

ΤΕΙ: ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 99196

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΣΕΛ. 1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΣΕΛ. 3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	ΣΕΛ. 7
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	ΣΕΛ. 7
1.2. ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΣΕΛ. 9
1.3. ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΕΛ. 12
1.4. ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 13
1.5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ	ΣΕΛ. 13
1.6 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΣΕΛ. 15
1.7 ΤΟ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΣΕΛ. 16
1.8. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	ΣΕΛ. 18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	ΣΕΛ. 23
2.1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 23
2.1.1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΣΕΛ. 23
2.1.2. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΣΕΛ. 26
2.1.3. ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΣΕΛ. 28
2.2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 29
2.3. Η ΑΜΟΙΒΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΣΕΛ. 31
2.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΣΕΛ. 31
2.5. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	ΣΕΛ. 32
2.6. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΣΕΛ. 33
2.6.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	ΣΕΛ. 35
2.6.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	ΣΕΛ. 38
2.6.3. ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΣΕΛ. 40
2.7. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 41
2.8. ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	ΣΕΛ. 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	ΣΕΛ. 44
3.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΣΕΛ. 45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	ΣΕΛ. 52
4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	ΣΕΛ. 52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛ. 55

Εισαγωγή

Σε μία εποχή που η γνώμη του ασθενή σε μία ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών, αναζητάτε και δημοσιεύεται διαρκώς, είναι ίσως πρωτοφανές που υπήρξαν σχετικά λίγες μελέτες για τον τομέα της υγείας.

Η γνώση μας για την αντίδραση του ασθενή όσον αφορά την παραμονή του στο νοσοκομείο, τείνει να είναι ανεκδοτική, εφόσον βασίζεται σε απόψεις φίλων και συναδέλφων και σ' αυτές ασθενών που είναι πιο ομιλητικοί και ευφράδεις. Προφανώς, μία έρευνα σε ασθενείς όλων των θαλάμων ή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος, δίνει μία πιο ορθή άποψη. Μία τέτοια έρευνα μπορεί να μας δώσει πληροφορίες σχετικά με εκείνες τις πλευρές της νοσοκομειακής ζωής, οι οποίες προκαλούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στους ασθενείς και θα μπορούσε να υποδείξει περιοχές στις οποίες η βελτίωσή τους ίσως να είναι απαραίτητη. Επιπλέον, θα μπορούσαμε να πάρουμε πληροφορίες σχετικά με την αντίδραση των ασθενών σε προτεινόμενες ή εφαρμοσμένες αλλαγές. Έχοντας κατά νου τους στόχους αυτούς, αναπτύχθηκε η παρούσα έρευνα.

Οι ασθενείς είναι οι πιο σημαντικοί, αν όχι οι πιο κατάλληλοι, εκτιμητές της νοσοκομειακής περίθαλψης. Κάθε ασθενής ατομικά μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες, σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και τις υπηρεσίες, οι οποίες δε γίνονται εύκολα αντιληπτές στους επιμελητές και τα μέλη της διοίκησης.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να τη δούμε σαν ένα μέτρο στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας έχουν πετύχει ν' ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και στις προσδοκίες του.

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μία μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν τη

φροντίδα υγείας. Επίσης μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας και τέτοιες έρευνες έχουν διεξαχθεί σε χώρες της Ευρώπης και Αμερικής και έχουν αποδειχθεί ότι προσφέρουν έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες όσον αφορά την ποιότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να παρουσιάσει την σχέση που υπάρχει στον τομέα της υγείας και στην απασχόληση και ανεργία των ιατρών. Ειδικότερα, όπως θα παρουσιάσουμε, υπάρχουν δύο ειδών κατηγορίες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Αυτές οι κατηγορίες είναι ο δημόσιος τομέας υγείας και ο ιδιωτικός. Όπως υποστηρίζεται ο ιδιωτικός τομέας παρέχει ποιοτικότερες υπηρεσίες προς τους πολίτες γιαυτό και αρκετοί στρέφονται προς αυτόν τον τομέα.

Στην μελέτη αυτή θα αναλύσουμε τα προβλήματα που παρουσιάζονται στον τομέα της υγείας και θα επικεντρωθούμε στο πρόβλημα της ανεργίας που αντιμετωπίζουν πολλοί γιατροί. Θα αναλύσουμε τους λόγους που οδήγησαν σε αυτή την κατάσταση και θα προτείνουμε λύσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του.

Ειδικότερα θα αναλύσουμε

- Την εξέλιξη του συστήματος υγείας τα τελευταία χρόνια
- Τα προβλήματα του τομέα της υγείας
- Την ανεργία και την απασχόληση στον τομέα της υγείας
- Τις προτεινόμενες λύσεις
- Θα παρουσιάσουμε τα στατιστικά στοιχεία προκειμένου να δούμε το πρόβλημα με βάση αυτά.

Αρχικά στο κεφάλαιο 2 θα παρουσιάσουμε τους λόγους για τους οποίους είναι αναγκαία η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Θα αναλύσουμε τους παράγοντες εκείνους που κάνουν τις υπηρεσίες υγείας και θα αναλύσουμε την αξία του τομέα της υγείας. Εν συνεχεία θα περιγράψουμε το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα το οποίο είναι ένας βασικός λόγος που ωθεί τις

επιχειρήσεις υγείας να ενισχύονται τεχνολογικά και με ανθρώπινο δυναμικό προκειμένου να είναι πιο ανταγωνιστικές.

Στο κεφάλαιο 3 της μελέτης αυτής παρουσιάζουμε και αναλύουμε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του τομέα της υγείας που είναι η απασχόληση και η ανεργία που αντιμετωπίζει ειδικά τα τελευταία χρόνια που οι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Ο ερευνητής θα παρουσιάσει διαγραμματικά και θα αναλύσει διεξοδικά όλες τις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας. Θα αναλύσει τους λόγους που έχουν οδηγήσει στην ανεργία πολλούς γιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό καθώς επίσης και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό, ιατρικό, και διοικητικό προσωπικό.

Εν συνεχεία στο κεφάλαιο 4 θα παρουσιάσουμε κάποια στατιστικά στοιχεία σχετικά με την απασχόληση και την ανεργία στον τομέα της υγείας και θα αναλύσουμε τους πίνακες και τα διαγράμματα των στοιχείων αυτών. Στο τέλος της μελέτης αυτής θα παρουσιάσουμε τα συμπεράσματα του ερευνητή.

Μεθοδολογία

Η έρευνα γίνεται σε θεωρητικό και σε πρακτικό επίπεδο. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να δοθεί ο τρόπος που έγινε η παρούσα έρευνα.

Τα μέσα της έρευνας

Μία έρευνα μπορεί να χωριστεί αρχικά σε θεωρητική και πρακτική.

Η θεωρητική έρευνα είναι η πρώτη έρευνα που γίνεται και βασίζεται πάνω στην βιβλιογραφική ανασκόπηση. Εδώ ο ερευνητής θα πρέπει να διαβάσει τις θεωρίες που κινούνται γύρω από το αντικείμενο της εργασίας. Για την συγκεκριμένη εργασία, τα θέματα που θα εξεταστούν είναι τα εξής:

1. Ο τομέας της υγείας

2. Η ανεργία και η απασχόληση στην υγεία
3. Τα προβλήματα στον τομέα της υγείας
4. Λύσεις για την αντιμετώπιση τους

Λόγω της έλλειψης στοιχείων από την Ελληνική βιβλιογραφία, έπρεπε να αναζητηθούν πηγές από την ξένη βιβλιογραφία και κυρίως από άρθρα που βρέθηκαν στο Internet σε ιστοσελίδες, όπως το emerald και το google, τα οποία είναι βάσεις δεδομένων για την εύρεση στοιχείων. Παρόλα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί ότι η σχετική βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη και χρειάζεται να γίνει περισσότερη έρευνα πάνω σε αυτό το τομέα. Ειδικότερα ο ερευνητής αναζήτησε βιβλιογραφία σε βιβλιοθήκες του Υπουργείου Υγείας προκειμένου να μπορέσει να καλύψει πλήρως το θέμα.

Η πρακτική έρευνα γίνεται με σκοπό να συμπληρώσει την θεωρητική. Βασιζόμενοι στην υπόθεση της έρευνας θα προχωρήσουμε σε έρευνα σε πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές.

Οι πρωτογενείς πηγές¹ είναι αυτές που γίνονται από τον ίδιο τον ερευνητή. Βασίζεται στην ποιοτική και την ποσοτική έρευνα.

Η ποιοτική έρευνα είναι αυτή που βασίζεται σε μη μετρήσιμα στοιχεία². Αυτά τα στοιχεία μπορεί να παρθούν είτε μέσα από την παρατήρηση είτε μέσα από συνεντεύξεις. Οι συνεντεύξεις είναι συνήθως εις βάθος ή σε ομάδες εστίασης. Η συνέντευξη εις βάθος γίνεται βάση δομημένων ερωτήσεων και συνήθως γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο. Οι συνεντεύξεις σε ομάδες εστίασης γίνονται με σκοπό να γίνει μία συζήτηση επί του θέματος και να βγουν μέσα από την συζήτηση κάποια συμπεράσματα.

Στην παρατήρηση, ο ερευνητής παρατηρεί τις διαδικασίες που γίνονται στο χώρο της έρευνας.

Ο άλλος τύπος έρευνας είναι η ποσοτική έρευνα. Η ποσοτική έρευνα βασίζεται σε στοιχεία που μπορούν να

¹ Malholtra, N. Birks, D, (1999) "Marketing Research, an applied approach" European edition, Prentice Hall – Financial Times

² Churchill, G, 1995 "Marketing research, methodological foundations" 6th edition, Dryden

κωδικοποιηθούν εύκολα και είναι συνήθως βασιζόμενα στα μαθηματικά.

Η κύρια και πιο δημοφιλής μέθοδος ποσοτικής έρευνας είναι τα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από ένα αριθμό (ως 25 συνήθως) ερωτήσεων και αποτελούνται τριών ειδών ερωτήσεων:

- Ανοικτές ερωτήσεις. Αυτές είναι ερωτήσεις όπου καλείται ο ερωτώμενος να δώσει την γνώμη του για ένα θέμα.
- Κλειστές ερωτήσεις. Εδώ καλείται ο ερωτώμενος να αποφασίσει μεταξύ κάποιων έτοιμων απαντήσεων
- Μεικτές ερωτήσεις. Θα πρέπει να απαντήσει σε μία σειρά από ανοικτές ερωτήσεις ενώ έχει και την επιλογή να διαλέξει και μία ανοικτή αν πιστεύει ότι η άποψη του δεν βρίσκεται σε κάποια από τις έτοιμες απαντήσεις.

Εκτός βέβαια από την πρωτογενή έρευνα υπάρχει και η δευτερογενής έρευνα. Η δευτερογενής έρευνα βασίζεται σε έρευνες που έχουν ήδη γίνει. Χρησιμοποιήθηκαν πολλά στοιχεία που βρέθηκαν από άλλες έρευνες που έχουν να κάνουν με το θέμα της ανεργίας και της απασχόλησης στον τομέα της υγείας

Στην μελέτη αυτή ο ερευνητής δεν χρειάστηκε να προβεί σε έρευνα με ερωτηματολόγια αφού θεώρησε ότι τα στατιστικά στοιχεία που είχε βρει ήταν επαρκή για να περιγράψουν την απασχόληση και την ανεργία στον τομέα της υγείας.

Περιορισμοί

Ένας βασικός περιορισμός που συνάντησε ο ερευνητής ήταν η μη εύρεση στοιχείων. Προκειμένου να μπορέσει να κάνει μια εμπειριστατωμένη ανάλυση ο ερευνητής βασίστηκε κυρίως σε ξένη βιβλιογραφία και σε βιβλιοθήκες. Οι βιβλιοθήκες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτές της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Ο ερευνητής δυσκολεύτηκε να βρει τα στοιχεία αυτά αφού δεν είχε την απόλυτη συνεργασία των υπαλλήλων οι οποίοι ανέφεραν ότι στοιχεία

σχετικά με την απασχόληση και την ανεργία στον τομέα της υγείας δεν υπάρχουν. Ο ερευνητής παρά την αρνητική στάση των υπαλλήλων, με δική του πρωτοβουλία ερεύνησε την υπάρχουσα βιβλιογραφία των βιβλιοθηκών και κατάφερε να βρει στοιχεία σχετικά με την απασχόληση στον τομέα της υγείας.

Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός ήταν το γεγονός ότι πολλά από τα στοιχεία που βρέθηκαν ήταν του 1990 με αποτέλεσμα τα στοιχεία αυτά να μην μπορούν να παρουσιάσουν τα σημερινά ποσοστά απασχόλησης και ανεργίας στον τομέα της υγείας. Ο ερευνητής γνωρίζοντας ότι τα ποσοστά αυτά συνεχώς μεταβάλλονται προέβη σε δικούς του υπολογισμούς ώστε να μπορέσει να παρουσιάσει την κατάσταση την σημερινή εποχή. Συνεπώς τα στοιχεία που θα παρουσιαστούν για το 2000 και μετά είναι προσεγγιστικά και αποτελούν υπολογισμούς του ερευνητή.

Κεφάλαιο 1

1.1. Εισαγωγικά στοιχεία για την υγεία

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας της υγείας, προκειμένου να είναι πιο ποιοτικός και να παρέχει καλύτερες υπηρεσίες προς τους πολίτες, έχει προβεί σε σημαντικές αλλαγές. Το κράτος προσπαθεί να βελτιώσει το σύστημα της υγείας και να μειώσει ή να εξαφανίσει εντελώς τα διάφορα προβλήματα που υπάρχουν. Τα κυριότερα προβλήματα που υπάρχουν την σημερινή εποχή είναι κυρίως η γραφειοκρατία που επικρατεί, η χαμηλής ποιότητας παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οι ελλείψεις υποδομές που υπάρχουν, η αποξένωση και η αδιαφορία για τους πολίτες που κατοικούν σε περιοχές. Εκτός αυτών ένα σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό της έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού που παρέχουν σωστές ιατρικές υπηρεσίες. Ειδικότερα στην μελέτη αυτή σκοπό έχουμε να αναλύσουμε το θέμα της απασχόλησης και της ανεργίας στον τομέα της υγείας και πως αυτό επηρεάζει τις παροχές υπηρεσιών.

Η παροχή περίθαλψης αποτελείται από ένα πλήθος διαδικασιών και τρόπων διανομής. Ειδικότερα, λειτουργούν τέσσερις δομές αγοράς οι οποίες περιλαμβάνουν:

1. την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και περίθαλψης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων, καθώς και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων
2. την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από το ΙΚΑ. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων διαθέτει δικές του λειτουργικές υποδομές αλλά τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα και απαιτούν άμεσες λύσεις προκειμένου να μην υπάρχουν καθυστερήσεις στις παροχές υπηρεσιών.
3. την παροχή υπηρεσιών από άλλα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία δεν διαθέτουν ίδιες υποδομές αλλά πραγματοποιούν συμβάσεις με ιδιώτες προμηθευτές

4. Ο ιδιωτικός τομέας στον οποίο τα τελευταία χρόνια καταφεύγουν όλο και πιο πολλοί πολίτες αφού θεωρούν ότι παρέχει άμεσες και ποιοτικότερες υπηρεσίες.
5. τοπική αυτοδιοίκηση, η οποία παρέχει ιατρικές υπηρεσίες μέσω των δημοτικών ιατρείων. Βέβαια η συμβολή ενός δημοτικού ιατρείου δεν μπορεί να συγκριθεί με την νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω των διαφορών που υπάρχουν και σε υποδομές αλλά και σε προσωπικό.

Το ΙΚΑ την σημερινή εποχή θεωρείται ότι είναι ένας από τους μεγαλύτερους ασφαλιστικούς φορείς στην Ελλάδα αφού παρέχει ιατρική περίθαλψη σε περισσότερο από το μισό του ελληνικού πληθυσμού. Ειδικότερα, οι δικαιούχοι περίθαλψης στο ΙΚΑ για το έτος 1999 έφταναν τους 5.480.454 ασφαλισμένους. Το ΙΚΑ παρέχει υπηρεσίες μέσα από ένα δίκτυο μονάδων υγείας. Σε περιπτώσεις όπου το ΙΚΑ δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών και η υποδομή δεν είναι επαρκής τότε συνάπτει συμβάσεις με άλλους δημόσιους και ιδιώτες φορείς υγείας. Στελεχώνονται λοιπόν πολυιατρεία για να καλύψουν τις ανάγκες όλων των ατόμων. Βέβαια σε αρκετές περιπτώσεις η υποδομή των ιατρείων αυτών και το προσωπικό δεν επαρκούν με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας και η παροχή ιατρικών υπηρεσιών να αποτυγχάνουν.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τομέας της υγείας τα τελευταία χρόνια προφέρει ιατρικές υπηρεσίες ανισομερώς και αυτό διότι θεωρεί ότι υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες σε κάθε περιοχή κάτι οποίο δεν ισχύει αφού όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση στην υγεία και στην περίθαλψη. Για το έτος 1999 το σύνολο των γιατρών που απασχολούνταν στην περίθαλψη ήταν 8.349 από τους οποίους το μεγαλύτερο ποσοστό, της τάξεως του 51,2%, απασχολούνται στα αστικά κέντρα και ειδικότερα στην Αττική και το 17,1% αυτών στην Δυτική Μακεδονία. Αντίθετα στην

επαρχία και ειδικότερα στο Βόρειο Αιγαίο μόνο το 1,2% των ιατρών απασχολούνται ενώ στα Ιόνια νησιά το 1,4%³.

Αυτό που προκαλεί πολλά ερωτηματικά είναι το γεγονός πως εφόσον υπάρχει ανάγκη για περισσότερους γιατρούς στην επαρχία και στα νησιά, δεν μπορεί να καλυφθεί από τους ήδη υπάρχοντες γιατρούς οι οποίοι παραμένουν ακόμα άνεργοι; Ποιες είναι οι προσπάθειες που καταβάλλει η κοινωνία και η πολιτεία προκειμένου να αντιμετωπίσουν το θέμα αυτό;

Παρατηρούμε λοιπόν ότι αν και υπάρχει πληθώρα γιατρών οι οποίοι μπορούν να απασχοληθούν, αυτό δεν γίνεται με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονη ανάγκη για κάλυψη ιατρικών υπηρεσιών και περίθαλψης.

1.2. Καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών

Προκειμένου να μπορέσουμε στην μελέτη μας να αναλύσουμε το θέμα της απασχόλησης στον τομέα της υγείας θεωρούμε πολύ σημαντικό να αναλύσουμε το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αφού έχει άμεση σχέση με την απασχόληση στον τομέα της υγείας. Το στοιχείο που συνδυάζει την ποιότητα των υπηρεσιών με την απασχόληση στην υγεία είναι ότι μόνο εφόσον υπάρχει ειδικευμένο και επαρκές απασχολούμενο προσωπικό στην υγεία, θα μπορέσουν να προσφερθούν ποιοτικές υπηρεσίες.

Σύμφωνα με μία έρευνα⁴ οι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας υπηρεσιών είναι οι παρακάτω:

1. Πιστότητα

Εμπεριέχει συνέπεια της απόδοσης και αξιοπιστία. Αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο θα πρέπει να τηρεί τις υποσχέσεις του

³ Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σελ. 228

⁴ Berry, L., Parasuraman, A., Zeithaml, V. 1985, "A conceptual model of service quality and its implications for future research", Journal of marketing, σελ.41-50

και να παρέχει τις υπηρεσίες που αναφέρει. Ειδικότερα σ' αυτόν τον παράγοντα εμπλέκονται:

- Ακρίβεια στην τιμολόγηση
- Τήρηση σωστών εγγραφών στα αρχεία του
- Παροχή των υπηρεσιών στον προκαθορισμένο χρόνο και τόπο.

2. Ανταπόκριση

Η ανταπόκριση σχετίζεται με την θέληση ή την ετοιμότητα των υπαλλήλων να παρέχουν την υπηρεσία. Αυτό υπονοεί ότι η παροχή υπηρεσιών γίνεται εγκαίρως. Τέτοια παραδείγματα είναι:

- Γρήγορη απάντηση του τηλεφωνήματος του πελάτη
- Άμεση παροχή υπηρεσιών

3. Ικανότητα

Σημαίνει να διαθέτεις την απαραίτητη επιδεξιότητα και την κατάλληλη γνώση για να παρέχεις τις υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει:

- Γνώση και επιδεξιότητα από το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή.
- Γνώση και επιδεξιότητα από το προσωπικό της λειτουργικής υποστήριξης.
- Ικανότητα έρευνας

4. Πρόσβαση

Αυτό σημαίνει ευκολία προσέγγισης και επαφής. Δηλαδή:

- Η υπηρεσία που παρέχεται στον ασθενή θα πρέπει είναι εύκολα προσβάσιμη από το τηλέφωνο (οι γραμμές δεν είναι κατειλημμένες και δεν σε βάζουν πολύ ώρα στην αναμονή).
- Ο χρόνος αναμονής για να σου παρέχουν μια υπηρεσία δεν είναι μεγάλος.
- Σωστές ώρες λειτουργίας.
- Τόπος όπου παρέχεται η υπηρεσία.

5. Αβρότητα

Αυτό σημαίνει ευγένεια, σεβασμό, λεπτότητα, και φιλικότητα από το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή συμπεριλαμβανομένων και των γραμματέων και των τηλεφωνητριών. Αυτό περιλαμβάνει επίσης:

- Σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενή.
- Καθαρή και προσεγμένη εμφάνιση του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς.

6. Επικοινωνία

Αυτό σημαίνει να είναι πάντα οι πελάτες πληροφορημένοι, σε γλώσσα που γίνεται άμεσα αντιληπτή από τους ίδιους, καθώς επίσης να υπάρχει η δυνατότητα ο υπάλληλος του νοσοκομείου να τους ακούει σε ό,τι λένε. Αυτό περιλαμβάνει:

- Να εξηγούν τις υπηρεσίες που προσφέρει ένα νοσοκομείο
- Να εξηγείται το κόστος των υπηρεσιών
- Να εξηγείται την ανταλλαξιμότητα μεταξύ κόστους και υπηρεσίας
- Να επιβεβαιώνεται ο πελάτης ότι το πρόβλημα του θα διευθετηθεί.

7. Αξιοπιστία

Στην έννοια αυτή περιλαμβάνεται συνέπεια, πειστικότητα, τιμιότητα. Σημαίνει να ενδιαφέρεται ο γιατρός για το συμφέρον του πελάτη. Παράγοντες που συνεισφέρουν στην αξιοπιστία είναι :

- Το όνομα του νοσοκομείου αλλά και το όνομα των συναδέλφων και υπαλλήλων που εργάζονται εκεί.
- Η φήμη του νοσοκομείου.
- Η καλή διάθεση στις συναλλαγές με τον πελάτη.

8. Ασφάλεια

Η έννοια της ασφάλεια περιλαμβάνει:

- Την φυσική ασφάλεια.
- Την σωματική ασφάλεια.
- Εμπιστευτικότητα.

9 . Κατανόηση

Η έννοια αυτή αναφέρεται στην προσπάθεια που καταβάλει ένα νοσοκομείο με σκοπό να καταλάβει τις ανάγκες του πελάτη της. Αυτό αφορά:

- Να μάθει τις ειδικές ανάγκες του πελάτη.
- Να παρέχει προσωπική προσοχή στον πελάτη.
- Να αναγνωρίζει τον τακτικό πελάτη.

1.3. Αξία της υπηρεσίας και ικανοποίηση του ασθενή

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, στον τομέα της υγείας υπάρχει μια πληθώρα ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς έχουν να διαλέξουν μέσα από μία σειρά εναλλακτικών ιατρικών υπηρεσιών. Ως επί το πλείστον θα επιλέξουν αυτό που θα τους δώσει την μεγαλύτερη αξία με το χαμηλότερο κόστος . Ο Kotler⁵ (2003) δίνει την αναμενόμενη αξία της υπηρεσίας ως την διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης αξιολόγησης του ασθενή και του κόστους της προσφοράς από τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που του δίνονται. Η ολική αξία του ασθενή (total customer value) είναι η δεχόμενη οικονομική αξία σε συνάρτηση με ένα συνδυασμό οικονομικών και ψυχολογικών ωφελειών που αναμένουν οι ασθενείς από την προσφορά του νοσοκομείου. Τέλος, το ολικό κόστος του ασθενή είναι το κόστος που περιμένει από την αξιολόγηση και την χρήση της παρούσας προσφοράς.

Ο ασθενής έχει να διαλέξει ανάμεσα από μία ποικιλία προσφορών. Θα τις αξιολογήσει με βάση κάποια κριτήρια που διαφέρουν ανά άτομο και θα αποφασίσει ποια προσφορά καλύπτει τις ανάγκες του. Η κάθε προσφορά του δίνει μία αξία που ανάλογα με τις προτιμήσεις του την αξιολογεί και επιλέγει αυτή που θα του δώσει μεγαλύτερη ολική αξία⁶.

⁵ Kotler, P., 2003, "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall

⁶ Fournier, S & Glenmick, D.,1999., "Rediscovering satisfaction", Journal of Marketing, σελ. 5-23.

Ως αποτέλεσμα αυτού, ένα νοσοκομείο ή οποιαδήποτε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δίνει μία εικόνα που να είναι όσο πιο κοντά στην πραγματικότητα αλλιώς μπορεί να σύντομα να απογοητευτεί το άτομο και να επιδιώξει να ψάξει για κάτι άλλο. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις παροχής χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα υγείας όπου αναγκάζουν πολλούς να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Η στροφή αυτή πάντα θα εξαρτάται και από την οικονομική κατάσταση των ατόμων καθότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα άτομα δεν έχουν αρκετό εισόδημα προκειμένου να μπορέσουν να πληρώσουν περισσότερο προκειμένου να λάβουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας.

1.4. Σχέση μεταξύ ικανοποίησης των ασθενών και απόδοσης της υγείας

Για να αποδειχτούν οι παραπάνω θεωρίες θα πρέπει να αποδειχτεί, βάση κάποιας σχετικής αρθρογραφίας, ότι όντως υπάρχει σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ατόμων και της απόδοσης της υγείας που παρέχεται από κάποιο ίδρυμα περίθαλψης.

Σύμφωνα με τους Zemke και Bell (1990)⁷ «*Τίποτα δεν είναι κοινό σήμερα όσο το να υπάρχουν ιδρύματα περίθαλψης τα οποία να δεσμεύονται για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους πελάτες τους αν και πολλοί δεσμεύονται πιο πολύ στην διαφήμιση παρά στην δράση*».

Οι Koska (1990⁸) και Nelson *et al.* (1992⁹) δίνουν τη σχέση μεταξύ των υπηρεσιών στα νοσοκομεία με την κερδοφορία τους σε σχέση με τους ανταγωνιστές τους. Ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών φέρνει όχι μόνο κερδοφορία και άρα

⁷ Zemke, R., Bell, C.R., 1990, Service Wisdom; Creating and Maintaining the Customer Service Edge, 2, Lakewood Books, Minneapolis, MN σελ. 45

⁸ Koska, M.T., 1990, "High quality care and hospital profits: is there a link?", Hospitals, 5 March

⁹ Nelson, E., Rust, R.T., Zahorik, A, Rose, R.L, Batalden, P., Siemanski, B., 1992, "Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance?", Journal of Healthcare Marketing, December, σελ. 1-13.

καλύτερη απόδοση των οικονομικών του νοσοκομείου αλλά και καλύτερη φήμη, μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς και καλύτερη φήμη από στόμα σε στόμα πράγμα που μειώνει τα έξοδα διαφήμισης.

1.5. Αξιολόγηση του αισθήματος ικανοποίησης των πελατών

Αφού είδαμε το τρόπο σκέψης όταν ένας υποψήφιος πελάτης πρόκειται να αποφασίσει για το εάν θα χρησιμοποιήσει τις ιατρικές υπηρεσίες και τις προσφερόμενες υπηρεσίες ενός νοσοκομείου και είδαμε σε ποια σημεία το αίσθημα της ικανοποίησης επηρεάζει τον πελάτη στην απόφαση του θα εξετάσουμε λίγο βαθύτερα την έννοια της ικανοποίησης του πελάτη.

Στην σημερινή ανταγωνιστική αγορά η διαφοροποίηση είναι ένα στοιχείο που πολλές φορές προσδίδει σε ένα νοσοκομείο το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των παρεμφερών της. Η ικανοποίηση είναι ένα μείγμα που μπορεί να εξηγηθεί με θεωρίες συμπεριφοράς του ασθενή και ψυχολογίας. Ο κάθε ασθενής έχει διαφορετικές προσδοκίες, αυτό βέβαια δεν αποκλείει την κατηγοριοποίηση τους.

Ο Oliver¹⁰ (1980) γράφει ότι η πίστη ενός πελάτη είναι μια λειτουργία της ικανοποίησης του πελάτη που την ορίζει σαν το αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών πριν το γεγονός και της ίδιας της εμπειρίας δηλαδή της χρησιμοποίησης του ίδιου νοσοκομείου.

Σε περίπτωση που οι παροχές που προσφέρει ένα νοσοκομείο δεν είναι ποιοτικές αυτό θα οδηγήσει τον πελάτη στην δυσαρέσκεια. Το αίσθημα της δυσαρέσκειας που θα απομακρύνει τον πελάτη είναι ουσιαστικά δυο παράλληλες διαδικασίες που αποτελούνται από δημιουργία των προσδοκιών που φτάνουν τον πελάτη σε ένα θετικό επίπεδο πριν το γεγονός και το αίσθημα της

¹⁰ Oliver, R.L., DeSarbo, W.S., 1988, "Response determinants in satisfaction judgement", *Journal of Consumer Research*.

μη ικανοποίησης των προσδοκιών κατά τη διάρκεια του γεγονότος και μετά που θα φέρει και την δυσαρέσκεια.

Σύμφωνα με τον Keller¹¹ (1993) η εικόνα του νοσοκομείου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το βαθμό ικανοποίησης και ίσως να παίξει μεγάλο ρόλο σε περίπτωση που το αίσθημα ικανοποίησης βρεθεί στο ίδιο επίπεδο με το συναίσθημα δυσαρέσκειας ώστε να γείρει την ζυγαριά προς ένα σημείο. Επίσης, παίζει μεγάλο ρόλο στο στάδιο της λήψης απόφασης εφόσον έχει να διαλέξει μεταξύ κάποιων εναλλακτικών.

Οι προσδοκίες των πελατών πηγάζουν από τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Η ανάγκη διαφοροποιείται ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του καθενός.

1.6 Σημασία της ποιότητας των υπηρεσιών.

Είδαμε παραπάνω ότι η ικανοποίηση των πελατών έχει άμεση σχέση με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Ειδικότερα όταν ο πελάτης νιώθει ικανοποιημένος από τις ιατρικές υπηρεσίες που του έχουν προσφερθεί τότε το νοσοκομείο έχει καταφέρει να αποκτήσει την εμπιστοσύνη του συγκεκριμένου πελάτη με αποτέλεσμα να γνωρίζει ότι έτσι έχει ενισχύσει και την φήμη του.

Σύμφωνα με τον Μαυροβουνιώτη¹² (1998) η εμπιστοσύνη χτίζεται ως εξής:

1. Με την επιδίωξη της διαρκούς υπέρβασης προσδοκιών
2. Με την άμεση επανόρθωση κάποιου λάθους
3. Με την επίδειξη της εκτίμησης τους
4. Με την ανάληψη πρωτοβουλίας βοήθειας του πελάτη

Πάνω σε αυτά τα στοιχεία μπορεί να βασιστεί η φιλοσοφία της υπηρεσίας. Έχει γίνει κατανοητό ότι η ποιότητα των υπηρεσιών με

¹¹ Keller, K., 1993, "Conceptualizing, measuring, and managing customer based equity", *Journal of Marketing*, σελ. 1.

¹² Μαυροβουνιώτης, Μ. 1998 «ΜΕΓΑΣΕΡΒΙΣ» Interbooks.

βάση την κατανόηση των αναγκών του ασθενεί θα τον διατηρήσει σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Ο μεγαλύτερος εχθρός της εξυπηρέτησης πελατών είναι η κακή φήμη. Είναι το αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας από πελάτες που είναι κοινωνικοί και εξωστρεφείς. Γνωρίζουμε, ακόμα, πως αυτό το ποσοστό των δυσαρεστημένων πελατών το 13% που είχε πρόβλημα θα το ξαναπεί πάνω από δυο φορές σε 20 άτομα. Η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών είναι συνάμα και προσπάθεια βελτίωσης των σχέσεων με τους πελάτες και είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο στην καταπολέμηση της κακής φήμης και στην αλυσιδωτή επίδραση που έχει αυτή πάνω στους πελάτες σας.

Οι παράγοντες που θα επηρεάσουν την κρίση ενός πελάτη είναι :

1. Να λαμβάνει μια εξήγηση για τα αίτια του προβλήματος υγείας του
2. Να έχει τη σωστή ενημέρωση για το που πρέπει να τηλεφωνήσω εάν συμβεί κάτι
3. Να μπορεί να μιλήσει με κάποιον αρμόδιο για το πρόβλημα της υγείας του
4. Να ενημερώνουν για τον χρόνο που θα πάρει επίλυση του προβλήματος
5. Να τον αντιμετωπίζουν σαν άτομο και όχι σαν χρήματα.
6. Να ενημερώνονται για τρόπους προστασίας τους από αυτό το πρόβλημα στο μέλλον
7. Να ενημερώνονται για την εξέλιξη του προβλήματος τους όταν δεν μπορεί να λυθεί αμέσως¹³

1.7. Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και η σχέση του με την ποιότητα των υπηρεσιών

¹³ Μαυροβουνιώτης, Μ. 1998 «ΜΕΓΑΣΕΡΒΙΣ» Interbooks

Η ραγδαία εξέλιξη των σύγχρονων τεχνολογιών τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργήσει ένα αρκετά έντονο ανταγωνισμό στα νοσοκομεία και στον τομέα της υγείας γενικότερα. Η ταχύτητα ανάπτυξης της τεχνολογίας δημιουργεί από την μια, ευκαιρίες ανάπτυξης των αγορών και από την άλλη, εμπλέκει τα νοσοκομεία σε έναν αγώνα δρόμου προς τον ανταγωνισμό. Μέχρι πριν από λίγο καιρό, αυτές οι αλλαγές δεν επηρέαζαν τον τομέα της υγείας. Όμως, όπως όλοι οι κλάδοι έτσι και ο κλάδος αυτός τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να αντιμετωπίζει τις επερχόμενες αλλαγές.

Πλέον ένα σωστό νοσοκομείο δεν αρκεί απλά και μόνο να δίνει το αίσθημα της ασφάλειας στους ασθενείς του. Για να παραμείνει, τώρα πια, στις κορυφαίες θέσεις του κλάδου υγείας και της ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να προβλέπει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των τελικών πελατών¹⁴.

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μπορεί να εκλάβει δύο διαστάσεις.

1. Την διάσταση της ανώτερης αξίας του ατόμου
2. Την διάσταση του χαμηλότερου σχετικού κόστους.

Η προσθήκη ανώτερης αξίας προς τον τελικό πελάτη, δύναται να επιτευχθεί από τον κλάδο υγείας όταν ικανοποιεί τις ανάγκες του τελικού πελάτη καλύτερα, σε σχέση με τις ανταγωνιστικές υπηρεσίες του κλάδου.

Η ποιότητα των υπηρεσιών από μόνη της δεν είναι αρκετή για την δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Ο πλέον σημαντικός και επιτυχημένος παράγοντας είναι η ικανότητα ενός νοσοκομείου να προσδίδει μεγαλύτερη αξία προς τον πελάτη σε σχέση με την αξία που του προσδίδει ο υπόλοιπος ανταγωνισμός.

Σύμφωνα με τον Earl Naumann¹⁵ (1994) πέντε βήματα είναι αυτά τα οποία κάθε κλάδος θα πρέπει να μάθει πάρα πολύ γρήγορα και να ενσωματώσει. Αυτές των οποίων ο κλάδος δεν είναι τόσο πολύ επηρεαζόμενος από τις ραγδαίες εξελίξεις έχουν

¹⁴ Kotler, P., 1997, "Marketing Management, Analysis, Planning, Implementation and Control" 9th edition, Prentice – Hall

¹⁵ Naumann, E., 1994, "Creating Customer Value: The path" London: Hallsmark

λίγο μεγαλύτερο περιθώριο εφαρμογής αυτών των μαθημάτων. Τα βήματα είναι τα εξής:

1. Οι πελάτες είναι αυτοί που καθορίζουν το ποιοτικό προϊόν, την ποιότητα των υπηρεσιών και την λογική τιμή διάθεσης μιας υπηρεσίας. Έτσι ένα νοσοκομείο απαιτείται να βάλει σε εφαρμογή τους κατάλληλους μηχανισμούς ώστε να μπορεί να καταγράψει τις προσδοκίες των πελατών για ποιότητα προϊόντων, ποιότητα υπηρεσιών και λογικές τιμές διάθεσης αυτών.
2. Οι προσδοκίες των πελατών καθορίζονται πάντα σε σχέση με τις εναλλακτικές λύσεις που προτείνει ο ανταγωνισμός. Εάν λοιπόν μια έρευνα μετρά την ικανοποίηση των πελατών με βάση τις υπηρεσίες που παρέχει ένα νοσοκομείο χωρίς να κάνει αναφορά στις προτάσεις του ανταγωνισμού τότε τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι απόλυτα αντιπροσωπευτικά. Πρέπει οι έρευνες των νοσοκομείων να κατευθύνονται κατά τέτοιο τρόπο ούτως ώστε να μπορούν να επιβεβαιώνουν και από την πλευρά των δικών τους πελατών, αλλά και από την πλευρά των πελατών των ανταγωνιστών, ποια είναι η άποψη τους για τις υπηρεσίες τους .
3. Οι προσδοκίες των πελατών είναι δυναμικές. Αυτό σημαίνει πως μια έρευνα απλώς μεταφέρει την άποψη των πελατών μια χρονική στιγμή και μόνο. Έτσι λοιπόν για να μπορεί ένα νοσοκομείο να προσδιορίζει τις προσδοκίες των πελατών όσον αφορά την ποιότητα των προϊόντων, την ποιότητα των υπηρεσιών και την αποδεκτή τιμή σε σχέση με τον ανταγωνισμό πρέπει να ενεργοποιήσει μια διαδικασία συνεχούς έρευνας.
4. Η ποιότητα των προϊόντων καθώς και η ποιότητα των υπηρεσιών θα πρέπει να εκτείνονται σε όλα τα κανάλια διανομής και διάθεσης των υπηρεσιών.
5. Τέλος για να μεγιστοποιηθεί η αξία του ασθενή διαμέσου ποιοτικών υπηρεσιών πρέπει στην διαδικασία αυτή να εμπλακούν όλοι ξεκινώντας από την ηγεσία και μεταφέροντας

τις ευθύνες και σε όλα τα επιμέρους λειτουργικά τμήματα όπως Δημόσιες Σχέσεις, Εξυπηρέτηση Πελατών, ίσως Λογιστήριο κλπ.

Ένα νοσοκομείο πρέπει να μπορεί να μεταφράζει τις ανάγκες των ασθενών και τις επιθυμίες τους. Είναι πάρα πολύ δύσκολο να σκεφτεί κανείς μια υπηρεσία η οποία δεν συνοδεύεται και δεν υποστηρίζεται από συστατικά υπηρεσιών.

1.8. Στατιστικά στοιχεία για τις δαπάνες στην δημόσια υγεία.

Είδαμε ως τώρα ότι το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του κλάδου. Προκειμένου να επιτευχθεί όμως αυτή η ποιότητα απαιτείται εκτός από κτιριακός, σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, ειδικευμένο και επαρκές προσωπικό. Εδώ εστιάζεται το πρόβλημα. Όλα τα παραπάνω που αναλύθηκαν σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των πελατών δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς την απασχόληση ειδικευμένου διοικητικού και ιατρικού προσωπικού.

Όπως θα δούμε και στον πίνακα που ακολουθεί από το 1995 έως το 2003 οι δαπάνες στον τομέα της υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά. Οι δαπάνες όμως αυτές επικεντρώνονται κυρίως στην κατασκευή περισσότερων νοσοκομείων, στην αγορά σύγχρονης τεχνολογίας. Η κατασκευή κτιρίων και η αγορά νέων μηχανημάτων συνεπάγονται αυξημένη απασχόληση από ειδικευμένο προσωπικό παρόλαυτά τα υπάρχοντα νοσοκομειακά ιδρύματα παραμένουν ως έχουν και δεν αναβαθμίζουν το υπάρχον προσωπικό τους.

Διάγραμμα 1.1



Πηγή : Υπ. Οικονομίας και Οικονομικών- Γ.Λ.Κ,
(**) Προϋπολογισμός 2003

Παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα ότι οι δαπάνες από το 1995 έως το 2003 έχουν διπλασιαστεί φτάνοντας τα 3.000 εκατομμύρια ευρώ σε σχέση με το 1995 που ήταν 1.500 εκατομμύρια ευρώ.

Σχετικά με τον αριθμό των γιατρών που απασχολούνται στον δημόσιο τομέα στο διάγραμμα 1.2 παρακάτω παρουσιάζονται τα στοιχεία.

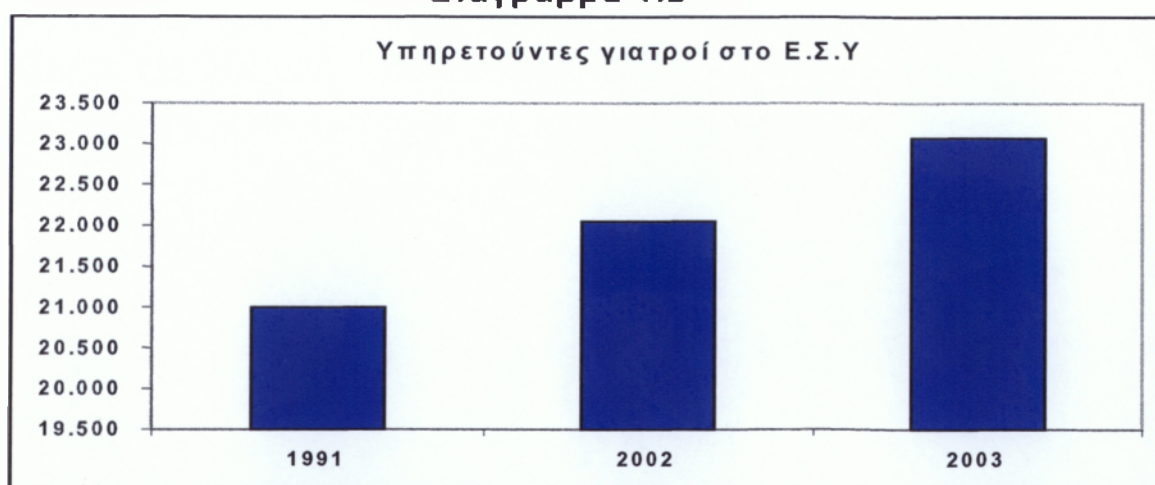
Ειδικότερα το 1991 απασχολούνταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας 21.000 γιατροί και το έτος 2003 απασχολούνταν 23.000. Παρατηρούμε λοιπόν ότι ο αριθμός των απασχολούμενων γιατρών για την περίοδο 1991-2003 έχει παρουσιάσει μικρή αύξηση σε σχέση με τις ανάγκες των νοσοκομείων. Εδώ επικεντρώνεται το πρόβλημα της έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού στον τομέα της υγείας. Η κοινωνία θα πρέπει να απασχολήσει περισσότερο προσωπικό στα νοσοκομεία και όπου απαιτείται περίθαλψη προκειμένου να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες και έτσι να

καταφέρει σε συνδυασμό με την νέα τεχνολογία και με τον σύγχρονο κτιριακό εξοπλισμό να κάνει τον κλάδο της υγείας ανταγωνιστικό¹⁶.

Υποστηρίζεται ότι κάθε χρόνο αποφοιτούν από τις Ιατρικές Σχολές της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ηρακλείου, Λάρισας, Ιωαννίνων και Θράκης περίπου 700 - 1.000 γιατροί. Αριθμός που φέρνει την Ελλάδα στην πρώτη θέση σε παραγωγή γιατρών μαζί με την Ισπανία και την Ιταλία. Παρατηρούμε λοιπόν ότι σε σχέση με το παρακάτω διάγραμμα ο αριθμός των απασχολούμενων γιατρών αυξήθηκε πολύ λίγο σε σχέση με αυτούς που αποφοιτούν. Στα μεγάλα αστικά κέντρα οι γιατροί υποαπασχολούνται ή εκτελούν άλλα καθήκοντα σε σχέση με αυτά που ειδικεύτηκαν. Ένα παράδειγμα είναι αυτοί που έχουν ειδικότητα ειδικού χειρουργού αλλά δεν χειρουργούν. Η εύρεση θέσης εργασίας στο ΕΣΥ είναι σχεδόν αδύνατη. Αντίθετα στην επαρχία, υπάρχουν θέσεις αλλά οι γιατροί δεν τις προτιμούν γιατί τους τρομάζει η κοινωνική και επαγγελματική απομόνωση καθώς επίσης και ο μισθός ο οποίος είναι πολύ μικρός.

Οι αμοιβές των γιατρών συνήθως ξεκινούν από 1.500 ευρώ και φτάνουν τα 3.000 στον δημόσιο τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα οι μισθοί είναι χαμηλότεροι¹⁷.

Διάγραμμα 1.2



Πηγή: Υπ. Υγείας & Πρόνοιας

¹⁶ Λαοπόδης Β., 2003., «Υπερπληθώρα γιατρών, απειλή για ανεργία», ΟΝΓΕ, σελ. 5-6

¹⁷ Ορ. cit

Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι από τις δαπάνες που προαναφέρθηκαν το μεγαλύτερο μέρος αυτών χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή νέων νοσοκομείων και επεκτάσεων κυρίως την Ελληνική Περιφέρεια, προκειμένου να καλυφθεί το χάσμα της υγειονομικής περίθαλψης που διαχρονικά υπήρχε ανάμεσα στο κέντρο και στην περιφέρεια¹⁸.

Εντός του 2003 αναμενόταν να κατασκευαστούν πέντε νέα νοσοκομεία αυτά των Σερρών, Δυτικής Αττικής, Θήβας, Γρεβενών, Πύργου, αποφασίστηκε να επεκταθούν τα νοσοκομεία Τζάνειο, Σισμανόγλειο, Γ.Ν Άργους, Γ.Ν Ιωαννίνων, Γ.Ν Πρέβεζας.

Παρατηρούμε συνεπώς ότι αν και τα νοσοκομεία εκσυγχρονίζονται, επεκτείνονται παρόλαυτά ακόμα υπάρχουν ανάγκες σε προσωπικό ειδικευμένο που θα πρέπει να καλυφθούν άμεσα.

¹⁸ Υπουργείο Υγείας, 1994

Κεφάλαιο 2

2.1. Οργάνωση και προσφορά υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην Ελλάδα κατατάσσονται σε τρία επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Οι κατηγορίες αυτές είναι η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι εξωνοσοκομειακή, η δευτεροβάθμια είναι νοσοκομειακή ενώ η τριτοβάθμια είναι η πανεπιστημιακή περίθαλψη.

2.1.1. Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από το κράτος, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και από τον ιδιωτικό τομέα. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν: α) οι γιατροί οι οποίοι κατέχουν κάποιο ιδιωτικό ιατρείο ασκώντας ελεύθερο επάγγελμα, β) οι ιατροί οι οποίοι ανήκουν στα πολυιατρεία των διάφορων ασφαλιστικών οργανισμών π.χ. ΙΚΑ το οποίο διαθέτει 273 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, γ) νοσοκομεία και εξωτερικά ιατρεία τα οποία προσφέρουν γενικές και ειδικές υπηρεσίες αφού αποτελούν το τελευταίο στάδιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δ) αγροτικά ιατρεία, και ε) κέντρα υγείας τα οποία διακρίνονται σε αστικού τύπου και σε μη αστικού τύπου. Τα αστικού τύπου κέντρα υγείας είναι περίπου 59, από τα οποία τα 50 βρίσκονται στις πρωτεύουσες του νομού ενώ τα υπόλοιπα σε πόλεις. Τα κέντρα υγείας μη αστικού τύπου μέχρι και το 1993 ανέρχονταν στα 163. Η στελέχωση τους με ιατρούς θεωρείται αναγκαία και πολλοί θεωρούν ότι απουσιάζει η ειδίκευση από τους γιατρούς αυτών των ιατρικών κέντρων. Το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτά τα κέντρα υγείας παρουσιάζει έντονη έλλειψη καθώς επίσης και ο εξοπλισμός τους με σύγχρονα μηχανήματα¹⁹.

¹⁹ Μπέσης, Ν., 1993., «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών, σελ. 36-42

Στον πίνακα 2.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η χωροταξική κατανομή των κέντρων υγείας στην Ελλάδα. Όπως μπορούμε να δούμε τα περισσότερα κέντρα υγείας βρίσκονται στην περιοχή της Μακεδονίας και της Στερεάς Ελλάδος, ενώ τον μικρότερο αριθμό κατέχουν τα Ιόνια νησιά και η Θράκη.

Πίνακας 2.1

	Αριθμός κέντρων	%
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	34	20,8
Πελοπόννησος	26	15,9
Ιόνιοι Νήσοι	5	3,1
Ήπειρος	11	6,7
Θεσσαλία	17	10,4
Μακεδονία	34	20,8
Θράκη	7	4,3
Νήσοι Αιγαίου	16	9,8
Κρήτη	13	7,9
Σύνολο	163	100,0

Πηγή: ΕΣΥΕ

Το προσωπικό που απασχολείται σε αυτά τα κέντρα θεωρείται πολύ μικρό σε σχέση με την πληθώρα των γιατρών που αποφοιτούν κάθε έτος από τις Ιατρικές Σχολές. Ειδικότερα όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί ενώ το 1993 στο σύνολο της χώρας υπήρχαν 17.335 ιατροί μόλις το 9,3% απασχολούνταν στα ιατρικά κέντρα. Το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές, το διοικητικό προσωπικό, το τεχνικό κ.α.

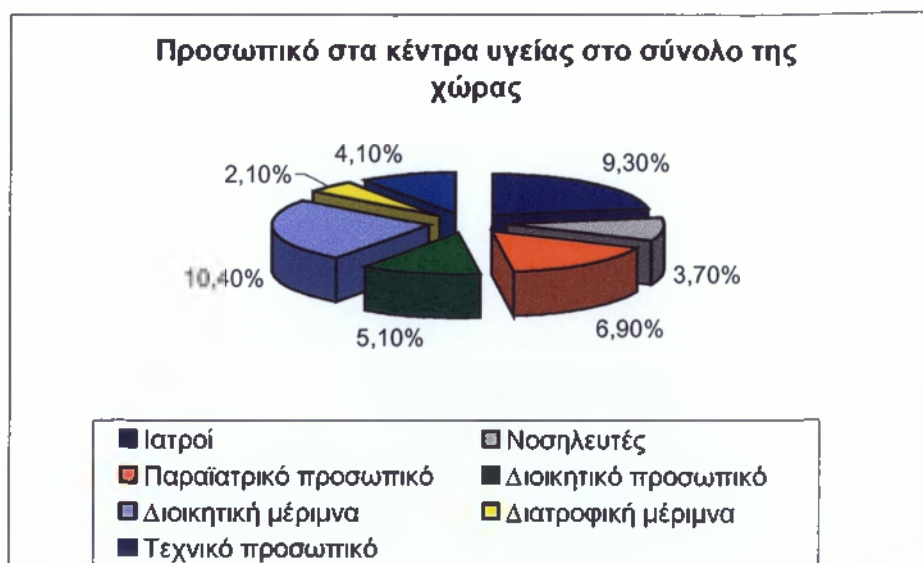
Πίνακας 2.2.

Ειδικότητες	Σύνολο χώρας	Κέντρα υγείας	%
Ιατροί	17335	1616	9,3
Νοσηλευτές	33096	1246	3,7
Παραϊατρικό προσωπικό	5347	368	6,9
Διοικητικό προσωπικό	6957	359	5,1
Διοικητική μέριμνα	12293	1353	10,4
Διατροφική μέριμνα	5508	117	2,1
Τεχνικό προσωπικό	3999	165	4,1

Πηγή:ΕΣΥΕ

Παρατηρούμε λοιπόν ότι σε σχέση με τον αριθμό των γιατρών που υπάρχουν, ο αριθμός των γιατρών που απασχολούνται στα ιατρικά κέντρα είναι πολύ μικρός και δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών. Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζεται και στο διάγραμμα 2.1.

Διάγραμμα 2.1.

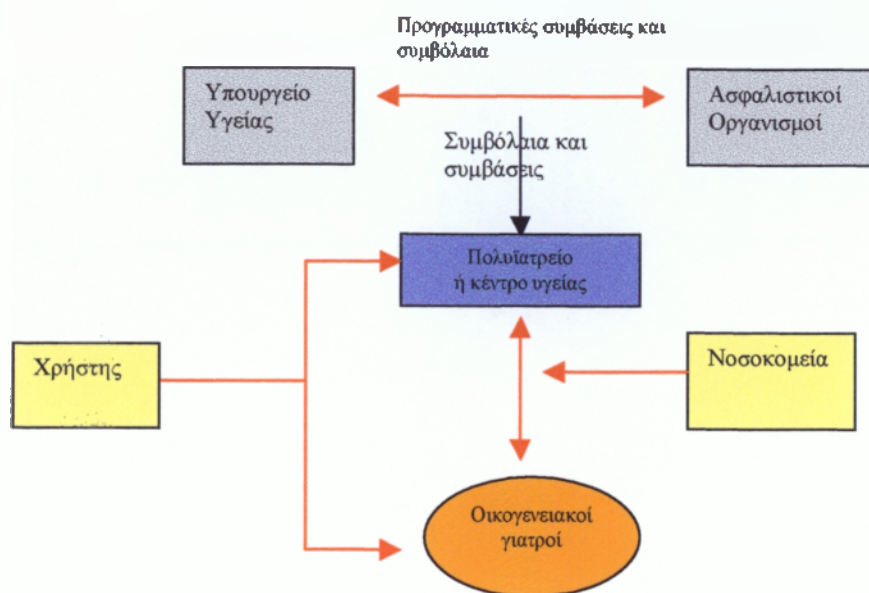


Στην χώρα μας οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας είναι αναποτελεσματικές και γιαυτό απαιτείται να γίνουν προσπάθειες προκειμένου να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ της δημόσιας υγείας και της κλινικής ιατρικής. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι να αναπτυχθούν τα διάφορα μέτρα πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας προκειμένου να μειωθούν όλοι οι παράγοντες που απειλούν την υγεία στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία.

Παρά το γεγονός ότι στην χώρα μας λειτουργούν περίπου 160 κέντρα υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη παράλαυτα εξακολουθεί να αποτελεί την «αχίλλειο πτέρνα» του τομέα υγείας αφού αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με υψηλή ζήτηση και κυρίως έχει να κάνει με μικρούς κινδύνους.

Υποστηρίζεται ότι η συγκρότηση ενός ισχυρού θεσμικού πλαισίου για την προστασία των δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί μια ριζοσπαστική μεταρρύθμιση αφού είναι ο βασικός μοχλός ανατροπής των υφιστάμενων ανισορροπιών. Το σχέδιο αυτό ανασυγκρότησης απαιτεί όμως υποστήριξη από τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να είναι επιτυχές και ενδεχομένως να συμμετάσχουν μονάδες του ιδιωτικού τομέα είτε με την μορφή μεικτών σχημάτων είτε με την μορφή αυτόνομων δικτύων. Το σχέδιο αυτό του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία παρουσιάζεται στο σχήμα 2.1.

Σχήμα 2.1.



Πηγή:Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α., 1997

Η τάση που περιγράφηκε παραπάνω μπορεί να πραγματοποιηθεί από την συγκρότηση μιας «ομοσπονδίας» κλάδων υγείας, μέσα στην οποία μπορούν να πραγματοποιηθούν προγραμματικές συμφωνίες και συμβάσεις για την αγορά και την πώληση υπηρεσιών μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων. Βέβαια η επιτυχία αυτού του προγράμματος δεν εξαρτάται μόνο από τους εμπλεκόμενους φορείς αλλά και από την πολιτική την οποία ακολουθούν τα ασφαλιστικά ταμεία²⁰.

2.1.2. Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη εννοούμε την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες στην Ελλάδα παρέχονται κυρίως από τρεις φορείς οι οποίοι είναι:

- **Δημόσια Νοσοκομεία:** Υπολογίζεται ότι το 68% περίπου των νοσοκομειακών κλινών ανήκει στα Δημόσια νοσοκομεία. Την ευθύνη για αυτά τα νοσοκομεία φέρει το κράτος το

²⁰ Κυριόπουλος, Γ., & Σισσούρας, Α., 1997, «Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα και αυταπάτη», Εκδ. Θεμέλιο σελ. 28-31

οποίο ελέγχει την διοίκηση, την οργάνωση, την λειτουργία και την χρηματοδότηση αυτών²¹.

- **Ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα:** Τα ιδρύματα αυτά είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και κατέχουν ένα πολύ μικρό ποσοστό των νοσοκομειακών κλινών. Συνήθως τα ιδρύματα αυτά λαμβάνουν κάποιες χρηματικές επιδοτήσεις από το κράτος ώστε να καλύψουν τις διάφορες ανάγκες τους. Αξίζει να σημειώσουμε ότι τα περισσότερα από αυτά τα ιδρύματα τα τελευταία χρόνια έχουν απορροφηθεί από το κράτος.
- **Ιδιωτικά νοσοκομεία-κλινικές:** Τα ιδιωτικά νοσοκομεία μέχρι και το 1993 κατείχαν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% στην Ελλάδα. Από το 1993 μέχρι σήμερα τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν παρουσιάσει σημαντική αύξηση λόγω της αδυναμίας του δημοσίου τομέα υγείας να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων για περίθαλψη.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή διοικητική λειτουργία και έλλειψη κινήτρων για την αναζήτηση καλύτερης κατανομής των πόρων και της αποδοτικότητας. Τα δημόσια νοσοκομεία εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις σε επίπεδο κλινών, υπηρεσιών και προσωπικού. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο κράτος και στις επιδοτήσεις από αυτό. Το κράτος καλύπτει ένα μεγάλο μέρος των μισθών των υπαλλήλων και εξόδων των νοσοκομείων παράλαυτά τα τελευταία χρόνια η συμβολή του μειώνεται συνεχώς. Η συμβολή των νοσηλίων τα οποία προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση είναι προβληματική λόγω της έντονης ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες.

²¹ Μπέσης, Ν., 1993., «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών, σελ. 42-43

Τα ελλείμματα των νοσοκομείων άρχισαν να εντείνονται από το 1993 και έπειτα λόγω της ανεξέλεγκτης αύξησης του κόστους, της πολιτικής συγκράτησης των δαπανών, στον τρόπο χρηματοδότησης καθώς επίσης και λόγω της μεταβολής της υγειονομικής τεχνολογίας²².

Η στελέχωση νοσοκομείων με ειδικευμένους υπαλλήλους είναι αναγκαία και αυτονόητη αλλά υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις ως προς την δυνατότητα εφαρμογής τους.

2.1.3. Τριτοβάθμια περίθαλψη

Η τριτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται κυρίως από τα περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία αλλά και από τα πανεπιστημιακά. Συνήθως τα νοσοκομεία αυτά είναι μεγαλύτερα σε μέγεθος, με σύγχρονο και ειδικευμένο τεχνολογικό εξοπλισμό και με εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό. Τα νοσοκομεία αυτά στην μέχρι και το 1993 στο σύνολο τους ήταν 26 αλλά τα τελευταία χρόνια έχουν κατασκευαστεί αρκετά σε Αθήνα και σε άλλες πόλεις. Μερικά παραδείγματα είναι το Αττικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο το οποίο παραδόθηκε το 2003 προς χρήση, το νοσοκομείο Ερρίκος Ντινάν και το νοσοκομείο Μετροπόλιταν. Βέβαια αξίζει να σημειώσουμε ότι η ιδιωτική περίθαλψη δεν είναι προσιτή από όλους αφού παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες με υψηλό κόστος, γιαυτό και πολλοί αναγκάζονται να προσφύγουν στην δημόσια περίθαλψη η οποία αδυνατεί να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες²³.

Στον πίνακα 3.3. που ακολουθεί παρουσιάζεται ο αριθμός των κλινικών που υπάρχουν στην Ελλάδα.

²² Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., 1994, «Θέματα οικονομικών και πολιτικών υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών υγείας, σελ. 17

²³ Μπέσης, Ν., 1993., «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών, σελ. 44-45

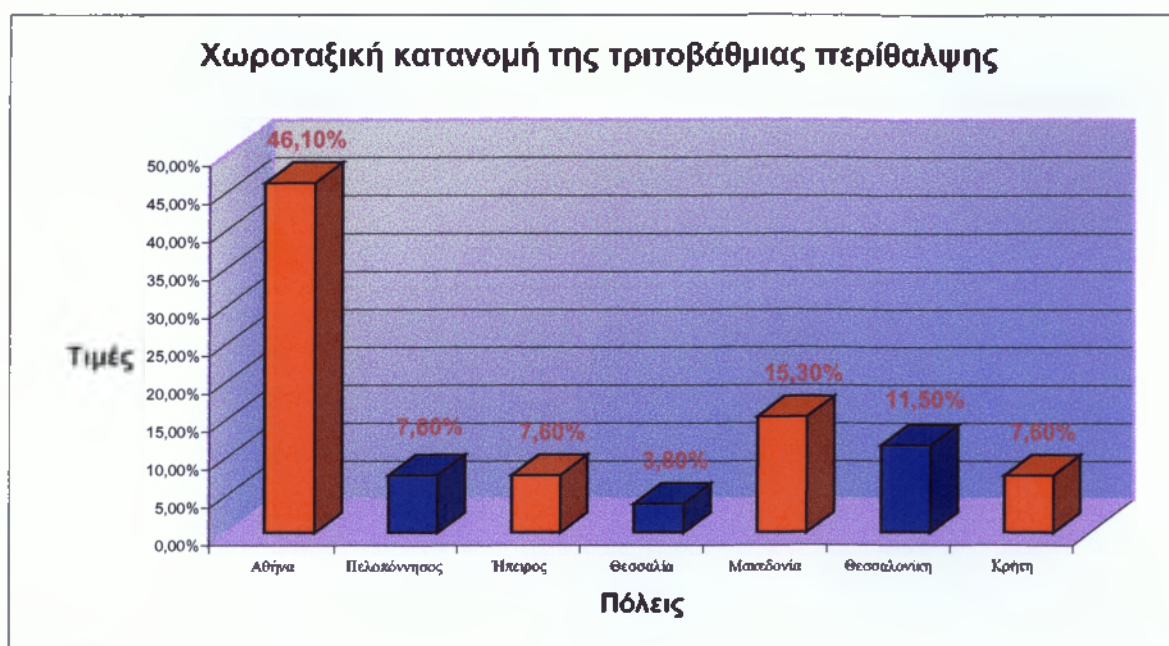
Πίνακας 2.3.

Περιοχές	Αριθμός κλινικών	%
Αθήνα	12	46,1
Πελοπόννησος	2	7,6
Ήπειρος	2	7,6
Θεσσαλία	1	3,8
Μακεδονία	4	15,3
Θεσσαλονίκη	3	11,5
Κρήτη	2	7,6
Σύνολο	26	100

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

Όσον αφορά την χωροταξική κατανομή της τριτοβάθμιας περίθαλψης αυτή παρουσιάζεται στο διάγραμμα 3.2.

Διάγραμμα 2.2.



2.2. Επαγγέλματα Υγείας

Όπως γνωρίζουμε η δημογραφία των επαγγελματιών υγείας στην χώρα μας δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες της αγοράς

εργασίας. Ο μεγάλος αριθμός των γιατρών και ο μικρός αριθμός των ειδικευμένων υπαλλήλων νοσηλευτικού προσωπικού ωθεί προς έντονη ιατρικοποίηση όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες και στην ανάπτυξη προκλητικής ζήτησης.

Ο μεγάλος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού λόγω της έντονης κοινωνικής και πολιτικής δύναμης που έχει το ιατρικό σώμα, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για το σύστημα υγείας και ασκεί πιέσεις στην κεντρική διοίκηση για ρυθμίσεις και αλλαγές με στόχο την ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων παρά την ικανοποίηση των ατόμων.

Το πρόβλημα της ιατρικής δημογραφίας προέρχεται από την ανισορροπία που υπάρχει μεταξύ της αγοράς εκπαίδευσης και της αγοράς εργασίας και πιθανά μέτρα που μπορεί να ληφθούν μόνο μακροπρόθεσμη απόδοση μπορεί να έχουν. Συνεπώς απαιτείται η υιοθέτηση μιας μεσοπρόθεσμης πολιτικής η οποία να επαναπροσδιορίσει τον αριθμό των εισαγωγών στην εκπαίδευση ή τον αριθμό των ιατρών που απαιτούνται ανά περιφέρεια. Παράλληλα, δεδομένου ότι η αγορά εργασίας ελέγχεται από το κράτος σε μεγάλο βαθμό υπάρχει περιορισμένος αριθμός θέσεων για κλινικούς γιατρούς. Κατά συνέπεια θα πρέπει να σταθεροποιηθεί ο συνολικός αριθμός των γιατρών που απαιτούνται, επίσης να ενισχυθούν οι οικογενειακοί ιατροί και οι ειδικότητες της δημόσιας υγείας. Συνεπώς η στροφή του ανθρώπινου κεφαλαίου στην δημόσια υγεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να ωφελήσει μεγάλο αριθμό ιατρικού προσωπικού. Η υιοθέτηση αυτής της κατεύθυνσης μπορεί επίσης να επιδράσει σημαντικά στον έλεγχο του κόστους αφού το ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της δημόσιας υγείας χρησιμοποιεί με φειδώ την δυνατότητα παρακλινικής και φαρμακευτικής συνταγογραφίας.

Τα εισοδήματα των ιατρών δεν είναι επαρκή με αποτέλεσμα πολλές φορές να προσφεύγουν σε άτυπες και παράτυπες συναλλαγές με τους ασθενείς. Μια λύση προκειμένου να βελτιωθούν οι μισθοί των ιατρών είναι να διαμορφώνεται το

εισόδημα τους ανάλογα με το έργο που προσφέρουν και την ποιότητα των πρόσθετων αμοιβών σε σχέση με την ποιότητα των ιατρικών πράξεων και την αποδοτική χρήση των πόρων.

Ο συνδυασμός της πολιτικής αυτής με την συγκρότηση δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού θα βοηθήσει σημαντικά την αντιμετώπιση της κρίσης που περνά ο τομέας της υγείας²⁴.

2.3.Η αμοιβή της εργασίας

Σε επιχειρήσεις όπου υπάρχει έντονη εργασία όπως είναι τα νοσοκομεία, δεν μπορεί η διαχείριση της εργασίας και της πολιτικής των αμοιβών να παραμείνει όπως είναι. Την σημερινή εποχή η κεντρική διοίκηση ορίζει τις σχέσεις εργασίας, το κόστος, την αμοιβή του προσωπικού, και την σύνθεση. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι η κεντρική διοίκηση μπορεί να καθορίζει με διαπραγμάτευση τις γενικές αποδοχές, με άλλα λόγια τα κατώτερα επίπεδα των αμοιβών και τους γενικούς όρους απασχόλησης. Βέβαια οι όροι αυτοί δεν μπορεί να είναι ανελαστικοί και να δεσμεύουν την διοίκηση του νοσοκομείου.

Συνεπώς είναι αναγκαίο το νοσοκομείο να προχωρήσει σε ένα καθεστώς ελευθερίας σχετικά με την σύναψη συμβάσεων μεταξύ του νοσοκομείου και των εργαζομένων σε αυτό, όπου θα περιγράφονται οι όροι εργασίας και αμοιβών όσο και οι αμοιβαίες υποχρεώσεις που θα εξασφαλίζουν τους εργαζόμενους αλλά και το νοσοκομείο. Παρατηρούμαι λοιπόν ότι η σύνθεση του προσωπικού και ο αριθμός του προσωπικού περνά από την αποκλειστική αρμοδιότητα των νοσοκομείων²⁵.

²⁴ Κυριόπουλος, Γ., & Σισσούρας, Α., 1997, «Ενιαίος φορέας Υγείας:αναγκαιότητα και αυταπάτη», Εκδ. Θεμέλιο σελ. 36-38

²⁵ Ορ. cit

2.4.Ο ρόλος του ιατρικού σώματος

Το ιατρικό σώμα σε ένα νοσοκομείο θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά μέσα από την σύνταξη και την υλοποίηση των προϋπολογισμών, την διαχείριση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παράλληλα όμως θα πρέπει να μοιράζεται τις αποφάσεις και με άλλα στελέχη του νοσοκομείου. Καθίσταται με αυτόν τον τρόπο απαραίτητη η εφαρμογή μιας συναινετικής διοίκησης όπου όλα τα μέρη του νοσοκομείου οφείλουν να αντιλαμβάνονται τις υποχρεώσεις και τον ρόλο τους για την διάσωση και την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας²⁶.

2.5.Ανθρώπινο Δυναμικό

Πριν προβούμε σε αναλυτική εξέταση της απασχόλησης και της ανεργίας στον τομέα της υγείας είναι αναγκαίο να μιλήσουμε προηγουμένως για τους ανθρώπινους πόρους του συστήματος. Το πρόβλημα του ανθρώπινου δυναμικού είναι αναγκαίο να μελετηθεί προκειμένου να γίνει πιο κατανοητή η κατάσταση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Στην Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας υπάγονται τέσσερις διευθύνσεις οι οποίες διαθέτουν συνολικά λιγότερο από 10 γιατρούς δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των διευθυντών. Ανά περιόδους μερικοί από αυτούς τους γιατρούς απασχολούνται εκτός Υπουργείου. Στις νεοσύστατες Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας προκηρύχθηκαν συνολικά 40 θέσεις γιατρών οι οποίες όμως τελικά έμειναν κενές. Από τις 55 Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγιεινής, οι 28 δεν διαθέτουν κανένα γιατρό Δημόσιας Υγείας και εξυπηρετούνται από κάποιον αποσπασμένο γιατρό του Συστήματος Υγείας ή ακόμα και από αγροτικό γιατρό. Στους υπόλοιπους 27 νομούς υπάρχει μόνο ένας γιατρός δημόσιας

²⁶ Op. cit

υγείας και σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχουν περισσότεροι από έναν.

Σε όλη την χώρα υπάρχουν συνολικά 266 Επόπτες Δημόσιας Υγείας οι οποίοι αποτελούν το 40% των προβλεπόμενων θέσεων. Σε αρκετούς Νομούς δεν υπάρχει κανένας ή υπάρχει μόνο ένας που δεν επαρκεί²⁷.

Η ίδια κατάσταση επικρατεί και με τους επισκέπτες Υγείας αφού μόλις το 9% έχει καλυφθεί ενώ το 91% είναι κενές θέσεις. Οι κλάδοι που προαναφέρθηκαν είναι οι πιο προβληματικοί στον τομέα της υγείας. Αυτή η έλλειψη επιστημονικού προσωπικού γίνεται πιο έντονη εξαιτίας της αναγκαστικής διάθεσης αυτού του ελάχιστου προσωπικού σε δραστηριότητες ξένες προς την υγεία. Με άλλα λόγια λόγω της μεγάλης έλλειψης που υπάρχει σε ιατρικό και διοικητικό προσωπικό πολλοί αναγκάζονται να απασχολούνται σε πολλές δραστηριότητες με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σωστός καταμερισμός της εργασίας και να μην μπορεί έτσι να υπάρχει αποδοτικότητα, παραγωγικότητα και ειδίκευση κάτι το οποίο συνεπάγεται έλλειψη ποιότητας υπηρεσιών υγείας²⁸.

Λόγω της παραπάνω έλλειψης πολλές δραστηριότητες πραγματοποιούνται πλημμελώς και άλλες δεν υλοποιούνται καθόλου. Σε πολλούς τομείς η αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας περιπλέκεται λόγω της μεγάλης αναποτελεσματικότητας της κρατικής μηχανής. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι αποστολή και οι στόχοι της δημόσιας υγείας δεν καταφέρνουν να υλοποιηθούν.

2.6. Εισαγωγή στο ανθρώπινο δυναμικό των Νοσοκομείων

Λόγω του ότι τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στο ανθρώπινο δυναμικό τους χαρακτηρίζονται από εντάσεις εργασίας σε αντίθεση με τους βιομηχανικούς τομείς που χαρακτηρίζονται από εντάσεις κεφαλαίου. Αυτό σημαίνει ότι τα

²⁷ Ρούπας, Θ., & Πολύζος, Ν., 1994, «Ανθρώπινο δυναμικό», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ 216-221

²⁸ Δημολιάτης, Γ, Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήτης, Τ., 2002, «Η δημόσια Υγεία στην Ελλάδα», Εκδ. Θεμέλιο, σελ 87-88

νοσοκομεία και το σύστημα υγείας γενικότερα επενδύουν στο ανθρώπινο δυναμικό εν αντιθέσει με άλλους κλάδους που βασίζονται κυρίως σε τεχνολογικό και κεφαλαιουχικό εξοπλισμό.

Σύμφωνα με τον Baker²⁹ (1980) απαιτούνται περισσότερα χρόνια να εκπαιδευτεί ένας γιατρός από το να χτιστεί ένα νοσοκομείο. Παρόλαυτά μέσα από σωστή διαχείριση είναι δυνατόν το νοσηλευτικό, το ιατρικό, και το λοιπό προσωπικό να βελτιώσουν τόσο την ποιότητα όσο και την αποδοτικότητα του παραγόμενου έργου.

Μέχρι και το 1994 το εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα ανερχόταν σε 4.053.200 άτομα και το ποσοστό ανεργίας έφτανε το 9%. Το μέσο ποσοστό απασχολούμενων στον τομέα της υγείας στις χώρες της Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης αντιστοιχεί σε 5% του συνόλου των εργαζομένων μιας χώρας. Χώρες όπως η Νορβηγία απασχολούν το 1/10 του συνόλου των εργαζομένων τους σε υπηρεσίες υγείας. Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα παρουσίασε ανάπτυξη στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στην αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού αφού από 1,5% που ήταν η απασχόληση στην υγεία το 1970 έφτασε το 3% το 1994 και το 3,5% μέχρι και σήμερα³⁰.

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν φαίνεται να υπάρχουν συγκεκριμένοι στόχοι και πολιτικές σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία. Αυτό συμβαίνει διότι δεν αξιολογούνται οι προτεραιότητες που προκύπτουν από τις δυνάμεις προσφοράς και της ζήτησης ή από τις ανάγκες του συστήματος³¹. Μια πολιτική που θα αναπτύσσει προβλέψεις και θα συνδυάζει την προσφορά με την ζήτηση με τον σύστημα υγείας θεωρείται αναγκαίο και η εφαρμογή του σίγουρα θα οδηγήσει σε σημαντικά αποτελέσματα.

Ο μόνος τρόπος για να υπολογίσουμε την ανεργία την σημερινή εποχή στον τομέα της υγείας είναι και ειδικότερα στην

²⁹ Baker, T., D., 1988, "Health personnel planning", Oxford University Press σελ. 217

³⁰ Υφαντόπουλος, Γ., Μαρμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ. 178-185

³¹ Simmons, S., & Bonnett, N., 1989, "Human Resources Development: The Management, Planning and Training of Health Personnel" Evaluation and Planning Center of Health Care, σελ. 216

πρωτοβάθμια, στην δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια περίθαλψη είναι ο υπολογισμός των κενών οργανικών θέσεων που υπάρχουν. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας το 1994 οι κενές θέσεις στο ΕΣΥ ανέρχονταν σε 35.367 και για τα κέντρα Υγείας ήταν 3.671. Από αυτές τις θέσεις το 12% είναι ελλείψεις του ιατρικού προσωπικού και το 47% αποτελεί έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού.

Απαιτείται ένας κεντρικός, εθνικός προγραμματισμός στο ανθρώπινο δυναμικό προκειμένου να εξασφαλίζει σε κάθε κατηγορία τον απαιτούμενο αριθμό των εργαζομένων αλλά και την αναπαραγωγή και συνεχή εκπαίδευση αυτών, αφού πρώτα έχει αξιολογήσει τις περιφερειακές ανισότητες και ανάγκες στην κατανομή προσωπικού. Αξίζει όμως να σημειώσουμε ότι οικονομικοί λόγοι είναι αυτοί που πολλές φορές εμποδίζουν την επίτευξη αυτού του στόχου³².

2.6.1 Ιατρικό δυναμικό στην Ελλάδα

Το 1980 στους Ιατρικούς συλλόγους είχαν καταγραφεί 23.249 γιατροί, που απασχολούνταν στην Ελλάδα ενώ αργότερα το 1992 παρουσίασαν μια αύξηση και έφθασαν τους 38.738 δηλαδή παρουσιάστηκε αύξηση κατά 67%. Από αυτούς τους γιατρούς το 71% ήταν άνδρες και το 29% γυναίκες.

Παρά αυτή την αύξηση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας παρατηρήθηκαν σημαντικές περιφερειακές ανισότητες λόγω της άνισης κατανομής του ιατρικού προσωπικού. Λέγοντας άνιση κατανομή εννοούμε την μεγάλη απασχόληση των γιατρών στα αστικά κέντρα (Αθήνα περίπου 50%) και την μικρή στις περιφέρειες. Προκειμένου να μειωθεί αυτή η άνιση κατανομή το 1968 ψηφίστηκε ένας νόμος σύμφωνα με τον οποίο οι νέοι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να υπηρετήσουν τουλάχιστον για ένα χρόνο σε αγροτικές περιοχές εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Ο νόμος

³² Smith, B., 1986., "The world economic crisis: Health manpower out of balance", Health Policy and Planning, σελ. 309

αυτός ισχύει μέχρι σήμερα και αναφέρεται σε γιατρούς χωρίς ειδικότητα οι οποίοι μόλις έχουν πάρει το πτυχίο τους και κάνουν το λεγόμενο «αγροτικό».

Το ΙΚΑ που καλύπτει ασφαλιστικά το 51% του πληθυσμού απασχολεί το 27% των ειδικευμένων γιατρών δηλαδή η αναλογία που προκύπτει είναι 1 γιατρός ανά 740 ασφαλισμένους. Οι περισσότεροι ιατροί απασχολούνται μερικώς, περίπου 5 ώρες την ημέρα, αμείβονται αναλόγως και έχουν το δικαίωμα να ασκούν παράλληλα και ιδιωτική ιατρική³³.

Τα κέντρα υγείας με την σειρά τους προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στο 25% του πληθυσμού. Οι γιατροί που απασχολούνται σε αυτά ανέρχονται στους 1.287 και οι αγροτικοί γιατροί φτάνουν τους 2.570. Όσον αφορά την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη το 1992 το 40% των ειδικευμένων ιατρών προσέφεραν ιατρικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία απασχολούνταν 2.500 γιατροί. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία αξίζει να σημειωθεί ότι είναι συμβεβλημένα και με εξωτερικούς γιατρούς χωρίς αυτό να τις επηρεάζει και να μειώνει το υπάρχον προσωπικό τους.

Σε περίπτωση που δεν ληφθούν μέτρα από την πολιτεία για τον περιορισμό των ανισοτήτων στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των περιφερειών και των αστικών κέντρων τότε η κατάσταση θα χειροτερέψει. Τέλος αξίζει να σημειώσουμε ότι το 2,5% των γιατρών είναι πανεπιστημιακοί και στρατιωτικοί στους οποίους δίνεται η δυνατότητα να ασκήσουν το ιατρικό τους έργο και στον ιδιωτικό τομέα.

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας της υγείας έχει παρουσιάσει κάποιες βελτιώσεις και ενισχύσεις αλλά αυτές δεν είναι αρκετές για να καλύψουν το πρόβλημα. Ειδικότερα το 1985 ένας γιατρός αντιστοιχούσε σε 341 κατοίκους ενώ το 1990 ο ένας γιατρός αντιστοιχούσε 291 κατοίκους. Παρατηρούμε λοιπόν ότι η μείωση αυτή είναι πολύ μικρή σε σχέση με τις ανάγκες των ανθρώπων

³³ Υπουργείο Υγείας, 1994

ειδικά στα αστικά κέντρα όπου ο πληθυσμός είναι μεγαλύτερος. Στον πίνακα 2.4 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι γιατροί ανά πληθυσμό, και ο αριθμός των ιατρών ανά 100.000 κατοίκους³⁴.

Πίνακας 2.4

Σύνολο ιατρών	Γιατρός ανά πληθυσμό	Αριθμός ιατρών άνω 100.000 κατοίκους
1985	1:341	292,3
1986	1:327	306,1
1987	1:230	333,4
1988	1:311	321,4
1989	1:302	331,1
1990	1:291	342,4

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

Διαπιστώνουμε ότι μέχρι και το 1990 ένας γιατρός εξυπηρετούσε 291 κατοίκους σε μια περιοχή. Βέβαια αξίζει να σημειώσουμε ότι σε μικρές περιφέρειες και νησιά ο αριθμός αυτός είναι πολύ ικανοποιητικός αλλά σε αστικά κέντρα όπως στην Αθήνα όπου η συχνότητα ασθενειών είναι μεγαλύτερη ο ένας γιατρός δεν επαρκεί.

Οι σημαντικότερες ελλείψεις την σημερινή εποχή όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό έχουν να κάνουν με τους ειδικευμένους γιατρούς και με πρόσληψη τους. Συγκεκριμένα δεν μπορεί ένας γιατρός με ειδίκευση στην δερματολογία να προσφέρει υπηρεσίες σχετικές με γυναικολογία, παθολογία, ορθοπαιδική. Συνεπώς η κοινωνία θα πρέπει να προβεί στην

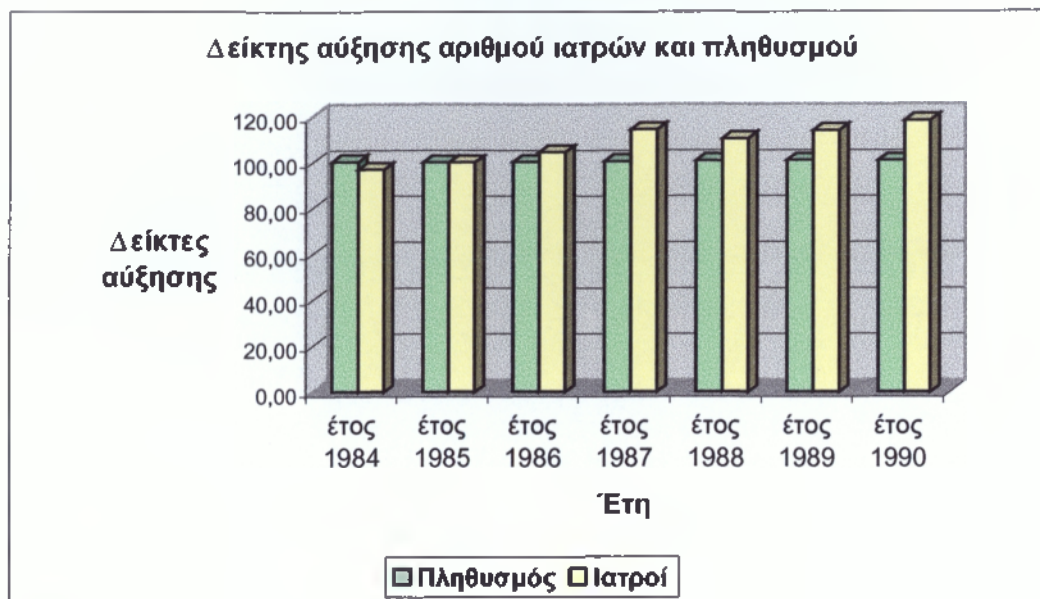
³⁴ Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ 221-228

πρόσληψη ειδικευμένων γιατρών προκειμένου να καλυφθούν όλες οι ιατρικές υπηρεσίες.

Άλλο σημαντικό πρόβλημα του εντοπίζει ο ερευνητής είναι οι περιφερειακές διαφοροποιήσεις που εμφανίζονται σε ειδικότητες όπως είναι οι χειρουργοί θώρακος, οι πλαστικοί χειρουργοί, οι γαστρεντερολόγοι και οι παιδοχειρουργοί. Πιο συγκεκριμένα οι περιοχές της Ηπείρου, Στερεάς Ελλάδας και Αιγαίου παρουσιάζουν τους χαμηλότερους δείκτες ιατρικού προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό τους. Από την άλλη οι ιατροί Γενικής Ιατρικής καθώς επίσης και οι παθολόγοι παρουσιάζουν τους υψηλότερους δείκτες ιατρικού προσωπικού ανά κάτοικο.

Στην Ελλάδα ο αριθμός των ιατρών συνεχώς αυξάνεται με αποτέλεσμα πλέον να δημιουργείται πρόβλημα υπερπληθώρας αυτών. Οι παράγοντες που ρυθμίζουν τον ρυθμό αύξησης του ιατρικού δυναμικού είναι οι αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης ή λόγω θανάτου και οι νέες εγγραφές στο επάγγελμα. Οι νέες εγγραφές αναφέρονται είτε σε εγχώρια παραγωγή ιατρών είτε σε εισροή ιατρών που σπούδασαν στο εξωτερικό. Ποσοστιαίες εκτιμήσεις του πίνακα 3.4. αναφέρουν ότι αν το 1990 ο ένας γιατρός εξυπηρετούσε 291 κατοίκους τότε το 2003 ο ένας γιατρός εξυπηρετεί περίπου 190 άτομα. Συμπερασματικά ο αριθμός των γιατρών συνεχώς αυξάνεται. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το διάγραμμα 3.3. που ακολουθεί.

Διάγραμμα 2.3



Στα αστικά κέντρα και ειδικότερα στην Αθήνα ο αριθμός των απασχολούμενων ιατρών αγγίζει το 51,9% ενώ στην Θεσσαλονίκη το 16,1%. Στην υπόλοιπη Ελλάδα το ποσοστό των απασχολούμενων ιατρών φτάνει τους 32,1%. Συνεπώς αυτό που θα πρέπει να γίνει είναι η κοινωνία να επανδρώσει τα επαρχιακά νοσοκομεία με ειδικευμένο και επαρκές ιατρικό προσωπικό προκειμένου να καλύπτονται οι υπηρεσίες υγείας³⁵.

2.6.2. Νοσηλευτικό Δυναμικό

Εκτός από το ιατρικό προσωπικό αύξηση τα τελευταία χρόνια έχουν παρουσιάσει και οι νοσηλεύτες. Ειδικότερα αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι οι νοσοκόμοι Α' και Β' έχουν αυξηθεί ενώ αντίθετα οι μαίες έχουν μειωθεί.

Υποστηρίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων είχε αυξηθεί κατά 60% την δεκαετία 1980-1990 και συνεχώς παρουσιάζει αύξηση. Οι νοσηλεύτριες αποτελούν περίπου το 30% του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου και

³⁵ Μπέσης, Ν., 1993., «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών, σελ. 45-49

το 78,9% αυτών απασχολείται σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ το 10,9% σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Στα δημόσια νοσοκομεία, αντιστοιχεί μια νοσηλεύτρια ανά κλίνη και ένας γιατρός για δύο νοσηλευτές, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία αντιστοιχεί μια νοσηλεύτρια σε 3 κλίνες και ένας γιατρός για δύο νοσηλεύτριες. Τέλος το 3% του νοσηλευτικού προσωπικού αντιστοιχεί στα κέντρα υγείας³⁶.

Βέβαια εκτός αυτών υπάρχει και η ομοσπονδία αποκλειστικών νοσοκόμων που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς που βρίσκονται εντός των νοσοκομείων. Το πρόβλημα της άνισης κατανομής παρατηρείται και στην περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού αφού στην Αθήνα έχει συγκεντρωθεί το 54% αυτών. Στόχος είναι να ενισχυθεί η στελέχωση των ειδικευμένων νοσηλευτών, αφού συγκριτική μελέτη που έγινε το 1992 στις χώρες της Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης έδειχνε ότι στην Ελλάδα μια νοσηλεύτρια αναλογούσε σε 5 κλίνες ενώ εκείνη την περίοδο σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αναλογία ήταν 0,65 ανά κλίνη³⁷.

Παρακάτω παρουσιάζεται η ποσοστιαία διαγραμματική ανάλυση της απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Διάγραμμα 2.4.



³⁶ Μπέσης, Ν., 1993., «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών, 50-51

³⁷ ΟΟΣΑ, 1992, «The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries» Paris

2.6.3. Λοιπό προσωπικό

Εκτός από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό στα νοσοκομεία απασχολούνται και άλλες ειδικότητες. Σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες υπάρχουν μεγάλες ανάγκες για παραϊατρικό προσωπικό με μικρές εξαιρέσεις την Αθήνα και την Κεντρική Μακεδονία. Παραϊατρικό προσωπικό είναι οι διάφοροι τεχνικοί που απασχολούνται στα νοσοκομεία για την συντήρηση των μηχανημάτων, το διοικητικό προσωπικό καθώς επίσης και οι υπάλληλοι καθαρισμού. Το παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί το 5,7% του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Το 67% απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία, το 6,6% στα ιδιωτικά, το 4,4% στα κέντρα υγείας και το 18,6% στο ΙΚΑ.

Στο διάγραμμα 3.5. που ακολουθεί παρουσιάζονται διαγραμματικά τα ποσοστά του παραϊατρικού προσωπικού που απασχολούνται στο σύστημα υγείας³⁸.

Διάγραμμα 2.5.



Πηγή: Υφαντόπουλος και Συν., 1994

³⁸ Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίης, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ 227-228

2.7. Εργασιακές σχέσεις και το εισόδημα στον τομέα της υγείας

Οι περισσότεροι από τους γιατρούς, οι οποίοι απασχολούνται με σύμβαση σε Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, εργάζονται ταυτόχρονα και σε ιδιωτικά γραφεία τις απογευματινές ώρες. Η αμοιβή τους για την εξέταση ασθενών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι πολύ μικρή διότι τα ποσά αυτά καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Οι ειδικευμένοι γιατροί, με την σειρά τους, οι οποίοι απασχολούνται σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα υγείας θεωρούνται μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι και συνεπώς εκ νόμου δεν τους επιτρέπεται να ασκούν δύο εργασίες ταυτόχρονα δηλαδή να είναι δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι. Για την περίοδο 1992-1994 οι γιατροί λόγω Ν. 2071 είχαν την δυνατότητα να της επιλογής πλήρους ή της μερικής απασχόλησης αλλά περίπου 400 ήταν αυτοί που επέλεξαν το δεύτερο.

Το 1985 που ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας ο μισθός των γιατρών ήταν σχετικά υψηλός και ο βασικός μισθός ενός Επιμελητή ήταν 4 φορές μεγαλύτερος από έναν απλό εργαζόμενο. Την σημερινή εποχή η αναλογία αυτή έχει ανατραπεί εις βάρος των γιατρών αλλά ο μισθός ενός γιατρού μπορεί να αυξηθεί μέσω των εφημεριών που πραγματοποιεί.

Αξίζει επίσης να σημειώσουμε ότι η παραοικονομία βοηθά την αύξηση των εισοδημάτων των γιατρών κατά 40% περίπου. Παραοικονομία έχουμε σε περιπτώσεις που οι γιατροί, επειδή δεν είναι ικανοποιημένοι με τους υπάρχοντες μισθούς τους, χρηματίζονται. Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι ότι τα τελευταία χρόνια η παραοικονομία έχει σχεδόν διπλασιαστεί αν και οι μισθοί των γιατρών βελτιώθηκαν. Η έλλειψη οικονομικών και άλλων κινήτρων αλλά και η ύπαρξη της γραφειοκρατίας δεν

βοηθά στην ενίσχυση της παραγωγικότητας του προσωπικού και την βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας³⁹.

2.8. Προβλέψεις για το μέλλον

Η χωρίς προγραμματισμό εισροή των γιατρών στην αγορά εργασίας θα αποτελέσει σοβαρό πρόβλημα στο μέλλον. Υπολογίζεται ότι ο συνολικός αριθμός γιατρών θα αυξηθεί ακόμα πιο πολύ και θα φτάσει τους 50.000 μέχρι και το 2005. Αξίζει να αναφέρουμε ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως είναι η παθολογία, η χειρουργική και η γυναικολογία από την άλλη ειδικότητες όπως κοινωνικής ιατρικής, γενικής ιατρικής και παιδοχειρουργικής πάσχουν.

Σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης αξιοσημείωτο είναι ότι απασχολούνται 1.100.000 γιατροί υπάρχουν 40.000 άνεργοι. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι το πρόβλημα της ανεργίας στον τομέα της υγείας δεν υπάρχει μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες. Βέβαια στην Ελλάδα το πρόβλημα αυτό είναι πιο έντονο και η πολιτεία ενώ υπάρχει ανάγκη και πολλές κενές θέσεις δεν λαμβάνει μέτρα για την αποκατάσταση των ήδη ανέργων γιατρών. Ένα μέτρο το οποίο αποφασίστηκε ήταν αυτό της μείωσης των θέσεων στις ιατρικές σχολές προκειμένου να περιοριστεί ο αριθμός των αποφοίτων γιατρών. Εκτός των γιατρών περιορίστηκαν και οι θέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και αυξήθηκε ο αριθμός των ειδικευμένων νοσηλευτριών και των βοηθών νοσοκόμων, αντί των μαίων και των πρακτικών γιατρών. Το ποσοστό μεταβολής του νοσηλευτικού προσωπικού θα είναι μεγαλύτερο από αυτό του ιατρικού προσωπικού⁴⁰.

³⁹ Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ. 230

⁴⁰ Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ. 178

Στον πίνακα 2.5. που ακολουθεί θα παρουσιάσουμε τις μεταβολές που πραγματοποιήθηκαν στο προσωπικό υγείας από το 1980 έως το 2000

Πίνακας 2.5.

Κατηγορίες	1980	1990	1995	2000
Γιατροί	23.469	35.657	41.818	47.979
Νοκοσομ. Γιατροί	11.871	18.287	22.729	27.175
Νοσηλευτές	18.954	34.582	45.421	56.164
Διπλωμ. Νοσοκόμοι	5.048	8.253	9.731	11.277
Βοηθοί νοσοκόμων	3.596	11.313	16.498	21.846
Μαίες	1.704	1.860	1.784	1.793
Πρακτ. Νοσοκόμοι	8.445	9.038	622	0
Διοικητικό προσωπικό	4.382	6.873	6.546	6.202
Τεχνικό προσωπικό	2.094	3.685	4.817	5.742
Άλλο προσωπικό	2.298	3.488	5.195	6.264

Πηγή: Υφαντόπουλος και Συν, 1994

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι χρονικές μεταβολές των γιατρών από το 1980 έως το 2000 αυξάνονται με φθίνοντα ρυθμό. Ειδικότερα ενώ το 1980 οι γιατροί ήταν 23.469 το 1990 οι γιατροί αυξήθηκαν κατά 35.657 δηλαδή υπήρξε αύξηση κατά 12.188 γιατρούς. Από το 1990 και μετά ο αριθμός των γιατρών δεν παρουσίασε πρόοδο αλλά οι μεταβολές παρέμειναν ίδιες. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι και οι μεταβολές του υπολοίπου προσωπικού στα νοσοκομεία δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές. Διαπιστωτικά, παρατηρούμε ότι παρά την έντονη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και παρά το γεγονός ότι

υπάρχουν κενές θέσεις στον τομέα αυτόν δεν έχουν ακόμα υιοθετηθεί πολιτικές για την κάλυψη των θέσεων⁴¹.

Κεφάλαιο 3

3.1. Στατιστικά στοιχεία

Πίνακας 3.1.

Νοσοκομεία	Ασθενείς	Προσωπικό	Ποσοστό κάλυψης
Γενικό Αθηνών	26.596	2.101	7,899684
Ευαγγελισμός	31.965	2.876	8,997341
Κ.Α.Τ.	16.264	2.050	12,60453
Παίδων Αγία Σοφία	57.444	1.764	3,070817
ΑΧΕΠΑ	30.838	1.788	5,798041
Ιπποκράτειο	41.389	2.396	5,788978

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 1994

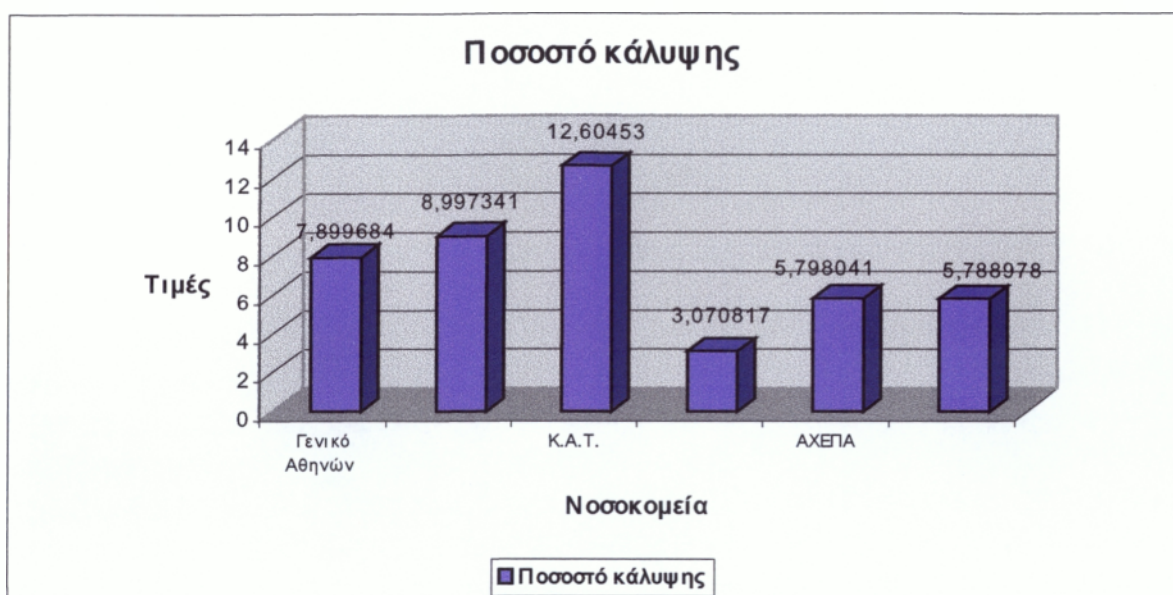
Με βάση τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το ποσοστό κάλυψης των ασθενειών από τους γιατρούς είναι πολύ μικρό. Αυτό υποδηλώνει ότι ο αριθμός των γιατρών στα νοσοκομεία είναι πάρα πολύ μικρός σε σχέση με τους γιατρούς που αποφοιτούν από τις ιατρικές σχολές. Η τομέας της υγείας θα πρέπει να τους απασχολεί όλους αφού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και μελέτη προκειμένου να παρέχονται ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Το μικρότερο ποσοστό κάλυψης στα νοσοκομεία που

⁴¹ Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 230-233

αναφέρονται παραπάνω το έχει το νοσοκομείο Παίδων ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό το έχει Κ.Α.Τ.

Στο Διάγραμμα 4.1. που ακολουθεί παρουσιάζεται διαγραμματικά το ποσοστό κάλυψης στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αθήνας. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης αλλά όχι αρκετό για να καλύψει όλες τις ανάγκες το έχει το νοσοκομείο Κ.Α.Τ. σε αντίθεση με το νοσοκομείο Παίδων.

Διάγραμμα 3.1.



Όσον αφορά τις κενές οργανικές θέσεις που υπάρχουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τα ποσοστά αυτών παρουσιάζονται στον πίνακα 3.2 που ακολουθεί. Παρατηρούμε ότι τις μεγαλύτερες ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό τις έχουν τα κέντρα υγείας με ποσοστό 38,5% και ακολουθούν τα νοσοκομεία με ποσοστό 9,2%. Με άλλα λόγια ο τομέας της υγείας πάσχει κατά 47,7% από ιατρικό προσωπικό, κατά 73,2% από νοσοκόμους και 51% από υπόλοιπο προσωπικό.

Πίνακας 3.2.

Προσωπικό	Νοσοκομεία %	Κέντρα Υγείας %	Σύνολο %
Ιατρικό προσωπικό	9,2	38,5	47,7
Νοσοκόμοι	48,9	24,3	73,2
Παραϊατρικά επαγγέλματα	6,2	5,1	11,3
Διοικητικό προσωπικό	9,2	5,8	15
Υπόλοιπο προσωπικό	24,7	26,3	51
Σύνολο	100,0	100,0	198,2%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 1994

Εν συνεχεία στον πίνακα 3.3. που ακολουθεί θα παρουσιάσουμε τον αριθμό των γιατρών που αντιστοιχεί ανά περιφέρεια και ανά ειδικότητα. Ειδικότερα θα μελετήσουμε πόσοι γιατροί απασχολούνται σε κάθε περιφέρεια στην Ελλάδα. Όπως μπορούμε να δούμε στον πίνακα αυτόν η Αττική συγκεντρώνει τους περισσότερους ιατρούς κάτι το οποίο δεν ισχύει για τις υπόλοιπες περιφέρειες. Από τους ιατρούς αυτούς οι περισσότεροι είναι παθολόγοι και ειδικευόμενοι ή ανειδίκευτοι ιατροί. Αυτό που θα πρέπει να γίνει είναι να δοθούν κίνητρα προκειμένου να αποκεντρωθούν οι γιατροί προς τις περιφέρειες και έτσι να καλύψουν και τις εκεί ανάγκες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ειδικότητες όπως αυτή της Γενικής Ιατρικής παρουσιάζουν μικρό βαθμό στην Αττική και φτάνουν μόλις το 1,3%.

Πίνακας 3.3.

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Σύνολο ιατρών	Παθολόγοι	Γενικοί ιατροί	Παιδίατροι	Καρδιολόγ οι	Ακτινολόγο ι	Χειρουργοί	Ορθοπεδικ οί	Αναισθησιο λόγοι	Ειδικευόμε νοι	Χωρίς ειδικότ. Αγροτικοί	Αγροτικοί
Αν. Μακεδονία	570.496	1.19 6	93	27	81	64	47	67	39	26	220	29	175
Κ. Μακεδονία	1.710.5 13	7.56 8	535	961 4	498	270	271	430	173	301	142 8	101 7	396
Δυτ. Μακεδονία	293.015	470	44	23	37	21	22	25	16	9	28	-	123
Ήπειρος	339.728	978	77	32	53	33	25	38	26	24	214	22	157
Θεσσαλία	734.846	151 2	182	11	118	72	61	60	36	31	230	8	256
Ιόνια νησιά	193.734	439	45	29	32	21	15	22	13	12	40	-	91
Δυτική Ελλάδα	707.687	186 7	138	37	108	64	67	62	50	37	376	235	247
Στερεά Ελλάδα	582.280	920	92	54	64	44	36	41	35	19	56	-	280
Αττική	3.523.4 07	201 70	166 5	25	115 8	851	743	121 7	567	612	378 6	293 6	37
Πελοπόννησ ος	607.428	109 9	88	11	65	53	30	42	33	16	111	4	328
Βόρειο Αιγαίο	199.231	354	39	18	21	10	13	15	11	9	37	-	101
Νότιο Αιγαίο	257.481	508	41	23	38	22	15	23	6	8	51	-	164
Κρήτη	540.054	165 7	148	400	90	48	58	77	51	41	354	98	215
Σύνολο	10.259. 900	387 38	318 7	1,0 3	236 3	157 3	140 3	211 9	105 8	114 5	693 1	434 9	257 0
Ποσοστό		100	8,2 3		6,1 0	4,0 6	3,6 2	5,4 7	2,7 3	2,9 6	17, 89	11, 23	6,6 3

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 1994

Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα και αυτό αντιμετωπίζει προβλήματα και σημαντικές ελλείψεις. Ειδικότερα η Αττική όπως θα δούμε στον πίνακα 3.4. παρουσιάζει και πάλι τις μεγαλύτερες τιμές εν αντιθέσει με τις υπόλοιπες περιφέρειες.

Αυτό που διαπιστώνεται στον παρακάτω πίνακα είναι ότι τα δημόσια νοσοκομεία απασχολούν περισσότερους νοσηλευτές σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα υγείας παρόλαυτά παρατηρούμε ότι ο δημόσιος τομέας αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών και να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι προσλαμβάνονται άτομα το οποία δεν έχουν την απαραίτητη μόρφωση αλλά και άτομα που δεν έχουν πείρα ή ειδίκευση.

Πίνακας 3.4.

Περιφέρειες	Δημόσια Νοσοκομεία*	Ιδιωτικά Νοσοκομεία**
Ανατολική Μακεδονία	1501	189
Κεντρική Μακεδονία	5720	1571
Δυτική Μακεδονία	531	165
Ήπειρος	1411	152
Θεσσαλία	1201	607
Ιόνια νησιά	539	73
Δυτική Ελλάδα	1856	336
Στερεά Ελλάδα	656	205
Αττική	12939	4278
Πελοπόννησος	1194	215
Βόρειο Αιγαίο	379	67
Νότιο Αιγαίο	658	82
Κρήτη	1890	292
Σύνολο	30475	8344
Ποσοστό	79%	21%

* Άθροισμα διπλωματούχων, μη διπλωματούχων και βοηθών

** Άθροισμα νοσηλευτών νοσοκομείων, κέντρων υγείας και ΙΚΑ

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 1994

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας παρακάτω θα παρουσιάσουμε διαγραμματικά τα ποσοστά απασχόλησης των ειδικευμένων γιατρών, των ειδικευόμενων, των αποφοίτων ιατρικών σχολών, των νοσηλευτών και των διοικητικών.

Όσον αφορά τους ειδικευμένους γιατρούς ο συνολικός αριθμός τους είναι 24.888 οι οποίοι απασχολούνται σε δημόσια, ιδιωτικά νοσοκομεία, σε κέντρα υγείας, στο ΙΚΑ και στα υπόλοιπα ταμεία.

Διάγραμμα 3.2.



Οι ειδικευόμενοι ιατροί με την σειρά τους απασχολούνται είτε σε δημόσια νοσοκομεία, είτε σε κέντρα υγείας είτε στο ΙΚΑ. Αυτοί συνολικά είναι 6.931 των οποίων η επαγγελματική κατανομή παρουσιάζεται στο διάγραμμα 3.3.

Διάγραμμα 3.3.



Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, ο αριθμός τους ανέρχεται στους 40.280 οι οποίοι κατανέμονται είτε σε δημόσια νοσοκομεία, είτε σε ιδιωτικά, σε κέντρα υγείας και στο ΙΚΑ.

Στο διάγραμμα 3.4. που ακολουθεί θα παρουσιάσουμε την ποσοστιαία κατανομή των νοσηλευτών.

Διάγραμμα 3.4.



Το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων ανέρχεται στους 7.921 και κατανέμεται σε δημόσια, ιδιωτικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας και στο ΙΚΑ. Ειδικότερα όπως θα δούμε και στο παρακάτω

διάγραμμα η πλειοψηφία αυτών απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία⁴².

Διάγραμμα 3.5.



Βέβαια εξίσου σημαντικό είναι να μελετήσουμε και τι ισχύει και σε κάποιες χώρες της Ευρώπης. Στον πίνακα 3.5. θα παρουσιάσουμε τον αριθμό των νοσηλευτών σε αυτές τις χώρες της Ευρώπης.

Πίνακας 3.5.

Χώρες της Ευρώπης	Πληθυσμός	Νοσηλευτικό προσωπικό	Κάτοικοι : Νοσηλευτές
Σουηδία	8.208.544	160.780	51:1
Φιλανδία	4.717.724	49.977	94:1
Ολλανδία	13.061.115	111.492	117:1
Τσεχοσλοβακία	15.283.096	126.401	120:1
Γαλλία	54.257.300	447.730	121:1
Βέλγιο	9.848.647	77.632	126:1
Βουλγαρία	8.729.666	54.290	160:1
Αγγλία	49.134.687	301.301	163:1
Γερμανία	60.650.599	310.896	195:1
Πολωνία	35.061.450	164.702	212:1
Αυστρία	7.555.338	33.991	222:1
Ελλάδα	9.740.417	21.050	462:1

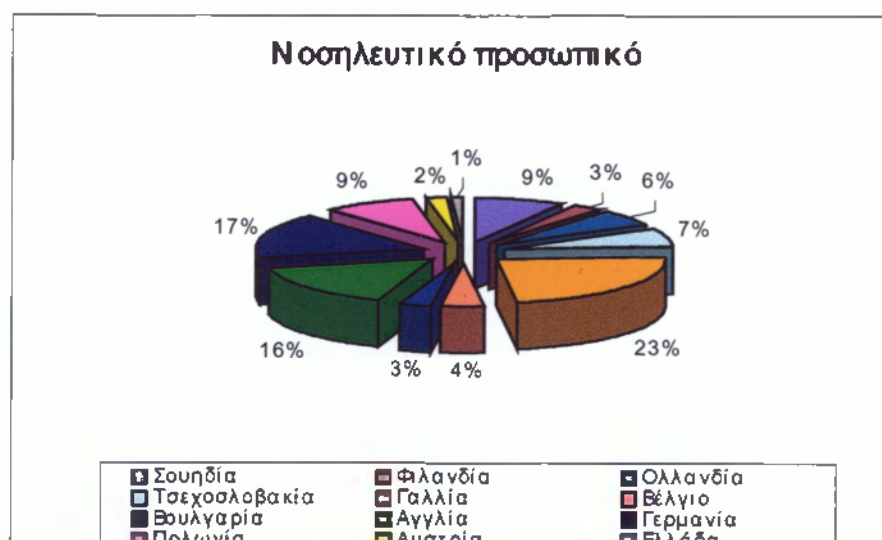
Πηγή: Υγεία για όλους το 2000, 1990, Εθνικό Συμπόσιο Υγείας

⁴² Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ. 231

Όπως μπορούμε να δούμε από τον πίνακα 3.5, η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα στην οποία 462 κάτοικοι αντιστοιχούν σε ένα νοσηλευτή. Με άλλα λόγια έχουμε λιγότερους νοσηλευτές από ότι έχουν οι υπόλοιποι κάτοικοι της Ευρώπης. Αυτό υποδηλώνει ότι σε σχέση με τις άλλες χώρες, στην Ελλάδα ο τομέας της υγείας δεν είναι αναπτυγμένος και γιαυτό θα πρέπει να γίνουν σημαντικές προσπάθειες και να υιοθετηθούν πολιτικές προκειμένου να μειωθεί η ανεργία στον τομέα της υγείας αλλά παράλληλα να κατανεμηθούν στις σωστές θέσεις προκειμένου να είναι παραγωγικοί και να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες.

Όπως μπορούμε να δούμε και στο διάγραμμα 3.6, η Ελλάδα έχει ποσοστό μόλις 1% σε σχέση με τις άλλες χώρες που έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά. Η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η Γαλλία, με 23% και ακολουθεί η Γερμανία.

Διάγραμμα 3.6.



Κεφάλαιο 4

4.1. Συμπεράσματα

Στην μελέτη αυτή αναλύσαμε το θέμα της απασχόλησης και της ανεργίας στον τομέα της υγείας. Αρχικά αναπτύξαμε την ανάγκη για σωστή οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και μελετήσαμε εκείνους τους παράγοντες που οδηγούν στην επιτυχή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Εν συνεχεία παρουσιάσαμε διάφορα στοιχεία σχετικά με την απασχόληση στον τομέα της υγείας. Αναλύσαμε τους τομείς της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και στην συνέχεια αναλύσαμε την απασχόληση του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Τα βασικά συμπεράσματα του ερευνητή είναι ότι ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από συγκέντρωση των υπαλλήλων σε αστικά κέντρα και από ελλείψεις προσωπικό στις περιφέρειες. Συνήθως οι υπάλληλοι αποφεύγουν να εργαστούν στις περιφέρειες διότι θέλουν να είναι κοντά στον τόπο κατοικίας τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι τα αστικά κέντρα συγκεντρώνουν μεγάλο αριθμό ιατρών τους οποίους δεν μπορούν να τους απασχολήσουν και έτσι οι άνεργοι γιατροί συνεχώς αυξάνονται.

Οι παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί αναγκαία συνθήκη επιβίωσης τόσο του δημοσίου συστήματος υγείας όσο και της Εθνικής οικονομίας αφού απορροφά περίπου το 8% του ΑΕΠ. Επίσης οι αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησης μέσω του Εθνικού φορέα Υγείας οδηγεί σε αναγκαίες αλλαγές και τις μονάδες υγείας. Χρειάζεται να πραγματοποιηθούν θαρραλέες αποφάσεις μεταρρύθμισης σε σύγκρουση με κατεστημένα συμφέροντα για το τελικό όφελος του πολίτη.

Η σημερινή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας έχει οδηγήσει σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών του οποίου βασικό χαρακτηριστικό είναι η άνιση κατανομή του ανθρώπινου

δυναμικού σε δύο ταχύτητες. Η μια είναι η υπερσυγκέντρωση ιατρικών και άλλων επαγγελματιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα όπως είναι η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη και η άλλη ταχύτητα είναι η ανεπαρκής στελέχωση όλων των τομέων υγείας στην επαρχία. Σχετικά με το ιατρικό προσωπικό αυτό όπως μελετήσαμε αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια κατά 50% και σχεδόν έχει τριπλασιαστεί από το 1960. Συνεπώς την σημερινή εποχή η αναλογία κατοίκων ανά γιατρό είναι μια από τις πιο υψηλές στον κόσμο έχοντας πάντα υπόψη τις διακυμάνσεις και τις αποκλίσεις ανά περιοχή.

Εκτός των παραπάνω άνιση κατανομή παρουσιάζεται και μεταξύ των ειδικοτήτων των γιατρών αφού ειδικότητες όπως είναι η παιδοχειρουργική δεν έχουν αναπτυχθεί τόσο όσο είναι η παθολογία. Σε αυτές τις περιπτώσεις το εκπαιδευτικό σύστημα αποτυγχάνει να πετύχει ένα ισορροπημένο σύστημα ή σχέση μεταξύ προκειμένου να αναπτυχθούν όλες οι ειδικότητες και να προσανατολιστούν προς τις ανάγκες τις κάθε χώρας, της επιστήμης και της σύγχρονης τεχνολογίας. Ένα άλλο παράδειγμα είναι η ειδικότητα της γενικής ιατρικής η οποία έχει πολύ μικρό ποσοστό και έτσι δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ανθρώπων.

Το ποσοστό κάλυψης των κέντρων υγείας με ιατρικό προσωπικό φτάνει μόλις το 48% περίπου και το η στελέχωση των νοσοκομείων αγγίζει το 70%. Η απροθυμία των γιατρών να εργαστούν στις περιφέρειες και η συγκέντρωσή τους στα αστικά κέντρα οφείλεται κυρίως στην έλλειψη ευκαιριών για επιστημονική εξέλιξη. Πολλοί θεωρούν ότι δουλεύοντας στην επαρχία δεν έχουν την δυνατότητα να αναπτυχθούν, να αναγνωριστούν επιστημονικά και να ανελιχθούν επαγγελματικά και μισθολογικά με αποτέλεσμα να προτιμούνται αστικά κέντρα που ο πληθυσμός είναι μεγαλύτερος και συνεπώς και η πελατεία τους θα είναι ευνοϊκότερη.

Όσον αφορά τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό είδαμε ότι είναι αρκετές αλλά παρόλαυτά και οι ήδη υπάρχοντες

νοσηλευτές δεν έχουν την κατάλληλη εμπειρία και ειδίκευση με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις διάφορες απαιτήσεις των νοσοκομείων. Η εικόνα αυτή βέβαια δεν μπορεί να αλλάξει βραχυπρόθεσμα αλλά απαιτούνται επενδύσεις στην εκπαίδευση προκειμένου να αποκατασταθεί η σχέση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών. Εκτός αυτού είναι αναγκαίο να δοθούν οικονομικά κίνητρα ώστε να επιτευχθεί μια ισορροπία όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.

Η προσπάθεια για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαίο να συνεχιστεί και να προωθηθεί η προληπτική ιατρική. Αυτές οι ενέργειες απαιτούν πρόσθετο ανθρώπινο δυναμικό ιδιαίτερα στην περιφέρεια. Επίσης οι ελλείψεις σε διάφορες ειδικότητες μπορούν μόνο με εκπαίδευση να καλυφθούν και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών να αναβαθμιστεί. Προκειμένου να είναι η εκπαίδευση αυτή επιτυχής θα πρέπει να δοθεί έμφαση αρχικά στις κατηγορίες του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν ποιοτική και ποσοτική ανεπάρκεια. Τέλος ο προσανατολισμός για τον προγραμματισμό και την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας πρέπει να βασίζεται στις οικονομικές δυνατότητες της χώρας εφόσον παράγοντες όπως είναι οι κοινωνικοί, δημογραφικοί έχουν ληφθεί υπόψη.

Η συμβολή του κράτους για την πραγματοποίηση ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη προκειμένου ο τομέας της υγείας να επιτύχει και να είναι ποιοτικότερος.

Βιβλιογραφία

Αγγλική

Baker, T., D., 1988, "Health personnel planning", Oxford University Press

Berry,L.,Parasuraman,A.,Zeithaml,V. 1985, "A conceptual model of service quality and its implications for future research", Journal of marketing

Churchill, G, 1995 "Marketing research, methodological foundations" 6th edition, Dryden

Fournier, S & Glenmick, D.,1999., "Rediscovering satisfaction", Journal of Marketing,

Keller, K., 1993, "Conceptualizing, measuring, and managing customer based equity", Journal of Marketing

Koska, M.T., 1990, "High quality care and hospital profits: is there a link?", Hospitals,

Kotler, P., 1997, "Marketing Management, Analysis, Planning, Implementation and Control" 9th edition, Prentice – Hall

Kotler, P., 2003, "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall

Malholtra,N. Birks, D, (1999) "Marketing Research, an applied approach" European edition, Prentice Hall – Financial Times

Naumann, E., 1994, "Creating Customer Value: The path" London: Hallsmark

Nelson, E., Rust, R.T., Zahorik, A, Rose, R.L, Batalden, P., Siemanski, B., 1992, "Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance?", *Journal of Healthcare Marketing*, December

Oliver, R.L., DeSarbo, W.S., 1988, "Response determinants in satisfaction judgement", *Journal of Consumer Research*.

Simmons, S., & Bonnett, N., 1989, "Human Resources Development: The Management, Planning and Training of Health Personnel" *Evaluation and Planning Center of Health Care*

Smith, B., 1986., "The world economic crisis: Health manpower out of balance", *Health Policy and Planning*

Zemke, R., Bell, C.R., 1990, *Service Wisdom; Creating and Maintaining the Customer Service Edge*, 2, Lakewood Books, Minneapolis

Ελληνική

Δημολιάτης, Γ, Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ., 2002, «Η δημόσια Υγεία στην Ελλάδα», Εκδ. Θεμέλιο

Κυριόπουλος, Γ., & Σισσούρας, Α., 1997, «Ενιαίος φορέας Υγείας:αναγκαιότητα και αυταπάτη», Εκδ. Θεμέλιο

Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., 1994, «Θέματα οικονομικών και πολιτικών υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών υγείας

Λαοπόδης Β., 2003., «Υπερπληθώρα γιατρών, απειλή για ανεργία», ΟΝΓΕ,

Μαυροβουνιώτης, Μ. 1998 «ΜΕΓΑΣΕΡΒΙΣ» Interbooks.

Μπέσης, Ν., 1993., «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών

ΟΟΣΑ, 1992, «The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries» Paris

Ρούπας, Θ., & Πολύζος, Ν., 1994, «Ανθρώπινο δυναμικό», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Υπουργείο Υγείας, 1994

Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκής, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., 1994, «Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων