	0,20
ΣΥΝΟΛΟ	28.209	27.848	1,01	3.557	11.060	0,32

ΠΗΓΗ: ΥΠΚΑ

Το πρόβλημα της ανεπαρκούς στελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με διπλωματούχες νοσηλεύτριες οφείλεται κατά κύριο λόγο στην μη κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η εισδοχή των σπουδαστών στις νοσηλευτικές σχολές γίνεται μέσω των πανελλαδικών εξετάσεων, ανάλογα με την βαθμολογία που συγκέντρωσαν και την σειρά προτίμησης με την οποία δήλωσαν στην συγκεκριμένη σχολή, στο μηχανογραφικό τους δελτίο. Παρατηρείται αυξημένη διαρροή κατά την διάρκεια των σπουδών, 52% μεταξύ των σπουδαστών, οι οποίοι δήλωσαν τη νοσηλευτική ως τελευταία προτίμηση και οι οποίοι προέρχονται από την πρώτη και δεύτερη δέσμη. Πιθανότατα το φαινόμενο αυτό να οφείλεται στην απογοήτευση των σπουδαστών από το σχετικά χαμηλό επίπεδο σπουδών των νοσηλευτικών τμημάτων των Τ.Ε.Ι. Τέλος μετά το πέρας των σπουδών τους εξακολουθούν να μην επιθυμούν να εργαστούν ως νοσηλευτές/τριες ένα ποσοστό 26%, ενώ συνήθως είναι και το φαινόμενο της χρησιμοποίησης του πτυχίου τους για κατάταξη τους σε άλλες σχολές, κυρίως την ιατρική. Ως σημαντικότερος παράγοντας των διαρροών θεωρείται η χαμηλή κοινωνική εκτίμηση της ελληνικής κοινωνίας για την επιστήμη που σπουδάζουν, η μη κοινωνική αναγνώριση της επιστημονικότητας του κλάδου και το χαμηλό ύψος των αποδοχών.

4.4 Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Τα προβλήματα που άπτονται της στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας με επαρκή αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού αντικατοπτρίζονται μεταξύ άλλων στην πλημμελή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και στην υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα η έλλειψη διπλωματούχων νοσηλευτριών, αποτελεί πλέον σοβαρό πρόβλημα του συστήματος υγείας. Επίσης κρίνεται απαραίτητη η προοδευτική αντικατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων, που στελεχώνουν σήμερα τις υπηρεσίες υγείας της χώρας, εξαιτίας της έλλειψης διπλωματούχων νοσηλευτριών, γεγονός που όπως τονίστηκε δεν παρατηρείται σε καμία άλλη χώρα της Ευρώπης.

Στην χώρα μας, οι νοσηλεύτριες δεν έχουν αποκτήσει την θέση που τους αρμόζει ως μέλη της ομάδας υγείας, εξ' αιτίας της υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Τέλος αναμένεται ότι ένας επαρκής αριθμός νοσηλευτριών θα συμβάλλει θετικά στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στην αναβάθμιση του επιπέδου υγείας.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

5.1 Προβλήματα Μεθοδολογίας

Στο Κεφάλαιο αυτό γίνεται μία προσπάθεια να συγκρίνουμε την γεωγραφική κατανομή της δευτεροβάθμιας περίθαλψης της χώρας μας με τις αντίστοιχες κατανομές άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Με αυτό τον τρόπο θα διαπιστώσουμε ποιά είναι η θέση της Ελλάδας ως προς τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι η απόπειρα διεθνών συγκρίσεων παρουσιάζει σοβαρές δυσχέρειες. Οι σπουδαιότεροι λόγοι είναι:

1. Η μεθοδολογία μέτρησης των υπηρεσιών υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα. Δεν υπάρχει ένας μηχανισμός καταγραφής των στοιχείων που να είναι αποδεκτός από όλες τις χώρες.
2. Δεν μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γιατί δεν μπορούμε να μετρήσουμε τα τελικά αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας.
3. Υπάρχουν πολλές διαφορές στους οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες μεταξύ των χωρών, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη μέτρηση και ερμηνεία των δεδομένων (πυραμίδα των ηλικιών, πυκνότητα και κατανομή του πληθυσμού, οικογενειακές σχέσεις, ποσοστό γεννήσεων, θνησιμότητα και νοσηρότητα, επιδράσεις κλιματολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, παρεχόμενη κάλυψη από τις δημόσιες και ιδιωτικές ασφαλίσσεις, κοινωνική χρηματοδότηση).
4. Οι ιστορικές, εθνικές, πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές περιστάσεις που επηρέασαν άμεσα και διαμόρφωσαν την υπάρχουσα δομή των υγειονομικών συστημάτων, καθιστούν τις μετρήσεις δυσχερείς.

Η Ελλάδα διαμόρφωσε τα πρώτα προγράμματα για την υγεία, αρκετά καθυστερημένα σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το σημαντικότερο γεγονός στην ιστορία της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα πριν το 1983 είναι η ίδρυση του Ι.Κ.Α. Γεγονός που δεν στηρίχθηκε στην κολεκτιβιστική¹² παράδοση του Beveridge και του βρετανικού NHS¹³, που έδινε έμφαση στην ευθύνη των δημοσίων αρχών για την υγεία του πληθυσμού, αλλά στην ατομικιστική παράδοση των μεταρρυθμίσεων του Bismark (αλλά και του Lloyd George), που έδινε αντίθετα έμφαση στο δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη μόνο όσων πληρώνουν ασφαλιστικές εισφορές. Η αντίληψη αυτή ήταν σύμφωνη με την κουλτούρα του ιατρικού επαγγέλματος που έβλεπε (και ακόμη βλέπει, στις χώρες που ακολούθησαν αυτό το πρότυπο) την ιατρική περίθαλψη ως αντικείμενο συναλλαγής μεταξύ του ιδιώτη - γιατρού και του ιδιώτη - ασθενούς.

Απόρροια αυτής της παράδοσης είναι το γεγονός ότι η παροχή φροντίδας υγείας στην Ελλάδα δεν απέκτησε ποτέ το συνεκτικό και καθολικό χαρακτήρα που έχει π.χ. στη Βρετανία ή στη Σουηδία. Ούτε και συνέκλινε προς τα συστήματα των χωρών αυτών, όπως συνέβη στη Γαλλία ή στη Γερμανία.

5.2 Νοσοκομειακή Υποδομή

Εξετάζοντας τον Πίνακα 5.1 παρατηρούμε ότι τα νοσοκομειακά κρεβάτια παρουσιάζουν μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών. Από 4,3 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους στην Ισπανία, μέχρι 12,3 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους στο Λουξεμβούργο. Η Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες χώρες παρουσιάζει ένα μικρό απόθεμα κρεβατιών (5,1).

Μια σειρά από ανισότητες διαπιστώνεται επίσης και κατά την χρησιμοποίηση των προσφερομένων υπηρεσιών. Η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελλάδα

¹² Κολεκτιβισμός είναι ένα οικονομικό σύστημα που βασίζεται στις αρχές του σοσιαλισμού, σύμφωνα με το οποίο τα μέσα παραγωγής αποτελούν ιδιοκτησία του κοινωνικού συνόλου.

¹³ Η ίδρυση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) στην Βρετανία, επέκτεινε το δικαίωμα δωρεάν παροχής κάθε είδους υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, σύμφωνα με την διάσημη, πλέον φράση της Έκθεσης Beveridge, "σε κάθε άνδρα, γυναίκα ή παιδί, ανεξάρτητα από το εισόδημα τους, σύμφωνα με την ανάγκη τους" (Beveridge Report, 1942).

παρουσιάζουν μικρούς δείκτες χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Πιν. 5.1). Πιο συγκεκριμένα, τα νοσοκομεία τους δεν χρησιμοποιούνται επαρκώς και εμφανίζουν τις λιγότερες κατά κεφαλή ημέρες νοσηλείας και τις λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία.

Ο χαμηλός δείκτης χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, μπορεί να οδηγήσει σε λάθος συμπεράσματα. Κάτι τέτοιο συμβαίνει στο Κεφ. 2, όπου ενώ διαπιστώνουμε ότι οι νοσοκομειακές κλίνες στην Ελλάδα είναι αρκετές, λόγω της χαμηλής κάλυψης τους (69% στο δημόσιο, 47% στον ιδιωτικό τομέα), στην συνέχεια καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι είναι ανεπαρκείς, εφ'όσον επιχειρήσουμε σύγκριση με τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς μέσους όρους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ, 1989

Χώρα	Διαθέσιμες κλίνες ανά 1.000 κατοίκους	Κατά κεφαλήν ημέρες νοσηλείας	Εισαγωγές ανά 100 κατοίκους
Λουξεμβούργο	12,3	3,7	20,9
Ολλανδία	11,6	3,8	11
Γερμανία	10,8	3,4	21,5
Γαλλία	9,9	2,9	22,8
Βέλγιο	9,8	2,6	22,8
Ιταλία	7,2	1,8	15,3
Ηνωμένο Βασίλειο	6,4	2	15,9*
Ιρλανδία	6	2,8	15,2*
Δανία	5,9	1,8	21,1
Ελλάδα	5,1	1,3	12,6
Πορτογαλία	4,6	1,1	10,6
Ισπανία	4,3	1,2	9,8
Μέσος όρος ΕΕ	7,8	2,4	16,2

*1988

Πηγή: Βάση Δεδομένων για την Υγεία του ΟΟΣΑ.

Από έρευνα της κοινής γνώμης για τις Υγειονομικές Υπηρεσίες που έγινε το 1992 από την Ε.Ο.Κ. βγήκαν τα εξής συμπεράσματα: α) Στην Γαλλία, την Ολλανδία, την Δανία και το Βέλγιο πιστεύεται ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή. β) Στην Ελλάδα, την Ιταλία και την Ισπανία οι υγειονομικές υπηρεσίες είναι

ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν έχουν την μεταχείριση που θα έπρεπε. γ) Στην Ιρλανδία την Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο προβλέπεται η ποιότητα των υπηρεσιών να χειροτερεύσει στο μέλλον, εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών. δ) Στην Ελλάδα, το Λουξεμβούργο και την Αγγλία οι κάτοικοι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερα χρήματα προκειμένου να εξασφαλίσουν καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει αύξηση της φορολογίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2: ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟ 1992 (Ποσοστά αποκρίσεων)

Χώρα	«Καλές» Υπηρεσίες ¹	Ανεπαρκείς Υπηρεσίες ²	Λιγότερο καλές στο μέλλον ³	Προθυμία να πληρώσουν περισσότερο ⁴
Βέλγιο	92	37	54	47
Γερμανία	91	27	53	32
Δανία	93	46	67	54
Ισπανία	36	72	39	51
Γαλλία	95	36	49	38
Ελλάδα	25	82	47	65
Ιρλανδία	74	58	65	37
Ιταλία	34	82	55	52
Λουξεμβούργο	89	32	27	61
Ολλανδία	93	32	57	45
Ηνωμένο Βασίλειο	81	43	64	54
ΕΕ (12)	71	50	53	45

1. «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή;»

2. «Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε.»

3. «Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.»

4. «Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες, ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.»

Πηγή: Ferrera, M., EC Citizens and Social Protection: main results from a Eurobarometer survey, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες, 1993.

Τέλος οι πιέσεις για αύξηση των δαπανών υγείας έχουν πολλαπλασιαστεί στα διάφορα κράτη, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης των προσδοκιών των πολιτών. Η Γαλλία δαπανά το 9,1% του ΑΕΠ για την υγεία. Τις χαμηλότερες δαπάνες παρουσιάζει η Ελλάδα, η Δανία και η Αγγλία (Πιν. 5.3). Τα τελευταία χρόνια μάλιστα γίνεται μία προσπάθεια να τεθεί υπό έλεγχο το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από τα διάφορα κράτη. Έτσι υποστηρίζονται οι προσπάθειες προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, που θα συμβάλουν, μεταξύ άλλων, στη μείωση του μεγάλου κόστους των υπηρεσιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3: ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ
ΈΤΗ 1989-1991

Χώρες	Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ 1991	Κλίνες/1.000 κατοίκους 1989	Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά κατοίκους
Βέλγιο	7,9	9,8	14,4
Δανία	6,5	5,9	8,2
Γαλλία	9,1	9,9	12,8
Γερμανία	8,5	10,8	16,2
Ιρλανδία	7,3	6	8
Ιταλία	8,3	7,2	11,7
Λουξεμβούργο	7,2	12,3	17,4
Ολλανδία	8,3	11,6	34,3
Πορτογαλία	6,8	4,6	11,2
Ισπανία	6,7	4,3	12,2
Ηνωμένο Βασίλειο	6,6	6,4	15
Ελλάδα	5,2	5,1	9,8

Πηγή: ΟΟΣΑ

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Φιλανδία όπου ξοδεύει το 9% του ΑΕΠ για την ιατρική φροντίδα. Τα τελευταία χρόνια έχει καταβληθεί προσπάθεια να περιοριστούν οι δαπάνες. Ο φιλανδικός πληθυσμός καθώς γερνά καθιστά την σύνθεση των ηλικιών επιβαρυντική για το ΕΣΥ. Με δεδομένη τη δημογραφική τάση, το σημερινό σύστημα ιδρυματικής φροντίδας - αν επιτρεπόταν να συνεχίσει χωρίς αλλαγές θα γινόταν υπερβολικά ακριβό για το κοινωνικό σύνολο του 21ου αιώνα.

Γι' αυτό ακριβώς το λόγο το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας έβαλε σαν σκοπό να μπορέσει να μειώσει τον αριθμό των κλινών και να περιορίσει τις εσωτερικές νοσηλείες προτιμώντας άλλες μορφές φροντίδας λιγότερο δαπανηρές, όπως οι υπηρεσίες εξωτερικής νοσηλείας.

Λέγοντας υπηρεσίες εξωτερικής νοσηλείας εννοούμε:

1. την κατ' οίκο νοσηλεία για τους ηλικιωμένους - γεγονός που έχει μειώσει την ανάγκη για εσωτερική νοσηλεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην φροντίδα για ηλικιωμένους.
2. τα «ημερήσια καταφύγια περίθαλψης» (day shelters) για σωματικά ανάπηρους μειώνοντας την ιδρυματική φροντίδα
3. τις προσπάθειες να βελτιωθούν ουσιαστικά οι συνθήκες των πασχόντων, όπως τα προγράμματα επιδιόρθωσης παλιών κατοικιών βοηθώντας ηλικιωμένα άτομα να μπορέσουν να ζήσουν περισσότερο στα δικά τους σπίτια, και να μην μεταφερθούν σε ιδρύματα.

Παρά το γεγονός ορισμένων αποτυχιών (ή καθυστερήσεων) η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας στη Φιλανδία έχει στο σύνολο της πάρει τη σωστή κατεύθυνση. Ο κόσμος ενθαρρύνεται να ζήσει περισσότερο στα δικά του σπίτια, μέσα από την παροχή κοινωνικής υποστήριξης για νέες κατοικίες και βελτιώσεις του περιβάλλοντος του σπιτιού με ειδική προσοχή (κάθε φορά) προς τις ατομικές ανάγκες. Αυτό επιτρέπει στις αρχές να μειώσουν τον αριθμό των κλινών ιδρυματικής φροντίδας.

5.3 Υποδομή σε Ανθρώπινο Δυναμικό

Από τον Πίνακα 5.4 διαπιστώνουμε ότι ο λόγος κάτοικοι ανά γιατρό είναι αρκετά χαμηλός στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Συγκεκριμένα η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία και το Βέλγιο φαίνεται να έχουν τους περισσότερους γιατρούς. Το φαινόμενο της αύξησης του ιατρικού κόσμου παρατηρείται σε πολλές χώρες τα τελευταία χρόνια. Αυτές οι τάσεις επαυξάνουν την ανησυχία ότι οι παρέχοντες τις υπηρεσίες μπορεί να έχουν (σιωπηρά) συμφωνήσει και να έχουν ενθαρρύνει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, περισσότερο απ' ότι

χρειαζόταν, για να διατηρήσουν τα εισοδήματά τους και να προσελκύσουν ικανή πελατεία. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις (ιδίως στις ΗΠΑ) οι γιατροί και άλλα επαγγέλματα υγείας κατόρθωσαν και αύξησαν τα εισοδήματά τους σε σχέση με άλλα επαγγέλματα, παρά τη συνολική αύξηση του αριθμού τους¹⁴.

Από τον Πίνακα 5.4 διαπιστώνουμε επίσης ότι η Αγγλία έχει με διαφορά τους λιγότερους γιατρούς. Αυτό οφείλεται κυρίως στον θεσμό του γενικού οικογενειακού γιατρού (general practitioner) οποίος αποτελεί το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα του βρετανικού συστήματος υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4: ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ (με εκπαίδευση τουλάχιστον 2 έτη), ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ, ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΟ 1990.

Χώρες	Ιατρικό Προσωπικό	Κάτοικοι ανά γιατρό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Κάτοικοι ανά νοσηλεύτη
Βέλγιο	34.275	292	64.364	155
Δανία	14.277	360	32.912	156
Φιλανδία	12.091	412	50.616	99
Γαλλία	152.096	373	304.480	186
Γερμανία	195.254	324	320.637	197
Ελλάδα	34.336	294	22.009*	458
Σουηδία	24.600	348	84.000	102
Νορβηγία	13.234	321	60.573	70
Πορτογαλία	28.016	352	27.445	359
Ισπανία	148.717	262	158.497	246
Ην. Βασίλειο	80.991	709	243.854	235
ΗΠΑ	601.010	432	1.666.200	156

Πηγή: ΟΟΣΑ 1990

* Δεν περιλαμβάνονται οι πρακτικές αδελφές, αν δε υπολογιστούν μόνο οι διπλωματούχοι νοσηλεύτες/τριες, μαιευτές/τριες, και επισκέπτες/τριες υγείας η αναλογία γίνεται, κάτοικοι ανά διπλωματούχο νοσηλεύτη 943

¹⁴ «Η Αναμόρφωση της Υγειονομικής Φροντίδας στις Χώρες του ΟΟΣΑ», περιοδικό ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Τόμος 6, Τεύχος 3, σελ. 24, 1995

Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί υποχρεωτικά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας (συχνά και το τελευταίο: 90% των επεισοδίων παροχής φροντίδας υγείας αρχίζουν και τελειώνουν στο ιατρείο του). Συνέπεια αυτού είναι ότι μειώνεται αρκετά ο αριθμός των γιατρών γιατί δεν απαιτούνται πολλοί ειδικευόμενοι για τη σωστή λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών.

Αναλυτικότερα κάθε κάτοικος των Βρετανικών Νήσων εγγράφεται στη λίστα ενός γενικού γιατρού. Για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος θα απευθυνθεί σε αυτόν. Ο γιατρός που είναι συνήθως οργανωμένος σε ομαδικό ιατρείο - συνεταιρισμό με άλλους γενικούς γιατρούς παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι υπεύθυνος για την συνταγογράφηση φαρμάκων, και την παραπομπή των ασθενών του σε κάποιο άλλο από τα μέλη της ομάδας του ιατρείου (νοσοκόμα, μαία, ιατρικό επισκέπτη κ.λ.π.) και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Χωρίς παραπεμπτικό σημείωμα από τον οικογενειακό γιατρό δεν επιτρέπεται η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης στα δημόσια νοσοκομεία, παρά μόνο σε περίπτωση ατυχήματος ή άλλου επείγοντος περιστατικού.

Ένα παρόμοιο σύστημα παροχής υπ. υγείας ισχύει και στη Σουηδία, όμως ο λόγος κάτοικοι ανά γιατρό δεν είναι αρκετά υψηλός όπως στην Αγγλία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οργανώνεται στη βάση Κέντρων Υγείας, στα οποία παρέχουν τις υπηρεσίες στον τοπικό πληθυσμό γενικοί γιατροί, νοσοκόμες, ορισμένοι ειδικοί γιατροί κ.λ.π. Δεν υπάρχει ελευθερία επιλογής εκ' μέρους των χρηστών, ούτε και έδαφος για την ανάπτυξη προσωπικής σχέσης με τον γιατρό, αφού οι ασθενείς εξετάζονται από όποιο γιατρό τυχαίνει να "έχει βάρδια" την ώρα της επίσκεψης. Τα Κέντρα Υγείας αδυνατούν να παίξουν το ρόλο "θυροφύλακα" του συστήματος, με αρνητικές συνέπειες τόσο ως προς τον έλεγχο του κόστους και τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού όσο και ως προς την συνέχεια της περίθαλψης. Οι περισσότεροι ασθενείς πηγαίνουν απευθείας απ'ευθείας στο νοσοκομείο ή σε ειδικό γιατρό χωρίς παραπεμπτικό σημείωμα από γενικό γιατρό. Αν και ο μισθός των γιατρών στα Κέντρα Υγείας θεωρείται αρκετά ικανοποιητικός, η προοπτική εργασίας εκεί δεν είναι επαρκώς ελκυστική ώστε να επανδρωθούν τα 800 Κέντρα Υγείας της χώρας με τις 4.000 θέσεις, που προβλέπονται (το 1992 υπήρχαν 2.000 κενές θέσεις, ως επί το πλείστον στο αραιοκατοικημένο βόρειο τμήμα της χώρας) παρά το γεγονός ότι η χώρα διαθέτει επαρκή αριθμό ιατρικού προσωπικού.

Το ίδιο συμβαίνει και με την Γαλλία και την Γερμανία όπου αν και η παροχή φροντίδας υγείας συγκλίνει προς τα συστήματα της Αγγλίας και Σουηδίας η αναλογία κάτοικοι ανά γιατρό δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή.

Τώρα όσον αφορά το νοσηλευτικό δυναμικό, στην Ελλάδα η αναλογία κάτοικοι ανά νοσηλευτή/τρια συμπεριλαμβανομένων και των μαιευτών/τριων και των επισκεπτών/τριών υγείας είναι αρκετά υψηλή και θεωρείται ανεπαρκής, συγκρινόμενη με τους αντίστοιχους δείκτες άλλων ευρωπαϊκών χωρών, με ανεπτυγμένα συστήματα περίθαλψης (Πιν. 5.4). Σε κάθε 458 Έλληνες αντιστοιχεί 1 νοσοκόμα, ενώ στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης η αντίστοιχος δείκτης είναι μικρότερος. Την μικρότερη (καλύτερη) αναλογία έχει η Νορβηγία (70 κάτοικοι ανά νοσηλευτή), η Φιλανδία και η Σουηδία, ενώ η Ελλάδα και η Πορτογαλία παρουσιάζουν την υψηλότερη (χειρότερη) αναλογία κατοίκων ανά νοσηλευτικό δυναμικό. Οι ΗΠΑ έχουν 156 κατοίκους ανά νοσηλευτή.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρουσιάζει μεγάλο αριθμό ιατρικού δυναμικού και σχετική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Συμπεράσματα

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει αρκετά προβλήματα στην περιφερειακή κατανομή του. Γενική είναι η διαπίστωση πως η νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα μας υστερεί σοβαρά σε ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κρεβατιών υπολείπεται έναντι του πληθυσμού. Οξύτερο όμως είναι το πρόβλημα της χαμηλής χρησιμοποίησης τους και της ορθής κατανομής τους στο εσωτερικό της χώρας, η ύπαρξη μεγάλου αριθμού μικρών θεραπευτηρίων κυρίως ιδιωτικών που δεν εκπληρώνουν όλους τους όρους οργάνωσης και λειτουργίας ενός νοσοκομείου και η άνιση χωροταξική κατανομή τους. Ο πληθωρισμός μερικών ιατρικών ειδικοτήτων καθώς και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, δίνουν την εικόνα της χαμηλής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Οι γενικοί γιατροί είναι ελάχιστοι στην χώρα μας και δεν υπάρχει μεγάλη συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα. Δημιουργείται η εντύπωση ότι οι ασθενείς περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος υγείας, προκαλώντας περιττές επισκέψεις στην προσπάθεια τους να βρουν κάποιο ιατρό τον οποίο θα μπορούν να εμπιστευθούν.

Επιπλέον από την σύντομη ανάλυση των δεδομένων του Κεφαλαίου 3 όσον αφορά τον αριθμό των ιατρών και τη γεωγραφική τους κατανομή μπορούμε να συμπεράνουμε ότι:

- 1) υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός ιατρών από αυτόν που απαιτούν οι ανάγκες της χώρας και
- 2) υπάρχει απαράδεκτη ανισότητα στη γεωγραφική κατανομή τόσο του ιατρικού δυναμικού γενικώς όσο και των ειδικών ιατρών.

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω προκύπτει ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα δεν διασφαλίζει ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια δεν απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες ίση πρόσβαση σε αυτές.

Είναι γι'αυτούς τους λόγους, επιτακτική η ανάγκη για αναδιάρθρωση και εκσυγχρονισμό της οργάνωσης των νοσοκομείων ώστε να καταστεί αποδοτική και αποτελεσματική η λειτουργία τους.

Για να επιτευχθεί η ανάπτυξη ενός σύγχρονου νοσοκομειακού συστήματος πρέπει η Πολιτεία να δημιουργήσει εκεί που δεν υπάρχουν νοσηλευτικά κέντρα κατά περιφέρειες με άρτιο εξοπλισμό και υψηλό επιστημονικό επίπεδο, που θα είναι σε θέση να εξυπηρετούν όλα τα επείγοντα και χρόνια περιστατικά της περιοχής, και θα αναπτύξουν το θεσμό της βραχείας νοσηλείας. Πριν την εγκατάσταση ενός νοσοκομείου θα πρέπει να διενεργούνται έρευνες για να εξακριβωθεί ποιός θα είναι ο ακριβής τόπος εγκατάστασης του, το μέγεθος, και κύρια η κατανομή του είδους των ιατρικών τμημάτων και του αριθμού των κλινών.

Επιπλέον απαιτούνται συντονισμένα μέτρα πολιτικής που θα ανατρέψουν το δυσμενές κλίμα της αύξησης του ιατρικού προσωπικού, θα επαναπροσανατολίσουν την εκπαίδευση στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και κυρίως θα καλύψουν το μεγάλο κενό της γενικής ιατρικής με την θέσπιση του οικογενειακού γιατρού και θα συμβάλλουν στην ανακατανομή του ιατρικού προσωπικού σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας.

Η λήψη μέτρων για την ισόρροπη γεωγραφική κατανομή των γιατρών σε όλους τους νομούς και περιφέρειες της χώρας είναι αναγκαία προκειμένου να εξασφαλιστεί η ίση πρόσβαση των κατοίκων στις υπηρεσίες υγείας. Η επιλογή όμως του τόπου εγκατάστασης κάθε ατόμου και κατά συνέπεια και των γιατρών εξαρτάται, εκτός από την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, σε ένα μεγάλο βαθμό και από μια σειρά κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες της περιοχής. Έτσι η προσέλκυση ιατρικού προσωπικού σε υποβαθμισμένες και υπο-ανάπτυκτες περιοχές είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση.

Ένα κίνητρο μπορεί να αποτελέσει η αυξημένη αποζημίωση τους και η ανάπτυξη της απαραίτητης νοσοκομειακής υποδομής στις υποβαθμισμένες

περιφέρειες και κατά συνέπεια η παροχή των ευκαιριών εργασίας στο ιατρικό προσωπικό.

Για την απαραίτητη στροφή των αποφοίτων της ιατρικής στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής απαιτείται η σύνδεση της ιατρικής εκπαίδευσης με το υγειονομικό σύστημα. Χρειάζεται να οριοθετηθεί ο ρόλος του γενικού γιατρού και η απρόσκοπτη ένταξη του στο υγειονομικό σύστημα. Ταυτόχρονα απαιτείται αλλαγή νοοτροπιών και κουλτούρας και σταθερός προσανατολισμός του υγειονομικού συστήματος προς την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στα πλαίσια αυτά η αναβάθμιση του ρόλου του γενικού γιατρού μπορεί να προέλθει από την καλύτερη εκπαίδευση, την εξεύρεση θέσεων εργασίας, τις οικονομικές απολαβές και τα κίνητρα, τα οποία είναι δυνατό να προσανατολίσουν το ιατρικό σώμα στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

Τέλος σε ότι αφορά τις νέες ειδικότητες, οι οποίες ενσωματώνουν τις νέες τεχνολογίες του υγειονομικού τομέα και απαιτούν την οριζόντια όσο και κάθετη συνεργασία αρκετών επαγγελματιών υγείας (π.χ. μεταμοσχεύσεις) απαιτείται η ύπαρξη μιας ειδικής πολιτικής με την ανάδειξη συγκεκριμένων κέντρων εθνικής εμβέλειας και η εκπαίδευση εκείνου του αριθμού των επαγγελματιών με έξοδα της Πολιτείας, οι οποίοι είναι απαραίτητοι με βάση τις υπάρχουσες ή τις προβλεπόμενες υγειονομικές ανάγκες. Η παροχή κινήτρων στις ομάδες αυτές θεωρείται προϋπόθεση αν επιθυμούμε την ανάπτυξη και εξέλιξη του υγειονομικού δυναμικού και τον περιορισμό της μετακίνησης των Ελλήνων ασθενών σε αντίστοιχα κέντρα της αλλοδαπής. Σημαντική συμβολή στην κατεύθυνση αυτή θα είχε η εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού σε επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας για ασθενείς με καρδιολογικά ορθοπεδικά και προβλήματα που σχετίζονται με τα νεοπλάσματα με την δημιουργία ειδικών εκπαιδευτικών κέντρων ανά υγειονομική περιφέρεια, στις περιπτώσεις που η ζήτηση των υπηρεσιών δημιουργεί λίστες αναμονής στα αντίστοιχα κέντρα των Νοσοκομείων της Αθήνας και Θεσσαλονίκης.

Βιβλιογραφία

- ABEL-SMITH, B.-CALLTORP, J.-DIXON, M.-DUNNING, A.-EVANS, R.-HOLLAND, W.-JARMAN, B.-ΜΟΣΙΑΛΟΣ, Η. (1994), Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.
- ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ. (1993), "Διαχρονική εξέλιξη του νοσηλευτικού δυναμικού στην Ελλάδα και στο διεθνή χώρο", *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, 2(2): 13-22.
- ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ.-ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1995), "Το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας στην Ελλάδα", *Επιθεώρηση Υγείας*, 3(34): 47-54.
- BACK, J. (1995), "Αλλαγές στο Φιλανδικό σύστημα υγείας μέχρι το 2.000", *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(36): 22-26.
- BOWLING, A. (1993), *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*, Open University Press, London.
- ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ, Δ. (1992), "1 Γιατρός ανά 1 Κάτοικο!", *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, 1(2): 71-77.
- Διασκευή από δημοσίευμα της L'Humanite. (1993), "Η μείωση των κρατικών δαπανών για την κοινωνική πρόνοια προκαλεί σάλο στη Γαλλία", *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(24): 33.
- Επιθεώρηση Υγείας*. (1994), "Οι κεντρικοί στόχοι της πολιτικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση", 3(28): 34.
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ.-ΚΑΡΟΚΗΣ, Α.-ΠΟΛΥΖΟΣ, Ν.-ΡΟΥΠΑΣ, Θ.-ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, Α.-ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1994), *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας: Ανάλυση και δομή του συστήματος*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.
- ΚΤΕΝΑΣ, Ε.-ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.-ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ. (1995), "Υπόδειγμα διαρροής των σπουδαστών της νοσηλευτικής των ΤΕΙ: Μια πρώτη προσέγγιση", *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(36): 39-43.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1993), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1995), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.-ΔΡΑΚΟΥ, Ι.-ΚΤΕΝΑΣ, Ε.-ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε. (1993), "Στάσεις χρηστών υγείας ως προς την νοσοκομειακή φροντίδα. Προκαταρκτική έρευνα." *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(24): 44-50.
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. (1995), "Η αναμόρφωση της υγειονομικής φροντίδας στις χώρες του ΟΟΣΑ", *Επιθεώρηση Υγείας*, 3(34): 24-28.
- ΜΑΡΚΕΤΟΥ, Σ. (1979), *Το "Ευ ζην", 10 δοκίμια για την υγεία*, Δωδώνη, Αθήνα.
- ΜΟΟΝΕΥ, G. (1992), *Economics, medicine and health care*, Harvester Wheatsheat, London.
- ΜΟΥΣΤΑΚΙΔΗΣ, Π.-ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Σ.-ΚΑΡΑΜΟΛΕΓΚΟΥ, Ι.-ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΣ, Α.-ΛΙΟΛΙΟΣ. "Η περίθαλψη σε περιοχές απομονωμένες", *Ελευθεροτυπία*, 22 Αυγούστου 1995.
- ΝΕΓΚΗΣ, Α. (1994), "Η ασθένεια της υγείας είναι πρωτίστως διαχειριστική", *Επιθεώρηση Υγείας*, 3(28): 34.
- ΝΙΑΚΑΣ, Δ. (1993), *Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Γ.-ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ. (1971), *Οικονομική Θεωρία*, τόμος Β' , Αθήνα.
- ΠΟΥΛΑΝΤΖΑΣ, Γ. (1980), "Το έμψυχο υλικό του νοσοκομείου", *Ιατρική*, 6(38): 29-46.
- Πρακτικά Α' Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας. (1989), *Οικονομία και Υγεία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Πρακτικά Επιστημονικής Εκδήλωσης. (1995), *Επαγγέλματα Υγείας: πληθωρισμός, ανεπάρκεια, ανυπαρξία*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα.
- Πρακτικά Επιστημονικής Ημερίδας. (1994), *Τα οικονομικά των νοσοκομείων*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα.
- Πτυχιακή Εργασία, *Ρόλος νοσηλευτικού προσωπικού στο σύστημα υγείας*, Πυλαρινού Σοφία, ΤΕΙ Αθήνας.
- ΡΟΜΠΟΛΗΣ, Σ. (1979), *Οικονομία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*, Σεμινάριο για την ελληνική οικονομία, στην Ανώτερη Σχολή Στελεχών Επιχειρήσεων του ΚΑΤΕΕ Αθήνας.

- SALVATORE, D. (1981), *Μικροοικονομική Θεωρία*, ΕΣΠΙ, Αθήνα.
- ΣΙΓΑΛΑΣ, Ι. (1993), "Το νοσοκομείο στην Ελλάδα: χθές, σήμερα, αύριο", *Επιθεώρηση Υγείας*, 4(23): 36-39.
- ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, Α. (1980), *Οργάνωση και προγραμματισμός στην υγεία*, Ομάδα Ανάλυσης και Προγραμματισμού Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- ΣΟΥΛΗΣ, Σ. (1992), *Δείκτες αξιολόγησης του συστήματος υγείας*, ΤΕΙ Αθήνας.
- ΣΤΑΘΗΣ, Γ. (1993), "Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα. Μια πρόταση για την εξάλειψη των σημερινών αδιεξόδων", *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(24): 7-9.
- ΣΩΤΗΡΧΟΥ, Γ. "Πως δεν θα γυρίσουμε στα χρόνια της ντροπής", *Ελευθεροτυπία*, 1 Σεπτεμβρίου 1995.
- TOWNSEND, P.-DAVINSON, N. (1992), *Inequalities in health: the black report*, Penquin Books, London.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. (1985), *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα (οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις)*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
- WILLIAMS, A. (1992), *Health and economics*, British Association for the Advancement of Science, London.