



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ –
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Σπουδάστριες:
Κουράκλη Σταυρούλα - Κουράκλη Χαρούλα

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Παναγιώτης Μπιτσάνης, MSc, Εργαστηριακός Συνεργάτης

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2009



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ –
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Σπουδάστριες:
Κουράκλη Σταυρούλα - Κουράκλη Χαρούλα

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Παναγιώτης Μπιτσάνης, MSc, Εργαστηριακός Συνεργάτης

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2009

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία θα εξεταστεί το ελληνικό σύστημα υγείας μέσα από τη νοσοκομειακή του υποδομή και την στελέχωσή του σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα.

Η σύγχρονη πολιτική υγείας επιδιώκει την ισότητα στην πρόσβαση όλων των πολιτών σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών και της προστασίας του εισοδήματός τους έναντι του κινδύνου της ασθένειας.

Διαπιστώνεται ότι εθνική πολιτική υγείας δεν έχει κατορθώσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία, δεδομένου ότι εξακολουθούν να υφίστανται περιφερειακές ανισορροπίες στην κατανομή των υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	vi

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1 Γενικά.....	4
1.2. Ιστορική εξέλιξη της Νοσοκομειακής Περιθαλψης στην Ελλάδα	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

2.1 Γενικά.....	11
2.2 Νοσοκομειακή υποδομή	15
2.3 Χρήστες των υπηρεσιών υγείας	34
2.4 Ιδιωτικά Νοσοκομεία.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

3.1 Γενικά.....	41
3.2 Ο αριθμός των ιατρών στην Ελλάδα	42
3.3 Νοσοκομειακοί ιατροί.....	51
3.4 Ιδιωτικά νοσοκομεία.....	54
3.5 Το πρόβλημα των ειδικοτήτων	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

4.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτικού προσωπικού	61
4.2 Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση	62

4.3 Υπάρχουσα κατάσταση.....	63
4.4 Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού.....	65
4.5 Ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Γενικά.....	73
5.2 Προτάσεις- μέτρα.....	75

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1	Διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα 1980-1999.....	12
Πίνακας 2.2	Ποσοστό ασθενών (%) που μετακινούνται από και προς τις περιφέρειες 1980-1997	13
Πίνακας 2.3	Οι ψυχιατρικές υποδομές (1981-2000).....	15
Πίνακας 2.4	Θεραπευτήρια κατά νομική μορφή και γεωγραφικό διαμέρισμα (2004).....	16
Πίνακας 2.5	Αριθμός θεραπευτηρίων κλινών και ανθρώπινου δυναμικού κατά κλιμάκια κλινών (2000)	19
Πίνακας 2.6	Θεραπευτήρια ανά περιφέρεια και ειδικότητα (2004).....	20
Πίνακας 2.7	Κλίνες ανά περιφέρεια και ειδικότητα (1996-2004).....	21
Πίνακας 2.8	Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2004)	22
Πίνακας 2.9	Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2004).....	23
Πίνακας 2.10	Κρεβάτια οξείας νοσηλείας* ανά 1.000 κατοίκους.....	25
Πίνακας 2.11	Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων κατά χρονολογία (1995-1998).....	30
Πίνακας 2.12	Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων κατά ειδικότητα (1998)....	30
Πίνακας 2.13	Νοσηλευτική κίνηση των θεραπευτηρίων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα το (1998).....	31
Πίνακας 2.14	Εξελθόντες κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και νομική μορφή θεραπευτηρίου	33
Πίνακας 2.15	Τύπος διανυκτέρευσης ανά φύλο και ηλικία	37
Πίνακας 2.16	Τύπος νοσοκομείου διανυκτέρευση ανά αστικότητα και οικογενειακή κατάσταση	37
Πίνακας 2.17	Τύπος νοσοκομείου διανυκτέρευσης ανά κοινωνική τάξη.....	37
Πίνακας 3.1	Διαχρονική αύξηση των Ιατρών στην Ελλάδα και Κατανομή μεταξύ πρωτεύουσας και Περιφέρειας	45
Πίνακας 3.2	Ιατροί και Οδοντίατροι κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (2003) ...	46
Πίνακας 3.3	Ιατροί και Οδοντίατροι κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (2003)	46
Πίνακας 3.4	Κατανομή πληθυσμού και ιατρών κατά περιφέρεια (2005)	48
Πίνακας 3.5	Ιατροί και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια (2006).....	49
Πίνακας 3.6	Ιατροί κατά ειδικότητα και Οδοντίατροι, κατά Γεωγραφική Περιφέρεια και νομό 2007	50

Πίνακας 3.7	Αριθμός Νοσοκομειακών Γιατρών και Θεραπευτηρίων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (2006)	52
Πίνακας 3.8	Ιατρικό προσωπικό στα ιδιωτικά θεραπευτήρια.....	55
Πίνακας 3.9	Διάρκεια άσκησης για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας.....	56
Πίνακας 3.10	Κατανομή των ιατρών στις ειδικότητες (1998 και 2001).....	56
Πίνακας 3.11	Προσφερόμενες Θέσεις Άσκησης στις Ειδικότητες και Αναμένοντες Ιατροί.....	59
Πίνακας 4.1	Διαχρονική Εξέλιξη του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα	67
Πίνακας 4.2	Περιφερειακή κατανομή νοσηλευτών στην Ελλάδα (1999) (Νοσηλευτές/1000 κατοίκους)	67
Πίνακας 4.3	Νοσηλευτικό προσωπικό του δημοσίου τομέα	68
Πίνακας 4.4	Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία στις περιφέρειες της Ελλάδας για το έτος 2006.....	69
Πίνακας 5.1	Βαθμός ικανοποίησης των αναγκών της κοινωνίας από τη νοσηλευτική υποδομή της χώρας.....	76

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1	Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίων (2004).....	17
Διάγραμμα 2.2	Κατανομή κλινών κατά γεωγραφική περιφέρεια (2004).....	17
Διάγραμμα 2.3	Κλίμακα ανά 1.000 κατοίκους (2004).....	18
Διάγραμμα 2.4	Κατανομή νοσοκομείων κατά κλίμακα κλινών (2000).....	19
Διάγραμμα 2.5	Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2002).....	24
Διάγραμμα 2.6	Αριθμός ημερών νοσηλείας για οξέα περιστατικά ανά κάτοικο στις χώρες του ΟΟΣΑ (1998).....	26
Διάγραμμα 2.7	Ποσοστό κάλυψης των κλινών οξέων περιστατικών (2002)....	27
Διάγραμμα 2.8	Μέση διάρκεια νοσηλείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2000).....	28
Διάγραμμα 2.9	Αριθμός χειρουργικών πράξεων νοσηλευομένων ασθενών ανά 1.000 κατοίκους (2000).....	29
Διάγραμμα 2.10	% κάλυψη κλινών (1998).....	32
Διάγραμμα 2.11	Κατανομή νοσηλευθέντων ασθενών ανά γεωγραφική περιφέρεια (1998).....	32
Διάγραμμα 2.12	Κατανομή συνολικών ημερών νοσηλείας κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1998).....	33
Διάγραμμα 2.13	Εξεληθόντες κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1998).....	34
Διάγραμμα 2.14	Διανυκτέρευση σε νοσοκομείο το έτος (2006).....	35
Διάγραμμα 2.15	Διανυκτέρευση νοσοκομείου στο έτος και δημογραφικά στοιχεία.....	
Διάγραμμα 2.16	Τόπος νοσοκομείου διανυκτέρευσης.....	36
Διάγραμμα 2.17	Διανυκτέρευση ασθενών το έτος 2006.....	36
Διάγραμμα 2.18	Κατανομή των ιδιωτικών κλινών κατά γεωγραφική περιφέρεια (2004).....	38
Διάγραμμα 2.19	Αναλογία (%) των ιδιωτικών κλινών στο σύνολο των κλινών ανά περιφέρεια.....	39
Διάγραμμα 3.1	Αναλογία κατοίκων ανά οδοντίατρο και ανά περιφέρεια της Ελλάδας (2005).....	47
Διάγραμμα 3.2	Οδοντίατροι ανά Περιφέρεια.....	48
Διάγραμμα 3.3	Πληθυσμιακή απογραφή.....	52
Διάγραμμα 3.4	Ανισοκατανομή ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Ιατροί ανά 1000 κατοίκους. Πηγή: ΕΣΥΕ, 2004.....	53

Διάγραμμα 4.1	Αναλογία νοσηλευτών/κλινικών οξείας νοσηλείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2004)	65
Διάγραμμα 4.2	Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας (2006).....	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή κατάλληλης υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης από μέρους του κράτους εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, κυρίως όμως από τον κατάλληλο σχεδιασμό, οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών του.

Μέσα στα πλαίσια του κατάλληλου σχεδιασμού και οργάνωσης, κάθε Εθνικό Σύστημα Υγείας διακρίνει την παροχή υγείας σε τρία επίπεδα την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγεία. Η πρώτη βαθμίδα υγείας περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες γενικής υγιεινής πρακτικής, εκπαίδευσης, προληπτική και θεραπευτική υγιεινή που προσφέρονται στον πληθυσμό ευθύς με την είσοδό τους στο ισχύον σύστημα υγείας. Η δεύτερη βαθμίδα υγείας περιλαμβάνει την περίθαλψη που προσφέρεται από περισσότερο ειδικευμένες υπηρεσίες και τεχνικά μέσα και παρέχεται μέσα από τα γενικά νοσοκομεία.

Η Τρίτη βαθμίδα περιλαμβάνει περίθαλψη με υψηλή ειδίκευση και εξοπλισμό και τα νοσοκομεία είναι συνήθως μεγαλύτερου μεγέθους των γενικών νοσοκομείων, που δίνουν έμφαση και στην εκπαίδευση ιατρών.

Εκτός βέβαια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχουν και ανεξάρτητες νοσοκομειακές μονάδες καθώς και πλήθος διαγνωστικών κέντρων.

Ως γνωστόν η υγεία είναι άυλο αγαθό με την έννοια πως δεν μπορεί να προσδιοριστεί με κάποιο ποσοτικό μέτρο (βάρος, χρόνο, ή μέγεθος).

Συνήθως τα προϊόντα υγείας παράγονται και καταναλώνονται στον ίδιο χρόνο και απαιτείται ο κατάλληλος συνδυασμός ανθρώπινων πόρων, η διαθέσιμη τεχνολογία και η χρήση της διοικητικής επιστήμης.

Στην παρούσα εργασία θα εξεταστεί μονοσήμαντα το σύστημα υγείας (χώρος και ιατρό – νοσηλευτικό προσωπικό) και η συνεισφορά του στον τελικό αποδέκτη, που είναι ο ασθενής.

Ο όρος χώρος δηλώνει τα οργανωμένα νοσοκομειακά αρχιτεκτονικά συστήματα όπου

παράγεται και παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά την ιατρική επιστήμη ο Γαληνός την ορίζει ως τέχνη δίνοντας γι' αυτή τον παρακάτω ορισμό: «η ιατρική είναι γνώσεις αραρυία, βεβαία και αμετάπτωτος υπό λόγου, αλλά τέχνη, δηλαδή σύστημα εγκαταλείψεων κατά ποιον και ποσόν, συγγεγυμνασμένου προς τι τέλος χρήσιμον τω βίω». Και τέλος η νοσηλευτική υπηρεσία καλύπτει από πλευράς νοσηλευτικής φροντίδας τους τομείς της ιατρικής και την κεντρική αποστείρωση.

Από τη μελέτη που θα ακολουθήσει θα διαπιστωθούν τα προβλήματα του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα. Μεταξύ αυτών, ένα από τα σημαντικότερα είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών πόρων. Ειδικότερα παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών σε σχέση με τις κλίνες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των θεραπευτηρίων, οι οποίες οδηγούν σε ανισότητες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Είναι εμφανές ότι οι περιφέρειες της πρωτεύουσας και της Μακεδονίας, όπου βρίσκονται τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, δέχονται ασθενείς από άλλες περιφέρειες.

Παρά το γεγονός ότι μετά το 1980 η υγειονομική περιφερειακή πολιτική και η ανακατανομή των πόρων υπήρξαν προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής για την υγεία, οι περιφερειακές ανισότητες εξακολουθούν να παραμένουν μείζον πρόβλημα του νοσοκομειακού τομέα, ευνοώντας τα μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνει το «νόμο της αντίστροφης φροντίδας» του Hart σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονται όπου υπάρχει εισόδημα και όχι όπου υπάρχουν ανάγκες.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό το οποίο αποτελεί το σημαντικό παραγωγικό συντελεστή χαρακτηρίζεται από υψηλή πυκνότητα του ιατρικού προσωπικού του λεγόμενου ιατρικού πληθωρισμού και σε σοβαρές ελλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χρειάζεται άμεσα αλλαγές για ένα πιο ισότιμο-δικαιότερο και αποδοτικότερο σύστημα υγείας.

Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση του προβλήματος είναι η ύπαρξη μιας σειράς δεικτών που καταγράφουν τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας αλλά και για τη χρήση των υπηρεσιών αυτών.

Η εργασία απαρτίζεται από πέντε κεφάλαια

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική διαδρομή της νοσοκομειακής περίθαλψης του εθνικού συστήματος υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας καθώς και ο ιδιωτικός, με εκτενή αναφορά στην νοσοκομειακή του υποδομή.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η σύνθεση του ιατρικού προσωπικού καθώς και η κατανομή του στις περιφέρειες της Ελλάδας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο εξετάζουμε τη δύναμη του νοσηλευτικού προσωπικού και τις διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης.

Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης, συνοψίζοντας τα προβλήματα της νοσοκομειακής περίθαλψης και προτείνονται μέτρα για την επίλυσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1 Γενικά

Οι πρώτες υποτυπώδεις νοσοκομειακές μονάδες εμφανίστηκαν στα τέλη του 4ου μ.Χ. αιώνα και ήταν δημιουργήματα της Εκκλησίας. Στόχος αυτών των μονάδων δεν ήταν η θεραπεία αλλά η φιλανθρωπία. Η εγκατάσταση τους γινόταν μέσα ή κοντά σε μεγάλα μοναστηριακά συγκροτήματα. Η λειτουργία τους στηριζόταν στις μοναστικές αδελφότητες. Βεβαίως μαζί με τις υποτυπώδεις αυτές νοσοκομειακές μονάδες μπορούσαν να συνυπάρχουν και άλλα ιδρύματα - μονάδες όπως ορφανοτροφεία, βρεφοκομεία κ.λ.π. Αξιόλογες νοσοκομειακές μονάδες, στην περίοδο της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας, λειτουργούσαν στο ίδρυμα "Βασιλείας" που είχε ιδρύσει (368 μ.Χ.) στην Καισαρεία της Καππαδοκίας ο Μ. Βασίλειος, καθώς και το νοσοκομείο της μονής του Παντοκράτορα στην Κων/πολη (1136 μ.Χ.) που είχε ιδρύσει ο αυτοκράτορας Ιωάννης Κομνηνός ο ΙΙ. Τους άμεσα επόμενους αιώνες τόσο στην Βυζαντινή αυτοκρατορία όσο και στην Ευρώπη άρχισαν να λειτουργούν τα λεγόμενα "ΛΑΖΑΡΕΤΤΑ" που είχαν κυρίως χαρακτήρα λοιμοκαθαρτηρίων ή λεπροκομείων.

Οι πρώτες μορφές οργανωμένων μονάδων υγείας τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Η.Π.Α. εμφανίζονται με την λειτουργία των πτωχοκομείων και των λοιμοκαθαρτηρίων στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης τον 15ο και 16ο αιώνα και των Η.Π.Α. τον 18ο αιώνα.

Τα πτωχοκομεία ήταν οργανωμένα συγκροτήματα κτιρίων που κυρίως λειτουργούσαν με την βοήθεια των τοπικών αρχών αλλά και θρησκευτικών και φιλανθρωπικών οργανώσεων της εποχής. Στόχος των πτωχοκομείων ήταν η προμήθεια τροφής και στέγης σε άπορους κατοίκους καθώς και η φιλοξενία ηλικιωμένων, αρρώστων με χρόνιες και ανίατες παθήσεις, ατόμων με διανοητικά προβλήματα αλλά και ορφανά. Η ιατρική φροντίδα ήταν δευτερεύων σκοπός για τα πτωχοκομεία. Όσες φορές κάποιος ή κάποιος από τους ένοικους των πτωχοκομείων ασθενούσαν σοβαρά τους απομόνωναν στα αναρρωτήρια, κυρίως όχι για να τους θεραπεύσουν όσο για να μειώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας και στους

υπόλοιπους ένοικους του πτωχοκομείου.

Τα λοιμοκαθατήρια λειτουργούσαν κυρίως σε μεγάλες αστικές πόλεις και λιμάνια. Οργανώνονταν κυρίως από τις τοπικές κυβερνήσεις και στόχο τους είχαν ν' απομονώσουν τα άτομα εκείνα που είχαν προσβληθεί από λοιμώδη νοσήματα. Συνήθως τα λοιμοκαθατήρια λειτουργούσαν κατά την διάρκεια **εμφάνισης** λοιμωδών **νοσημάτων** και επιδημιών και διέκοπταν την λειτουργία τους όταν ο κίνδυνος από λοιμώδη νοσήματα και επιδημίες δεν υφίστατο πλέον. Όπως και στα πτωχοκομεία έτσι και στα λοιμοκαθατήρια η ιατρική φροντίδα των θυμάτων χολέρας, ευλογιάς, τύφου, κίτρινου πυρετού ήταν δευτερευούσης σημασίας. Προείχε η απομόνωση του μολυσμένων και ο έλεγχος της εξάπλωσης. Τα λοιμοκαθατήρια ήταν οι πρόδρομοι των σημερινών Νοσοκομείων Λοιμωδών Νοσημάτων.

Τόσο τα λοιμοκαθατήρια όσο και τα πτωχοκομεία είχαν πολλά κοινά σημεία, όπως:

- συντηρούσαν πτωχούς και άστεγους,
- ήταν χώροι με ελάχιστη προσφορά ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- οι χώροι ήταν ανθυγιεινοί και προσφερόταν ακατάλληλη τροφή,
- η θνησιμότητα ήταν υψηλή.

Τα πρώτα οργανωμένα θρησκευτικά ή και κοινοτικά νοσοκομεία στην Ευρώπη εμφανίζονται στα μέσα του 16ου αιώνα ενώ στην Αμερική πρωτοεμφανίζονται στα μέσα του 17ου αιώνα. Το κύριο χαρακτηριστικό των πρώτων νοσοκομείων στην Ευρώπη ήταν ότι η πλειοψηφία τους λειτουργούσε υπό την εποπτεία της εκκλησίας, λιγότερο από φιλανθρωπικές ομάδες και ακόμη λιγότερο από τις τοπικές ή κρατικές υπηρεσίες. Αντίθετα στην Αμερική τα πρώτα νοσοκομεία λειτουργούσαν κυρίως από φιλανθρωπικές ομάδες, λιγότερο από θρησκευτικές ομάδες και ελάχιστα από τις τοπικές διοικήσεις. Τα εθελοντικά νοσοκομεία δέχονταν ασθενείς άπορους και επί πληρωμή, με επείγουσες ασθένειες και τραύματα. Αντίθετα, τα κυβερνητικά νοσοκομεία είχαν την ευθύνη λειτουργίας νοσοκομείων για ασθενείς με διανοητικές και μολυσματικές ασθένειες. Στην Αμερική το πρώτο νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1751 στην Πενσυλβάνια και τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του εξυπηρέτησε 64 ασθενείς από τους οποίους οι 40 ήταν άποροι και οι 24 επί πληρωμή.

Είναι αλήθεια ότι τα εθελοντικά και άλλα νοσοκομεία προσέφεραν καταφανώς καλύτερες

υπηρεσίες από ότι τα πτωχοκομεία και λοιμοκαθατήρια. Παρ' όλη την πρόοδο, εν τούτοις οι μεσαίες και ανώτερες τάξεις των πληθυσμών έβλεπαν με επιφύλαξη την λειτουργία των νοσοκομείων. Υπήρχε η αντίληψη και ιδιαίτερα στην Αμερική, ότι στα νοσοκομεία εισάγονταν οι πτωχοί και οι άποροι. Κυριαρχούσε έντονα η αντίληψη της θεραπείας και νοσηλείας των ασθενών στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο. Μόλις μετά το 1850 στην Αμερική ο θεσμός του νοσοκομείου άρχισε να γίνεται αποδεκτός από τα ευρύτερα στρώματα του πληθυσμού. Έτσι για παράδειγμα στις Η.Π.Α., το 1873 υπήρχαν 178 νοσοκομεία με 35.604 κλίνες, το 1909 υπήρχαν 4359 νοσοκομεία με 421.065 κλίνες, ενώ το 1929 υπήρχαν 6665 νοσοκομεία με 907.133 κλίνες.

Από τα μέσα του 18ου μ.Χ. αιώνα άρχισαν να διαμορφώνονται οι πρώτες βασικές αρχές για τον σχεδιασμό των νοσοκομειακών μονάδων. Πρωτεργάτες σ' αυτή την θέσπιση αρχών ήταν ο Aiken το 1777 στη Βρετανία, ο Lavoisier το 1788 στη Γαλλία και τέλος η νοσηλεύτρια Nightingale το 1859 στην Βρετανία με την έκδοση του βιβλίου "Notes on Hospitals".

Η νοσοκομειακή μονάδα της εποχής βασιζόταν στην οργάνωση **περιπτέρων**, με την μορφή ανοιχτών θαλάμων ή όπως αποκαλείται "Θάλαμος Nightingale" (Βαβύλη - Τσινίκα, 1985). Ο θάλαμος αυτός περιλάμβανε συνήθως 30 κλίνες σε δύο σειρές. Οι διαστάσεις του θαλάμου ήταν τυποποιημένες, μήκος 36 μέτρα, πλάτος 9 μέτρα και ύψος 5 μέτρα. Οι θάλαμοι αυτοί συνδέονταν μεταξύ τους με διαδρόμους και βοηθητικούς χώρους. Βεβαίως ελάχιστοι ήταν οι διαθέσιμοι χώροι για την άσκηση των καθ' αυτό ιατρικών λειτουργιών (χειρουργεία, εξεταστήρια, χώρος για μηχανολογικό εξοπλισμό). Ιδιαίτερη έμφαση δινόταν στον εξαερισμό των θαλάμων (φυσικό εξαερισμό), αφού κυριαρχούσε η αντίληψη ότι όσο λιγότερο αερίζονται οι θάλαμοι τόσο αυξανόταν ο κίνδυνος για μόλυνση και επιδημίες.

Βεβαίως οι αντιλήψεις περί σχεδιασμού και λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων από την δεκαετία του 1930 άρχισαν να μεταβάλλονται και οι νοσοκομειακές μονάδες άρχισαν να παίρνουν ένα σύγχρονο σχήμα. Οι βελτιώσεις στις αντιλήψεις περί νοσοκομειακών μονάδων και των μεθόδων λειτουργίας και παρεχομένων υπηρεσιών επηρεάστηκαν, από την κοινωνική αποδοχή ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους στην ίδια βάση, από την παρέμβαση του οργανωμένου Κράτους στο σχεδιασμό και λειτουργία των μονάδων Υγείας, από την άμεση χρηματοδότηση προγραμμάτων κατασκευής νοσοκομειακών μονάδων από το Κράτος, από την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης προς "Θεραπευτική κατεύθυνση" αλλά και την εφαρμογή συστημάτων υψηλής τεχνολογίας στις

νοσοκομειακές μονάδες.

Σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο το σύστημα των νοσοκομειακών μονάδων μαζί με τους συμπληρωματικούς κλάδους που απασχολεί (φαρμακοβιομηχανία, βιομηχανία ιατρικού εξοπλισμού) είναι από τους πλέον δυναμικούς κλάδους της οικονομίας, αφού κατά μέσο όρο απασχολούν το 5-8% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 8-12% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος στις προηγμένες βιομηχανικά χώρες (Ανδριώτης 1989). Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη τείνουν να ξεπεράσουν το 50% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

1.2 Ιστορική εξέλιξη της Νοσοκομειακής Περίθαλψης στην Ελλάδα

Βασικά η ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα συμπορεύεται με τις νομοθετικές παρεμβάσεις της πολιτείας στο χώρο της υγείας.

Περίοδος Φιλανθρωπίας (Από σύστασης του Ελληνικού κράτους μέχρι το 1909): Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται για την μηδενική κρατική παρέμβαση. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν κυρίως θέμα φιλανθρωπίας και εκδηλωνόταν ιδιαίτερα με δωρεές ευεργετών. Τα νοσοκομειακά ιδρύματα της εποχής ήταν μικρής δυναμικότητας και περιορισμένων δυνατοτήτων. Βασικά εξυπηρετούνταν άπορα άτομα αφού οι εύπορες τάξεις του πληθυσμού απέφευγαν την χρήση των ιδρυμάτων.

Περίοδος κρατικής παρέμβασης (1909-1952): Το κράτος κάτω από την πίεση των ιστορικών γεγονότων της εποχής (πολεμικές συρράξεις, τραυματίες, πρόσφυγες) αναγκάζεται να παρέμβει στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Αρχικά οργανώνονται τα στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία όπου βέβαια παρέχονται χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες σε σχέση με τις ευρωπαϊκές μονάδες της εποχής. Την ίδια περίοδο άρχισαν να λειτουργούν και τα πρώτα αξιόλογα μη στρατιωτικού χαρακτήρα νοσοκομεία με την βοήθεια και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, όπως Ερυθρός Σταυρός, Ευαγγελισμός, που παρείχαν υψηλού επιπέδου περίθαλψη και θεραπεία.

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται και για την ουσιαστική νομοθετική παρέμβαση του κράτους σε θέματα Νοσοκομειακής περίθαλψης, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έτσι με τον νόμο 28882/22 "περί Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας" θεμελιώνεται ο θεσμός της Πρόνοιας στην Ελλάδα, με τον νόμο 6298/34 "περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων" κατοχυρώνεται ο θεσμός της ασφάλισης και τέλος με τον Α.Ν. 965/1937 "περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων" θεμελιώνεται νομοθετικά η παρουσία του κράτους στην νοσοκομειακή περίθαλψη (οργάνωση, χρηματοδότηση).

Περίοδος Αποκέντρωσης Νοσοκομειακής περίθαλψης (1953-1982): Με τον νόμο 2592/1953 "περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως" επιχειρείται αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών υγείας κατανέμονται κατά υγειονομικές περιφέρειες με βάση τον πληθυσμό, την νοσηρότητα κ.λ.π. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον κατασκευαστικό τομέα νοσοκομειακών μονάδων από μέρους του κράτους. Ταυτόχρονα παρατηρείται σημαντική αύξηση του ιδιωτικού τομέα (με την μορφή Ν.Π.Ι.Δ.) στην λειτουργία νοσοκομειακών μονάδων.

Περίοδος του ΕΣΥ (1982-σήμερα): Με τους νόμους 1397/83 και 20/1/92 καθορίζονται τα νέα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Έντονος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται και αυτά στις διατάξεις του ν. 2592/53.

Ενώ η νομοθεσία του 1983 προσπάθησε να αντιμετωπίσει μερικά από τα παραπάνω προβλήματα μέσω της πρόβλεψης για την ίδρυση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ), με αρμοδιότητες στο σχεδιασμό και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, αυτά δεν λειτούργησαν και χρειάστηκε να περάσουν 18 χρόνια για την ουσιαστική, σε επίπεδο διοικητικής λειτουργίας, περιφερειοποίηση του συστήματος. Σύμφωνα με την πρόσφατη νομοθετική μεταρρύθμιση, επιχειρούνται η διοικητική αποκέντρωση και η περιφερειακή ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τη σύσταση 17 Πε.Σ.Υ. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που αργότερα μετονομάστηκαν σε Πε.Σ.Υ.Π. λόγω της ένταξης σε αυτά και των υπηρεσιών πρόνοιας) στα οποία εκχωρούνται σημαντικές αρμοδιότητες σχεδιασμού, προγραμματισμού, συντονισμού και παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Από οργανωτικής άποψης, το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα «μικτό σύστημα», δεδομένου ότι η παροχή και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών συνδυάζουν στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων τύπου Beveridge, όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, ενώ εμφανίζει και έναν ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το ΕΣΥ και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το ΕΣΥ προσφέρει σε όλους τους πολίτες της χώρας επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη (ΕΚΑΒ), πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών αγροτικών ιατρείων και νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Η κάλυψη των δαπανών γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας. Τα ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των πολυϊατρείων τους ή συμβεβλημένων γιατρών και διαγνωστικών κέντρων. Περίπου 40 ασφαλιστικά ταμεία και κλάδοι υγείας παρέχουν κάλυψη κατά του κινδύνου ασθένειας, στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα. Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων βασίζεται σε εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και τις κρατικές επιδοτήσεις. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψα και το εύρος των παροχών διαφέρουν μεταξύ των επιμέρους φορέων.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, παρά τη σημαντική επέκταση του δημόσιου τομέα και τους σοβαρούς περιορισμούς που επέβαλε στην ανάπτυξη του ο νόμος για το ΕΣΥ, παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη στο χώρο των νέων τεχνολογιών και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η ανάπτυξη αυτή διογκώθηκε στη δεκαετία του '90 και επικεντρώθηκε στη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών, την ίδρυση διαγνωστικών κέντρων κατά πρώτο λόγο και ιδιωτικών κλινικών κατά δεύτερο λόγο, αλλά και στη δραστηριότητα ιδιωτών γιατρών ειδικοτήτων. Υπηρεσίες αποκατάστασης όπως φυσιοθεραπείες ή υπηρεσίες για ηλικιωμένους, όπως τα γηροκομεία, προσφέρονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα. Το Υπουργείο Υγείας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στην προσπάθεια παρακολούθησης και ελέγχου του συστήματος, δεδομένου της απουσίας περιφερειακών οργάνων υγείας (μέχρι την πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση) και του νομοθετικού κενού σχετικά με τους όρους λειτουργίας των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο παρατηρείται κατά την τελευταία δεκαετία

Στα πλαίσια αυτά, ένα σημαντικό ζήτημα που τίθεται είναι ο συντονισμός μεταξύ των τριών

αυτόνομων και ενδεχομένου αλληλοαναιρούμενων δομών που προαναφέρθηκαν (ΕΣΥ, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτικός τομέας) και τη δημιουργία ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τον τελευταίο νόμο 3329/2005 – ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005 η επικράτεια διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Έδρα της κάθε υγειονομικής περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης διοικητικής περιφέρειας. Κατ' εξαίρεση, η περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις υγειονομικές περιφέρειες και οι περιφέρειες κεντρικής Μακεδονίας και νοτίου Αιγαίου διαιρούνται σε δυο υγειονομικές περιφέρειες η κάθε μία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

2.1 Γενικά

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα ταξινομούνται με βάση το Θεσμικό τους καθεστώς σε νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), σε στρατιωτικά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία (ΑΕ). Τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία είναι ΝΠΔΔ, δηλαδή οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Tountas et al 1995). Μια άλλη κατηγορία νοσοκομείων είναι τα ΝΠΙΔ, όπως είναι το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, το Παπαγεωργίου και το Ερρίκος Ντυνάν. Λειτουργούν με διαφορετικό καθεστώς το καθένα και δεν θεωρούνται ούτε δημόσια, ούτε ιδιωτικά, αλλά υπάγονται στην εποπτεία του δημόσιου τομέα. Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα στρατιωτικά θεραπευτήρια, που εξυπηρετούν τις ανάγκες των στρατιωτικών και των στρατευμένων. Τέλος, υπάρχουν και τα ιδιωτικά νοσοκομεία που έχουν συνήθως τη μορφή ανώνυμων εταιριών. Μέτοχοι είναι κυρίως γιατροί, αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξανόμενη διείσδυση επιχειρηματιών στο χώρο, στο πλαίσιο της γενικότερης ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας.

Στον παρακάτω Πίνακα 2.1 αποτυπώνεται η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, παρατηρούνται μια μείωση των ιδιωτικών και μια αύξηση των δημόσιων νοσοκομείων, με αντίστοιχη τάση και στις κλίνες, ως αποτέλεσμα τα περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σε σχέση με την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών, αλλά και της πολιτικής χρηματοδότησης μέσω του κλειστού νοσηλίου, όπως θα δούμε παρακάτω. Επιπροσθέτου, οι εισαγωγές στα νοσοκομεία αυξήθηκαν, γεγονός που υποδηλώνει τη βελτίωση τις πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας. Αντίθετα, η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε, ως αποτέλεσμα εφαρμογής πιο εντατικών μορφών θεραπείας, της αύξησης των ασθενών στα περιφερειακά νοσοκομεία μετά από μια σύντομη εισαγωγή σε κάποιο νομαρχιακό νοσοκομείο, της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και σε μικρότερο βαθμό της εφαρμογής εναλλακτικών μορφών θεραπείας, όπως η φροντίδα μιας ημέρας. Ο δείκτης κάλυψης των κλινών παρέμεινε σε γενικές γραμμές σταθερός, ενώ σημειώθηκε βελτίωση στις αναλογίες - κλίνες/γιατρό και κλίνες/νοσηλεύτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1
Διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα 1980-1999

Υποδομή / δείκτες	1980	1985	1990	1995	1999
Νοσοκομεία	608	460	387	358	339
ΝΠΔΔ	112	127	140	139	140
Ιδιωτικά	468	318	244	215	195
ΝΠΙΔ	28	15	3	4	4
Κλίνες	59.327	53.713	51.263	52.227	51.404
ΝΠΔΔ	25.905	32.646	35.896	36.717	36.438
Ιδιωτικά	25.075	17.767	15.214	15.241	14.673
ΝΠΙΔ	8.347	3.300	153	269	293
Νοσοκομειακοί γιατροί	11.871	14.256	18.287	19.513	22.698
Κλίνες / γιατρό	5,0	3,8	2,8	2,7	2,3
Νοσηλευτικό προσωπικό	18.654	24.467	34.582	38.185	41.151
Κλίνες /νοσηλευτή	3,2	2,2	1,5	1,4	1,2
Νοσηλευτές /γιατρό	1,6	1,7	1,9	2,0	1,8
Εξεληθόντες ασθενείς	1.101.184	1.146.117	1.248.890	1.462.066	1.620.768
Μεση διάρκεια νοσηλείας	10	9	8	6	8
Ημέρες νοσηλείας	11.324.438	10.242.612	9.404.443	9.376.374	13.479.000
Ημέρες νοσηλείας/κάτοικο	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3
Κάτοικοι ανά κλίνη	161	182	198	200	205
Κάλυψη κλινών (%)	69	70	68	70	70

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1980-1999

Παρά τη σημαντική πρόοδο που συντελέστηκε, μελέτες βασισμένες σε δεδομένα του πρώτου μισού της δεκαετίας του '90 δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια περαιτέρω βελτίωση τα αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Ο Πολύζος, χρησιμοποιώντας στοιχεία του 1995, διαπιστώνει τη χαμηλή αποδοτικότητα στη διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος λόγω της χαμηλής χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κλινών. Επιπροσθέτως, η αποδοτικότητα των νοσοκομείων με πάνω από 400 κλίνες είναι χαμηλότερη από την αντίστοιχη νοσοκομείων με 101-250 κλίνες, λόγω του γεγονότος της λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ ως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σε αναντιστοιχία με το ρόλο τους ως δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών μονάδων. Τέλος, διαφοροποίηση παρουσιάζεται και ως προς την αποδοτικότητα μεταξύ διαφορετικών τμημάτων ιατρικών ειδικοτήτων. Οι Γούναρης, Σίσσουρας, Αθανασόπουλος με βάση τα επίσημα δεδομένα του 2000 εξετάζουν τη λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομείων και βρίσκουν ότι το νοσοκομειακό σύστημα εμφανίζει χαμηλή αποδοτικότητα λόγω της συγκέντρωσης των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων στις μεγάλες πόλεις σε βάρος των νοσοκομείων των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών. Άλλη μελέτη εκτιμά ότι το 1995 το 58,596 από 106 νοσοκομεία του ΕΣΥ παρουσίαζε μέσο έλλειμμα

αποδοτικότητας κατά 20%.

Τα μικρά νοσοκομεία μέχρι 40 κλίνες αναδεικνύονταν τα πιο αποδοτικά ίσως λόγω του ότι λειτουργούν ως ενδιάμεσοι σταθμοί μετάβασης προς τα μεγάλα αστικά νοσοκομεία.

Οι διαπιστώσεις των παραπάνω μελετών αντικατοπτρίζουν τα προβλήματα του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα. Μεταξύ αυτών, ένα από τα σημαντικότερα είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών πόρων. Ειδικότερα, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών σε σχέση με τις κλίνες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των θεραπευτηρίων, οι οποίες οδηγούν σε ανισότητες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Στον Πίνακα 2.2. παρουσιάζονται τα ποσοστά των ασθενών που μετακινούνται από και προς τις περιφέρειες για την περίοδο 1980-1997.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2
Ποσοστό ασθενών (%) που μετακινούνται από και προς τις περιφέρειες 1980-1997

Περιφέρεια	1980	1990	1997
Πρωτεύουσας	36,6	41,7	38,1
Λοιπή Στερεά & Εύβοια	-52,3	-63,8	-56,1
Πελοπόννησος	-20,2	-16,3	-12,1
Ιόνια Νησιά	-25,4	-21,3	-21,8
Ήπειρος	-23,0	-0,02	14,9
Θεσσαλία	-10,3	-18,6	-17,8
Μακεδονία	6,4	6,9	7 ¹
Θράκη	-17,0	-14,9	-11,8
Νησιά Αιγαίου	-27,1	-29,8	-26,9
Κρήτη	-23,3	-10,2	-1,8

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1980-1997

Είναι εμφανές ότι σε όλο το εξεταζόμενο διάστημα οι περιφέρειες της πρωτεύουσας και της Μακεδονίας, όπου βρίσκονται τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, δέχονται ασθενείς από άλλες περιφέρειες. Η Ήπειρος και η Κρήτη σημείωσαν σημαντική βελτίωση κατά τη δεκαετία του 1990, ο οπότε η πρώτη κατάφερε να κρατήσει τους ασθενείς της και να δέχεται πλέον ασθενείς από άλλες περιοχές, ενώ η δεύτερη ελαχιστοποίησε τις απώλειες που είχε συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη. Αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη των υποδομών και

κυρίως στη δημιουργία πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι διαπεριφερειακές ροές ασθενών στη δεκαετία του '90 σημείωσαν σαφή κάμψη σε σχέση με τη δεκαετία του 1980, λόγω των επενδύσεων που σημειώθηκαν με τη χρηματοδότηση των Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν πλήρεις νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά και ένα μεγάλο μέρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σε όλους τους Έλληνες πολίτες και σε πολλούς αλλοδαπούς. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ προσφέρουν υψηλής επιστημονικής στάθμης περίθαλψη, υποχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και παρέχουν χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι χρήστες των υπηρεσιών τους, οι οποίοι καταφεύγουν τελικά σε ιδιωτικές κλινικές επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα (Οικονόμου και συν. 2007).

Στην έκθεση του ΟΟΣΑ για την Ελληνική Οικονομία (Ιούνιος 1998) επισημαίνονται τα παρακάτω προβλήματα του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα:

Η έλλειψη ευελιξίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Η έλλειψη κινήτρων απόδοσης για τους ιατρούς και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Η ελαχιστοποίηση του περιθωρίου άσκησης διοίκησης και εξοικονόμησης προσωπικού, αφού τα πάντα καθορίζονται από το υπουργείο.

Η απώλεια πόρων εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού κάλυψης στην επαρχία συγκριτικά με τις μακρές λίστες αναμονής στο κέντρο.

Η μη χρησιμοποίηση της αγοραστικής μονοφωνιακής δύναμης των νοσοκομείων του ΕΣΥ (π.χ. στις διαδικασίες προμηθειών).

Η ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των ιατρών. Η συνολική αναποτελεσματικότητα, όπως αναδεικνύεται και από τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001).

Σε ό,τι αφορά την ψυχική υγεία, από τον πίνακα 2.3. φαίνεται ότι την 20ετία από το 1980 έως το 2000 παρατηρήθηκε μια σημαντική μείωση –της τάξης του 59%- των κρεβατιών σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και μια μεγάλη αύξηση των κέντρων ψυχικής αποκατάστασης, που αποδίδεται στην αποϊδρυματοποίηση για μια πιο ανθρώπινη περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων. Σημειώνεται ότι σημαντική συμβολή στην εξέλιξη αυτή είχε το πρόγραμμα Ψυχαργός, το οποίο επεδίωξε την αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό των δομών που απευθύνονται στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 Οι ψυχιατρικές υποδομές (1981-2000)			
Δείκτες	1981-1983	1996	2000
Κλίνες σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία	8.486	5.007	3.500
Χρόνια ασθενείς σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία	5.677	-	2.922
Ψυχιατρικές κλίνες σε γενικά νοσοκομεία	6	321	361
Κέντρα επικοινωνίας ψυχικής υγείας	6	24	28
Κέντρα ψυχικής αποκατάστασης	40	2.940	4.317

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1981-2000

2.2. Νοσοκομειακή Υποδομή

Ο Πίνακας 2.4 παρουσιάζει την κατανομή των Θεραπευτηρίων κατά νομική μορφή και γεωγραφικό διαμέρισμα το 2004. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ το 2004 λειτουργούσαν σε ολόκληρη τη χώρα 319 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 51.871 κλινών (163 κλίνες ανά θεραπευτήριο κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 35,808 κλίνες (69%) αντιστοιχούσαν σε 141 θεραπευτήρια του δημοσίου και 14.515 κλίνες (28%) σε 172 ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ ήταν καταγεγραμμένες και 1.548 κλίνες σε 6 θεραπευτήρια τα οποία λειτουργούσαν ως ΝΠΙΔ (διάγραμμα 2.1).

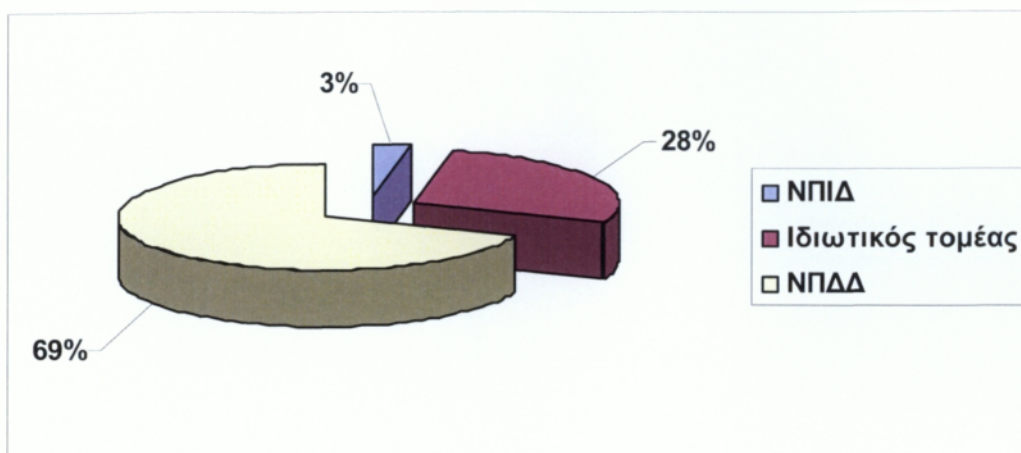
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4 Θεραπευτήρια κατά νομική μορφή και γεωγραφικό διαμέρισμα (2004)

Ειδικότητα	Σύνολο (1)		Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (2)		Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου		Ιδιωτικές κλινικές	
	Αριθμ. Νοσοκομ. & κλινικών	Αριθμ. κλινών	Αριθμ. Νοσοκομ.	Αριθμ. κλινών	Αριθμός Νοσοκομ.	Αριθμός κλινών	Αριθμός κλινικών	Αριθμός κλινών
Σύνολο	319	51.87	141	35.808	6	1.548	172	14.515
Γενικά	181	35.422	113	27.149	2	1.196	66	7.077
Ειδικά	127	15.62	28	8.659	4	352	95	6.610
Μεικτά	11	828	0	0	0	0	11	828
Περιφέρεια	105	22.486	41	14.472	2	595	62	7.419
Γενικά	62	13.890	25	9.023	1	468	36	4.399
Ειδικά	40	8.048	16	5.449	1	127	23	2.472
Μεικτά	3	548	0	0	0	0	3	548
Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	25	2.173	13	1.696	1	28	11	449
Γενικά	15	1.762	12	1.518	0	0	3	244
Ειδικά	9	381	1	178	1	28	7	175
Μεικτά	1	30	0	0	0	0	1	30
Πελοπόννησος	29	3.387	18	3.078	1	60	10	249
Γενικά	16	2.616	15	2.577	0	0	1	39
Ειδικά	12	733	3	501	1	60	8	172
Μεικτά	1	38	0	0	0	0	1	38
Ιόνια Νησιά	7	987	6	937	0	0	1	50
Γενικά	6	627	5	577	0	0	1	50
Ειδικά	1	360	1	360	0	0	0	0
Μεικτά	0	0	0	0	0	0	0	0
Ήπειρος	7	1.535	5	1.505	0	0	2	30
Γενικά	5	1.505	5	1.505	0	0	0	0
Ειδικά	2	30	0	0	0	0	2	30
Μεικτά	0	0	0	0	0	0	0	0
Θεσσαλία	38	3.381	5	1.451	0	0	33	1.930
Γενικά	10	1.695	5	1.451	0	0	5	244
Ειδικά	27	1.656	0	0	0	0	27	1.656
Μεικτά	1	30	0	0	0	0	1	30
Μακεδονία	67	12.09	28	7.495	2	865	37	3.732
Γενικά	35	8.729	23	6.378	1	728	11	1.623
Ειδικά	28	3.217	5	1.117	1	137	22	1.963
Μεικτά	4	146	0	0	0	0	4	146
Θράκη	8	1.187	5	1.125	0	0	3	62
Γενικά	5	1.125	5	1.125	0	0	0	0
Ειδικά	2	26	0	0	0	0	2	26
Μεικτά	1	36	0	0	0	0	1	36
Νησιά Αιγαίου	15	1.731	11	1.636	0	0	4	95
Γενικά	12	965	10	905	0	0	2	60
Ειδικά	3	766	1	731	0	0	2	35
Μεικτά	0	0	0	0	0	0	0	0
Κρήτη	18	2.912	9	2.413	0	0	9	499
Γενικά	15	2.508	8	2.090	0	0	7	418
Ειδικά	3	404	1	323	0	0	2	81
Μεικτά	0	0	0	0	0	0	0	0

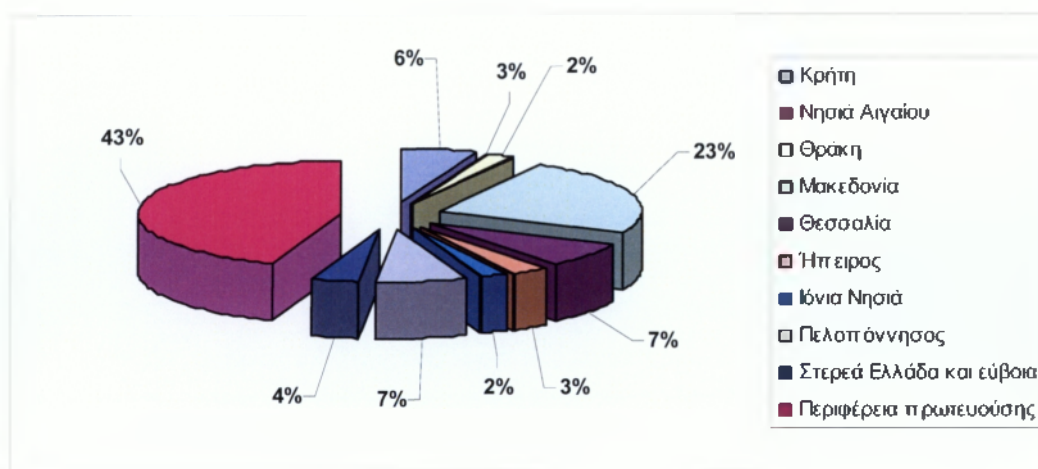
(1) Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια και οι κλίνες τους.

(2) Περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία αρμοδιότητας υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΝΠΔΔ, σύμφωνα με το ν.δ. 2592/1953), Δικαιοσύνης και Εσωτερικών, καθώς και τα νοσοκομεία των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ, ΜΤΣ) και Πανεπιστημίων.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.2004

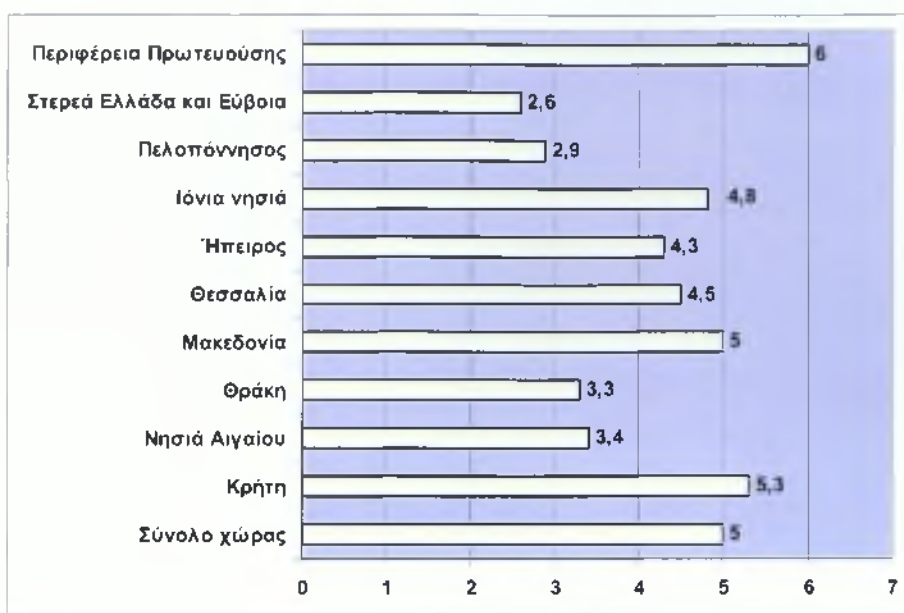


Διάγραμμα 2.1 Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίων (2004)



Διάγραμμα 2.2 Κατανομή κλινών κατά γεωγραφική περιφέρεια (2004)

Αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή του συνόλου των κλινών και με βάση τα στοιχεία του πίνακα 2.3, η περιφέρεια της πρωτεύουσας παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση, καθώς σ' αυτήν λειτουργούσαν 22.486 κλίνες το 2004 (43,3%) και ακολουθεί η περιφέρεια της Μακεδονίας με 12.225 κλίνες (23,6%). Ως «φτωχότερη» περιφέρεια σε συνολικό αριθμό θεραπευτικών κλινών, αναδεικνύεται και για το 2004, όπως και κατά την προηγούμενη δεκαετία, αυτή των Ιονίων Νήσων με 987 κλίνες (διάγραμμα 2).



Διάγραμμα 2.3 Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (2004)

Αναλύοντας τα παραπάνω δεδομένα σε σχέση με τον πληθυσμό, διαπιστώνεται μια σαφής διαφοροποίηση των περιφερειών όσον αφορά την επάρκεια των κλινών (διάγραμμα 3), με το σχετικό δείκτη να κυμαίνεται το 2004 από 2,6 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους για την περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας και 2,9 για την Πελοπόννησο έως 6 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους για την περιφέρεια της πρωτεύουσας. Υπογραμμίζεται ότι αντίστοιχες μελέτες κατά το παρελθόν (Σουλιώτης 2001, Tountas and Kamaki 2002) κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα, γεγονός που καταδεικνύει την «καθήλωση» κάποιων περιφερειών όσον αφορά τις υγειονομικές υποδομές, παρά τη ραγδαία ανάπτυξη νέων δομών σε όλη την επικράτεια τα τελευταία χρόνια.

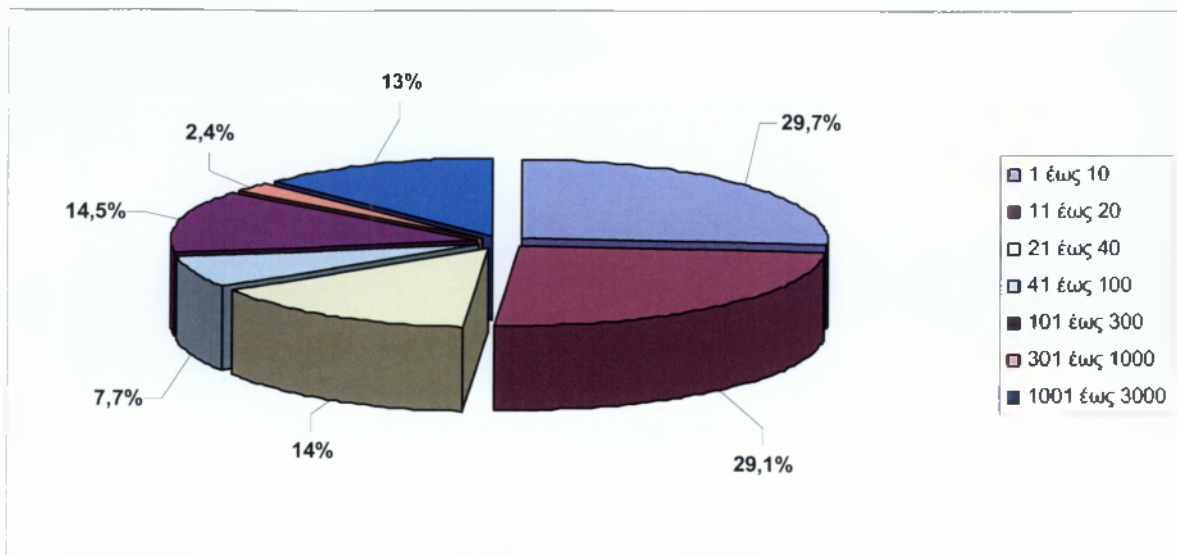
Στον **πίνακα 2.5** φαίνεται η κατανομή των νοσοκομείων ανάλογα με τον αριθμό των κλινών το 2000. Σύμφωνα με τον πίνακα, 50 νοσοκομεία (14,8%) είχαν δυναμικότητα άνω των 300 κλινών, 100 νοσοκομεία (29,7%) είχαν δυναμικότητα 101-300 κλινών και 187 (55,5%) νοσοκομεία είχαν δυναμικότητα έως 100 κλίνες (διάγραμμα 4). Σημειώνεται, ωστόσο, ότι σύμφωνα και με τις τάσεις που επικρατούν σε άλλες χώρες, στο μέλλον προβλέπεται να επικρατήσουν οι επιλογές των μεγάλων γενικών νοσοκομειακών συγκροτημάτων με πολλές κλίνες και των νοσοκομείων με απόλυτη εξειδίκευση σε συγκεκριμένες θεραπευτικές περιοχές και σχετικά μικρό αριθμό κλινών. Μία ακόμη διαφαινόμενη εξέλιξη συνίσταται στον διαχωρισμό των περιστατικών ημερήσιας ή βραχείας νοσηλείας, τη διαχείριση των οποίων αναμένεται να αναλάβουν ευέλικτες νοσοκομειακές δομές που θα καλύπτουν και

πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας, σε μια προσπάθεια απαλλαγής των μεγάλων νοσοκομείων από επιπλέον δραστηριότητες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5 Αριθμός θεραπευτηρίων κλινών και ανθρώπινου δυναμικού κατά κλίμακα κλινών (2000)

Κλίμακα κλινών	Θεραπευτήρια	Κλίνες	Ιατροί	Νοσηλευτές
Σύνολο	337	51,500	23,486	42,129
1-10	8	79	35	47
11-20	26	452	101	190
21-40	55	1,738	442	707
41-100	98	6,879	1,834	3,666
101-300	100	17,115	6,896	13,907
301-1000	49	24,220	13,557	22,577
1001-3000	1	1,017	621	1,035

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2000



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.4

Κατανομή νοσοκομείων κατά κλίμακα κλινών (2000)

Στον πίνακα 2.6 που ακολουθεί, φαίνεται η κατανομή των θεραπευτηρίων κατά ειδικότητα και γεωγραφικό διαμέρισμα, το 2004. Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα γενικά θεραπευτήρια αποτελούν το 56,7% των θεραπευτηρίων της χώρας, τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια το 16% των θεραπευτηρίων και τα μαιευτικά-γυναικολογικά το 12%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6 Θεραπευτήρια ανά περιφέρεια και ειδικότητα (2004)

Ειδικότητα θεραπευτηρίων	Σύνολο Ελλάδας	Περιφέρεια Πρωτεύουσας	Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	Πελοπόννησος	Νησιά Ιονίου	Ήπειρος	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Νησιά Αιγαίου	Κρήτη
Σύνολο	319	105	25	29	7	7	38	67	8	15	18
Γενικά	181	62	15	16	6	5	10	35	5	12	15
Μεικτά	11	3	1	1	0	0	1	4	1	0	0
Αντικαρκινικά	4	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Αφροδισίων - Δερματικά	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Καρδιολογικά	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Λοιμοδών	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Μαιευτικά - Γυναικολογικά	37	3	3	6	0	2	7	11	2	2	1
Νευροψυχιατρικά	51	19	1	2	1	0	12	13	0	1	2
Ορθοπαιδικά	4	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Οφθαλμολογικά	4	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Παθολογικά	10	4	1	0	0	0	4	1	0	0	0
Παιδιατρικά	6	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Φυματιολογικά	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Χειρουργικά	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Ωτορινολαρυγγολογία	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια.											

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2004

Ο πίνακας 2.7 παρουσιάζει τη κατανομή των κλινών κατά ειδικότητα και γεωγραφικό διαμέρισμα, το 2004. Σύμφωνα με τα στοιχεία, οι κλίνες των γενικών θεραπευτηρίων αποτελούν το 68,3% των κλινών της χώρας. Ακολουθούν οι κλίνες των νευροψυχιατρικών θεραπευτηρίων με 19,1 %, οι κλίνες των παιδιατρικών θεραπευτηρίων με 2,8% και των μαιευτικών-γυναικολογικών με 2,7%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7 Κλίνες ανά περιφέρεια και ειδικότητα (1996-2004)

Ειδικότητα Θεραπευτηρίων	Σύνολο Ελλάδας	Περιφέρεια Πρωτευούσης	Στερεά Ελλάδα και Πελοπόννησος	Νησιά Ιονίου	Ήπειρος	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Νησιά Αιγαίου	Κρήτη	
Σύνολο	51.87	22.4	2.173	3.38	987	1.53	3.38	12.0	1.18	1.73	2.9
Γενικά	35.422	13.8	1.762	2.61	627	1.50	1.69	8.72	1.12	965	2.5
Μεικτά	828	548	30	38	0	0	30	146	36	0	0
Αντικαρκινικά	1192	835	0	0	0	0	0	357	0	0	0
Αφροδισίων - Δερματικά	167	107	0	0	0	0	0	60	0	0	0
Καρδιολογικά	42	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0
Λοιμωδών	100	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0
Μαιευτικά - Γυναικολογικά	1.385	544	65	107	0	30	159	374	26	35	45
Ψυχιατρικά	9.902	4.47	40	420	36	0	1.26	2.24	0	731	459
Ορθοπαιδικά	488	414	0	54	0	0	20	0	0	0	0
Οφθαλμολογικά	76	50	0	11	0	0	15	0	0	0	0
Παθολογικά	524	258	28	0	0	0	158	80	0	0	0
Παιδιατρικά	1.462	1.19	178	90	0	0	0	0	0	0	0
Φυματιολογικά	51	0	0	51	0	0	0	0	0	0	0
Χειρουργικά	180	127	28	0	0	0	25	0	0	0	5
Ωτορινολαρυγγολογία	52	42	2.173	0	0	0	10	0	0	0	0
Δεν περιλαμβάνονται τα										0	5
Ωτορινολαρυγγολογία	52	42	2.173	0	0	0	10	0	0	0	0
Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια.											

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1996-2004

Ο πίνακας 2.8 παρουσιάζει την εξέλιξη των νοσοκομειακών κλινών της χώρας από το 1996 έως το 2004. Όπως προκύπτει στο ανωτέρω διάστημα παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού των συνολικών κλινών της χώρας κατά 715 κλίνες (1,4%). Η μεταβολή αυτή οφείλεται στη μείωση των ιδιωτικών κλινών κατά 771 (5%), ενώ οι συνολικές δημόσιες κλίνες -αν συνυπολογιστούν σε αυτές και οι κλίνες των ΝΠΙΔ- εμφάνισαν στασιμότητα (για την ακρίβεια οριακή αύξηση 56 κλινών, 0,15%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8 Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2004)					
Έτος	Σύνολο Θεραπευτηρίων	Σύνολο κλινών	Κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία	Κλίνες σε ιδιωτικά νοσοκομεία	Κλίνες σε νοσοκομεία ΝΠΙΔ
1996	356	52.586	37.016	15.286	284
1997	350	52.474	37.047	15.134	293
1998	341	52.495	37.457	14.745	293
1999	339	51.404	36.438	14.673	293
2000	337	51.500	35.730	15.141	629
2001	336	52.276	36.186	15.038	1.052
2002	326	51.781	36.142	14.460	1.179
2003	327	51.762	35.814	14.528	1.420
2004	319	51.871	35.808	14.515	1.548

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1996-2004

Στον πίνακα 2.9 εμφανίζεται η εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και νομική μορφή θεραπευτηρίου από το 1996 στο 2004. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι η μεγαλύτερη μείωση των συνολικών κλινών σημειώθηκε στα νησιά του Αιγαίου (16%) και στην περιφέρεια της πρωτεύουσας (8%). Αντίθετα στις περισσότερες περιοχές οι συνολικές κλίνες αυξήθηκαν, με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται στη Θεσσαλία (33,9%) και στη Θράκη (19,3%). Το συνολικό όμως ισοζύγιο κλινών ήταν αρνητικό, λόγω του απόλυτου αριθμού της μείωσης των κλινών της Αθήνας. Σε ό,τι αφορά τον συνολικό αριθμό των θεραπευτηρίων της χώρας, παρουσιάστηκε μείωση από 356 σε 319 (10,4%). Αυτή οφείλεται στη μείωση των ιδιωτικών θεραπευτηρίων κατά 40 (18,9%), ενώ τα συνολικά δημόσια θεραπευτήρια -αν συνυπολογίσουμε και τα ΝΠΙΔ-αυξήθηκαν κατά 3 (2,1%).

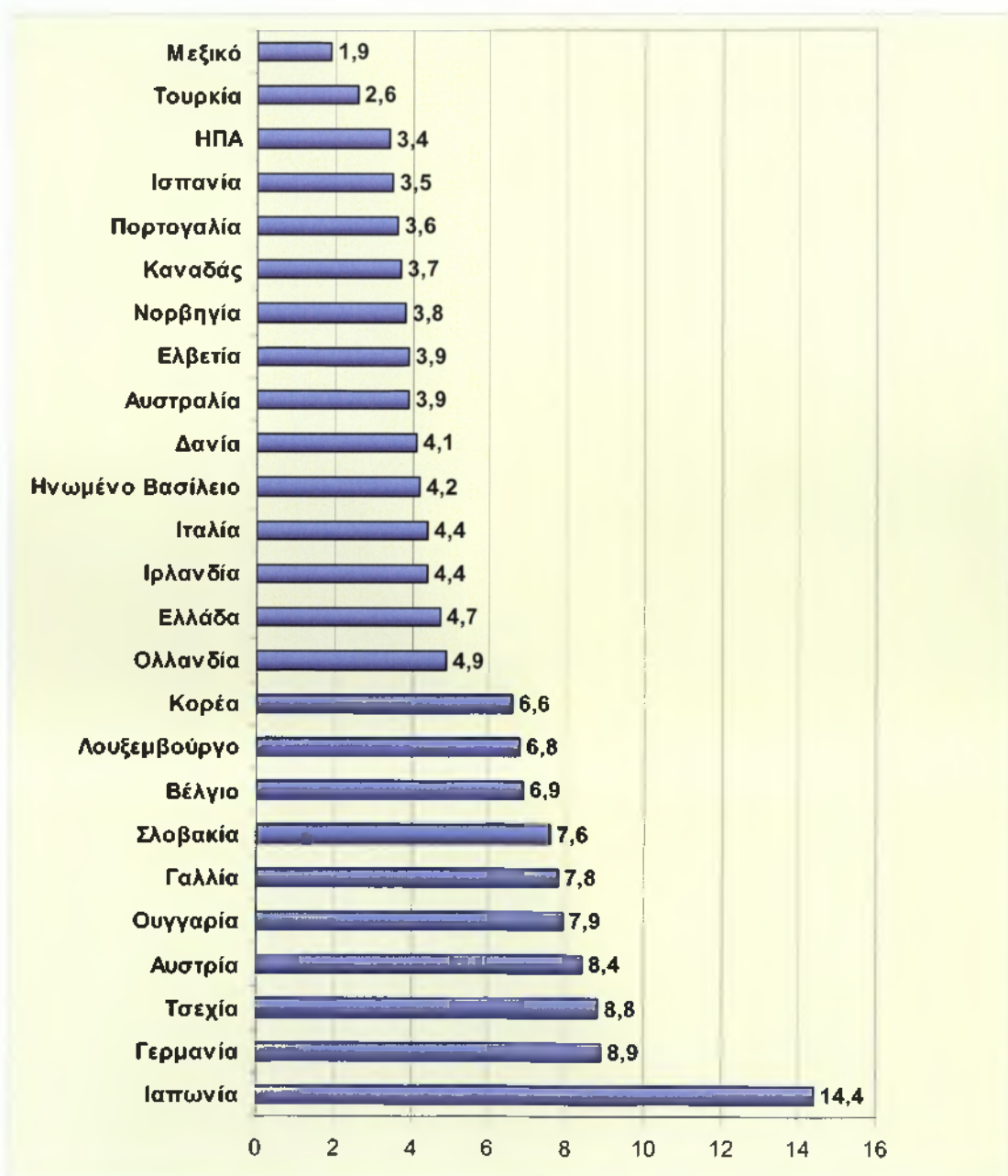
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.9 Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2004)

Γεωγραφικό Διαμέρισμα Νομική μορφή θεραπευτηρίου	Αριθμός Θεραπευτηρίων		Αριθμός Κλινών	
	1996	2004	1996	2004
Σύνολο χώρας	356	319	52.586	51.871
ΝΠΔΔ	140	141	37.016	35.808
ΝΠΙΔ	4	6	284	1.548
Ιδιωτικά	212	172	15.286	14.515
Περιφέρεια πρωτευούσης	117	105	24.512	22.486
ΝΠΔΔ	42	41	16.110	14.472
ΝΠΙΔ	1	2	118	595
Ιδιωτικά	74	62	8.284	7.419
Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	28	25	2.288	2.173
ΝΠΔΔ	13	13	1.653	1.696
ΝΠΙΔ	1	1	28	28
Ιδιωτικά	14	11	607	449
Πελοπόννησος	35	29	3.380	3.387
ΝΠΔΔ	19	18	2.898	3.078
ΝΠΙΔ	1	1	60	60
Ιδιωτικά	15	10	422	249
Νησιά Ιονίου	8	7	977	987
ΝΠΔΔ	6	6	814	937
ΝΠΙΔ	-	0	-	0
Ιδιωτικά	2	1	63	50
Ήπειρος	9	7	1.375	1.535
ΝΠΔΔ	5	5	1.237	1.505
ΝΠΙΔ	-	0	-	0
Ιδιωτικά	4	2	88	30
Θεσσαλία	36	38	2.525	3.381
ΝΠΔΔ	4	5	1.000	1.451
ΝΠΙΔ	-	0	-	0
Ιδιωτικά	32	33	1.525	1.930
Μακεδονία	78	67	11.521	12.092
ΝΠΔΔ	28	28	7.990	7.495
ΝΠΙΔ	1	2	78	865
Ιδιωτικά	49	37	3.453	3.732
Θράκη	9	8	995	1.187
ΝΠΔΔ	4	5	872	1.125
ΝΠΙΔ	-	0	-	0
Ιδιωτικά	5	3	123	62
Νησιά Αιγαίου	14	15	2.066	1.731
ΝΠΔΔ	10	11	1.961	1.636
ΝΠΙΔ	-	0	-	0
Ιδιωτικά	4	4	105	95
Κρήτη	22	18	2.947	2.912
ΝΠΔΔ	9	9	2.331	2.413
ΝΠΙΔ	-	0	-	0
Ιδιωτικά	13	9	616	499

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., 1996-2004

2.3. Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ που εμφανίζονται στο διάγραμμα 5, η Ελλάδα παρουσίασε το 2002 δείκτη συνολικού αριθμού νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1.000 κατοίκους στα επίπεδα του 4,7, καταλαμβάνοντας τη 12η θέση από τις 22 χώρες στη σχετική κατάταξη.



Διάγραμμα 2.5 Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2002)

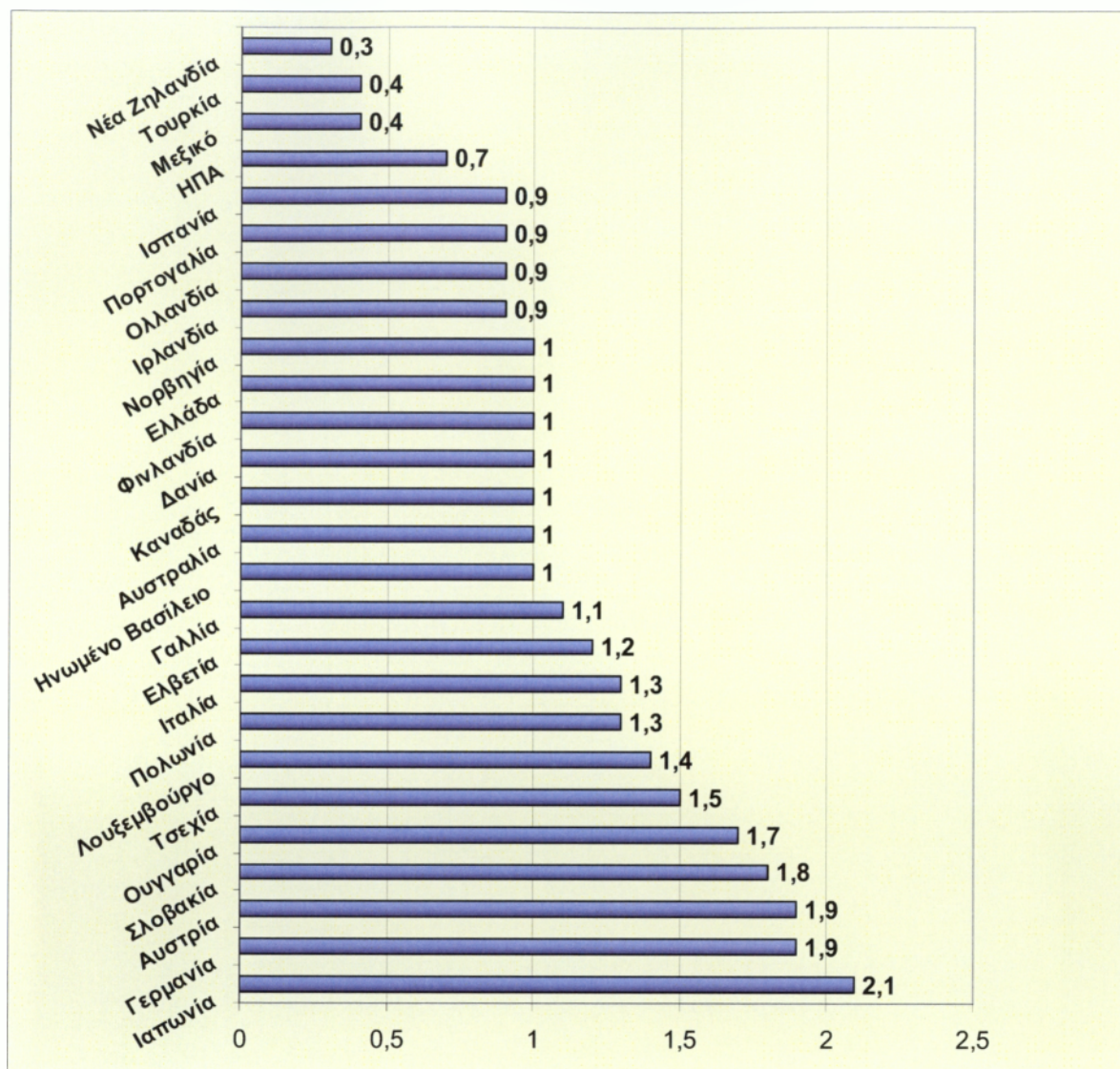
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.10 Κρεβάτια οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους

Χώρα	2004	1999	Χώρα	2004	1999
Αυστραλία	3,6	4,8	Ν.Κορέα	5,9	2,7
Αυστρία	6,5	7,8	Λουξεμβούργο	5,7	6,7
Βέλγιο	4,8	5,4	Μεξικό	1,0	1,2
Καναδάς	3,0	4,0	Ολλανδία	2,8	3,8
Τσεχία	6,4	8,5	Νέα Ζηλανδία		
Δανία	3,3	4,1	Νορβηγία	3,1	3,8
Φινλανδία	3,0	4,3	Πολωνία	5,1	6,3
Γαλλία	3,8	5,2	Πορτογαλία	3,0	3,4
Γερμανία	6,4	8,3	Σλοβακία	5,9	
Ελλάδα	3,8		Ισπανία	2,8	3,6
Ουγγαρία	5,9	7,1	Σουηδία	2,2	4,1
Ισλανδία		4,3	Ελβετία	3,8	6,5
Ιρλανδία	2,9	3,3	Τουρκία	2,4	2,0
Ιταλία	3,7	6,2	Ηνωμένο Βασίλειο	3,6	
Ιαπωνία	8,4	12,3	ΗΠΑ	2,8	3,7

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1999, 2004

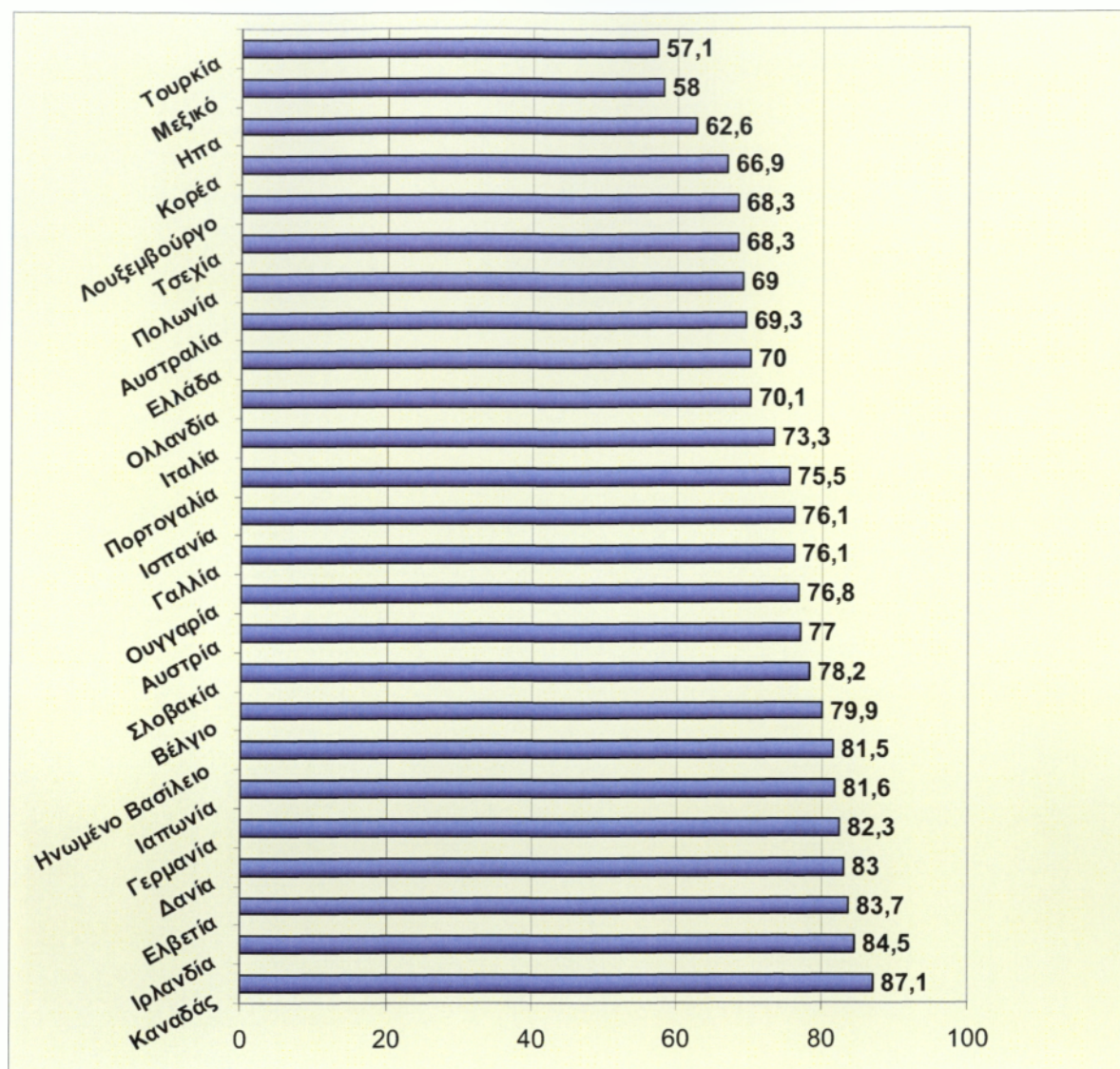
Στον πίνακα **2.10** φαίνονται τα κρεβάτια οξείας νοσηλείας των νοσοκομείων στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ το 1999 και το 2004. Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι ο αριθμός των νοσοκομειακών κρεβατιών οξείας νοσηλείας στην Ελλάδα ήταν 3,8 ανά 1.000 κατοίκους το 2004, ελαφρώς πιο κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ ο οποίος ήταν 4,1 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους. Όπως και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, ο αριθμός των νοσοκομειακών κρεβατιών οξείας νοσηλείας ανά κάτοικο στην Ελλάδα έχει μειωθεί (από 4,9 ανά κάτοικο το 1980 σε 3,8 το 2001).

Στο **διάγραμμα 2.6** παρουσιάζονται οι συνολικές ημέρες νοσηλείας για οξεία περιστατικά ανά κάτοικο στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει 1 ημέρα νοσηλείας ανά κάτοικο έναντι 1,2 του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.



Διάγραμμα 2.6
Αριθμός ημερών νοσηλείας για οξεία περιστατικά ανά κάτοικο
στις χώρες του ΟΟΣΑ (1998)

Στο **διάγραμμα 2.7** εμφανίζεται το ποσοστό κάλυψης των κλινών οξέων περιστατικών στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ, από όπου φαίνεται ότι η κάλυψη των κλινών στη χώρα μας (70%) είναι σχετικά χαμηλή (17η από 25 χώρες).

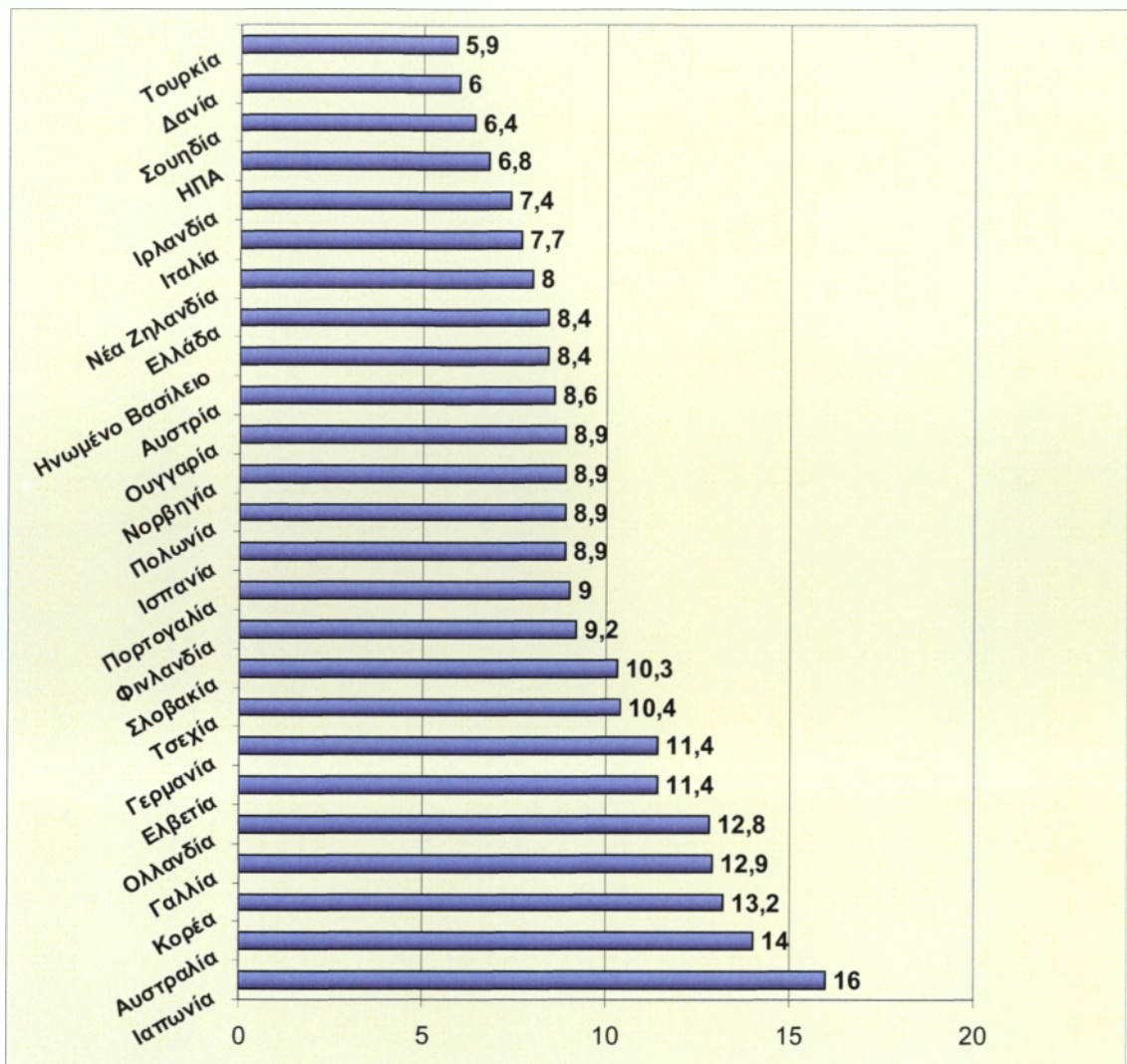


Διάγραμμα 2.7 Ποσοστό κάλυψης των κλινών οξέων περιστατικών (2002)

Τα ποσοστά κάλυψης του συνόλου των κλινών στον δημόσιο τομέα για το έτος 2000 ήταν 75% για τα μεγάλα νοσοκομεία, 69% για τα μεσαία και 55% για τα μικρότερα. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν μόνο 47% (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001).

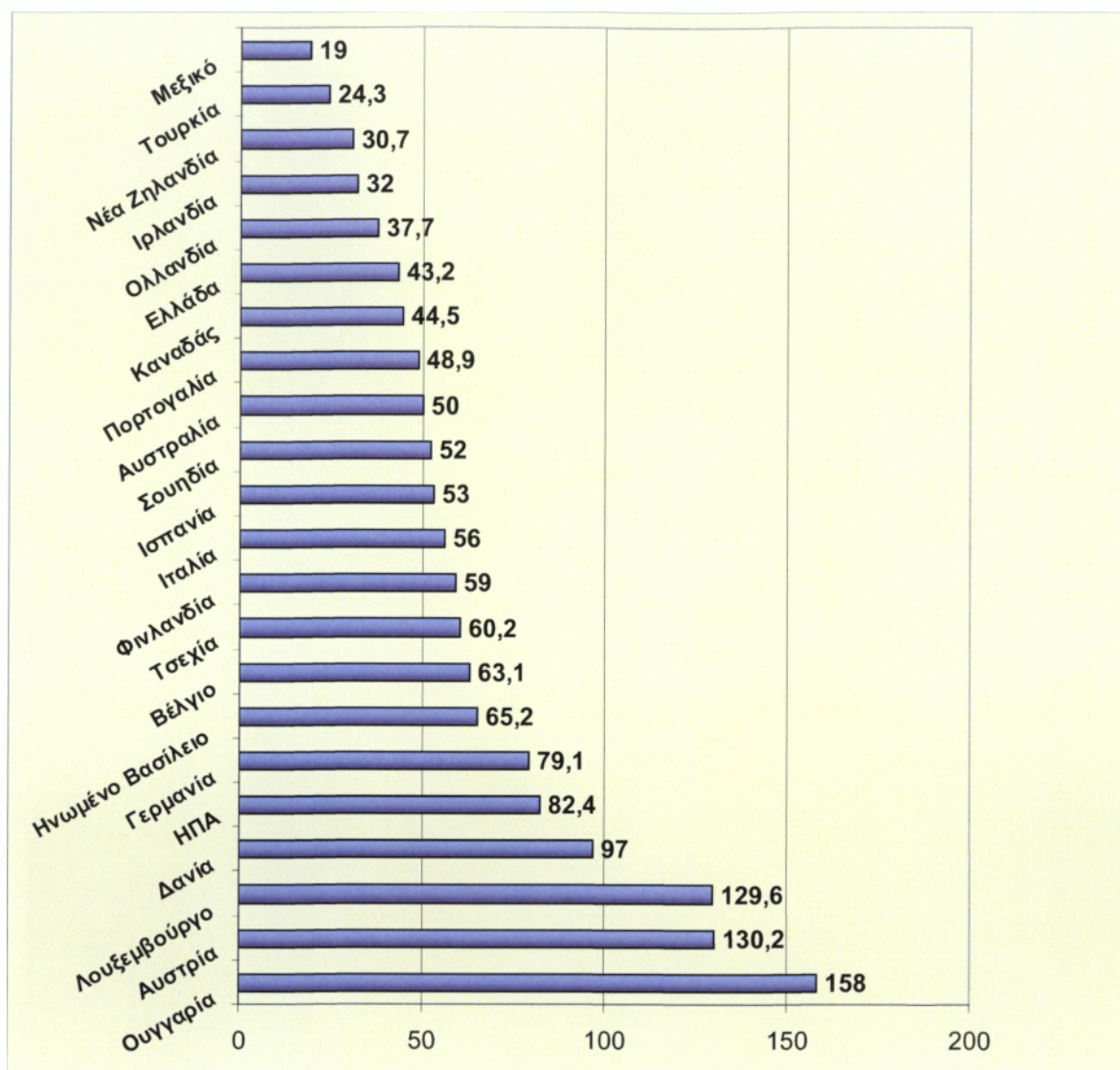
Στο **διάγραμμα 2.8** φαίνεται ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) στη χώρα μας το έτος 2000 ήταν 8,4, δηλαδή σχετικά χαμηλή (18η από τις 26 χώρες στη σχετική κατάταξη).

Στον δημόσιο τομέα, η ΜΔΝ για το 2000 ήταν 6 ημέρες για τα μεγάλα νοσοκομεία, 5 ημέρες για τα μεσαία και 4,8 για τα μικρότερα. Ο αντίστοιχος αριθμός για το σύνολο των ιδιωτικών νοσοκομείων ήταν 8,05 ημέρες, παρόλο που τα περιστατικά που νοσηλεύονται σε αυτά θεωρούνται συγκριτικά ελαφρότερα (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001). Παρόλα αυτά, η ΜΔΝ των διακεκριμένων νοσοκομείων του ιδιωτικού τομέα βρέθηκε μικρότερη της αντίστοιχης των δημοσίων νοσοκομείων.



Διάγραμμα 2.8 Μέση διάρκεια νοσηλείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2000)

Το **διάγραμμα 2.9** παρουσιάζει τον αριθμό των χειρουργικών πράξεων που έγιναν σε νοσηλευόμενους ασθενείς ανά 1.000 κατοίκους στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ. Από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ προκύπτει ότι, με αριθμό χειρουργικών πράξεων 43,2, η Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλά στη σχετική κατάταξη (17η από 22 χώρες).



Διάγραμμα 2.9 Αριθμός χειρουργικών πράξεων νοσηλευομένων ασθενών ανά 1.000 κατοίκους (2000)

Ο πίνακας 2.11 που ακολουθεί παρουσιάζει το μέγεθος της νοσηλευτικής κίνησης στα διάφορα θεραπευτήρια της χώρας για την περίοδο 1995-1998, για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από την ΕΣΥΕ. Από τα αποτελέσματα προκύπτει μια διαχρονική αύξηση τόσο στον αριθμό των εξερχόμενων ασθενών, όσο και στις συνολικές ημέρες νοσηλείας κατά την εξεταζόμενη 4ετία, ενώ η μέση ετήσια πληρότητα εμφανίζεται επίσης ελαφρώς ανοδική και διαμορφώνεται στο 70% για το 1998.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.11 Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων κατά χρονολογία (1995-1998)					
Χρονολογία	Αριθμός θεραπευτηρίων	Αριθμός κλινών	Ημέρες νοσηλείας	Εξεληθόντες ασθενείς	Κάλυψη στις 100 κλίνες
1995	358	52.227	12.651.519	1.497.159	66%
1996	356	52.586	12.898.768	1.508.506	67%
1997	350	52.474	13.455.322	1.552.940	70%
1998	341	52.495	13.479.738	1.620.768	70%

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1995-1998

Τα στοιχεία βέβαια της νοσηλευτικής κίνησης των θεραπευτηρίων δεν μπορούν από μόνα τους να παρουσιάσουν την αποδοτικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δηλαδή τη σχέση μεταξύ των εισροών (οικονομικών πόρων, ανθρώπινου δυναμικού, κτιριακών εγκαταστάσεων, υλικού εξοπλισμού κ.ά.) και των εκροών τους (π.χ. νοσηλευθέντων ασθενών, εργαστηριακών εξετάσεων, χειρουργικών πράξεων κ.λπ.). Οι μετρήσεις της αποδοτικότητας των νοσοκομείων με κατάλληλες μεθόδους έχουν αναδειχθεί παγκοσμίως σε βασική προτεραιότητα των ερευνητών υπηρεσιών υγείας και τα αποτελέσματά τους αποτελούν πολύτιμα επικουρικά εργαλεία στον μηχανισμό λήψης αποφάσεων. Στην Ελλάδα τέτοιες μετρήσεις είναι, ακόμη, περιορισμένες και αποσπασματικές, παρά τις πολύ έντονες ενδείξεις για μεγάλο έλλειμμα αποδοτικότητας, που οδηγεί σε σημαντική απώλεια πόρων και υστέρηση των αποτελεσμάτων στην υγεία του πληθυσμού από τα επιθυμητά επίπεδα (Οικονόμου και συν. 2007). Όπως φαίνεται στον πίνακα 2.12, στα γενικά θεραπευτήρια πραγματοποιήθηκε το 1998 το 60,2% των συνολικών ημερών νοσηλείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.12 Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων κατά ειδικότητα (1998)					
Ειδικότητα θεραπευτηρίων	Αριθμός θεραπευτηρίων	Αριθμός κλινών	Ημέρες νοσηλείας	Εξεληθόντες ασθενείς	Κάλυψη στις 100 κλίνες
Σύνολο	341	52.495	13.479.738	1.620.768	70%
Γενικά	176	32.349	8.109.019	1.322.968	69%
Μεικτά	23	1.495	274.040	39.056	50%
Αντικαρκινικά	4	1.334	410.072	37.144	84%
Αφροδισίων	2	213	31.816	3.696	41%
Καρδιολογικά	2	38	18.544	728	100%
Λοιμωδών	1	100	14.728	3.365	40%
Μαιευτικά	44	1.941	276.744	62.272	39%
Νευροψυχιατρικά	47	10.607	3.266.071	24.179	85%
Ορθοπαιδικά	7	1.034	365.424	20.816	97%
Οφθαλμολογικά	6	152	9.688	4.104	17%
Παθολογικά	8	402	111.704	2.088	76%
Παιδιατρικά	6	1.672	308.776	65.800	51%
Φυματιολογικά	2	765	213.568	23.608	76%

Χειρουργικά	7	300	59.912	7.936	55%
Ωτορινολαρυγγολογία	6	93	9.632	3.008	28%

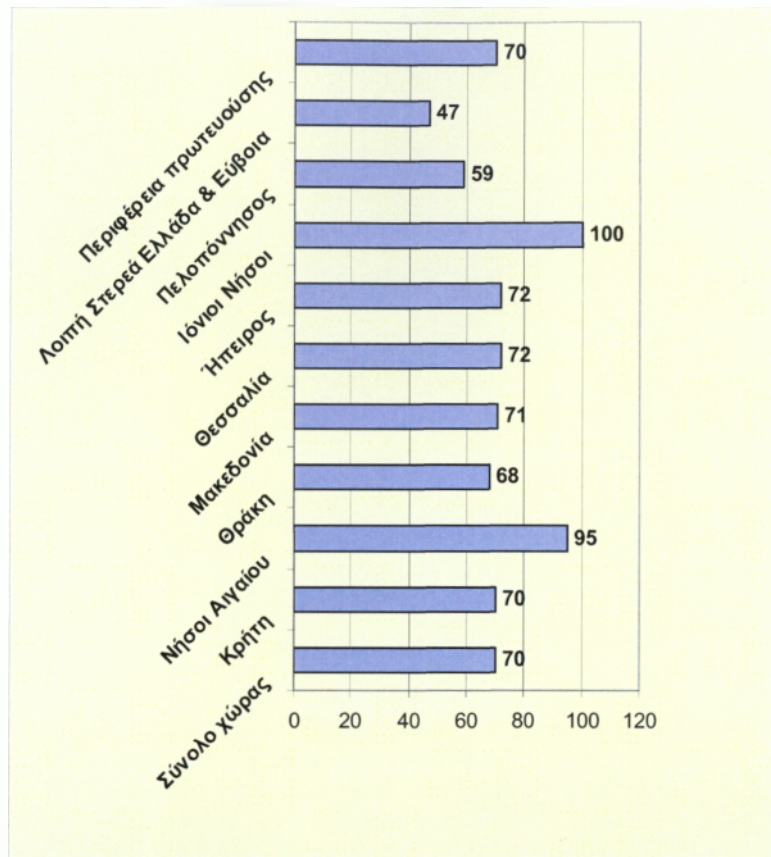
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1998

Στον πίνακα 2.13 παρουσιάζεται η νοσηλευτική κίνηση των θεραπευτηρίων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα το 1998.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.13 Νοσηλευτική κίνηση των θεραπευτηρίων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1998)					
Γεωγραφικό διαμέρισμα	Αριθμός θεραπευτηρίων	Αριθμός κλινών	Ημέρες νοσηλείας	Εξεληθόντες ασθενείς	Κάλυψη στις 100 κλίνες
Σύνολο χώρας	341	52.495	13.479.738	1.620.768	70%
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	112	24.073	6.162.318	637.114	70%
Λοιπή Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	27	2.275	392.526	68.594	47%
Πελοπόννησος	34	3.505	749.467	138.894	59%
Νησιά Ιονίου	8	949	350.083	24.773	100%
Ήπειρος	8	1.427	376.784	63.912	72%
Θεσσαλία	36	2.679	701.817	78.387	72%
Μακεδονία	75	1.642	3.033.975	402.791	71%
Θράκη	7	978	243.853	48.082	68%
Νησιά Αιγαίου	14	1.988	692.922	48.506	95%
Κρήτη	20	2.979	765.993	109.715	70%

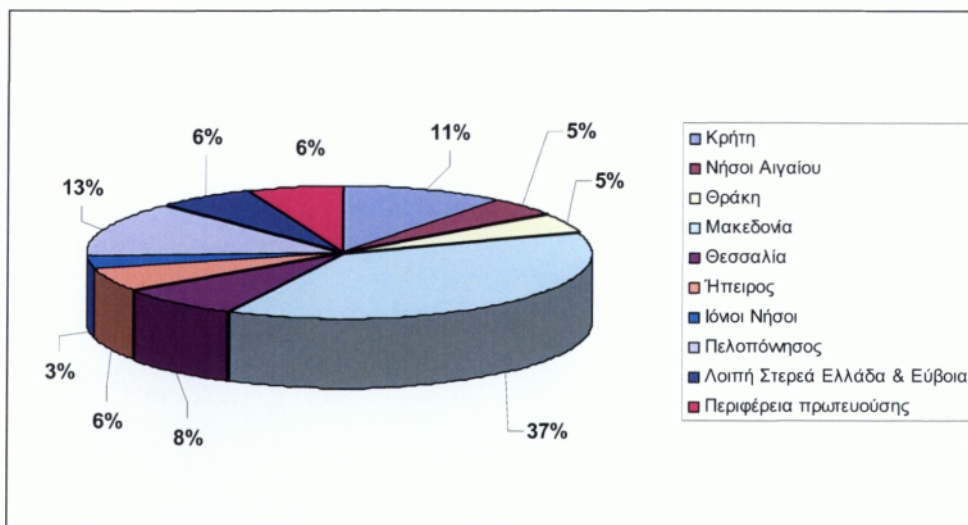
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1998

Τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα απεικονίζονται στα επόμενα διαγράμματα. Η πληρότητα των θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα εμφανίζεται στο **διάγραμμα 2.10** από όπου προκύπτει ότι ήταν χαμηλή στη Στερεά Ελλάδα και την Εύβοια (47%) και στην Πελοπόννησο (59%) και υψηλή στα νησιά του Ιονίου (100%) και του Αιγαίου (95%). Πρέπει ωστόσο να υπογραμμισθεί ότι η πληρότητα είναι ένας δείκτης που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την επάρκεια των νοσοκομειακών δομών να διαχειριστούν τα περιστατικά που θα προκύψουν. Εκτός από αυτό, η ερμηνεία των παραπάνω αποτελεσμάτων συνδέεται και με τα προβλήματα μετακίνησης των ασθενών της νησιωτικής χώρας σε αντιδιαστολή με τη γειτνίαση των περιοχών με χαμηλή κάλυψη με την περιφέρεια της πρωτεύουσας.



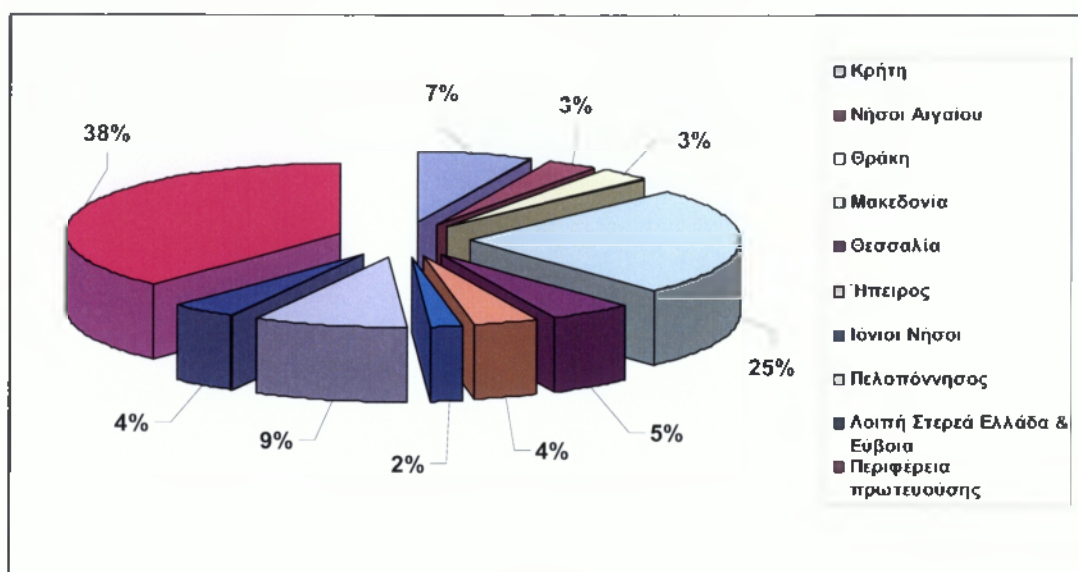
Διάγραμμα 2.10 % κάλυψη κλινών (1998)

Στο **διάγραμμα 2.11** εμφανίζεται η κατανομή των ασθενών που νοσηλεύθηκαν το 1998 ανά γεωγραφική περιφέρεια.



Διάγραμμα 2.11 Κατανομή νοσηλευθέντων ασθενών ανά γεωγραφική περιφέρεια (1998)

Στο **διάγραμμα 2.12** εμφανίζεται η κατανομή των συνολικών ημερών νοσηλείας του 1998, ανά τη γεωγραφική περιφέρεια στην οποία πραγματοποιήθηκαν.



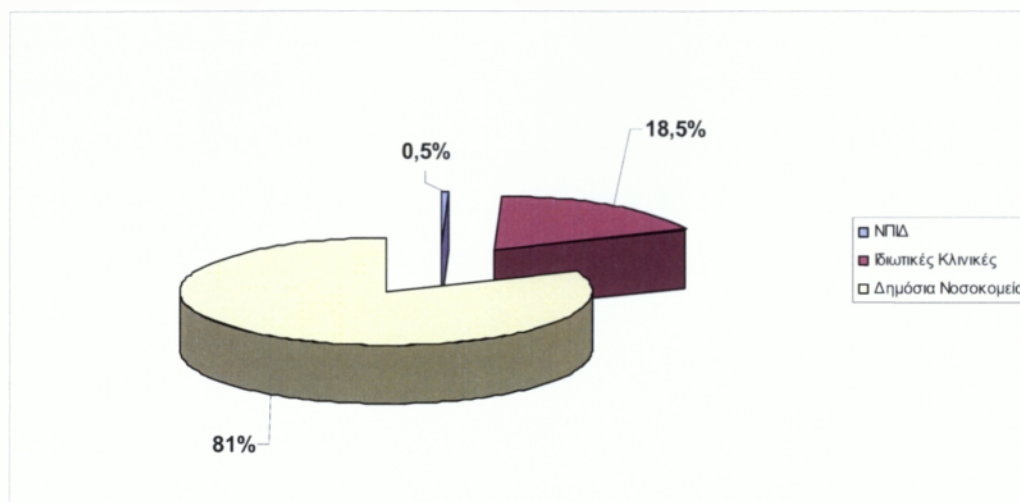
Διάγραμμα 2.12 Κατανομή συνολικών ημερών νοσηλείας κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1998)

Από τα παραπάνω διαγράμματα προκύπτει ότι στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας πραγματοποιήθηκε το 1998 το 38% των συνολικών νοσηλειών της χώρας και καταγράφηκε το 47% των συνολικών ημερών νοσηλείας. Η σύγκριση των δύο παραπάνω διαγραμμάτων με το **διάγραμμα 2.12** οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η κατανομή των νοσηλευθέντων ασθενών και των συνολικών ημερών νοσηλείας συμβαδίζει σε μεγάλο βαθμό με την κατανομή των κλινών ανά γεωγραφική περιφέρεια. Ο **πίνακας 2.14** παρουσιάζει τον αριθμό εξελθόντων ασθενών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και νομική μορφή θεραπευτηρίου το 1998.

Γεωγραφικό διαμέρισμα	Δημόσια νοσοκομεία	Ιδιωτικές κλινικές	ΝΠΙΔ	Σύνολο	Μερίδιο ιδιωτικών κλινικών
Σύνολο χώρας	1.313.457	299.866	7.445	1.620.768	18,5%
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	461.192	169.106	6.816	637.114	26,5%
Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	56.192	11.786	616	68.594	17,2%
Πελοπόννησος	131.118	7.768	8	138.894	5,6%
Νησιά Ιονίου	22.949	1.824	-	24.773	7,4%
Ήπειρος	63.072	840	-	63.912	1,3%
Θεσσαλία	64.912	13.475	-	78.387	17,2%
Μακεδονία	324.710	78.076	5	402.791	19,4%
Θράκη	47.090	992	-	48.082	2,1%
Νησιά Αιγαίου	46.058	2.448	-	48.506	5,0%
Κρήτη	96.164	13.551	-	109.715	12,4%

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 1998

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι από τα δημόσια θεραπευτήρια δόθηκαν άνω του 81 % του συνολικού αριθμού εξιτηρίων (**διάγραμμα 2.13**).

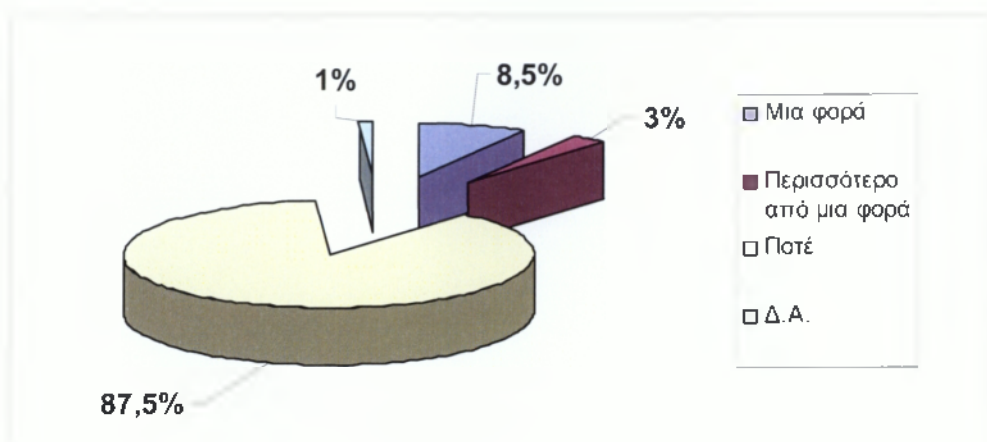


Διάγραμμα 2.13 Εξεληθέντες κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1998)

Αυτό που έχει ενδιαφέρον να επισημανθεί αφορά στις διαπεριφερειακές ροές των ασθενών της χώρας. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, υγειονομικά αυτοδύναμες περιφέρειες παραμένουν σταθερά τα τελευταία χρόνια οι περιφέρειες της πρωτεύουσας, της Μακεδονίας και της Ηπείρου, ενώ αντίθετα οι περισσότερες ροές ασθενών προέρχονται από τις περιφέρειες της Λοιπής Στερεάς Ελλάδας, της Πελοποννήσου και των Νήσων Αιγαίου οι οποίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από υπηρεσίες άλλων περιφερειών.

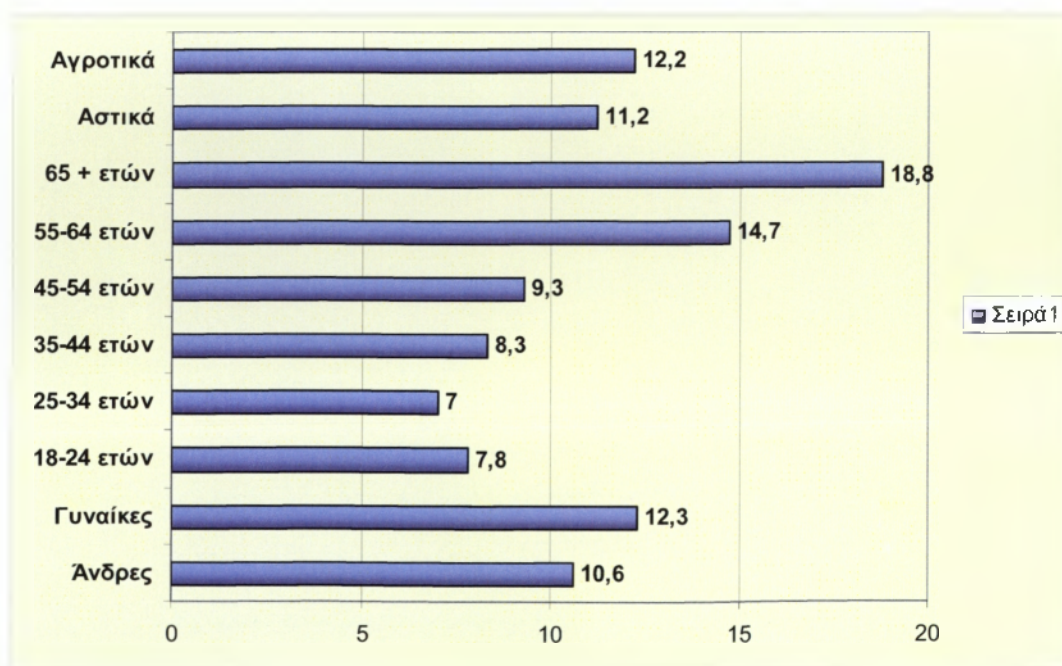
2.3. Χρήστες των υπηρεσιών υγείας

Στοιχεία χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών για το σύνολο της χώρας προκύπτουν από την έρευνα "Hellas Health I" που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας σε δείγμα 1.005 ενηλίκων προερχόμενων από το σύνολο της χώρας με προσωπικές συνεντεύξεις με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου (ΙΚΠΙ2006). Όπως φαίνεται στο **διάγραμμα 2.14**, το 11,5% των Ελλήνων έχει διανυκτερεύσει σε νοσοκομείο το περασμένο έτος.

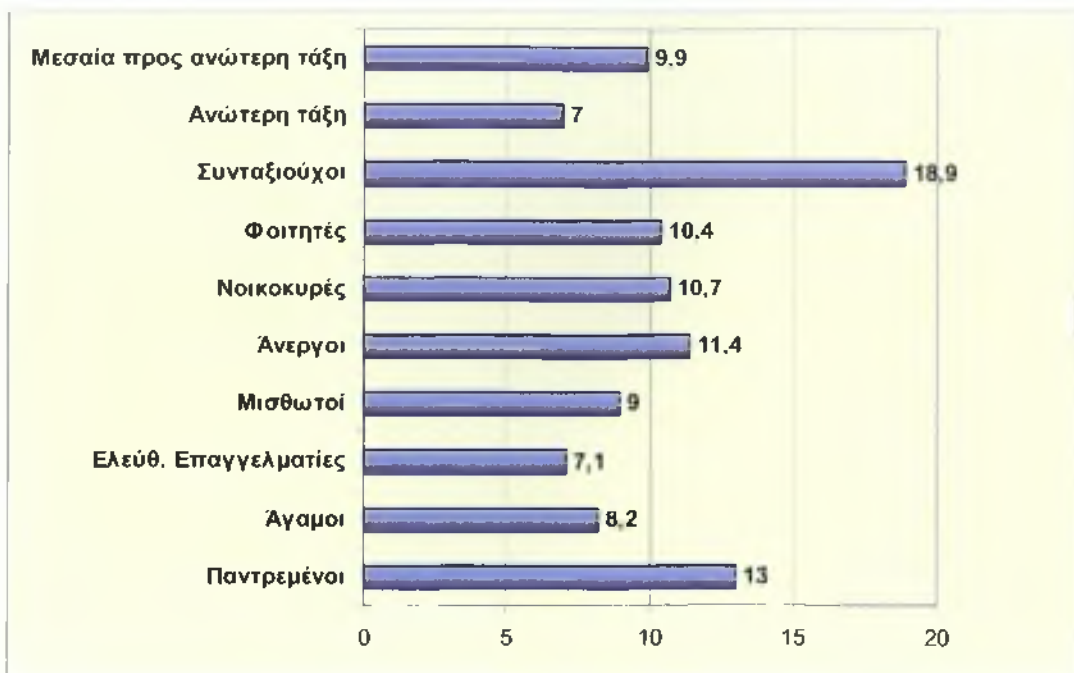


Διάγραμμα 2.14. Διανυκτέρευση σε νοσοκομείο το έτος

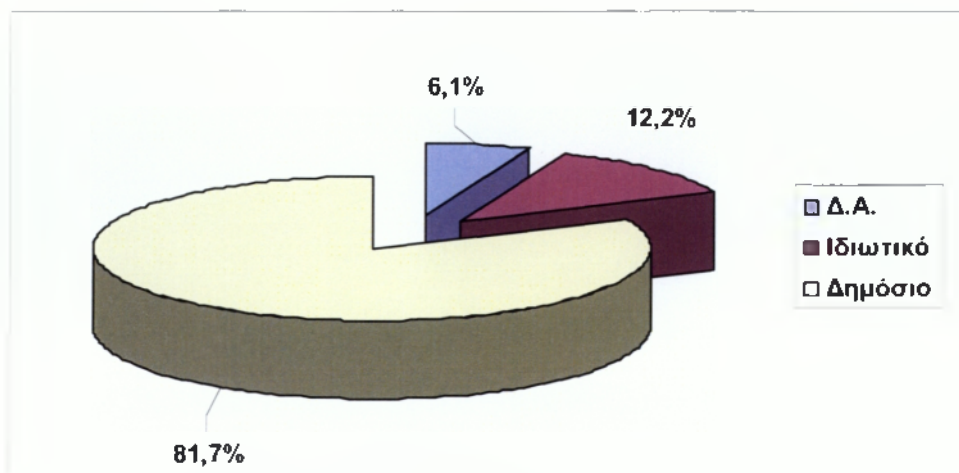
Όπως απεικονίζεται στο **διάγραμμα 2.15**, η διανυκτέρευση σε νοσοκομείο ήταν πιο συχνή στις γυναίκες (12,3%), τα άτομα άνω των 65 ετών (18,8%), τους κατοίκους αγροτικών περιοχών (12,2%) και τους παντρεμένους (13%).



Διάγραμμα 2. 15 Διανυκτέρευση νοσοκομείου στο έτος και δημογραφικά στοιχεία (2006)



Διάγραμμα 2.16 Τόπος νοσοκομείου διανυκτέρευσης (2006)



Διάγραμμα 2.17 Διανυκτέρευση ασθενών το έτος 2006

Από το **διάγραμμα 2.17** φαίνεται ότι το 81,7% των τελευταίων διανυκτερεύσεων πραγματοποιήθηκαν σε δημόσια νοσοκομεία και το 12,2% σε ιδιωτικά, στοιχεία που συμπίπτουν απόλυτα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ (**διάγραμμα 17**).

Η μεγαλύτερη συχνότητα διανυκτέρευσης σε δημόσια νοσοκομεία παρατηρήθηκε στους άντρες (84,3%) και στους νέους 18-24 ετών (100%), ενώ σε ιδιωτικά στα άτομα 35-44 ετών (20%) και στις γυναίκες (12,5%) (**πίνακας 2. 15.**).

Τύπος νοσοκομείου	Σύνολο	Φύλο		Ηλικία					
		Ανδρες	Γυναίκες	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Δημόσιο	81,7%	84,3%	79,7%	100,0%	76,9%	73,3%	78,6%	86,4%	81,0
Ιδιωτικό	12,2%	11,8%	12,5%	-	15,4%	20,0%	14,3%	-	16,7
ΝΠΙΔ	6,1%	3,9%	7,8%	-	7,7%	6,7%	7,1%	13,6%	2,4%

Πηγή: «Hellas Health I» 2006.

Από τον πίνακα 2.16 προκύπτει ότι η μεγαλύτερη συχνότητα διανυκτέρευσης σε ιδιωτικά νοσοκομεία είναι ανάμεσα στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών (22,6%).

Τύπος νοσοκομείου	Σύνολο	Αστικότητα		Οικογενειακή κατάσταση		
		Αστικά	Αγροτικά	Παντρεμένοι	Αγαμοί	Άλλο
Δημόσιο	81,7%	88,1%	64,5%	82,1%	85,0%	72,7%
Ιδιωτικό	12,2%	8,3%	22,6%	10,7%	10,0%	27,3%
ΝΠΙΔ	6,1%	3,6%	12,9%	7,1%	5,0%	-

Πηγή: «Hellas Health I» 2006.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατανομή του τύπου του νοσοκομείου διανυκτέρευσης ανά κοινωνική τάξη (πίνακας 2.17), από όπου φαίνεται ότι η ανώτερη τάξη διανυκτερεύει με την ίδια συχνότητα σε νοσοκομεία του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

Τύπος νοσοκομείου	Σύνολο	Κοινωνική τάξη			
		Ανώτερη	Μεσαία προς ανώτερη	Μεσαία προς κατώτερη	Κατώτερη
Δημόσιο	81,7%	50,0%	81,8%	88,1%	75,6%
Ιδιωτικό	12,2%	50,0%	18,2%	6,8%	14,6%
ΝΠΙΔ	6,1%	-	-	5,1%	9,8%

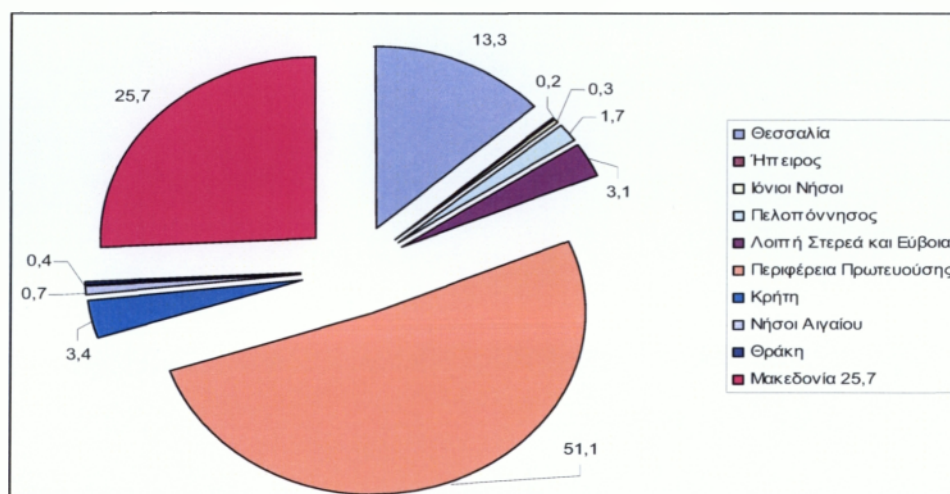
Πηγή: «Hellas Health I» 2006.

2.4. Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τα γενικά νοσοκομεία, που αντιμετωπίζουν περιστατικά όλων των ειδικοτήτων, τα μαιευτικά και τα ψυχιατρικά. Ακόμη, διακρίνονται ανάλογα με τη δυναμικότητα τους σε μεγάλα και μικρά νοσοκομεία.

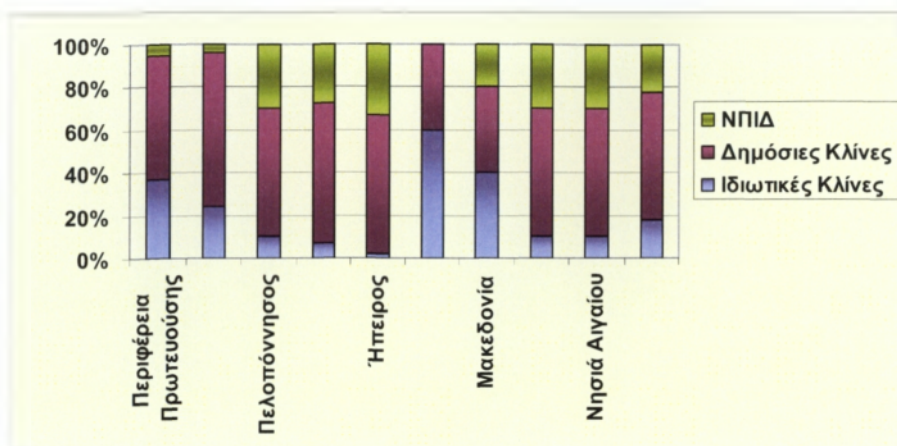
Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 2004 καταγράφηκαν σε όλη τη χώρα 172 ιδιωτικές κλινικές επί συνόλου 319, ενώ οι 14.515 κλίνες των ιδιωτικών θεραπευτηρίων κάλυπταν το 28% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας.

Με βάση τα ίδια στοιχεία και σε ό,τι αφορά την κατανομή των κλινών των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, προέκυψε ότι στην περιφέρεια της πρωτεύουσας το 2004 ήταν συγκεντρωμένο το 51,1% των ιδιωτικών κλινών (7.419 κλίνες) και στην περιφέρεια Μακεδονίας το 25,7% (3.732 κλίνες). Η περιφέρεια με τις λιγότερες ιδιωτικές κλίνες (30) είναι αυτή της Ηπείρου (διάγραμμα 2.18).



Διάγραμμα 2. 18 Κατανομή των ιδιωτικών κλινών κατά γεωγραφική περιφέρεια (2004)

Στο **διάγραμμα 2.19** εμφανίζεται η αναλογία των ιδιωτικών κλινών επί του συνόλου των κλινών ανά περιφέρεια. Είναι εντυπωσιακό ότι η μεγαλύτερη αναλογία εμφανίζεται στη Θεσσαλία με 57% και ακολουθούν η περιφέρεια πρωτευούσης με 33% και η Μακεδονία με 31 %, ενώ η μικρότερη αναλογία εμφανίζεται στην Ήπειρο με 2%.



Διάγραμμα 2. 19 Αναλογία (%) των ιδιωτικών κλινών στο σύνολο των κλινών ανά περιφέρεια

Από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, προκύπτει το ποσοστό των νοσηλευθέντων ασθενών των ιδιωτικών κλινικών σε σχέση με το σύνολο των νοσηλευθέντων ανά γεωγραφική περιφέρεια. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στις περιφέρειες πρωτευούσης (26,5%) και Μακεδονίας (19,4%) και τα μικρότερα σε αυτές της Ηπείρου (1,3%) και της Θράκης (2,1 %).

Τα περιστατικά που νοσηλεύονται στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι κατά κανόνα ηπιότερα από αυτά που νοσηλεύονται στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μεγάλη μάζα των μικρών ιδιωτικών νοσοκομείων δεν έχουν τις αναγκαίες υποδομές για να αντιμετωπίσουν σύνθετα και επιλεγμένα περιστατικά, αλλά και στο ότι η προτίμηση των πολιτών για τέτοια περιστατικά στρέφεται προς τα δημόσια νοσοκομεία και δη τα πανεπιστημιακά (Σουλιώτης 2000).

Η απαγόρευση της δημιουργίας νέων ιδιωτικών νοσοκομείων και της επέκτασης των υπαρχόντων με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ του 1983, και η καθήλωση του καθορισμένου από το κράτος- νοσηλίου που αποδίδεται στα νοσοκομεία από την κοινωνική ασφάλιση χαμηλές τιμές, οδήγησε σε μεγάλη μείωση του αριθμού των ιδιωτικών κλινικών και κλινών την τελευταία 20ετία (Σουλιώτης 2000). Έτσι, με βάση στοιχεία του υπουργείου Υγείας, οι ιδιωτικές κλινικές μειώθηκαν από 468 το 1980 σε 218 το 2000 και οι ιδιωτικές κλίνες από 25.075 το 1980 σε 15.806 το 2000. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της αλλαγής του νόμου του 1992 και της απελευθέρωσης δυνάμεων της αγοράς, της σταδιακής αύξησης των νοσηλίων, της γενικότερης τάσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση προς ιδιωτικοποίηση και των ελλείψεων και ανεπαρκειών του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα, η κατάσταση αυτή έχει αρχίσει να μεταβάλλεται (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001· Tountas et al 2005).

Η ανάλυση της κατάστασης που διαμορφώθηκε την τελευταία 20ετία προϋποθέτει τη διάκριση των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει έναν μικρό αριθμό - που όμως έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια- διακεκριμένων νοσοκομείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, με δυναμικό 150-400 κρεβάτια το καθένα. Τα νοσοκομεία αυτά διαθέτουν αξιόλογο και έμπειρο ιατρικό δυναμικό και προσφέρουν υψηλής ποιότητας ιατρικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, σε ιδιώτες ή ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει έναν μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων με δυναμικό μικρότερο από 150 κρεβάτια το καθένα, των οποίων ο αριθμός μειώνεται. Πρόκειται για νοσοκομεία που παρέχουν συγκριτικά κατώτερης ποιότητας υπηρεσίες, σε πολύ φθηνότερες τιμές, σε ασθενείς χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, που καλύπτονται σχεδόν αποκλειστικά από τους πόρους της κοινωνικής ασφάλισης (Σουλιώτης 2000).

Τα τελευταία χρόνια διαμορφώνονται ισχυρές μονοπωλιακές τάσεις στον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων νοσοκομείων και κλινικών. Σε μερικές περιπτώσεις, μάλιστα, μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία μετατρέπονται σταδιακά σε πολυεθνικές επιχειρήσεις, επεκτείνοντας τις δραστηριότητες τους πρωταρχικά στις βαλκανικές χώρες (Σουλιώτης 2000). Μία ακόμη -νέα για τη χώρα μας- πρακτική για την περαιτέρω ενδυνάμωση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα αποτελούν οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), επιλογή η οποία ήδη έχει υιοθετηθεί και εφαρμοσθεί σε πολλές χώρες (κυρίως στη Μ. Βρετανία), σε μια προσπάθεια αναβάθμισης των υπό δημόσιο έλεγχο υπηρεσιών, με τρόπο που -σύμφωνα με τους υποστηρικτές της- εξασφαλίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και μικρότερη συμμετοχή του δημοσίου στην κάλυψη του κόστους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

3.1 Γενικά

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού. Η παραγωγή ανθρώπινη δυναμικού, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας που είναι «έντασης εργασίας» απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής, που λαμβάνει υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του. Ο Baker αναφέρει: Ένα νοσοκομείο μπορεί να χτιστεί σε μερικούς μήνες, ένας γιατρός χρειάζεται μια δεκαετία για να εκπαιδευτεί.

Είναι παγκόσμια γνωστό ότι ο «Ιατρικός πληθωρισμός» αυξάνει τις δαπάνες και συχνά σχετίζεται αρνητικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι έντονο μια και οι Έλληνες ιατροί φθάνουν περίπου τις 62.207 με αναλογία περίπου ένα γιατρό προς 176 κατοίκους. Η συνολική ετήσια παραγωγή ιατρών από όλες τις πηγές (εσωτερικού – εξωτερικού) ανέρχεται σε 1.800 (αύξηση 4-5%) περίπου νέους γιατρούς, ενώ συνταξιοδοτούνται αντίστοιχα περίπου 600 γιατροί (μείωση 1,5%).

Την πενταετία 1990-1995 είχαμε μια αύξηση γιατρών (17%) ενώ την επόμενη πενταετία 1995-2000 είχαμε μικρότερη αύξηση (15%) κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες με μόνο ελπιδοφόρο μήνυμα την σταθεροποίηση της αύξησης.

Το γεγονός ότι το ιατρικό επάγγελμα στην Ελληνική κοινωνία ελκύει, ενώ απουσιάζει ο προγραμματισμός της πολιτείας θα δημιουργηθούν εκρήξεις ανεργίας όπως συμβαίνει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Η επιβίωση του γιατρού θα διογκώσει τη ζήτηση με τη δημιουργία της ιατρογενούς νοσηρότητας (άσκοπες εξετάσεις, εισαγωγές στα νοσοκομεία, χειρουργικές επεμβάσεις κλπ.), με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους και της νοσηρότητας. Μεγάλο ποσοστό των νέων αυριανών γιατρών θα είναι χαμηλόμισθοι υπάλληλοι ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών, νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων, αν έχουν αποφύγει το φάσμα της ανεργίας και της ετεροαπασχόλησης.

Μεγάλο θέμα επίσης, αποτελεί η αναντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τις ανάγκες. Η δυσανάλογη ανά ειδικότητα κατανομή των ιατρών δημιουργεί υπερβάλλουσα ζήτηση προς τις ειδικότητες με το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών. Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία κλπ, παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ειδικότητες, όπως γενικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κλπ. Προς τα εκεί θα πρέπει να στραφεί η νέα πολιτική υγείας, για να καλύψει το μελλοντικό πρόβλημα ανεργίας, αλλά και την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού

Σημαντικό, επίσης, είναι το πρόβλημα της ανισοκατανομής. Έτσι στην Αττική που συγκεντρώνει το 34,4% του συνολικού πληθυσμού της χώρας βρίσκεται εγκατεστημένο το 46,6% του ιατρικού προσωπικού της χώρας και το 49,7% των οδοντιάτρων της χώρας. Γενικά χαμηλό δείκτη ως προς το ιατρικό δυναμικό εμφανίζουν οι περιφέρειες του νοτίου Αιγαίου, της Στερεάς Ελλάδας, της Δυτικής Μακεδονίας, και της Πελοποννήσου, ενώ, αντίθετα, οι σχετικοί δείκτες λαμβάνουν υψηλές τιμές στην Α΄ Αττικής, στην Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας και στην Κρήτη.

Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στη σύνδεση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης και του προγράμματος σπουδών, στον αναγκαίο αριθμό φοιτητών, στον αριθμό των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας, στην εισαγωγή των φοιτητών από το εξωτερικό, στο σύστημα εξετάσεων, στον τρόπο παροχής άδειας άσκησης της ιατρικής και στη συνεχή επιμόρφωση.

3.2. Ο αριθμός των ιατρών στην Ελλάδα

Οι πρώτοι Έλληνες ιατροί που μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως επιστήμονες (σε αντιδιαστολή προς τους συνυπάρχοντες πρακτικούς) είχαν σπουδάσει σε άλλες χώρες της Ευρώπης, στην «Ιατρική Σχολή» της Ιονίου Ακαδημίας που ιδρύθηκε στην Κέρκυρα το 1824 και στο «Θεωρητικόν και Πρακτικόν Διδασκαλείον Ιατρικής, Χειρουργικής και Φαρμακολογίας» που λειτούργησε στην Αθήνα από το 1835. Το Πανεπιστήμιο Αθηνών και η αντίστοιχη Ιατρική Σχολή άρχισαν να λειτουργούν το 1837. Αρχικά η φοίτηση ήταν τριετής και κατά το πρώτο έτος υπήρχαν μόνο 4 φοιτητές. Από το 1842 οι σπουδές διαρκούσαν 4 έτη, αλλά ο αριθμός των φοιτητών αυξανόταν με μεγάλη βραδύτητα, έτσι

ώστε μετά πενήντα χρόνια, κατά την περίοδο 1893-94, να καταμετρούνται 316 φοιτητές συνολικά, για όλα τα έτη σπουδών.

Μια ιστορική ένδειξη για τον αρχικό αριθμό των ιατρών στην Ελλάδα αποτελεί το γεγονός ότι η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, που ιδρύθηκε το 1835, είχε 23 ιδρυτικά μέλη. Οι πρώτες ρητές αριθμητικές αναφορές αφορούν το έτος 1841, για το οποίο καταγράφηκαν δύο εκτιμήσεις: η πρώτη κάνει λόγο για 90 και η δεύτερη για 108 ιατρούς. Είναι επίσης γνωστό ότι κατά τα πρώτα 20 χρόνια λειτουργίας (1837-1857) της μοναδικής τότε ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αποφοίτησαν συνολικά 167 πτυχιούχοι. Από το 1875 ο αριθμός των αποφοίτων ξεπέρασε τους 100 ετησίως και από το 1890 κυμαινόταν γύρω στους 200. Το 1901 υπήρχαν στην Ελλάδα 2.454 ιατροί και αναλογούσε 1 για κάθε 992 κατοίκους κατά μέσο όρο, αλλά στην πραγματικότητα οι ιατροί ήσαν ελάχιστοι ή μάλλον ανύπαρκτοι στην ύπαιθρο. Η αύξηση του πληθυσμού που προκλήθηκε από τη Μικρασιατική καταστροφή οδήγησε σε αύξηση της αναλογίας σε 1:1.250 (το 1926), παρά το γεγονός ότι μεταξύ των προσφύγων περιλαμβάνονταν 600 ιατροί. Το 1935 υπήρχε 1 ιατρός για 1.061 κατοίκους και το 1940 είχε αποκατασταθεί η αναλογία των αρχών του αιώνα, φθάνοντας σε 1:997, πλην όμως στις πόλεις η πυκνότητα των ιατρών ήταν 1:500 και στην ύπαιθρο 1:1.900. Τα επόμενα χρόνια ο αριθμός των ιατρών αυξανόταν συνεχώς, αφού μάλιστα λειτούργησε στο μεταξύ και η δεύτερη ιατρική σχολή στη Θεσσαλονίκη (το 1945, παρ' ότι η ίδρυση της ανάγεται στο 1925). Κατά τη δεκαετία του 1970 ιδρύθηκαν άλλα δύο ιατρικά τμήματα στα πανεπιστήμια Ιωαννίνων και Πάτρας, ενώ μέχρι το 1990 λειτούργησαν τρία ακόμη τμήματα στα Πανεπιστήμια Κρήτης, Θράκης και Θεσσαλίας.

Στον **Πίνακα 3.1** φαίνεται η διαχρονική αύξηση των Ελλήνων ιατρών κατά τις τελευταίες δεκαετίες και το ποσοστό επί του συνόλου που δραστηριοποιείται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ).

Πίνακας 3.1 Διαχρονική αύξηση των Ιατρών στην Ελλάδα και Κατανομή μεταξύ πρωτεύουσας και Περιφέρειας

ΈΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑΣ
1965	12.072	6.784	56,2 %
1969	13.712	6.864	50,0 %
1974	17.942	10.342	57,6 %
1979	22.337	12.736	57,0 %
1983	27.607	15.545	56,3 %
1988	32.145	16.961	52,8 %
1990	34.336	17.418	50,7 %
1992	37.700	19.861	52,4 %
1994	40.487	19.703	48,7 %
1997	43.030	20.351	47,3 %
1998	44.753	20.716	46,3 %
1999	46.124	21.168	45,9 %
2000	47.251	21.468	45,4 %
2001	47.944	21.644	45,1 %
2002	49.946	18.842	37,7 %

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., Στατιστικές Επετηρίδες της Ελλάδος. Σημειώσεις: α) Για τα έτη 1998 και 1999 τα στοιχεία προέρχονται από φωτοτυπημένο αντίτυπο της Στατιστικής Επετηρίδας 2002. β) Για τα έτη 2000 και 2001 τα στοιχεία προέρχονται από το δικτυακό τόπο της ΕΣΥΕ: www.statistics.gr/grTables/S801_SHE_6_TB_AN99_1_Y.htm γ) Για το έτος 2002 τα στοιχεία είναι προσωρινά και δόθηκαν εγγράφως από την ΕΣΥΕ, ύστερα από αίτηση.

Τα στοιχεία της ΕΣΥΕ συλλέγονται από τις διευθύνσεις και τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών της χώρας και από τους Ιατρικούς Συλλόγους Αθήνας και Πειραιά. Οι νομαρχίες χορηγούν τις άδειες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ενώ η εγγραφή των ιατρών στους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους (νπδδ) αποτελεί τυπική προϋπόθεση για την έναρξη άσκησης του επαγγέλματος σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, με οποιαδήποτε ιδιότητα. Σύμφωνα με πληροφόρηση του συγγραφέα από την ΕΣΥΕ, η διαμεσολάβηση των νομαρχιών είναι μάλλον τυπική, διότι διαβιβάζουν στοιχεία που τους γνωστοποιούνται από τους τοπικούς ιατρικούς συλλόγους.

Στον **πίνακα 3.2** καταγράφεται η κατανομή γιατρών και οδοντιάτρων στις περιφέρειες της Ελλάδας για το έτος 2003.

Πίνακας 3.2

ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2003)		
	Ιατροί	Οδοντίατροι
Γενικό Σύνολο	52.225	13.079
Περιφέρεια πρωτεύουσας	22.621	6.501
Λοιπή Στερεά Ελλάδα & Εόβιοι	3.560	597
Πελοπόννησος	4.022	914
Ιόνιοι Νήσοι	706	129
Ήπειρος	1.690	343
Θεσσαλία	2.562	718
Μακεδονία	10.711	2.712
Θράκη	1.293	270
Νήσοι Αιγαίου	1.747	334
Κρήτη	3.313	561

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2003

Ακολουθεί ο πίνακας 3.3 για το έτος 2004 με μικρές αυξητικές τάσεις.

Πίνακας 3.3

ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2004)		
	Ιατροί	Οδοντίατροι
Γενικό Σύνολο	53.943	13.316
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	23.194	6.644
Λοιπή Στερεά Ελλάδα & Εόβιοι	3.897	590
Πελοπόννησος	4.182	938
Ιόνιοι Νήσοι	729	133
Ήπειρος	1.716	318
Θεσσαλία	2.780	742
Μακεδονία	11.138	2.737
Θράκη	1.434	260
Νήσοι Αιγαίου	1.840	392
Κρήτη	3.034	562

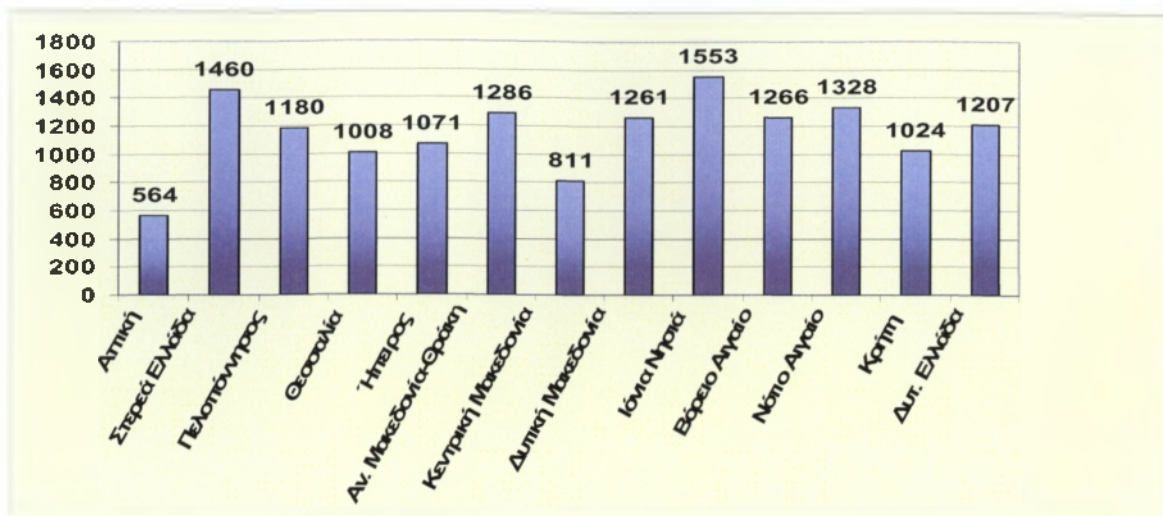
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2004

Στον πίνακα 3.4 που ακολουθεί και στα διαγράμματα 3.1, 3.2 όμως που ακολουθούν για το έτος 2005 είναι εντυπωσιακή η ανισοκατανομή των γιατρών με μείωση του αριθμού των γιατρών σε ορισμένες περιφέρειες όπως Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος κλπ. Έτσι στην Αττική βρίσκεται εγκατεστημένο το 46,6% του ιατρικού προσωπικού με αναλογία γιατρών προς κατοίκους 1: 146 και αναλογία οδοντιάτρων προς κατοίκους 1: 564, ενώ στο άλλο άκρο στην υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα οι αντίστοιχες αναλογίες είναι 1: 410 και 1: 1460 ενώ στα Ιόνια νησιά η αναλογία οδοντιάτρων γίνεται 1: 1553. Αν και από τους παρατιθέμενους πίνακες και στοιχεία φαίνεται ότι επιβεβαιώνεται ο λεγόμενος ιατρικός πληθωρισμός της χώρας μας, τουλάχιστον συγκριτικά με άλλες χώρες της Ε.Ε., η αλήθεια όμως είναι ότι ο πληθωρισμός αυτός συνδυάζεται με έντονα

στοιχεία ανισοκατανομής και σε μικρότερο βαθμό έχει και κάποια βάση δικαιολόγησης, καθώς η χώρα μας λόγω γεωμορφολογικής διαμόρφωσης (ορεινοί όγκοι, απομονωμένες περιοχές, πολλά κατοικήσιμα νησιά), αλλά και χαμηλής ποιότητας συγκοινωνιακού δικτύου, εξαιτίας και της διαμόρφωσης αυτής, είναι αναγκασμένη να διατηρεί ένα (ποσοστό ασφαλείας) αριθμό γιατρών σε ολιγομελείς σχετικά πληθυσμιακές περιοχές. Προφανώς όμως υπήρξε και αποτέλεσμα της άναρχης ανάπτυξης του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα. Επίσης φαίνεται ότι η αναλογία γιατρού ανά κατοίκους είναι ιδιαίτερα καλή σε περιοχές – περιφέρειες όπου λειτουργούν ιατρικές σχολές και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, όπου εκτός από τους επιπλέον ειδικευμένους γιατρούς έχουν και λόγω φύσης ένα σχετικά μεγάλο αριθμό ειδικευόμενων γιατρών, οι οποίοι συμβάλουν στη δημιουργία αυτής της εντυπωσιακής αναλογίας γιατρού ανά κατοίκους.

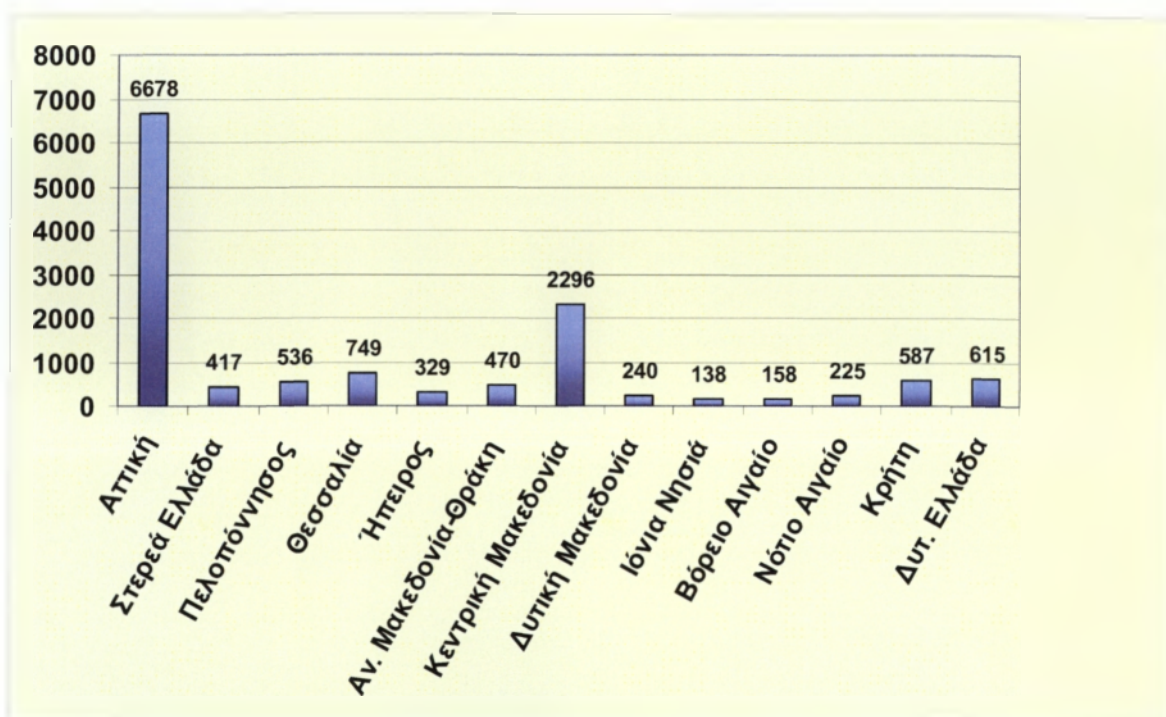
Πίνακας 3.4 ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (2005)

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Ποσοστό πληθυσμού επί % του συνόλου	Γιατροί	Ποσοστό γιατρών επί %	Γιατρός προς κατοίκους
Αττική	3.764.348	34,41	25.814	46,46	1/146
Στερεά Ελλάδα	608.655	5,56	1.486	2,67	1/410
Πελοπόννησος	632.955	5,78	2.009	3,61	1/315
Θεσσαλία	754.893	6,9	2.816	5,07	1/268
Ήπειρος	352.420	3,22	1.776	3,2	1/198
Αν. Μακεδονία - Θράκη	604.254	5,52	2.406	4,33	1/251
Κεντρική Μακεδονία	1.862.833	17,03	9.881	17,79	1/189
Δυτική Μακεδονία	302.750	2,77	852	1,53	1/355
Ιόνια Νησιά	214.274	1,96	735	1,32	1/292
Βόρειο Αιγαίο	200.066	1,83	774	1,39	1/258
Νότιο Αιγαίο	298.745	2,73	1.081	1,96	1/276
Κρήτη	601.159	5,49	3.030	5,45	1/198
Δυτική Ελλάδα	742.419	6,77	2.896	3,21	1/256
Στοιχεία Πληθυσμού: Ε.Σ.Υ.Ε. - Απογραφή 2001					
Στοιχεία για τον αριθμό των Ιατρών: Ε.Σ.Υ.Ε. - 2005					



Διάγραμμα 3.1 Αναλογία κατοίκων ανά οδοντίατρο και ανά περιφέρεια της Ελλάδας Στοιχεία από ΕΣΥΕ του 2005

Δημιουργήθηκε από Αγωνιστική Παρέμβαση Νοσοκομείου Πρέβεζας



Διάγραμμα 3.2. Οδοντίατροι ανά Περιφέρεια Στοιχεία από ΕΣΥΕ του 2005

Δημιουργήθηκε από Αγωνιστική Παρέμβαση Νοσοκομείου Πρέβεζας

Ακολουθεί ο πίνακας 3.5 κατανομής του 2006 όπου καταδεικνύεται αύξηση του ιατρικού δυναμικού σε όλες τις περιφέρειες με εξαίρεση το νότιο Αιγαίο όπου παρατηρείται μια μικρή μείωση.

Πίνακας 3.5 ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (2006)		
	Ιατροί	Οδοντίατροι
Γενικό Σύνολο	59.599	14.170
Αττική	27.507	6.907
Στερεά Ελλάδα	1.606	453
Δυτική Ελλάδα	3.132	641
Πελοπόννησος	2.281	567
Θεσσαλία	3.289	806
Ήπειρος	1.954	355
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	2.591	524
Κεντρική Μακεδονία	10.424	2.480
Δυτική Μακεδονία	973	247
Ιόνια Νησιά	894	158
Βόρειο Αιγαίο	706	165
Νότιο Αιγαίο	972	262
Κρήτη	3.270	615

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2006

Τέλος στον πίνακα 3.6 παρατίθεται ο αριθμός των γιατρών στις γεωγραφικές περιφέρειες καθώς και πολλές ιατρικές ειδικότητες.

ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	960	32	18	6		16	6	1	48	48	52	24	3	9	28	16	26	7	63	47	2	3	18	29	0	1	15	409	5	255	Dytiki Makedonia
Γρεβενών	128	5	3	0	6	3	1	0	6	4	6	2	0	2	4	0	3	0	11	5	0	0	1	3	0	0	1	62	0	27	Grevena
Καστοριάς	138	7	4	1	1	0	1	0	11	9	12	4	1	3	7	2	4	1	12	8	0	1	4	4	0	0	3	30	0	49	Kastoria
Κοζάνης	593	17	9	5	13	10	4	1	23	29	24	17	2	3	13	11	15	6	35	28	2	2	11	17	0	1	10	280	5	146	Kozani
Φλώρινης	101	3	2	0	4	1	0	0	6	6	10	1	0	1	4	3	4	0	5	6	0	0	2	5	0	0	1	37	0	33	Flouina
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	928	31	14	6	38	15	5	1	38	40	45	27	3	8	30	11	26	9	79	51	2	7	21	28	0	0	13	373	7	163	Ionia Nisia
Ζακύνθου	144	4	2	1	1	5	1	0	8	8	11	3	0	2	4	2	2	3	9	9	1	2	4	6	0	0	3	49	1	26	Zakynthos
Κέρκυρας	561	15	8	3	29	6	4	1	19	24	21	20	0	3	18	7	12		41	25	0	4	12	14	0	0	7	254	5	89	Kerkyra
Κεφαλληνίας	142	7	2	2	8	3	0	0	7	4	9	2	0	1	4	2	6	0	17	10	0	1	4	5	0	0	2	46	0	34	Kefallinia
Λευκάδας	81	5	2	0	0	1	0	0	4	4	4	2	0	2	4	0	3	1	12	7	0	0	1	3	0	0	1	24	1	14	Lefkada
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	707	29	13	5	43	11	4	0	25	21	47	7	2	4	24	8	15	6	57	34	0	31	12	21	0	0	12	283	3	170	Vorio Aigalo
Λαβίου	339	12	4	2	26	5	1	1	10	10	19	15	0	1	10	4	6	5	23	16	0	2	5	9	0	0	5	149	1	98	Lesvos
Σάμου	166	9	5	1	11	3	1	0	7	5	12	4	1	2	5	1	3	0	15	8	0	0	3	5	0	0	4	61	0	33	Samos
Χίου	202	8	4	2	7	0	2	0	8	6	16	6	1	1	9	3	6	1	19	10	0	1	4	7	0	0	3	73	2	39	Chios
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.174	35	23	8	70	20	7	2	50	43	73	31	5	8	44	15	30	9	92	65	2	3	16	29	1	2	20	468	3	270	Notio Aigalo
Δωδεκανήσου	685	29	21	6	44	13	7	1	37	30	53	25	5	6	29	12	18	5	59	39	2	3	12	19	1	1	14	189	3	181	Dodekanisos
Κυκλάδων	489	6	2	0	261	7	0	1	13	13	20	6	0	2	15	3	12	4	33	26	0	0	4	10	0	1	6	279	0	89	Kyklades
ΚΡΗΤΗ	3.351	120	93	33	174	45	27	6	120	109	194	110	23	24	109	41	90	40	231	193	13	13	77	101	5	13	67	1.226	54	669	Kriti
Ηρακλείου	2.064	74	56	20	103	29	18	5	76	68	123	50	14	11	64	21	56	27	131	119	10	9	49	52	5	11	37	783	43	355	Iraklio
Λασιθίου	289	11	8	0	19	3	1	0	12	7	18	4	0	2	11	4	7	2	25	13	0	0	5	12	0	0	7	118	0	69	Lassithio
Ρεθύμνης	264	9	8		12	3	2	0	11	12	16	7	0	3		5	6	1	21	18	0	1	7	11	0	0	5	82	1	59	Rethymno
Χανίων	734	26	21	8	34	10	6	1	21	22	37	49	9	8	22			10	54	43	3	3	16	26	0	2	18	243	10	186	Chania

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2007

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται η τεράστια αναντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τις ανάγκες.

Ενώ υπάρχει σχετική υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η καρδιολογία, η παθολογία κλπ. Παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ειδικότητες όπως γαστρεντερολογία, ενδοκρινολογία, πυρηνικής ιατρικής κλπ. Χαρακτηριστικό επίσης είναι το γεγονός ότι υπάρχουν νομοί χωρίς ειδικότητες όπως ο νομός Φωκίδας χωρίς γαστρεντερολόγο, δερματολόγο, ενδοκρινολόγο κλπ. Προς τα εκεί θα πρέπει να στραφεί η πολιτική υγείας για να καλύψει το πρόβλημα ανεργίας αλλά και την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού.

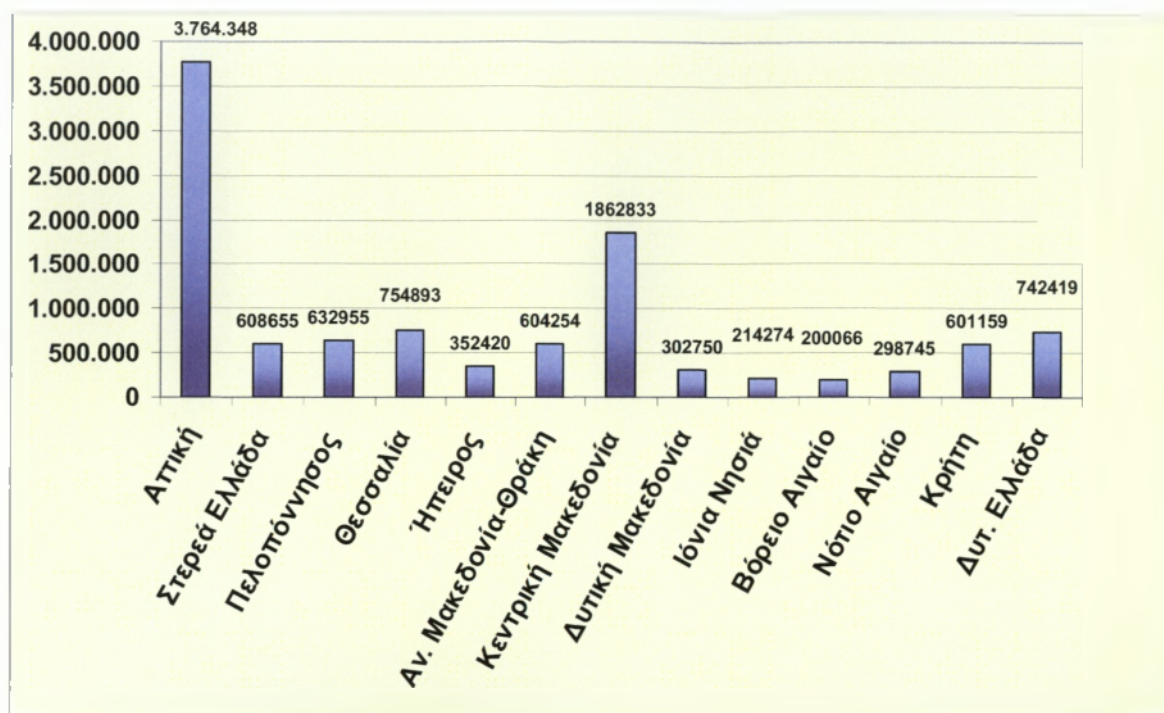
3. 3. Νοσοκομειακοί ιατροί

Στον **πίνακα 3.7** που ακολουθεί καταγράφεται ο αριθμός των νοσοκομειακών γιατρών για το έτος 2006 σε όλες τις περιφέρειες της Ελλάδας. Εδώ έχουμε το «παράδοξο» να έχουμε συνολικά μια καλή αναλογία γιατρών ανά κάτοικο, αλλά να έχουμε ταυτόχρονα σημαντικότερες ελλείψεις στη στελέχωση των νοσοκομείων σε διάφορες περιφέρειες αλλά και νοσοκομεία της πρωτεύουσας.

Πίνακας 3.7 ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2006)		
Γεωγραφικό Διαμέρισμα και Κλιμάκια Κλινών	Θεραπευτήρια	Γιατροί
Σύνολο	319	25.495
Περιφέρεια πρωτεύουσας	105	12.719
Λοιπή Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	25	929
Πελοπόννησος	29	1.685
Ιόνιοι Νήσοι	7	303
Ηπειρος	7	644
Θεσσαλία	37	944
Μακεδονία	67	5.646
Θράκη	8	538
Νήσοι Αιγαίου	16	720
Κρήτη	18	1.367

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2006

Παρατίθεται επίσης και η πληθυσμιακή κατανομή στο **διάγραμμα 3.3**, για να διαπιστωθεί ο αριθμός των νοσοκομειακών γιατρών στις αντίστοιχες περιφέρειες.



Διάγραμμα 3.3 Πληθυσμιακή Απογραφή (2001)

Ενδεικτικά παρουσιάζω την κατανομή του ιατρικού προσωπικού σε τρία μεγάλα Νοσοκομεία. Οι ελλείψεις που παρουσιάζονται σε συνδυασμό με τον μεγάλο φόρτο εργασίας επιβαρύνονται και από τους ιδιαίτερα χαμηλούς μισθούς και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας.

ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Υπηρεσία	Οργανικές Θέσεις	Υπηρετούντες	Κενές
Ιατρική	903	771	132

ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ

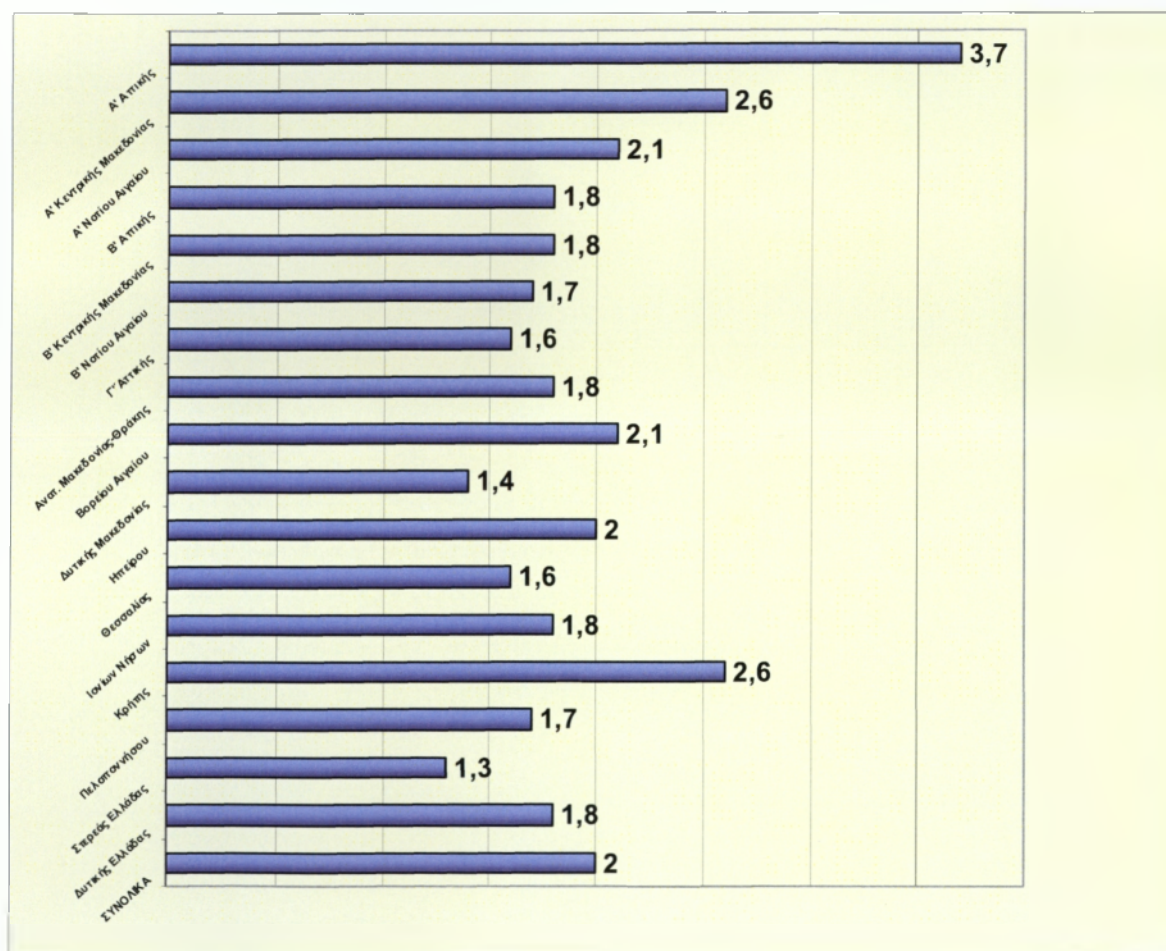
Υπηρεσία	Οργανικές Θέσεις	Υπηρετούντες	Κενές
Ιατρική	648	436	212

ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ

Κλάδος	Προβλ/νες	Μόνιμοι	Προς Συμβ.	Κενές
Διευθυντές ιατροί ΕΣΥ	14	10	0	4
Επιμελητές Α' ιατροί	15	8	9	7
Επιμελητές	17	15	2	2

Β' ιατροί				
Ειδικευμένοι Ιατροί	19	16	0	3
Ειδικευμένοι Υπεράριθμοι	0	0	3	0
ΠΕ Χημικών-βιοχημικών	1	0	0	1
ΠΕ Ψυχολόγων	1	0	0	1
ΠΕ φυσικής Ιατρικής	0	0	0	0
ΠΕ φαρμακοποιών	1	1	0	0
ΠΕ βοηθών φαρμακείου	2	1	0	1
Ειδικοί ιατροί Συμβασιούχοι	0	0	3	0
ΣΥΝΟΛΟ	70	51	8	19

Το πρόβλημα της ανισοκατανομής του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μπορεί να φανεί καθαρά στο επόμενο διάγραμμα



Διάγραμμα 3.4 Ανισοκατανομή ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Ιατροί ανά 1000 κατοίκους. Πηγή: ΕΣΥΕ, 2004.

Συγκεκριμένα ο δείκτης του ιατρικού δυναμικού ανά 1.000 κατοίκους κυμαίνεται από 1,3 για την Στερεά Ελλάδα και 1,4 για τη Δυτική Μακεδονία έως 3,7 για την Α' Περιφέρεια Αττικής.

3.4. Ιδιωτικά νοσοκομεία

Σύμφωνα με μελέτη της ICAP το 2006 στα ιδιωτικά θεραπευτήρια ήταν εγγεγραμμένοι 4.192 ιατροί (ICAP 2006). Το ιατρικό προσωπικό κατά ειδικότητα στον ιδιωτικό τομέα παρουσιάζεται στον πίνακα 3.8, από τα στοιχεία του οποίου προκύπτει ότι στα ιδιωτικά θεραπευτήρια οι γυναικολόγοι υπερτερούν σε αριθμό έναντι των άλλων ειδικοτήτων, φτάνοντας στους 1,820 και ακολουθούν οι παθολόγοι και οι χειρουργοί (279 και 278 αντίστοιχα).

Πίνακας 3.8 Ιατρικό προσωπικό στα ιδιωτικά θεραπευτήρια

Ειδικότητα	Σύνολο	Ειδικότητα	Σύνολο
Αιματολόγοι	13	Οφθαλμίατροι	119
Ακτινοθεραπευτές	18	Παθολογοανατόμοι	17
Ακτινοδιαγνώστες	123	Παθολόγοι	279
Αλλεργιολόγοι	-	Παιδίατροι	98
Αναισθησιολόγοι	189	Παιδοψυχίατροι	-
Γαστρεντερολόγοι	23	Πυρηνικής Ιατρικής	12
Γενικής Ιατρικής	65	Ρευματολόγοι	-
Ενδοκρινολόγοι	1	Υγιεινολόγοι	-
Ιατρική της Εργασίας	2	Φυματιολόγοι/Πνευμονιολόγοι	25
Ιατροδικαστές	-	Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης	2
Καρδιολόγοι	184	Χειρουργοί	278
Κλινικής Χημείας	1	Χειρουργοί θώρακα	13
Κοινωνικής Ιατρικής	-	Χειρουργοί Παιδών	25
Κυταρολόγοι	9	Χειρουργοί πλαστικής Χ	31
Μαιευτήρες/γυναικολόγοι	1.820	Ψυχίατροι	109
Μικροβιολόγοι	155	Ωτορινολαρυγγολόγοι	108
Νευρολόγοι	86	Αγγειοχειρουργοί	13
Οδοντίατροι	4	Γναθοχειρουργοί	3
Ορθοπαιδικοί	99	Ογκολόγοι	4
Ουρολόγοι	62	Ορθοδοντικοί	1
Δερματολόγοι	4	Ασκούμενοι	36
Νευροχειρουργοί	16	Χωρίς ειδικότητα	145
		ΣΥΝΟΛΟ	4.192

Πηγή: ICAP 2006

3.5. Το πρόβλημα των ειδικοτήτων

Στην Ελλάδα αναγνωρίζονται σήμερα 38 ιατρικές ειδικότητες, για την απόκτηση των οποίων απαιτείται μεταπτυχιακή άσκηση διάρκειας 3-7 ετών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 24

Πίνακας 3.9 Διάρκεια άσκησης για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας

ΔΙΑΡΚΕΙΑ Ι ΑΣΚΗΣΗΣ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ
3 χρόνια	1 Ειδικότητα (Ιατροδικαστική)
4 χρόνια	8 Ειδικότητες (Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, Γενική Ιατρική, Δερματολογία-Αφροδισιολογία, Ιατρική της Εργασίας, Κοινωνική Ιατρική, Νευρολογία, Οφθαλμολογία, Παιδιατρική).
4,5 χρόνια	1 Ειδικότητα (Παιδοψυχιατρική)
5 χρόνια	14 Ειδικότητες (Ακτινοδιαγνωστική, Αλλεργιολογία, Αναισθησιολογία, Κυτταρολογία, Μαιευτική-Γυναικολογία, Μικροβιολογία (Βιοπαθολογία), Ουρολογία, Παθολογία, Παθολογική Ανατομική, Πνευμονολογία-Φυματιολογία, Πυρηνική Ιατρική, Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση, Ψυχιατρική, Ωτορινολαρυγγολογία)
6 χρόνια	11 Ειδικότητες (Αιματολογία, Γαστρεντερολογία, Ενδοκρινολογία, Καρδιολογία, Νευροχειρουργική, Νεφρολογία, Ορθοπαιδική, Παθολογική Ογκολογία, Πλαστική Χειρουργική, Ρευματολογία, Γενική Χειρουργική)
7 χρόνια	3 Ειδικότητες (Αγγειοχειρουργική, Χειρουργική Θώρακος, Χειρουργική Παιδών)

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2004

Η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των ιατρών στις ειδικότητες, σε σχέση με το σύνολο του ιατρικού σώματος, όπως καταγράφηκε το 1998 και το 2001, παρατίθεται στον Πίνακα 3.10.

Πίνακας 3.10 Κατανομή των Ιατρών στις ειδικότητες (1998 και 2001)

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟ 1998	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΟ 1998	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟ 2001	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΟ 2001
Παθολόγοι	3.525	7,9 %	3.658	7,6 %
Μικροβιολόγοι (Βιοπαθολόγοι, Αιματολόγοι)	3.352	7,5 %	3.335	7,0 %
Παιδίατροι	2.640	5,9 %	2.736	5,7 %
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	2.176	4,9 %	2.301	4,8 %
Καρδιολόγοι	2.164	4,8 %	2.274	4,7 %
Νευρολόγοι, Ψυχίατροι, Παιδοψυχίατροι	1.809	4,0 %	1.902	4,0 %
Χειρουργοί Γενικοί	1.862	4,2 %	1.898	4,0 %
Ακτινολόγοι, Ακτινοθεραπευτές	1.612	3,6 %	1.692	3,5 %
Ορθοπαιδικοί	1.415	3,2 %	1.556	3,2 %
Οφθαλμίατροι	1.405	3,1 %	1.512	3,2 %
Αναισθησιολόγοι	1.386	3,1 %	1.420	3,0 %
Ωτορινολαρυγγολόγοι	872	1,9 %	947	2,0 %
Πνευμονολόγοι-Φυματιολόγοι	849	1,9 %	922	1,9 %
Γενικοί Ιατροί	663	1,5 %	780	1,6 %
Δερματολόγοι-Αφροδισιολόγοι	673	1,5 %	770	1,6 %
Παθολογοανατόμοι, Κυτταρολόγοι	700	1,6 %	729	1,5 %
Ουρολόγοι	632	1,4 %	677	1,4 %
Νευροχειρουργοί, Πλαστικοί Χειρουργοί	390	0,9 %	464	1,0 %
Γαστρεντερολόγοι	371	0,8 %	450	0,9 %
Ενδοκρινολόγοι	310	0,7 %	355	0,7 %
Νεφρολόγοι	302	0,7 %	323	0,7 %
Χειρουργοί θώρακα	197	0,4 %	225	0,5 %
Ρευματολόγοι	178	0,4 %	219	0,5 %
Πυρηνικοί Ιατροί	199	0,4 %	204	0,4 %
Χειρουργοί Παιδών	142	0,3 %	155	0,3 %
Ιατροδικαστές	29	0,1 %	29	0,1 %
Λοιπές ειδικότητες (Αλλεργιολόγοι, Αγγειοχειρουργοί, Παθολόγοι-Ογκολόγοι, Ιατροί Εργασίας, Κοινωνικοί Ιατροί, Φυσικής Ιατρικής-Αποκατάστασης)	358	0,8 %	451	0,9 %
Χωρίς Ειδικότητα (Περιλαμβάνονται και οι Ειδικευόμενοι)	14.542	32,5 %	15.960	33,3 %
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΩΝ	44.753	100,0 %	47.944	100,0 %

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 2002 (για το έτος 1998), www.statistics.gr (για το έτος 2001). Ο υπολογισμός των αναλογιών έγινε από το συγγραφέα.

Στη διάρκεια αυτής της τριετίας το σύνολο των ιατρών εμφανίζεται αυξημένο κατά 7,1%, αλλά οι ιατροί χωρίς ειδικότητα (περιλαμβανομένων και των υπό ειδίκευση) έχουν αυξηθεί κατά 9,8%. Οι ιατροί αυτής της κατηγορίας αποτελούσαν το 32,5% του συνόλου του ιατρικού σώματος το 1998, ενώ το 2001 έφθασαν στο 33,3% και λογικά αυτή η αυξητική τάση πρέπει να έχει επιταχυνθεί κατά τα επόμενα χρόνια.

Ανεξάρτητα από τη μεταβολή του απόλυτου αριθμού τους, μέσα σ' αυτή την τριετία μειώθηκε η ποσοστιαία συμμετοχή ορισμένων ειδικοτήτων στη σύνθεση του ιατρικού

σώματος. Αυτό ισχύει κυρίως για τους μικροβιολόγους (βιοπαθολόγους), τους γενικούς χειρουργούς, τους παθολόγους και τους παιδίατρους. Ακολουθούν οι καρδιολόγοι, οι ακτινοδιαγνώστες και ακτινοθεραπευτές, οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι, οι παθολογοανατόμοι και κυτταρολόγοι και τέλος οι αναισθησιολόγοι.

Αντίθετα, μικρή αύξηση σημειώθηκε στην ποσοστιαία συμμετοχή των γενικών ιατρών, των δερματολόγων-αφροδισιολόγων, των ωτορινολαρυγγολόγων, των χειρουργών θώρακα, των ρευματολόγων, των οφθαλμιάτρων, των γαστρεντερολόγων και των νευροχειρουργών και πλαστικών χειρουργών. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση των «λοιπών ειδικοτήτων» όπου, όμως, η γενικότητα της πληροφορίας δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Οι παραπάνω μικρές στατιστικές αλλαγές, ως προς την ποσοστιαία αναλογία των ειδικοτήτων στο σύνολο του ιατρικού σώματος, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι απεικονίζουν τις πραγματικές τάσεις που υπάρχουν σήμερα μεταξύ των ιατρών. Οι αλλαγές αυτές μπορεί κάλλιστα να οφείλονται απλά στο γεγονός ότι αποχωρούντες ιατροί (που εισήλθαν στο επάγγελμα κατά τη δεκαετία του '60) είχαν παραδοσιακές ειδικότητες, ενώ οι νεοεισερχόμενοι διασπείρονται στις περισσότερες ειδικότητες που υπάρχουν σήμερα.

Χρήσιμα συμπεράσματα για τις προθέσεις εξειδίκευσης των νέων ιατρών θα εξαχθούν από τον **Πίνακα 3.11**, όπου καταγράφονται οι υπάρχουσες θέσεις άσκησης για απόκτηση ειδικότητας και ο αριθμός αναμενόντων ιατρών για έναρξη (ή συνέχιση), εκτός της Κοινωνικής Ιατρικής για την οποία δεν υπάρχουν στοιχεία.

Διαπιστώνεται ότι, για όλες τις ειδικότητες, υπάρχουν περισσότεροι από 2000 ιατροί που βρίσκονται σε σειρά αναμονής για την έναρξη (ή συνέχιση) άσκησης τους. Υπάρχουν όμως διαφοροποιήσεις, που αποκαλύπτουν τις εκλογές και προτιμήσεις των ιατρών.

Πίνακας 3.11 Προσφερόμενες Θέσεις Ασκήσης στις Ειδικότητες και Αναμένοντες Ιατροί

α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΙ ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΑΖΗΤΗΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ	α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΙ ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΑΖΗΤΗΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ
1	Αγγειοχειρουργική	34	61		20	Νεφρολογία	129	79	Ναι
2	Αιματολογία	104	66	Ναι	21	Ογκολογία Παθολογική	23	51	
3	Ακτινοδιαγνωστική	507	428	Ναι	22	Ορθοπαιδική	529	350	Ναι
4	Ακτινοθεραπευτική	48	12		23	Ουρολογία	195	156	Ναι
5	Αλλεργιολογία	9	25		24	Οφθαλμολογία	252	506	
6	Αναισθησιολογία	403	241	Ναι	25	Παθολογία	1.282	2.368	
7	Γαστρεντερολογία	123	156		26	Παθολογική Ανατομική	147	52	
8	Γενική Ιατρική	650	392		27	Παιδιατρική	479	862	
9	Δερματολογία-Αφροδισιολογία	98	180		28	Παιδοψυχιατρική	47	23	
10	Ενδοκρινολογία	78	147		29	Πλαστική Χειρουργική	48	107	
11	Βιοπαθολογία (Μικροβιολογία)	644	420	Ναι	30	Πνευμονολογία-Φυματιολογία	278	285	
12	Ιατρική της Εργασίας	20	34		31	Πυρηνική Ιατρική	55	6	
13	Ιατροδικαστική	13	17		32	Ρευματολογία	48	60	Ναι
14	Καρδιολογία	462	457	Ναι	33	Φυσική Ιατρική & Αποκατάσταση	31	25	
15	Κοινωνική Ιατρική	;	;		34	Χειρουργική Γενική	931	1.257	
16	Κυτταρολογία	73	65		35	Χειρουργική Θώρακα	69	85	
17	Μαιευτική-Γυναικολογία	385	548	Ναι	36	Χειρουργική Παιδών	55	30	Ναι
18	Νευρολογία	195	332		37	Ψυχιατρική	294	242	
19	Νευροχειρουργική	82	46		38	Ωτορινολαρυγγολογία	201	217	Ναι

Πηγή: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, www.cso.auth.gr/Greece/Βασεις/Ειδ/Ειδικότητες.gr.htm, στις 15 Φεβρουάριον 2005.

Δεν έχει μειωθεί καθόλου το ενδιαφέρον των ιατρών για τις ειδικότητες της παθολογίας και της Παιδιατρικής, όπου οι αναμείνοντες για έναρξη είναι σχεδόν διπλάσιοι των προσφερόμενων και κατειλημμένων θέσεων, γεγονός που σημαίνει ότι χιλιάδες ιατροί είναι διατεθειμένοι να περιμένουν για περισσότερα των 5 και μέχρι 9 χρόνια! Το ίδιο περίπου ισχύει στη Γενική Χειρουργική, στη Μαιευτική - Γυναικολογία και στην Καρδιολογία. Οι 5 αυτές κλινικές ειδικότητες από τις 38 συνολικά) συγκεντρώνουν την προτίμηση του 52,9% των ιατρών που αναμένουν τη σειρά τους για έναρξη ειδίκευσης! Επιβεβαιώνεται, όμως, την μια σχετική μείωση του ενδιαφέροντος για τη Βιοπαθολογία, την Αιματολογία, Ακτινοδιαγνωστική και Ακτινοθεραπευτική, την Αναισθησιολογία, την Κυτταρολογία και την Παθολογική Ανατομική, ειδικότητες οι οποίες μείωσαν την ποσοστιαία συμμετοχή τους στη σύνθεση του ιατρικού σώματος κατά την περίοδο 1998-2001. Επιβεβαιώνεται το αυξημένο ενδιαφέρον για τη Δερματολογία-Αφροδισιολογία, Οφθαλμολογία, Ωτορινολαρυγγολογία, Χειρουργική Θώρακα, Ρευματολογία και Γαστρεντερολογία, που είχε καταγραφεί και για την περίοδο 1998-2001. Αποκαλύπτεται ότι οι ειδικότητες της Νευρολογίας - Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής, που παρακολουθούνται ενιαία από την ΕΣΥΕ, έχουν διαφορετική ζήτηση από τους νέους ιατρούς, ενώ το ίδιο ισχύει στην αντίστοιχη περίπτωση της Νευροχειρουργικής και Πλαστικής Χειρουργικής. Τέλος, για τις «λοιπές ειδικότητες» υπάρχει πολύ έντονο ενδιαφέρον, πλην ίσως της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.

Από τις ειδικότητες που δεν παρουσίασαν ποσοστιαίες στατιστικές μεταβολές κατά την περίοδο 1998-2001 καταγράφεται σχετικός κορεσμός στη Νεφρολογία, Ορθοπαιδική, Ουρολογία, Πυρηνική Ιατρική και Χειρουργική Παιδών. Αντίθετα, υψηλή ζήτηση υπάρχει για την Ενδοκρινολογία, Παθολογική Ογκολογία, αλλά και για την Ιατρική της Εργασίας και Ιατροδικαστική, σε σχέση με τις προσφερόμενες θέσεις. Στην περίπτωση της Γενικής Ιατρικής καταγράφεται πλέον σημαντική αναμονή, η οποία μάλλον θα ήταν εντονότερη αν είχαν υπάρξει οργανωτικές ρυθμίσεις για την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Σημειώνεται ότι οι περισσότερες από τις αζήτητες θέσεις είναι είτε μειωμένου χρόνου ειδίκευσης, είτε βρίσκονται σε απομακρυσμένα και μικρά νοσοκομεία. Υπάρχουν όμως και αρκετές που χορηγούν πλήρη ειδικότητα, αλλά χηρεύουν.

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι παραδοσιακές ειδικότητες εξακολουθούν να έλκουν την πλειοψηφία των νέων ιατρών, ενδεχομένως μάλιστα να παρουσίαζαν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, αν δεν ήταν τόσο μεγάλος ο χρόνος αναμονής για την απόκτηση τους. Σημαντική ζήτηση έχουν οι ειδικότητες που σχετίζονται με νόσους οφειλόμενες στο σύγχρονο τρόπο

ζωής και προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού. Σχετικά μειωμένη ζήτηση, τέλος, σημειώνεται στις εργαστηριακές ειδικότητες και σε όσες συνεπάγονται αποκλειστικά (ή σχεδόν) υπαλληλική σχέση εργασίας στα νοσοκομεία και κλινικές (αναισθησιολογία, νεφρολογία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

4.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτικού προσωπικού

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η Νοσηλευτική είναι Επιστήμη και Τέχνη, που επιδιώκει την προαγωγή της υγείας τη διατήρηση της ζωής και συνοδεύει - την Ιατρική Επιστήμη, της οποίας και συμπληρώνει το έργο.

Πράγματι, ο ρόλος των νοσηλευτών και νοσηλευτριών είναι τόσο σημαντικός, όσο και παρεξηγημένος. Σημαντικός γιατί είναι αυτός που έρχεται σε άμεση επαφή και επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια του, και που η συμπεριφορά του με βάση τις επιστημονικές γνώσεις του και την κλινική, εμπειρία του έχει άμεσα αποτελέσματα στον ασθενή. Ένα σωστά εκπαιδευμένο Νοσηλευτικό Προσωπικό, εφοδιασμένο με τις ανάλογες επιστημονικές γνώσεις και εμπειρίες, μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή και να συμβάλλει εξίσου, αν όχι πολλές φορές περισσότερο από το γιατρό, στη θεραπεία του, μέσα σε κλίμα συνεργατικότητας. Εδώ ακριβώς είναι παρεξηγημένος αυτός ο ρόλος του νοσηλευτή ή καλύτερα της νοσηλεύτριας. Ένα λάθος, που φαίνεται δυστυχώς και στον ορισμό που δίνει η ΠΟΥ στη Νοσηλευτική είναι ότι το επάγγελμα αυτό θεωρείται απαραίτητο μεν, αλλά συμπλήρωμα-εξάρτημα της ιατρικής επιστήμης η νοσηλεύτρια "βοηθός" του επιστήμονα γιατρού. Σίγουρα όμως, η αλήθεια είναι άλλη.

Καμία επιστήμη δεν μπορεί να θεωρείται δεκανίκι κάποιας άλλης. Και αφού η Νοσηλευτική έχει χαρακτηριστεί και είναι επιστήμη υγείας δεν μπορεί παρά ο ρόλος της να είναι παράλληλος, και ίσος με αυτόν του γιατρού, του διοικητικού, του Τεχνολόγου στα πλαίσια του συνεργατισμού και της διεπιστημονικότητας του τομέα της υγείας. Είναι επιτακτική ανάγκη η ανόρθωση, επίσης, της δημόσιας εικόνας (public image) του λειτουργήματος, της Νοσηλεύτριας. Υπάρχει προοπτική καριέρας και αυτή η εικόνα πρέπει να προβληθεί.

4.2 Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας, έγινε το 1915 με την ίδρυση στον "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ" της Σχολής αδελφών Νοσοκόμων, διетуός φοιτήσεως από τη Βασίλισσα Όλγα. Βεβαίως, δε θα σχολιάσουμε εδώ τα κίνητρα της ενέργειας της Β. Όλγας, αρκεί να θυμηθούμε το ρόλο της αυλής και των κυρίων της σε συνδυασμό με το "φιλανθρωπικό" χαρακτήρα των "Ιδρυμάτων" και δη των Νοσηλευτικών. Οπωσδήποτε, πρόκειται για μια σοβαρή αρχή και αναγνώριση της αναγκαιότητας, της εκπαίδευσης των νοσηλευτριών, ανεξάρτητα από τα κίνητρα που την υπαγόρευσαν.

Το 1924- ιδρύεται η τριετούς φοιτήσεως σχολή Νοσηλευτριών του Ε.Ε.Σ. Το 1938 ιδρύθηκε η πρώτη κρατική σχολή Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων.

Το 1914 δημοσιεύθηκε ο νόμος που για πρώτη φορά αναγνώρισε το επάγγελμα της Νοσοκόμου, όμως το 1948, δηλαδή πολύ αργότερα με το Ν. 638/7-5-4-8 "περί διπλωματούχων επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων" αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του Νοσηλευτικού έργου. Σ' αυτό το Νόμο στηρίχθηκε η οργάνωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, που συμπληρώθηκε με το Ν.Δ. 781/70, μιας και ο ίδιος δεν εφαρμόστηκε ποτέ στην ολότητα του. Ο Ν. 623 όριζε ότι οι σχολές Νοσοκόμων έπρεπε να λειτουργούν μέσα στα Νοσοκομεία οι υποψήφιοι ηλικίας 18-30 ετών, να μην έχουν οικογενειακές υποχρεώσεις (είναι ένας λόγος της κοινωνικής υποβάθμισης των νοσοκόμων μιας και ο γάμος αποτελούσε και αποτελεί ίσως τεκμήριο αυξημένης κοινωνικής εμβέλειας). Η φοίτηση ήταν δωρεάν και η κατοικία των μαθητριών, το νοσοκομείο. Για τριετή φοίτηση απαιτείτο απολυτήριο γυμνασίου (βταξίου) για μονοετή απολυτήριο Δημοτικού. Γραπτές και προφορικές εξετάσεις και TEST προσωπικότητας, εξασφάλιζαν μια θέση σε κάθε κορίτσι της επαρχίας, που ζητούσε επαγγελματική αποκατάσταση, σε συνθήκες αβεβαιότητας.

Με το Ν.Δ. 652/1970 "περί ιδρύσεως Κέντρων Ανώτερης Τεχνικής Εκπαίδευσης" λειτούργησαν τμήματα Νοσηλευτικής και Μαιευτικής στις ανώτερες σχολές παραϊατρικών επαγγελμάτων. Αρχισε έτσι μια πορεία αποϊδρυματοποίησης των εκπαιδευόμενων νοσηλευτριών. (Ομάδα εργασίας του ΚΕΠΕ το 1979 στιγματίζε τις βλαπτικές επιδράσεις της ιδρυματοποίησης αυτής στην προσωπικότητα των σπουδαστριών). Με το Ν. 14-04-/83 "περί ιδρύσεως των ΤΕΙ όλες οι Ανώτερες Σχολές Νοσηλευτικής και Μαιών υπάγονται στα ΤΕΙ και στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Παιδείας, μετά από πολλούς διεκδικητικούς αγώνες των σπουδαστριών. Σήμερα υπεύθυνες για τη Νοσηλευτική εκπαίδευση σε επίπεδο ΤΕΙ είναι οι

σχολές επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας όπου φοιτούν πλέον, άνδρες και γυναίκες.

Με το Ν. 184-/79 ιδρύθηκε στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας η Νοσηλευτική σχολή 4ετούς φοίτησης, που φιλοδοξούσε να αναβαθμίσει το επίπεδο της Νοσηλευτικής Επιστήμης, που παντού εξελίσσεται και αναπτύσσεται με γρήγορους ρυθμούς. Στη σχολή, εισήχθησαν το 1984--85: 30 άτομα, το 1985-86: 34 και το 1986-87 54 σπουδάστριες. Με το Ν. 1579/85 καθιερώθηκε ο επαγγελματικός τίτλος στους πτυχιούχους και διπλωματούχους των τμημάτων Νοσηλευτικής των ΑΕΙ και ΤΕΙ, των πρώην Ανωτέρων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων και ΚΑΤΕΕ και ισοτίμων σχολών Αλλοδαπής.

Παράλληλα, λειτουργεί και η Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων 3ετούς φοίτησης και ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας και καλύπτουν τις ανάγκες των στρατιωτικών Νοσοκομείων.

Οι σχολές των ΤΕΙ στην Ελλάδα είναι οι εξής: Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Μεσολόγγι, Γιάννενα, Ηράκλειο, Λάρισα, Λαμία, Πάτρα και έχουν τα εξής νοσηλευτικά τμήματα: Νοσηλευτική, Μαιευτική, Επισκεπτριών-τριών.

Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο λειτουργούν τμήματα Νοσηλευτικής στα Τεχνικά Επαγγελματικά Λύκεια και στις Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές, αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας. Όλες οι Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. είναι κρατικές πλην των σχολών του ΕΕΣ και του Ιδρύματος Περίθαλψης χρονίως πασχόντων που είναι ιδιωτικού δικαίου» Στις σχολές αυτές η φοίτηση είναι διετής εκτός της Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. του "ΤΖΑΝΕΙΟΥ", Νοσοκομείου, που είναι βραδυνή και διαρκεί 3 χρόνια.

4.3 Υπάρχουσα κατάσταση

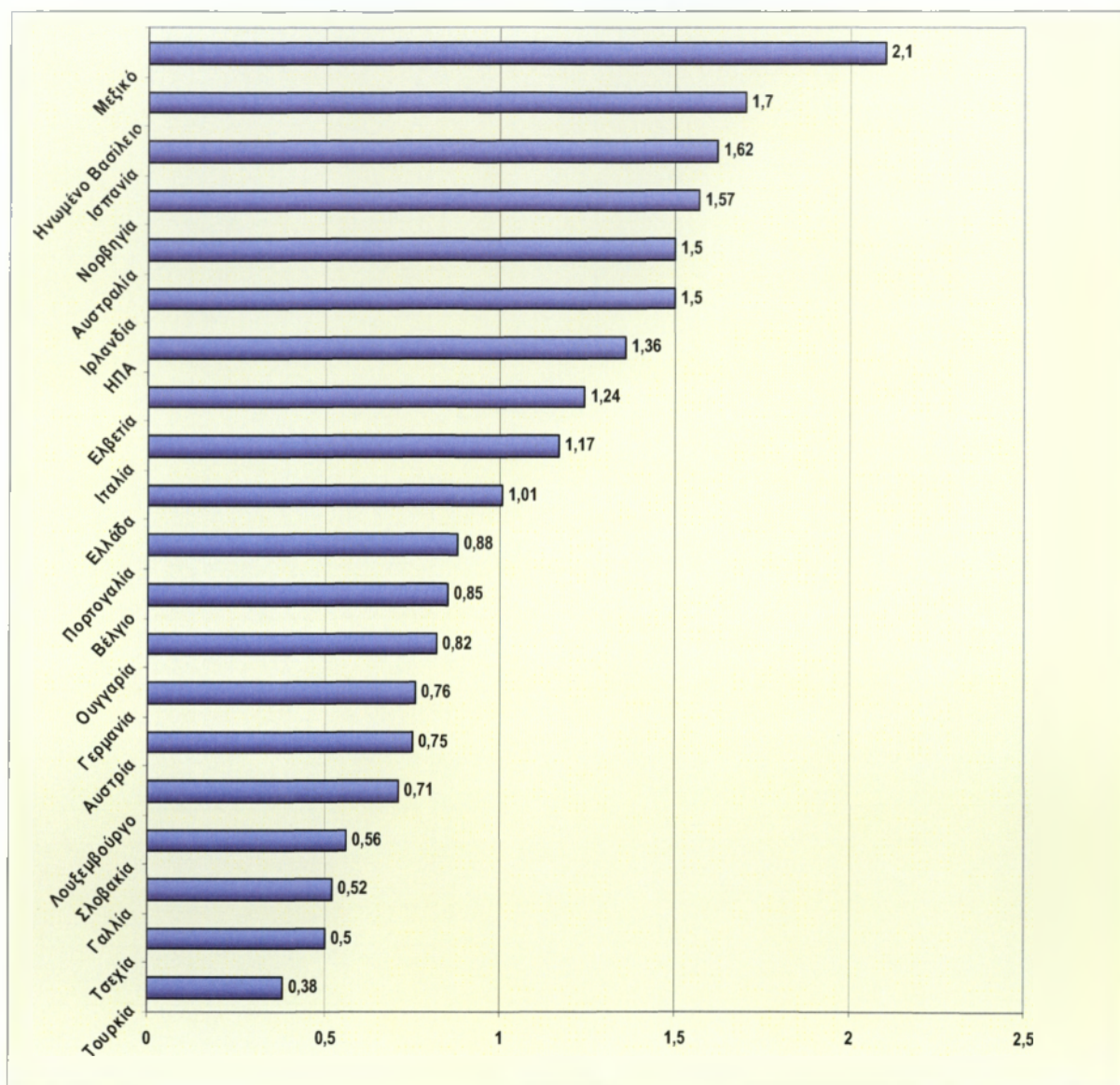
Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πολυπληθέστερη κατηγορία προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων και αποτελείται από νοσηλεύτριες και νοσηλευτές πανεπιστημιακής και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΠΕ και ΤΕ), από μαίες και επισκέπτριες υγείας ΤΕ, από αδελφές νοσοκόμες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και από βοηθητικούς υπαλλήλους, που με την ευρεία έννοια ανήκουν σ' αυτό (βοηθοί θαλάμων και τραυματιοφορείς). Το σύνολο

αυτών των εργαζομένων αποτελεί τη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου που διαρθρώνεται σε τομείς και αυτοί με τη σειρά τους σε τμήματα και μονάδες, ενώ στα μεγάλα νοσοκομεία υπάρχουν και ειδικά τμήματα (γραφείο εκπαίδευσης, γραφείο έρευνας). Τη διεύθυνση του νοσηλευτικού προσωπικού στα τμήματα και τους τομείς ασκούν προϊστάμενες νοσηλεύτριες, ενώ τη γενική διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας ασκεί η Διευθύνουσα.

Το 80% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 10% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και το υπόλοιπο στα κέντρα υγείας, στο ΙΚΑ κ.ά. Πριν ή μετά την αποφοίτηση, το 50% περίπου των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα, λόγω των χαμηλών αποδοχών, της κακής ποιότητας της εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας. Ο μακροχρόνιος σχεδιασμός κάλυψης των αναγκών, η αναβάθμιση του επαγγέλματος ηθικά και υλικά, καθώς και η δημιουργία νοσηλευτικών ειδικοτήτων, θεωρούνται αναγκαία για την ανάπτυξη του επαγγέλματος.

Το σύνολο του απασχολούμενου νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία είναι 47.836 με αναλογία 1 νοσηλεύτρια προς 229 κατοίκους. Η αναλογία κάλυψης των νοσηλευτικών θέσεων είναι περίπου η μισή σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (1 αντί 1,9 νοσηλεύτρια ανά κλίνη). Άρα συζητούμε για μέχρι 20.000 προσλήψεις με αντίστοιχη μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση και μείωση του μη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. συνταξιοδοτήσεις). Οι ελλείψεις σε προσωπικό, είναι τεράστιες. Διαθέτουμε μόλις 3,8 νοσηλευτές-τριες να 1000 κατοίκους ενώ στην Ευρώπη των 27 η αναλογία είναι 8,9 ανά 1.000 κατοίκους. Εκτός από την έλλειψη και την ανισοκατανομή, εμφανίζεται και δυσμενής σύνθεση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, δεδομένου ότι συνυπάρχουν κατηγορίες με τετραετή ή τριετή εκπαίδευση σε ΑΕΙ και ΤΕΙ, διετή και μονοετή εκπαίδευση σε μέσες τεχνικές επαγγελματικές σχολές ή τεχνικά Λύκεια, καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό που διαθέτει μόνο πρακτική εμπειρία και όχι θεωρητική εκπαίδευση.

Στο **διάγραμμα 4.1** εμφανίζεται η αναλογία νοσηλευτών προς τα κρεβάτια οξείας νοσηλείας των θεραπευτηρίων στα οποία εργάζονται στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ. Με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ με αναλογία 1,01 η Ελλάδα εμφανίζεται να έχει μια μέση θέση (10^η από τις 20 χώρες) ως προς τη σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και κρεβατιών.



Διάγραμμα 4.1 Αναλογία νοσηλευτών/κλινικών οξείας νοσηλείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2004)

4.4. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού

Στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη (1980-1999) του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα σε απόλυτα νούμερα. Παρατηρούμε ότι η αύξησή του ήταν 119% το 1999.

Πίνακας 4.1 Διαχρονική Εξέλιξη του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα

	1980	1985	1990	1995	1999
Νοσηλευτικό Προσωπικό	18.793	24.499	34.582	38.185	41.151

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. Στατιστική Κοινωνική Πρόνοια και Υγιεινή

Επιπροσθέτως στον επόμενο πίνακα βλέπουμε την άνιση κατανομή του μεταξύ των γεωγραφικών περιφερειών της χώρας. Το 44,2% των νοσηλευτών/τριών βρίσκονται συγκεντρωμένοι στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, ενώ στο σύνολο της χώρας αντιστοιχούν 394 νοσηλευτές για κάθε 100.000 κατοίκους. Μεγαλύτερες ελλείψεις εμφανίζουν η Στερεά, η Θεσσαλία, η Πελοπόννησος και τα Ιόνια νησιά.

Πίνακας 4.2 Περιφερειακή κατανομή νοσηλευτών στην Ελλάδα (1999) (νοσηλευτές/1000 κατοίκου)

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Νοσηλευτές	N/K
Σύνολο χώρας	10.206.539	40.211	394
Πρωτεύουσας	3.002.980	17.784	592
Λοιπή Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	871.232	1.780	204
Πελοπόννησος	1.174.916	3.339	284
Ιόνια Νησιά	214.911	642	299
Ήπειρος	396.732	1.672	421
Θεσσαλία	796.174	1.745	319
Μακεδονία	2.315.280	8.407	363
Θράκη	369.383	857	232
Νησιά Αιγαίου	486.680	1.563	321
Κρήτη	578.251	2.422	419

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Στοιχεία 1999, N/K: νοσηλευτές / 1.000 κατοίκους

Στον επόμενο πίνακα 4.3 εμφανίζεται το νοσηλευτικό δυναμικό που υπηρετεί στον συνολικό νοσοκομειακό τομέα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Νοσηλευτικό προσωπικό του δημοσίου τομέα

Ειδικότητα θεραπευτηρίων	Θεραπευτήρια	Κλίνες	Μαίες	Νοσοκόμοι Π.Ε (2)	Νοσοκόμοι Τ.Ε (4)	Νοσοκόμοι Δ.Ε (4)	Νοσοκόμοι Υ.Ε (5)	Επισκέπτες υγείας
Γενικά	181	35.422	1.821	441	13.446	15.487	1.980	365
Μεικτά	11	828	161	6	58	300	26	3
Αντικαρκινικά	4	1.192	28	13	501	395	69	
Αφροδισίων-Δερματικά	2	167	0	0	39	56	0	5
Καρδιολογικά	2	42	0	0	0	1	6	0
Λοιμωδών	1	100	0	0	30	21	0	0
Μαιευτικά-Γυναικολογικά	37	1.385	501	11	80	329	74	0
Νευροψυχιατρικά	51	9.902	9	17	751	2.027	453	61
Ορθοπαιδικά	4	488	0	0	16	48	54	1
Οφθαλμολογικά	4	76	0	2	17	34	5	0
Παθολογικά	10	524	1	2	40	105	24	0
Παιδιατρικά	6	1.462	5	23	700	373	332	22
Φυματιολογικά	1	51	0	1	16	25	9	2
Χειρουργικά	3	180	0	21	200	19	67	0
Ωτορινολαρυγγολογικά	2	52	0	3	0	11	2	0
Σύνολο	319	51.871	2.526	540	15.894	19.231	3.101	468

(1) Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια και οι κλίνες τους.
(2) Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
(3) Τεχνολογικής
(4) Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
(5) Υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2004

Με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ φαίνεται ότι το 2004 απασχολούνται 41.760 νοσηλευτές όπου διαπιστώνονται πολλά κενά στην στελέχωσή τους. Επίσης διακρίνουμε τη δυσμενή σύνθεση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης π.χ. οι νοσοκόμοι Π.Ε. είναι 540 ενώ οι Τ.Ε 15.894.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ιδιαίτερα σημαντικά όπως οι ΜΕΘ, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω ελλείψεως προσωπικού. Οι προσλήψεις νοσηλευτών μέσω ΑΣΕΠ χρειάζονται 18-24 μήνες για να ολοκληρωθούν, ενώ το αρμόδιο υπουργείο Εθνικής

Οικονομίας καθυστερεί ή αναβάλλει τις σχετικές διαδικασίες για λόγους δημοσιονομικής πολιτικής.

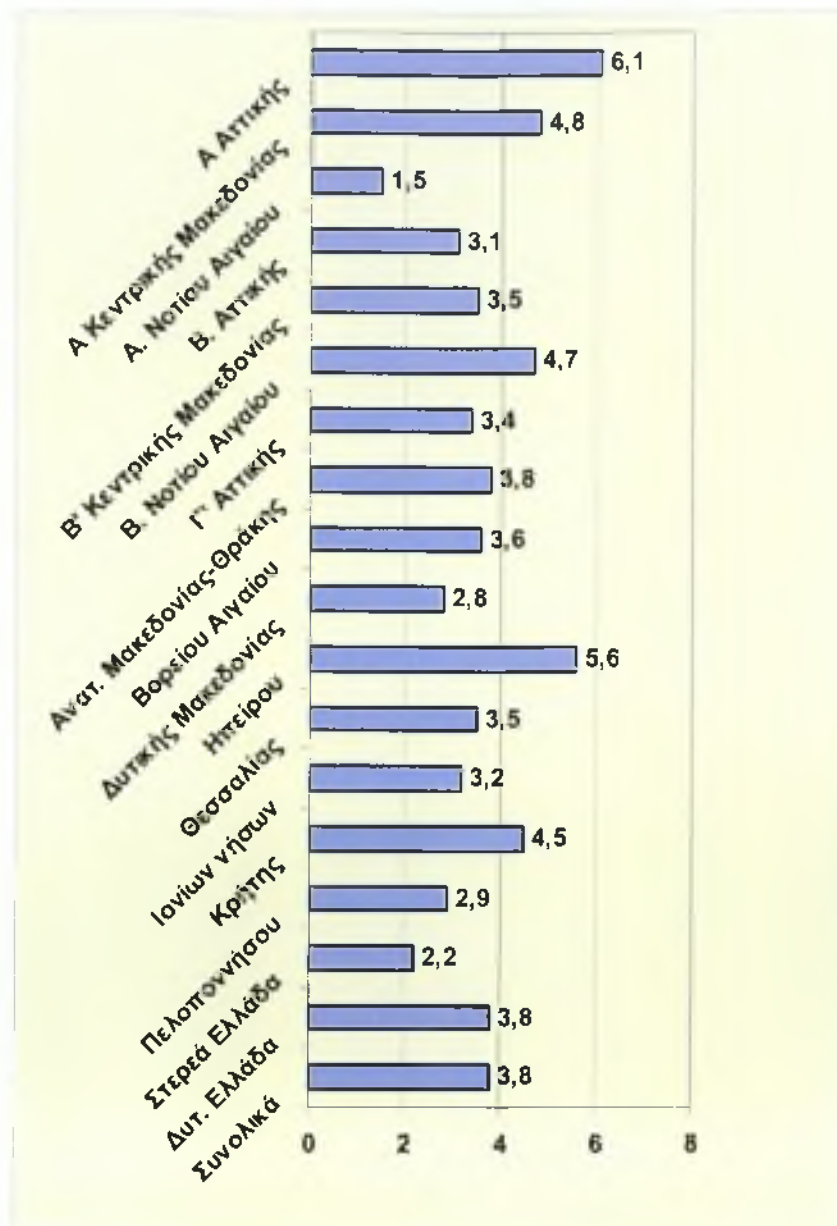
Πέραν των μεγάλων ελλείψεων, ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκεται αποσπασμένος σε διοικητικές θέσεις, εντός αλλά και εκτός του υγειονομικού συστήματος. Παράλληλα υπάρχει μια συνεχής ροή νοσηλευτικού προσωπικού από τα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας. Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται τα τελευταία πρόσφατα στοιχεία του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της χώρας του 2006 παρατηρείται μια αύξηση της τάξεως περίπου των 5000 του αριθμού των νοσηλευτών αλλά και εδώ παρατηρούνται διαφορές στην εκπαίδευση και άνιση κατανομή τους.

Πίνακας 4.4 Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία στις περιφέρειες της Ελλάδας για το έτος 2006

	Νοσ. Προσ.	Νοσηλευτές - Νοσηλεύτριες				Επισ. Τ.Ε.	Μαίες Τ.Ε.	Λοιποί			
		Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.			Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Σύνολο	47.836	719	16.951	17.478	1.286	649	2.293	0	838	2.379	5.243
Περιφέρεια πρωτεύουσας	20.224	396	7.319	6.955	540	380	735	0	504	1.322	
Λοιπή Στερ. Ελλάδα και Εύβοια	1.993	25	631	794	148	23	75	0	7	82	208
Πελοπόννησος	3.667	62	1.198	1.428	62	36	155	0	19	129	578
Ιόνιοι Νήσοι	673	10	190	272	0	9	40	0	0	53	99
Ήπειρος	1.941	28	619	867	64	28	87	0	10	46	192
Θεσσαλία	2.860	35	1.008	1.159	106	28	87	0	10	46	192
Μακεδονία	10.712	90	4.071	3.986	274	82	757	0	183	311	958
Θράκη	1.205	19	492	481	17	9	65	0	3	13	106
Νήσοι Αιγαίου	1.768	25	379	548	37	15	75	0	17	263	409
Κρήτη	2.793	29	1.044	988	38	38	172	0	31	87	365

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2006

Στο διάγραμμα 4.2 φαίνεται η ανισοκατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών. Συγκεκριμένα χαμηλό δείκτη εμφανίζουν οι περιφέρειες του Νοτίου Αιγαίου, της Στερεάς Ελλάδας, της Δυτικής Μακεδονίας και της Πελοποννήσου ενώ αντίθετα οι σχετικοί δείκτες λαμβάνουν υψηλές τιμές στην Α΄ Αττικής, στην Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας και στην Κρήτη.



Διάγραμμα 4.2 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας (2006)

5. Ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού

Τεράστιες είναι οι ελλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της χώρας γεγονός που δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους. Συγκεκριμένα στο «Αττικόν» παρουσιάζεται έλλειψη σε 363 νοσηλευτές και στα νοσηλευτικά τμήματα τη φροντίδα έχουν 2 ή 1 νοσηλεύτριας σε 30-34 ασθενείς. Οι ελλείψεις αυτές έχουν ως συνέπεια την απασχόληση του προσωπικού κάτω από εξοντωτικές συνθήκες πίεσης.

Σημαντική επίσης είναι η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας πάνω 150 κρεβάτια διαθέσιμα τα οποία παραμένουν κλειστά και αναξιοποίητα λόγω έλλειψης προσωπικού. Αν λειτουργούσαν τα κρεβάτια αυτά θα μπορούσα να περιθάλψουν ακόμη 4.500 ασθενείς το χρόνο. Από αυτούς στατιστικά αναμένεται να επιβιώσουν περισσότεροι από 3.000, για τους οποίους η πιθανότητα να ζήσουν εκτός ΜΕΘ είναι μηδαμινή.

Η αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη ανέρχεται σε 2,4 ενώ σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα για κάθε κλίνη σε ΜΕΘ απαιτούνται τουλάχιστον έξι νοσηλευτές σε ημερήσια βάση.

Επίσης μια εντατική Παίδων, αυτή του Ιπποκρατείου, με μόλις οκτώ κλίνες καλείται να εξυπηρετήσει τα περιστατικά από όλη τη Βόρεια Ελλάδα. Την ίδια ώρα, σε Μακεδονία και Θράκη, «Λάμπουν» δια της απουσίας τους οι λεγόμενες Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας, που υποδέχονται τους ασθενείς, αφού βγουν από την εντατική, με αποτέλεσμα να «λιμνάζουν» περιστατικά στις ΜΕΘ ακόμη και για δέκα μήνες.

Ενδεικτικά ακολουθούν πίνακες με τη στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας.

Στελέχωση νοσηλευτικής υπηρεσίας - Ν.Γ.Ν. ΠΑΤΗΣΙΩΝ (2008)

	Προβλεπόμενες	Υπηρετούντες	Κενές
Π.Ε.	1+1	2	0
Τ.Ε.	85	53	32
Δ.Ε.	65	41	24
Υ.Ε.	30	21	9
Τ.Ε. Επ/τριες	6	3	3

Στελέχωση νοσηλευτικής υπηρεσίας - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (2008)

	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Οργανικές	50	518	310	230
Καλυμμένες	9	392	213	137
Κενές	41	136	97	93

Στελέχωση νοσηλευτικής υπηρεσίας - ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ (2008)

	Οργανικές	Υπηρετούντες	Κενές
Νοσηλευτική υπηρεσία	1481	1067	417

Στελέχωση νοσηλευτικής υπηρεσίας - ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟΥ (2008)

	Προβλεπόμενες	Υπηρετούντες	Κενές	Προς συμβ.
Π.Ε.	2	0	2	0
Τ.Ε.	113	67	46	0
Δ.Ε.	2	2	0	0
Υ.Ε.	12	8	4	0
Τ.Ε. Αδελφών νοσοκόμων	80	59	21	0
Δ.Ε. νοσοκόμων τραυματιοφορέων	0	0	3	0
Υ.Ε. βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό	32	21	0	11
Δ.Ε. πρακτικών αδελφών	0	0	3	0
ΣΥΝΟΛΟ	241	157	6	84

Προκειμένου να λυθεί το πρόβλημα της στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού κατατέθηκε στη Βουλή νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας, το οποίο περιλαμβάνει διατάξεις για τις νέες διαδικασίες πρόσληψης νοσηλευτικού προσωπικού. Με το νέο σύστημα θα γίνουν αρχικά 5.500

Ειδικότερα, στη ρύθμιση του νομοσχεδίου αναφέρεται πως «τα νοσοκομεία και οι λοιπές νοσηλευτικές μονάδες του ΕΣΥ επιτρέπεται, κατ' εξαίρεση των ισχυουσών διατάξεων, να προσλαμβάνουν νοσηλευτικό προσωπικό κατόπιν προκήρυξης. Το περιεχόμενο της προκήρυξης και τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα των υποψηφίων για πρόσληψη καθορίζονται από το Διοικητικό Συμβούλιο του οικείου νοσοκομείου ή του αρμόδιου οργάνου της νοσηλευτικής μονάδας, λαμβανομένων υπόψη των κριτηρίων του ν. 2190/1994, όπως εκάστοτε ισχύει και εγκρίνονται από το ΑΣΕΠ. Κάθε διαγωνισμός θα γίνεται πλέον σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας και οι υποψήφιοι θα έχουν δικαίωμα να υποβάλουν αίτηση σε δύο μόνο μονάδες του ΕΣΥ της Περιφέρειας. Αυστηρές κυρώσεις προβλέπει το νομοσχέδιο αν οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν υποψηφιότητα σε περισσότερες από δύο νοσηλευτικές μονάδες σε κάποια Υγειονομική Περιφέρεια, καθώς όχι μόνον εκπίπτουν από τη θέση τους εφόσον επιλεγούν, αλλά αποκλείονται για μια διετία και από κάθε διαγωνισμό πρόσληψης προσωπικού του ΕΣΥ.

Ανάλογες κυρώσεις ορίζονται και σε περίπτωση που υποψήφιοι επιλεγούν και δεν προσέλθουν να αναλάβουν υπηρεσία ή παραιτηθούν εντός 12 μηνών από τον διορισμό τους. Και σε αυτή την περίπτωση αποκλείονται για μια διετία από κάθε προκήρυξη του υπουργείου Υγείας.

Σημειώνεται επίσης ότι οι διοριστέοι για μια πενταετία δεν επιτρέπεται να μετακινηθούν από τη θέση για την οποία προσλήφθηκαν, για οποιοδήποτε λόγο, και με οποιαδήποτε διαδικασία, όπως απόσπαση, μετάταξη, μετάθεση.

Με κοινή υπουργική απόφαση που θα εκδοθεί εντός εξαμήνου από την ψήφιση του νομοσχεδίου θα καθοριστούν τα βασικά σημεία των διακηρύξεων και τα κριτήρια αξιολόγησης, οι σχετικές προθεσμίες εφαρμογής και η άσκηση εποπτείας και συντονισμού από τις Υγειονομικές Περιφέρειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Γενικά

Ανισοκατανομή, ανεπάρκεια και ανισότητα είναι τα τρία «Αρνητικά» που χαρακτηρίζουν σε μεγάλο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας. Οι περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες είναι συγκεντρωμένες στο λεκανοπέδιο Αττικής και τη Μακεδονία, γεγονός που συνεπάγεται μεγάλη «ροή» ασθενών που αναζητούν νοσηλευτική φροντίδα από τον τόπο κατοικίας τους προς αυτές τις περιφέρειες.

Ειδικότερα, σύμφωνα με μελέτη η γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών στη χώρα παρουσιάζει μεγάλες ανισότητες. Από τις περίπου 52.000 κλίνες που λειτουργούν στην Ελλάδα – πλην των κλινών των στρατιωτικών νοσοκομείων- οι 22.500 (43,3%) είναι ανεπτυγμένες στην περιφέρεια της πρωτεύουσας και 12.200 (23,6%) στην περιφέρεια Μακεδονίας. Συνολικά στη χώρα αντιστοιχούν 4,7 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους με τη μεγαλύτερη αναλογία να καταγράφεται στο Λεκανοπέδιο Αττικής (16 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους και τη Μακεδονία 15). Στη χειρότερη θέση από άποψη αναλογίας κλινών ανά κατοίκους, βρίσκονται η Στερεά Ελλάδα, πλην της Αττικής και η Εύβοια (2,6 ανά 1.000 κατοίκους, καθώς και η Πελοπόννησος 12,9).

Το παράδοξο είναι ότι σε αυτές τις περιφέρειες το ποσοστό κάλυψης των κλινών είναι ιδιαίτερα χαμηλό, ενώ καταγράφονται υψηλές μετακινήσεις ασθενών προς άλλες περιφέρειες και κυρίως προς την Αττική με την οποία γειτνιάζουν.

Ως υγειονομικά αυτοδύναμες περιφέρειες χαρακτηρίζονται η περιφέρεια της πρωτεύουσας της Μακεδονίας, και της Ηπείρου, αφού όχι μόνο «συγκρατούν» τους κατοίκους-ασθενείς εντός των συνόρων τους, αλλά δέχονται και ασθενείς από άλλες περιοχές της χώρας. Είναι ενδεικτικό ότι από τα 637.114 εξιτήρια που εξέδωσαν τα νοσοκομεία της Αττικής το 2004, τα 187.550 αφορούσαν ασθενείς άλλων περιοχών της χώρας.

Στον αντίποδα είναι η Στερεά Ελλάδα και η Εύβοια από όπου το ίδιο έτος διακομίσθηκαν σε άλλες περιφέρειες περίπου 83.700 ασθενείς. Εξαρτημένες από τις υπηρεσίες υγείας άλλων περιφερειών είναι επίσης η Πελοπόννησος και τα νησιά του Αιγαίου. Ανεπάρκεια

καταγράφεται αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, αφού η αναλογία νοσηλευτή ανά κλίνη είναι πολύ χαμηλή σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Επίσης αποτέλεσμα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι η λειτουργία μέσα σε αυτά ενός μεγάλου αριθμού αποκλειστικών νοσοκόμων με βάση ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και χωρίς να διαθέτουν πάντα το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης. Εκτός από την έλλειψη και την ανισοκατανομή, εμφανίζεται και δυσμενής σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, δεδομένου ότι συνυπάρχουν κατηγορίες με τετραετή ή τριετή εκπαίδευση σε ΑΕΙ και ΤΕΙ, διετή και μονοετή εκπαίδευση σε μέσες τεχνικές επαγγελματικές σχολές καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό που διαθέτει μόνο πρακτική εμπειρία και όχι θεωρητική εκπαίδευση.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό παρατηρείται υψηλός πληθωρισμός όπου οδηγεί στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες και στην αύξηση των δαπανών υγείας. Επιπροσθέτως βλέπουμε την άνιση κατανομή των γιατρών και των οδοντιάτρων μεταξύ των γεωγραφικών περιφερειών της χώρας. Τα περισσότερα προβλήματα έλλειψης γιατρών φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι περιφέρειες της Θεσσαλίας, των νησιών του Αιγαίου, της Θράκης και των νησιών του Ιονίου.

Όσον αφορά τους οδοντίατρος, δυσμενέστερη εικόνα καταγράφουν τα Ιόνια νησιά, η Θράκη, τα Νησιά του Αιγαίου, και η Πελοπόννησος. Αξιοσημείωτο είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό των γενικών ιατρών σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες, όπου θέτει περιορισμούς στη δυνατότητα εφαρμογής ενός μεταρρυθμιστικού σχεδίου το οποίο να δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σε ότι αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον πίνακα 5.1 φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των Ελλήνων Πολιτών από τη νοσηλευτική υποδομή της χώρας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα.

Η έλλειψη ικανοποίησης αφορά κυρίως τις χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες των δημοσίων νοσοκομείων, την καθαριότητα, την έλλειψη μονόκλιων δωματίων και τις μεγάλες λίστες αναμονής για ορισμένες ειδικότητες (καρδιολογία). Οι σχετικές πάντως μελέτες υπογραμμίζουν πως η ικανοποίηση των πραγματικών χρηστών των υπηρεσιών είναι υψηλότερη από αυτή που προκύπτει από έρευνες γνώμης του γενικού πληθυσμού και

επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την εκπαιδευτική στάθμη, το εισόδημα, τον φορέα ασφάλισης, το επάγγελμα και τον τόπο διαμονής, παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν και τις προσδοκίες των πολιτών από το σύστημα υγείας.

Πίνακας 5.1 Βαθμός ικανοποίησης των αναγκών της κοινωνίας από τη νοσηλευτική υποδομή της χώρας

Χώρες	Δείκτης	Συνολική κατάταξη	Κατάταξη στην Ε.Ε.	Χώρες	Δείκτης	Συνολική κατάταξη	Κατάταξη στην Ε.Ε.
Αυστρία	9,41	1	1	Ιταλία	5,19	34	12
Βέλγιο	8,80	4	2	Λουξεμβούργο	7,91	8	4
Τσεχία	5,95	29	11	Ολλανδία	6,66	24	9
Δανία	7,83	11	6	Πολωνία	1,85	58	21
Εσθονία	4,25	42	17	Πορτογαλία	4,45	41	16
Φινλανδία	7,88	10	5	Σλοβακία	4,16	45	19
Γαλλία	8,11	7	3	Σλοβενία	4,86	38	14
Γερμανία	7,79	12	7	Ισπανία	7,00	18	8
Ελλάδα	4,56	40	15	Σουηδία	6,17	26	10
Ουγγαρία	2,31	56	20	Ηνωμένο Βασίλειο	4,93	37	13
Ιρλανδία	4,20	44	18				

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2005

5.2. Προτάσεις- μέτρα

Ιατροί

Ως ζήτημα κρίσιμης σημασίας θεωρείται η επεξεργασία μίας πολιτικής συγκράτησης του ιατρικού πληθωρισμού, αναδιάταξης στις ιατρικές ειδικότητες, αναλογικής κατανομής ανά γεωγραφική περιφέρεια και σύνδεσης των ιατρικών αμοιβών με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της ιατρικής εργασίας.

Προς αυτές τις κατευθύνσεις προτείνονται μέτρα όπως:

- Η λήψη κάθε μέτρου για την εξασφάλιση της επάρκειας ιατρών στις ειδικότητες όπου υφίστανται ελλείψεις, όπως η γενική ιατρική, η κοινωνική ιατρική και η ιατρική της εργασίας .
- Ο επαναπροσδιορισμός των θέσεων λήψης ειδικότητας, με δραστικό περιορισμό για τις κορεσμένες και πολλαπλασιασμό για τις ειδικότητες που είναι αναγκαίες (γενική -οικογενειακή ιατρική, κοινωνική ιατρική, ιατρική της εργασίας, γηριατρική, αθλητιατρική κλπ.).
- Η θέσπιση συστήματος ιατρικών αμοιβών στον δημόσιο τομέα που θα συνδέεται

μετά από ένα πλαφόν με την ποιότητα και την ποσότητα της ιατρικής εργασίας (π.χ. αριθμός επεμβάσεων κατ' είδος, εφημέρευση στα ΤΕΠ, εκπαίδευση ειδικευομένων, ερευνητικές δημοσιεύσεις, συγκράτηση κόστους νοσηλείας κλπ.).

- Η θέσπιση ισχυρών κινήτρων μακροχρόνιας στελέχωσης περιφερειακών ιατρείων, κέντρων υγείας και ακριτικών νοσοκομείων.
- Ο σαφής προσδιορισμός της εκπαιδευτικής ικανότητας των νοσοκομείων.

Νοσηλευτές

Είναι επιτακτική ανάγκη να καταστεί ελκυστικό για τους νέους το νοσηλευτικό επάγγελμα, με δραστικά μέτρα που θ' αποβλέπουν στην κοινωνική, οικονομική και εργασιακή αναβάθμιση του. Απαραίτητα μέτρα είναι:

- η γενίκευση και αποκλειστική παροχή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα ιδρύματα ανώτατης εκπαίδευσης και στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με
- την οικονομική αναβάθμιση των νοσηλευτών, μέσω της ειδικής αμοιβής για την ιδιαιτερότητα του επαγγέλματος τους, και των εργαζόμενων στις υπηρεσίες των νοσοκομείων
- πρέπει επίσης να εξετασθεί πολύ σοβαρά η εξομοίωση των εργασιακών συνθηκών των νοσηλευτών με εκείνες των ιατρών του δημόσιου τομέα (πρωινό τακτικό ωράριο και πρόσθετη αμειβόμενη εφημερία).
- πρέπει να γίνει η εξειδίκευση των νοσηλευτών.

Κτιριακές υποδομές - εξοπλισμός

Μέτρα για την βελτίωση των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού είναι τα εξής:

- Άμεση εκπόνηση ενός έγκυρου Υγειονομικού Χάρτη που, εκτός όλων των άλλων, θα περιλαμβάνει την πλήρη καταγραφή των υφισταμένων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η καταγραφή πρέπει να είναι λεπτομερής (λειτουργούντα τμήματα, βιοϊατρικός εξοπλισμός, στελέχωση ανά ειδικότητα, στατιστικά δεδομένα κλπ.) και να επικαιροποιείται κάθε χρόνο.
- Αξιολόγηση κάθε δομής του ΕΣΥ (*παραγόμενο έργο σε σχέση με το κόστος, εκπαιδευτικές δυνατότητες, κλπ.*) και επαναπροσδιορισμός της αποστολής της. Χρειάζονται καλύτερα και πληρέστερα νοσοκομεία. Ο υπάρχων αριθμός κλινών κρίνεται ικανοποιητικός συγκριτικά με τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και της αύξησης της πληρότητας νοσοκομειακών κλινών. Απαιτείται όμως ποιοτική

αναβάθμιση των νοσοκομειακών κλινών και των ξενοδοχειακών υποδομών.

- Αναδιάταξη των κλινικών και εργαστηριακών τμημάτων, με στόχο τη μεγιστοποίηση της εξυπηρέτησης των ασθενών και τη βελτίωση της πληρότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομείων.
- Θέσπιση αυστηρής διαδικασίας ως προς τη χορήγηση αδειών εγκατάστασης βιοϊατρικής τεχνολογίας, στα πλαίσια των διεθνώς παραδεκτών αναλογιών ως προς τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό.
- Εξασφάλιση της 24ωρης λειτουργίας της εξειδικευμένης τεχνολογίας στον δημόσιο τομέα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Οικονόμου Χ., (1999) «Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις, στο: Σακελλαρόπουλος Θ., (επιμ.). Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους, κριτική, Αθήνα.
2. Τούντας Γ. Τα συστήματα υγείας στον 21^ο αιώνα
3. Τούντας Γ. Κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, Αθήνα 2001.
4. www.statistics.gr.
5. www.κατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.gr.
6. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2000, 17(6): 627-639.
7. www.mohaw.gr.
8. Γιώργος Ι. Στάθης. Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα.
9. ICAP, 2006.
10. Ματσανιώτης Ν. Ο ιατρικός πληθωρισμός στην Ελλάδα. Καθημερινή της Κυριακής (1.12.96) 1996.
11. Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν. Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα υγείας στην Ελλάδα.
12. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, 1(1): 1-7.