



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ο πληθωρισμός και η ανισοκατανομή του ιατρικού  
προσωπικού στο Ε.Σ.Υ την τελευταία δεκαετία-οι απόψεις των  
ιατρών»**

**ΣΙΩΖΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ  
ΤΣΕΚΕΝΗ ΧΑΪΔΩ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: κ. ΚΩΣΤΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2010**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	4
ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	4
ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	4
ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	5
ΒΑΣΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	6
1.1 Ορισμός πληθωρισμού.....	6
1.2 Το φαινόμενο του πληθωρισμού στην Ελλάδα.....	7
1.3 Ανασκόπηση κεφαλαίου.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ).....	9
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
2.2 Η σημερινή πραγματικότητα του Ε.Σ.Υ.....	10
2.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες οικονομικής μεγέθυνσης νοσοκομείων.....	13
2.4 Ο ρόλος και η διαχείριση προσωπικού στα νοσοκομεία.....	14
2.5 Τα προβλήματα ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα.....	17
2.6 Ανασκόπηση κεφαλαίου.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.....	21
3.1 Πληθωρισμός του ιατρικού επάγγελματος.....	21
3.2 Ανισοκατανομή του προσωπικού στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	22
3.2.1 Η ανισοκατανομή των ιατρών στην πρωτεύουσα.....	24
3.2.2 Η ανισοκατανομή των ιατρών στην περιφέρεια.....	26
3.2.3 Η ανισοκατανομή τω ιατρικών ειδικοτήτων.....	28
3.3 Ιατρικό δυναμικό.....	30
3.4 Ποσοτική εκτίμηση του ιατρικού πληθωρισμού.....	32
3.5 Ο ιατρικός πληθωρισμός και ο ρόλος του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	39
3.6 Ανασκόπηση κεφαλαίου.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	43
4.1 Μεθοδολογία έρευνας.....	43
4.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	43
4.3 Σύνταξη του ερωτηματολογίου.....	44
4.4 Δείγμα.....	44
4.5 Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας-μέθοδος συλλογής στοιχείων.....	47
4.6 Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	48
5.1 Αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών.....	48
5.2 Αποτελέσματα ίδιας έρευνας-ερωτηματολόγια.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	60
6.1 Οι συνέπειες του πληθωρισμού των ιατρών.....	60
6.2 Συμπεράσματα ανάλυσης στοιχείων ιατρικού κλάδου.....	61
6.3 Προτάσεις.....	62
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
WEBSITES.....	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	68

Α1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	73
Β1 ΠΙΝΑΚΕΣ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	73
Β2 ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ-ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ.....	82

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει σαν κύριο στόχο την διερεύνηση των ανεπιθύμητων φαινομένων του υψηλού πληθωρισμού του ιατρικού σώματος και της ανισοκατανομής των ιατρών στις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας και στις ιατρικές ειδικότητες.

Μέσα από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αποδελτίωση του τύπου των τελευταίων ετών και επεξεργασία επίσημων στατιστικών στοιχείων, επιχειρούμε:

- 1) να προσδιορίσουμε την έκταση του προβλήματος του πληθωρισμού και της ανισοκατανομής του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα και
- 2) να καταγράψουμε τις απόψεις των ιατρών περί του θέματος.

Επίσης, παραθέτουμε τα δεδομένα και τα αποτελέσματα πρωτογενούς έρευνας, μέσα από συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 82 ιατρούς, όπου καταγράφονται τα αίτια του ιατρικού πληθωρισμού, της συγκέντρωσης του ιατρικού σώματος στα μεγάλα αστικά κέντρα και της αποφυγής ορισμένων ειδικοτήτων, καθώς και τα αποτελεσματικότερα μέτρα περιορισμού αυτών των φαινομένων, σύμφωνα με τις απόψεις των ιατρών.

Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ιατρών κάθε χρόνο έχει ως αποτέλεσμα η Ελλάδα να έχει την υψηλότερη αναλογία κατοίκων ανά ιατρό στην Ευρώπη. Ένας ιατρός αναλογεί σε 185 πολίτες, όταν η μέση αναλογία στην Ευρώπη είναι ένας ιατρός ανά 350-400 κατοίκους. Κάθε χρόνο μπαίνουν στο Σύστημα Υγείας περίπου 2.000 νέοι ιατροί, ενώ συνταξιοδοτούνται μόλις 500.

Στην προσπάθειά μας για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά, την εισηγήτρια αυτής κα Κωστίκου Θεοδώρα, εργ. συνεργάτη του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας, για την πολύτιμη βοήθειά της.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται δύο βασικά θέματα, α) τη διαπίστωση της έκτασης του προβλήματος του πληθωρισμού και της ανισοκατανομής, στο χώρο και στις ειδικότητες, του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα και β) την καταγραφή της γνώμης των ιατρών ως προς το συγκεκριμένο ζήτημα και ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης του. Ουσιαστικά η έρευνα βασίζεται σε μια καταγραφή πρωτογενών και δευτερογενών στοιχείων τα οποία αναλύονται και από τα οποία εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα για τα προβλήματα του ιατρικού κλάδου που προκαλούνται από τον πληθωρισμό.

## **ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Στόχοι της έρευνας είναι να εξετάσει το κατά πόσο ο πληθωρισμός του ιατρικού επαγγέλματος ευθύνεται για την ανεργία στον κλάδο καθώς επίσης και για το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Επίσης, στόχος της έρευνας μας είναι να καταδείξει ποια είναι τα βασικά προβλήματα του κλάδου σύμφωνα με τους ίδιους τους γιατρούς που αποτελούν μέρος του, όπως τις επιπτώσεις του μεγάλου αριθμού ιατρών στην Ελλάδα, της άνισης κατανομής αριθμού ιατρών σε κάθε ειδικότητα και το γιατί οι ιατροί αποφεύγουν κάποιες ειδικότητες κ.ά.

## **ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η εργασία αποτελείται από δύο κομμάτια: 1) την θεωρητική προσέγγιση που αφορά βιβλιογραφική έρευνα και ανάλυση στατιστικών στοιχείων και 2) την ερευνητική προσέγγιση.

Αρχικά γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σε στοιχεία του πληθωρισμού σαν φαινόμενο και πώς επηρεάζει την αγορά εργασίας και την ανεργία και έπειτα ακολουθεί μια πιο εξειδικευμένη προσέγγιση του φαινομένου του ιατρικού πληθωρισμού στον ιατρικό κλάδο. Κατόπιν παρατίθεται μια ενότητα με δευτερογενή στοιχεία και η ανάλυση τους και η εργασία ολοκληρώνεται από πρωτογενή έρευνα με διανομή ερωτηματολογίου σχετικού με το θέμα σε ιατρούς.

Τα **βασικά ερωτήματα** της έρευνας είναι:

1. Ποια είναι η αναλογία του αριθμού των Ιατρών στην Ελλάδα, ως προς τον Πληθυσμό της χώρας;
2. Που οφείλεται ο μεγάλος αριθμός Ιατρών και υποψηφίων για Ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα;
3. Ποια είναι η κοινωνικά δυσμενέστερη επίπτωση του μεγάλου αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;
4. Πόσο αναγκαίο είναι να ληφθεί επειγόντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο περιορισμού του αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;

Οι **βασικές υποθέσεις** της έρευνας είναι:

1. Ο ιατρικός πληθωρισμός ευθύνεται για την ανεργία στον κλάδο καθώς επίσης και για το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης λόγω της δυσκολίας να υπάρξουν προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης για τόσο μεγάλο αριθμό ιατρών.
2. Ο ιατρικός πληθωρισμός και οι δυσμενείς επιπτώσεις του στρέφουν το μεγαλύτερο ποσοστό ιατρών προς ειδικότητες πιο κερδοφόρες και δημοφιλείς με σκοπό το μεγαλύτερο κέρδος και την αποφυγή της υποαπασχόλησης κάτι που οδηγεί στην ανισοκατανομή των ειδικοτήτων.

# 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ

Ως *πληθωρισμό* ορίζουμε το φαινόμενο της συνεχούς ανόδου του γενικού επιπέδου των τιμών. Από τον ορισμό αυτό, συμπεραίνεται ότι στην περίπτωση που παρατηρηθεί μοναδική αύξηση των τιμών και μετέπειτα σταθεροποίηση της, δεν μπορεί κάποιος να μιλάει για πληθωρισμό (Λιανός Θεόδωρος, 1996:412-414)<sup>1</sup>.

Επίσης, ο ορισμός αναφέρεται στην αύξηση του γενικού επιπέδου των τιμών, χωρίς αυτό να σημαίνει κατ' ανάγκη ότι αυξάνεται η τιμή όλων των προϊόντων. Είναι, επομένως, δυνατόν να έχουμε πληθωρισμό και οι τιμές κάποιων αγαθών να μειώνονται. Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση που το κράτος αποφασίσει να διατηρήσει τις τιμές σε σταθερά επίπεδα επιβάλλοντας ανώτατα όρια, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ελλειμμάτων αγαθών.

Ο πληθωρισμός θεωρείται μείζον πρόβλημα για μια οικονομία, καθώς μειώνει την αγοραστική αξία του χρήματος. Είναι ένα φαινόμενο που πλήττει κυρίως τις οικονομίες που εμφανίζουν χαμηλή ανταγωνιστικότητα και παραγωγικότητα σε νευραλγικούς τομείς της οικονομικής δραστηριότητας. Η αντιμετώπιση του είναι δυσχερής και εξαρτάται από πολλά θεμελιώδη οικονομικά μεγέθη.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται το φαινόμενο της *ύφεσης του πληθωρισμού*, δηλαδή υπάρχει μια ταχεία αύξηση του γενικού επιπέδου των τιμών, παράλληλα με υψηλά επίπεδα ανεργίας, με άμεσο αποτέλεσμα ο πληθωρισμός να καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την άσκηση της οικονομικής πολιτικής.

Συνεπώς το παραπάνω οικονομικό κύκλωμα επηρεάζει και τις αποφάσεις της εκάστοτε κυβέρνησης για προσλήψεις στο χώρο της Υγείας και κατά συνέπεια και τον πληθωρισμό των ιατρών. Συνεπώς για τη στήριξη του θέματος πάνω σε ένα θεωρητικό υπόβαθρο στο παρόν κεφάλαιο διαπραγματευόμαστε την έννοια του πληθωρισμού.

Ο πληθωρισμός βρίσκεται ανάμεσα στους παράγοντες εκείνους που διαμορφώνουν την ανταγωνιστικότητα. Ασφαλώς, θα πρέπει να τον συμπεριλάβουμε στους παράγοντες

---

<sup>1</sup> Λιανός Θεόδωρος(1996), Μπένος Θεοφάνης, Μακροοικονομική Ανάλυση και Δημοσιονομική Πολιτική, Εκδόσεις Ευγ. Μπένου, Αθήνα 1996, σελ.412-414.

του εξωτερικού περιβάλλοντος των νοσοκομείων. Ο πληθωρισμός, μαζί με ένα σύνολο άλλων παραγόντων όπως είναι οι μεταβιβαστικές πληρωμές, οι συναλλαγματικές ισοτιμίες, η πολιτική των μισθών, οι διαπραγματευτικοί μηχανισμοί, επηρεάζουν το κόστος της εργασίας. Η επίδραση αυτή είναι αυξητική, δηλαδή οι παραπάνω παράγοντες αυξάνουν τον πληθωρισμό.

Το κόστος της εργασίας βρίσκεται ανάμεσα στους παράγοντες που διαμορφώνουν το κόστος της παραγωγής. Οι υπόλοιποι παράγοντες είναι το κόστος των εισαγωγών, οι φόροι, και η παραγωγικότητα. Το κόστος της παραγωγής διαμορφώνει την συνολική αξία της παραγωγής, η οποία με την σειρά της επηρεάζει την ανταγωνιστικότητα των νοσοκομείων. Το κόστος παραγωγής είναι ο βασικός παράγοντας διαμόρφωσης της τιμής. Όσο αυξάνεται το κόστος παραγωγής τόσο αυξάνεται και η τιμή του τελικού προϊόντος. Και όσο αυξάνεται η τιμή του προϊόντος τόσο λιγότερο ανταγωνιστική είναι η «επιχείρηση» σε σχέση με τις καλύτερες τιμές του ανταγωνισμού.

## **1.2 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σήμερα η Ελλάδα έχει πληθωρισμό υψηλότερο από τις περισσότερες χώρες της ζώνης του ευρώ και οι πολίτες διαμαρτύρονται για την «ακρίβεια».

Ερωτηματικό αποτελεί εάν ο υψηλότερος, σχετικά με τις υπόλοιπες χώρες της ζώνης του ευρώ, πληθωρισμός της Ελλάδας αποτελεί συγκυριακό, φυσιολογικό φαινόμενο, οφειλόμενο κυρίως, στο λεγόμενο «θεώρημα Μπαλάσα-Σάμουελσο», ([Balassa-Samuelson effect](#)), σύμφωνα με το οποίο *μια oligότερο ανεπτυγμένη οικονομία (όπως η Ελλάδα), που συγκλίνει με ταχύτερους ρυθμούς ανάπτυξης προς άλλες πιο ανεπτυγμένες οικονομίες), εμφανίζει υψηλότερο πληθωρισμό.*

Σύμφωνα με τη θεωρία των **Balassa-Samuelson**, μια χώρα που είναι oligότερο ανεπτυγμένη από άλλες χώρες και συνάπτει ελεύθερο εμπόριο με αυτές, γεγονός που συνέβη με την ένταξη της Ελλάδας στην ενιαία αγορά, αρχίζει να υφίσταται την πίεση του ανταγωνισμού των χωρών αυτών στην παραγωγή των προϊόντων που μπορούν να μεταφερθούν εύκολα από μια αγορά σε άλλη, στα λεγόμενα «εμπορεύσιμα αγαθά».

Η θεωρία υποστηρίζει ότι ο κλάδος παραγωγής των προϊόντων αυτών, αντιδρώντας στον ανταγωνισμό, γίνεται πιο παραγωγικός, με αποτέλεσμα να αρχίσει να αυξάνει τις εξαγωγές του. Οι αυξημένες εξαγωγές δημιουργούν αυξημένα εισοδήματα για τους εργαζόμενους στον κλάδο αυτό, τα οποία εισοδήματα, αν και συμβάλλουν στην ανάπτυξη,



δεν είναι πληθωριστικά γιατί έχουν αντίκρυσμα στην αυξημένη πια παραγωγικότητα του κλάδου.

Όμως, οι εργαζόμενοι στον ανταγωνιστικό και παραγωγικό αυτό κλάδο ξοδεύουν τα αυξημένα εισοδήματα τους και σε προϊόντα και υπηρεσίες εγχώριας παραγωγής, που δεν εκτίθενται στον ανταγωνισμό του διεθνούς εμπορίου, και τα οποία καλούνται μη εμπορεύσιμα αγαθά.

### ***1.3. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ***

Για την στήριξη του θέματος πάνω σε ένα θεωρητικό υπόβαθρο, στο παραπάνω κεφάλαιο διαπραγματευτήκαμε την έννοια του πληθωρισμού. Ο πληθωρισμός θεωρείται μείζον πρόβλημα για μια οικονομία, καθώς μειώνει την αγοραστική αξία του χρήματος. Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια ταχεία αύξηση του γενικού επιπέδου των τιμών παράλληλα με υψηλά επίπεδα ανεργίας, με αποτέλεσμα να καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την άσκηση οικονομικής πολιτικής, πράγμα που επηρεάζει και τις αποφάσεις της εκάστοτε κυβέρνησης για προσλήψεις στο χώρο της Υγείας και κατά συνέπεια και τον πληθωρισμό των ιατρών.

Στο επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή της δημιουργίας του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) καθώς και η περιγραφή της παρούσας κατάστασης. Επίσης γίνεται αναφορά της διαχείρισης του προσωπικού στα νοσοκομεία όπως και των προβλημάτων ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα στη Ελλάδα.

## 2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ.)

#### 2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) ξεκίνησε το 1984 με στόχο να απαλλάξει τους έλληνες πολίτες από το άγχος και την ανησυχία της ανθρώπινης περιθαλψης. Μέχρι τότε ένα σύστημα υγείας στα χέρια λίγων άφηνε τα νοσοκομεία χωρίς ασθενείς, χωρίς εξοπλισμό και χωρίς εργαζομένους αφού όλοι κατευθύνονταν στις ιδιωτικές κλινικές για να νοσηλευθούν. Η σκέψη και η προσπάθεια τότε ήταν καλή, ο σχεδιασμός έξυπνος και σύγχρονος για την δεκαετία του '80. Η δημιουργία των κέντρων υγείας και η καθιέρωση ειδικού ιατρικού μισθολογίου ήταν μια κίνηση που όφειλε να εξασφαλίσει πολλούς γιατρούς σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας.

Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής ευθύνης που έχει τη γενική ευθύνη για το συντονισμό και τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής της χώρας. Στην επόμενη βαθμίδα βρίσκονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες που είναι υπεύθυνες για την υγειονομική πολιτική και την πολιτική κοινωνικής αλληλεγγύης στην τοπική περιφέρεια της αρμοδιότητάς τους και εποπτεύει και συντονίζει τη δράση των Νοσοκομείων και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας που αποτελούν και την Τρίτη βαθμίδα της πυραμίδας με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό κάτι που αποτελεί και την καινοτομία του συστήματος αυτού.

Σε ό,τι αφορά λοιπόν τη λειτουργία των ίδιων των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος υγείας (Ν.1397/83) κατέστησε τα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα που επιχορηγούνταν, άμεσα ή έμμεσα, από το ελληνικό δημόσιο, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Με το Ν. 2889/01 τα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ), που μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) με τον Ν. 3329/2005, με τον οποίο τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα μετατράπηκαν και πάλι σε ανεξάρτητα ΝΠΔΔ.

Τα δημόσια νοσοκομεία από το 1980 έως το 2000 διπλασίασαν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τους, βελτίωσαν τις υποδομές και τον τεχνολογικό εξοπλισμό και δημιούργησαν στα πολύ μεγάλα αστικά κέντρα υπερσύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Τα δημόσια νοσοκομεία συνιστούν, με άλλα λόγια, δημόσιες υπηρεσίες σύμφωνα με το καθεστώς που τα διέπει. Τα νοσοκομεία παρέχουν πληθώρα υπηρεσιών και μάλιστα εξειδικευμένα ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς, ενώ για να παρέχουν καλές τέτοιες υπηρεσίες χρειάζονται καλή διαχείριση, υγιή οικονομικά και απλή λειτουργία. Παράλληλα προς την παροχή φροντίδας υγείας, τα νοσοκομεία παρέχουν στους ασθενείς και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (διαμονή, διατροφή, ιματισμό, καθαριότητα, φύλαξη κλπ.), γεγονός που καθιστά περισσότερο πολύπλοκη τη λειτουργία τους, διότι η διαχείρισή τους πρέπει να εξειδικευθεί σε ετερόκλητους κλάδους δραστηριότητας και να αντιμετωπίσει επιτυχώς διαφορετικές συμπεριφορές και επιδιώξεις των επιμέρους κατηγοριών προσωπικού, αλλά και ποικιλία απαιτήσεων των "πελατών" (ασθενών, συνοδών) που επιπλέον, είναι ψυχολογικά φορτισμένοι εξαιτίας των προβλημάτων τους.

Είναι συνεπώς αναμφισβήτητο ότι, ιδίως στη σύγχρονη εποχή της προηγμένης τεχνολογίας, τα δημόσια νοσοκομεία οφείλουν να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής οργάνωσης και διοίκησης και τις σύγχρονες τεχνολογίες. Η εμπιστοσύνη του Έλληνα στη δημόσια υγεία αυξήθηκε και πλέον προσφεύγει στα εξωτερικά ιατρεία των ιδρυμάτων του ΕΣΥ για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας του. Αυτό ενισχύεται και από την απαγόρευση ίδρυσης καινούργιων ιδιωτικών κλινικών με μοναδικό και κατευθυνόμενο αποτέλεσμα την συσσώρευση του πληθυσμού στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Τα χρόνια όμως περνούν και:

- Αυξάνεται το ιατρικό δυναμικό της χώρας.
- Παλιώνει ο εξοπλισμός του ΕΣΥ.
- Αυξάνονται οι απαιτήσεις του Έλληνα ασθενή.
- Πολλαπλασιάζεται η γνώση και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης.
- Παγώνουν οι προσλήψεις των γιατρών στα νοσοκομεία και το ειδικό μισθολόγιο προσπερνιέται από τα αντίστοιχα του δημοσίου.

## **2.2 Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ**

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας πέρασε από πολλά στάδια. Η προτεραιότητα στην μεταρρύθμιση και αναβάθμιση της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα συνδέθηκε με την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Παρά βέβαια τις φιλόδοξες αυτές κινήσεις, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσίασε και συνεχίζει να παρουσιάζει πολλά προβλήματα. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι αυτό της αδυναμίας επιβολής σύγχρονων διοικητικό-διαχειριστικών μεθόδων στα νοσοκομεία, η οποία συνιστά παράλληλα και μια από τις κεντρικές αιτίες για την αδυναμία του ΕΣΥ να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Τα πραγματικά προβλήματα της δημόσιας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης δεν έγκεινται - όπως προαναφέρθηκε - στην έλλειψη ιατρών, επαρκών νοσοκομειακών κλινών ή πόρων (με δεδομένη την υψηλότερη δαπάνη υγείας για την οποία έγινε λόγος ανωτέρω). Στην καρδιά των προβλημάτων βρίσκεται η ανεπάρκεια του σημερινού συστήματος διοίκησης και ελέγχου, η οποία φτάνει ως το σημείο ακόμα και να ακυρώνει τη χρησιμότητα μιας ενδεχόμενης αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας.

Σε ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων, παρατηρείται το πρόβλημα της ανισοκατανομής στις περιφέρειες της χώρας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου η υστέρηση στην εκπαίδευση του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των νοσοκομείων. Κεντρικό πρόβλημα είναι και η ποσοτική ανεπάρκεια εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού (μη ιατρικού), που θα μπορούσε να προσδώσει ποιότητα και αποτελεσματικότητα στο δημόσιο νοσοκομειακό πλέγμα.

Σήμερα, η έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης, το χαμηλό μισθολόγιο ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και οι ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες εργασίας του (ωράριο, εφημερίες, υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας), η απουσία πλήρους ηλεκτρονικής παρακολούθησης των ιατρικών, διαγνωστικών, νοσηλευτικών, τεχνολογικών και διοικητικών πράξεων, έχει ως αποτέλεσμα:

- τη χαμηλή ποιότητα προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών,
- την πλήρη αδράνεια λειτουργίας των επενδύσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας
- την αύξηση του χρόνου αναμονής (λίστα αναμονής) για εξειδικευμένες παρεμβατικές πράξεις, και
- την αύξηση της παραοικονομίας.

Κατ' αποτέλεσμα ο Έλληνας Πολίτης νιώθει σε τέτοιο βαθμό ανασφάλεια για την αντιμετώπιση σοβαρών αναγκών υγείας, η ικανοποίηση του από τη προσφορά υπηρεσιών βρίσκεται σε τόσο χαμηλό επίπεδο και επιθυμεί να επιτευχθούν σημαντικές μεταρρυθμίσεις, όπως αποδεικνύουν τόσο οι ευρωπαϊκές έρευνες όσο και το σύνολο των ερευνών των Ελληνικών Πανεπιστημίων και των ΤΕΙ. Ειδικά το πρόβλημα της λίστας

αναμονής είναι εντονότατο και προκαλεί μεγάλα προβλήματα στους ασθενείς. Παράλληλα παρατηρείται μια πλήρης εργασιακή απογοήτευση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί πλέον το κύριο χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η επίλυση των ανωτέρω προβλημάτων είναι απαραίτητη, ώστε μέσα από μία γενναία αναθεώρηση των οργανωτικών πλαισίων του ΕΣΥ, να αποκατασταθεί ο πολίτης-ασθενής ως κεντρικό πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου οφείλει να υπάρχει και να λειτουργεί το σύστημα.

### **2.3 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΜΕΓΕΘΥΝΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Παρατηρούμε ότι ο πληθωρισμός είναι ένα από τα βασικά στοιχεία του οικονομικού περιβάλλοντος που μπορούν να επηρεάσουν την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Η εμφάνισή του, διαμορφώνει την γενικότερη πολιτική μιας επιχείρησης και συνεπώς επιδρά και στην πολιτική μάρκετινγκ που θα σχεδιάσει και θα ακολουθήσει.

Το φαινόμενο του πληθωρισμού μπορεί να συντελεί στην δημιουργία ενός ιδιαίτερα δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος, που πολλές φορές καθιστά αδύνατη την επιτυχή λειτουργία μιας επιχείρησης. Αυτό το αποτέλεσμα είναι πολύ έντονο όταν η οικονομία εισέρχεται στον λεγόμενο φαύλο κύκλο του πληθωρισμού. Το φαινόμενο του φαύλου κύκλου του πληθωρισμού αναλύεται ως εξής: Αρχικά, σημειώνεται μια αύξηση στον ετήσιο ρυθμό αύξησης του γενικού επιπέδου των τιμών. Αυτό έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα την μείωση της αγοραστικής δυνάμεως του εγχώριου νομίσιματος και κατά συνέπεια την μείωση του πραγματικού εισοδήματος των καταναλωτών. Από την πρώτη στιγμή που τα άτομα θα αντιληφθούν την μείωση αυτή, θα ελαττώσουν τα τρέχοντα επίπεδα της κατανάλωσης τους. Συνεπώς, θα υπάρξει κάμψη της ενεργούς ζήτησης. Στην κάμψη αυτή, θα προσαρμοστεί με μια μικρή χρονική υστέρηση και η προσφορά, μειώνοντας το επίπεδο της παραγωγής.

Αυτό για τα νοσοκομεία θα σημάνει την μείωση του κύκλου εργασιών τους και την σταδιακή πτώση των κερδών τους. Τα μειωμένα κέρδη οδηγούν και σε μείωση των αποθεματικών των νοσοκομείων που εύκολα μεταφράζονται σε στασιμότητα των επενδύσεων. Οι ελλειπείς επενδύσεις θα αποτρέψουν την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Η ανεργία θα αυξηθεί. Το πραγματικό εισόδημα θα μειωθεί εκ νέου. Ο φαύλος κύκλος θα συνεχιστεί. Τα αποτελέσματα θα είναι ακόμα πιο έντονα στην περίπτωση που η ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση τροφοδοτείται με συνεχείς αυξήσεις του γενικού επιπέδου των τιμών. Σε ένα τόσο εχθρικό κλίμα, όποια και να είναι η πολιτική μάρκετινγκ που θα ακολουθήσει η επιχείρηση, είναι πολύ δύσκολο να αντέξει στην πίεση των οικονομικών δυσχερειών που θα συναντήσει.

## **2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Μπορούμε να θεωρήσουμε τα νοσοκομεία σαν ζωντανούς οργανισμούς που ζουν και αναπτύσσονται σε ένα πολύπλοκο και ευμετάβλητο εξωτερικό περιβάλλον. Το εξωτερικό περιβάλλον των νοσοκομείων αποτελείται από τα ακόλουθα συστατικά στοιχεία που συνθέτουν και τις επιμέρους κατηγορίες:

### **I) Το φυσικό περιβάλλον**

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία αναφέρονται στην επιλογή του τόπου εγκατάστασης των νοσοκομείων, στις κλιματολογικές συνθήκες, στις περιβαλλοντολογικές συνθήκες και στις γενικότερες υποδομές της περιοχής στην οποία δραστηριοποιείται το νοσοκομείο.

### **II) Το τεχνολογικό περιβάλλον**

Στο περιβάλλον αυτό περιλαμβάνονται:

- Οι διαδικασίες παροχής υπηρεσιών.
- Οι εξελίξεις της επιστήμης
- Οι επιπτώσεις από την ανάπτυξη συσχετισμένων προϊόντων (ανταγωνιστικών ή υποκατάστατων)
- Οι βελτιώσεις των υποδομών.
- Η πρόοδος της επεξεργασίας δεδομένων

### **III) Το νομικό περιβάλλον**

Αναφέρεται στο νομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται το νοσοκομείο και το οποίο της επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς.

### **IV) Το κοινωνικό περιβάλλον**

Οι ιδιαιτερότητες κάθε κοινωνίας, οι κώδικες συμπεριφοράς, η διάρθρωση της πολιτικής και κοινωνικής ζωής ενός συνόλου, δεν αφήνουν ανεπηρέαστη την λειτουργία των νοσοκομείων. Είναι απαραίτητο για τα νοσοκομεία να προσαρμοστούν σε αυτά τα δεδομένα, για να μπορέσουν να πλησιάσουν πιο ομαλά την αγορά στην οποία απευθύνονται.

### **V) Το οικονομικό περιβάλλον**

Το περιβάλλον αυτό περιλαμβάνει όλες τις οικονομικές μεταβλητές που μπορούν να επηρεάσουν την δομή, το μέγεθος και την δράση. Αναφέρεται :

- Στην αγορά από την οποία το νοσοκομείο προσλαμβάνει τους γιατρούς
- Στην αγορά στην οποία διαθέτει τις υπηρεσίες της.
- Στον βιομηχανικό κλάδο στον οποίο ανήκει.
- Στην κυβερνητική πολιτική που εφαρμόζεται.

- Στις σχέσεις με τις άλλες επιχειρήσεις και το νομικό πλαίσιο που τις διέπει.

Στα σημαντικά μακροοικονομικά μεγέθη που επηρεάζουν όλη την εγχώρια οικονομία:

- Εθνική παραγωγή (υπολογισμένη σε τρέχουσες ή σταθερές νομισματικές μονάδες), πχ ΑΕΠ, Καθαρό Εθνικό Προϊόν.
- Ακαθάριστες επενδύσεις
- Εμπορικό ισοζύγιο
- Δημόσιο Χρέος
- Δημόσιο έλλειμμα
- Πληθωρισμός
- Ανεργία
- Βαθμός τεχνολογικής ανάπτυξης

Είναι γνωστό, πως τα συστήματα υγείας βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους και ως εκ τούτου θεωρούνται συστήματα εντάσεως εργασίας, σε αντίθεση με τους περισσότερους τομείς της βιομηχανικής παραγωγής που θεωρούνται συστήματα εντάσεως κεφαλαίου. Ο συντελεστής εργασία (ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό) αποτελεί τη σημαντικότερη και μεγαλύτερη εισροή, καθώς απορροφά τους περισσότερους οικονομικούς πόρους. Δικαίως, λοιπόν, αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικότητας και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας<sup>2</sup>. Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούμε στη διάρθρωση του ανθρώπινου δυναμικού στο ελληνικό σύστημα υγείας και σε κάποια συνοδευτικά στατιστικά στοιχεία που θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τη διάρθρωση του ανθρώπινου δυναμικού.

Ο Baker (2004) αναφέρει ότι χρειάζονται **περισσότερα χρόνια για να εκπαιδευτεί ένας γιατρός, απ' ότι να κτιστεί ένα νοσοκομείο**. Οι ανθρώπινοι πόροι απορροφούν το 60% του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας. Είναι όμως δυνατόν με σωστή διαχείριση, οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και τα άλλα επαγγέλματα υγείας, να βελτιώσουν

---

<sup>2</sup> Simmons S., Bonnett-Jones N. Human Resource Development : The Management, Planning and Training of Health Personnel. Evaluation and Planning Center for Health Care 2004.



τόσο την ποιότητα, όσο και την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του παραγόμενου έργου<sup>3</sup>.

Στην Ελλάδα το εργατικό δυναμικό ανέρχεται σε 4.100.000 άτομα και το ποσοστό ανεργίας περίπου στο 11%. Το μέσο ποσοστό απασχολούμενων στον ευρύτερο τομέα της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ αντιστοιχεί στο 5% του συνόλου των εργαζομένων μιας χώρας. Σε χώρες, όπως η Νορβηγία, οι απασχολούμενοι σε υπηρεσίες υγείας αποτελούν το 10% του συνόλου των εργαζομένων<sup>4</sup>.

Η Ελλάδα παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στην αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο από 1,5% στις αρχές του '70 έφθασε στο 3,5% σήμερα. Από αυτό το ποσοστό το 30,6% είναι γιατροί και το 31,4% νοσηλευτικό προσωπικό.

Το υπόλοιπο προσωπικό (38%), παραϊατρικό, διοικητικό, βοηθητικό και λοιπό επιστημονικό, απασχολείται (σε ποσοστό 90%) στο δημόσιο τομέα ή στα ασφαλιστικά ταμεία, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Επίσημη λίστα ανεργίας για τους επαγγελματίες της υγείας δεν υπάρχει<sup>5</sup>.

Από τους 3.000 γιατρούς που διορίζονται ετησίως για την υπηρεσία υπαίθρου, ένα σημαντικό ποσοστό, περίπου 32% είναι απόφοιτοι ιατρικών σχολών του εξωτερικού. Δεν είναι γνωστός ο ακριβής αριθμός των γιατρών που σπουδάζουν στο εξωτερικό. Υπολογίζεται να ανέρχεται στους 7.500. Το 2004 στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών πήραν άδεια άσκησης επαγγέλματος 2.000 νέοι γιατροί, ενώ την ίδια χρονιά οι απόφοιτοι των ιατρικών μας σχολών ήταν περίπου 1.100.

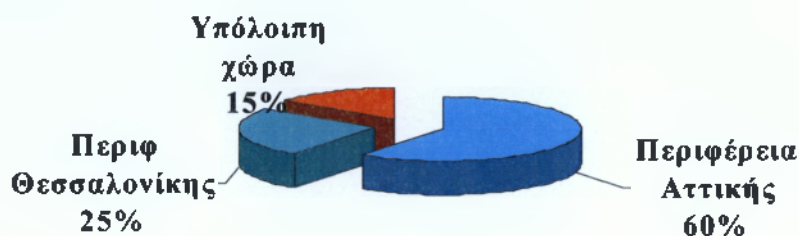
---

<sup>3</sup> Baker TD. Health personnel planning. In W A Reike, Health Planning for Effective Management, Ch. 10, Oxford University Press, 2004.

<sup>4</sup> Λέβετ Τζ. Κ.ά. Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Λειτουργικό Πρόγραμμα Υγείας, ΕΣΔΥ 2006.

<sup>5</sup> Κυριόπουλος Γ. Ανθρώπινο Δυναμικό. Επιθεώρηση Υγείας 2007

Από την κατανομή των υπηρετούντων ειδικευόμενων γιατρών προκύπτουν τα ακόλουθα ποσοστά:



Από το συνολικό αριθμό υπηρετούντων γιατρών για την απόκτηση ειδικότητας, που είναι 7.000 άτομα και με δεδομένο ότι η μέση διάρκεια ειδίκευσης είναι 5,2 χρόνια, μπορούμε να δεχθούμε ότι 1.570 γιατροί ειδικεύονται κάθε χρόνο.

## **2.5 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Τα προβλήματα ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα είναι πολλά και γνωστά, ιδιαίτερα στο δημόσιο χώρο. Οι αλλαγές για την αναστροφή του κλίματος στο δημόσιο τομέα θα πρέπει να είναι επαναστατικές αλλά και εφαρμόσιμες.

Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, η στελέχωση του νοσοκομείου και τα προσόντα διορισμού του κάθε υπαλλήλου περιγράφονται στο ΠΔ 87/86 (ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων), που ήδη θεωρείται ξεπερασμένο, και στους επιμέρους οργανισμούς των νοσοκομείων, που κατά καιρούς εκδόθηκαν. Η έλλειψη συγκεκριμένου καθηκοντολογίου και περιγραφής-ανάλυσης θέσης εργασίας είναι εμφανής. Θεσμοθετημένα κίνητρα παραγωγικότητας δεν υπάρχουν και οι ποινές που επιβάλλουν τα πειθαρχικά συμβούλια είναι σπάνιες. Το ίδιο εμφανής είναι η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου.

Ως προς τη στελέχωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, παρατηρείται συνολική αύξηση της απασχόλησης κατά 128% τα τελευταία 15 χρόνια. Η μεγαλύτερη αύξηση

παρουσιάζεται στον αριθμό των νοσηλευτών (περίπου 160% από το 1980 μέχρι σήμερα). Μεγάλη διαφοροποίηση παρατηρείται στον ιδιωτικό τομέα, όπου η στελέχωση είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Το πρώτο πρόβλημα που διαφαίνεται, όσον αφορά κυρίως τη διοικητική υπηρεσία, είναι η χαμηλή κάλυψη των θέσεων προϊσταμένων. Ενώ τα νοσοκομεία έπρεπε να είχαν 1.211 προϊσταμένους διευθύνσεων, υποδιευθύνσεων και τμημάτων, καταγράφηκαν μόνο 829 (68% κάλυψη), με μεγάλες διακυμάνσεις στην κατανομή (π.χ. όλες οι θέσεις των οικονομικών υποδιευθυντών είναι καλυμμένες, το 72% των προϊσταμένων τμημάτων γενικά και μόλις το 52% των υποδιευθυντών τεχνικών υπηρεσιών).

Αναλυτικότερα, παρουσιάζεται τρομακτική έλλειψη στους τμηματάρχες πληροφορικής (17 στους 113, κάλυψη 15%) και βιοϊατρικής τεχνολογίας (27 στους 113, κάλυψη 24%). Σημαντική είναι επίσης η έλλειψη στους προϊσταμένους τεχνικών τμημάτων (52 στους 113, κάλυψη 46%) και διατροφής (53 στους 81, κάλυψη 65%), ενώ τα τμήματα προσωπικού (101) και οικονομικού (103) είναι επαρκώς καλυμμένα. Μικρότερες ελλείψεις παρουσιάζουν τα άλλα τμήματα (γραμματείας, γραμματείας εξωτερικών ιατρείων και κίνησης ασθενών, κάλυψη 82%).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των στελεχών αυτών, διαπιστώνουμε ότι το 50% είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 18% τεχνικής-επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΤΕ) και ένα σημαντικό ποσοστό (32%) μέσης εκπαίδευσης (ΜΕ). Όλοι οι οικονομικοί υποδιευθυντές είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, κυρίως οικονομικών σχολών, ενώ 1 στους 5 διοικητικοί διευθυντές και 1 στους 3 υποδιευθυντές διοικητικού είναι μέσης εκπαίδευσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι στις τεχνικές υποδιευθύνσεις και τμήματα ελαχιστοποιείται η παρουσία στελεχών μέσης εκπαίδευσης, αυξάνεται όμως αντίστοιχα αυτή της τεχνικής-επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ). Στους τμηματάρχες οικονομικού φαίνεται αυξημένο το ποσοστό των αποφοίτων ΤΕΙ (18%), αν και ο συνολικός αριθμός παραμένει σχετικά μικρός (19). Το υψηλότερο ποσοστό πτυχιούχων παρατηρείται στους προϊστάμενους διατροφής (83%), ενώ και οι υπόλοιποι απασχολούμενοι στα τμήματα διατροφής (16%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Αντίθετα, περίπου το 1/2 των προϊσταμένων προσωπικού και τα 2/3 των υπολοίπων τμημάτων είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης.

Η παραπάνω κατάσταση δημιουργήθηκε, γιατί οι προϊστάμενοι κρίνονται κατά τεκμήριο με βάση τα χρόνια υπηρεσίας και δευτερευόντως με άλλα πιο ουσιαστικά

κριτήρια. Το 50% των προϊσταμένων της διοικητικής υπηρεσίας έχουν πάνω από 16 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ το ποσοστό στις πρώτες δύο βαθμίδες (διοικητικοί διευθυντές και υποδιευθυντές διοικητικού) ανέρχεται στο 75%. Αυτό συμβαίνει επειδή, θεωρητικά τουλάχιστον, οι θέσεις αυτές διεκδικούνται και από παλαιότερα στελέχη με γενική θεωρητική εκπαίδευση, πράγμα που δεν συναντάται στις πιο εξειδικευμένες θέσεις (οικονομικού, τεχνικού, πληροφορικής, διαιτολογίας κ.λπ.), όπου τα στελέχη είναι πιο νέα σε προϋπηρεσία.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό η κατάσταση παρουσιάζεται ακόμα πιο «ακραία», μια και το 1/2 περίπου των προϊσταμένων κλινικών έχουν πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ μόνο μια μικρή μειοψηφία καταλαμβάνει θέση διευθύνουσας ή τομεάρχη όταν έχει κάτω από 16 χρόνια υπηρεσίας. Όσον αφορά τα προσόντα των προϊσταμένων κλινικών και τμημάτων νοσηλευτικής υπηρεσίας, το 98% είναι ΤΕ κατηγορίας, το 1% ΠΕ και το 1% ΜΕ. Αντίθετα, οι διευθύνουσες και οι τομεάρχες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι αναλογικά 12% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 25% απόφοιτες ΤΕΙ και οι υπόλοιπες ΤΕ διετούς και τριετούς εκπαίδευσης. Σε σύνολο 27.000 νοσηλευτών-τριών, που καταγράφηκαν, το 65,2% είναι μέσης εκπαίδευσης νοσοκόμοι, διετούς εκπαίδευσης και πρακτικές αδελφές, το 43,2% τεχνολογικής εκπαίδευσης και μόλις το 0,6% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Από την πλευρά της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, σε σύνολο 1.000 περίπου πτυχιούχων πανεπιστημίου (διοικητικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας), σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν, οι 165 (περίπου 16%) έχουν κάποιας μορφής μεταπτυχιακό τίτλο. Η συντριπτική πλειοψηφία (125, ή 3 στους 4) αφορά διοικητικούς, κυρίως, απόφοιτους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), ενώ 23 έχουν μεταπτυχιακό τίτλο και 19 (8 νοσηλεύτριες) διδακτορικό τίτλο. Μόλις 10 έχουν μεταπτυχιακό τίτλο στη διοίκηση και τα οικονομικά της υγείας.

## **2.5 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Το Ε.Σ.Υ ξεκίνησε την λειτουργία του το 1984, με στόχο να απαλλάξει τους Έλληνες πολίτες από το άγχος και την ανησυχία της ανθρώπινης περιθαλψης, περνώντας από πολλά στάδια. Παρουσίασε όμως και συνεχίζει να παρουσιάζει πολλά προβλήματα με αποτέλεσμα ο Έλληνας πολίτης να νιώθει ανασφάλεια για την αντιμετώπιση σοβαρών αναγκών υγείας.

Ακολουθεί παρουσίαση του μεγέθους του ιατρικού πληθωρισμού καθώς και της ανισοκατανομής των ιατρών τόσο στις ειδικότητες όσο και στις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας.

## 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.

#### **3.1. Ο ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

Είναι γεγονός πως η Ελλάδα κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως στην ανάπτυξη και την εξέλιξη του ιατρικού πληθωρισμού. Οι αναλογίες ιατρών – γενικού πληθυσμού έχουν προ πολλού παραβιάσει τις οδηγίες της ΠΟΥ για την άριστη ρύθμιση (1/450-500) και σε ορισμένες περιοχές της χώρας προσεγγίζουν το δείκτη 1/100-150.

Ενώ πέρυσι ο πληθωρισμός έκλεισε κοντά στο 4%, ο «ιατρικός πληθωρισμός», αυτός δηλαδή που μετρά την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, έφτασε στο 8%. Επιπρόσθετα η εθνική οικονομία επιβαρύνεται με μεγάλο κόστος «παραγωγής» επιστημονικού δυναμικού, το οποίο δεν είναι δυνατόν απορροφηθεί αλλά και λόγω εξειδίκευσης δεν μπορεί εύκολα να ετεροαπασχοληθεί σε άλλες οικονομικές δραστηριότητες.

Το υψηλό ποσοστό ανεργίας που εμφανίζει η Ελλάδα μεταξύ των ιατρών οφείλεται στη μεγάλη διάρκεια αναμονής, η οποία σε ορισμένες περιζήτητες ειδικότητες μπορεί να φτάσει ακόμα και τη δεκαετία, στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των ιατρών και στην άρνηση των επαγγελματιών του κλάδου να φύγουν από τις μεγάλες πόλεις.

Η μεγάλη αναμονή για την ειδικότητα σε συνδυασμό με τους χαμηλούς μισθούς και τις αντίξοες συνθήκες εργασίας οδηγεί χιλιάδες νέους ιατρούς να ακολουθήσουν τους δρόμους της μετανάστευσης. Από τους περίπου 3.000 Έλληνες ιατρούς που μετακινήθηκαν τα τελευταία χρόνια προς την Μεγάλη Βρετανία, μόνο 300-500 είναι ειδικευμένοι. Χώρες που τα τελευταία χρόνια φιλοξενούν ειδικευμένους ιατρούς είναι η Ελβετία, η Σουηδία και η Γερμανία.

### 3.2 ΑΝΙΣΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα μας διαπιστώνεται το εξής πολύ σοβαρό ζήτημα. Ενώ ορισμένες ειδικότητες υπερκαλύπτονται από τους υπάρχοντες επαγγελματίες, άλλες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις ή δεν υφίστανται καν.

Στην Ελλάδα δεν εφαρμόστηκε ποτέ κάποιο σχέδιο προγραμματισμού της παραγωγής, εξειδίκευσης και κατανομής του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, παρ' ότι υπήρξαν σχετικές επιστημονικές μελετητών ήδη από τη δεκαετία του 1970. Σήμερα η χώρα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υπερεπάρκειας, ανεπάρκειας και ανυπαρξίας ειδικευμένου προσωπικού υγείας, ανάλογα με τον κλάδο, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις, αφενός στο ύψος των συνολικών δαπανών υγείας, αφετέρου στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Κατ' αρχήν, οι ιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται, σύμφωνα με την Ε.Σ.Υ.Ε. και τη Eurostat σε 55.556. Όπως δε υπολογίζεται με βάση άλλες εκτιμήσεις οι ιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου σε 70.000<sup>6</sup>. Παράλληλα, υφίσταται ανισοκατανομή μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων σε αντίθεση με τις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού.

Παρόλα αυτά, υπάρχει ανάγκη να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών με ειδικότητα τη γενική ιατρική, την κοινωνική ιατρική και την ιατρική της εργασίας, ειδικότητες όπου παρατηρείται σημαντική υστέρηση στη χώρα μας<sup>7</sup>.

Όσον αφορά στους Οδοντιάτρους, η Ελλάδα είναι πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση (σχέση οδοντιάτρων / πληθυσμού), με μεγάλη διαφορά από όλες τις υπόλοιπες χώρες, διαθέτοντας περίπου 15.000. Ενδεχομένως μάλιστα να είναι ή να καταστεί σύντομα και πρώτη στον κόσμο (το 2004 ήταν ήδη πέμπτη).

Τέλος, τα φαρμακεία που λειτουργούν στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου σε 12.500 (1 ανά 920 κατοίκους) και οι πτυχιούχοι φαρμακοποιοί σε 15.000 περίπου.

Ορισμένα στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των εργαζομένων στα νοσοκομεία αφορούν και στο επίπεδο της εκπαίδευσής τους. Έτσι σύμφωνα με στοιχεία του Υ.Υ.Κ.Α., στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. υπηρετούσαν (Οκτώβριος 2005) 98.226 άτομα και επιπλέον

---

<sup>6</sup> Γ. Στάθης: Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, εκδόσεις MediForce, Αθήνα, 2005, σελ. 35-42.

<sup>7</sup> Γνώμη 60, "Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006" Γ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης - Κ.Π.Σ., (νο. 2)", Οκτώβριος 2001, Γνώμη 195, "Παράταση ειδικών επιδοτήσεων και άλλες διατάξεις", Μάιος 2008.

πανεπιστημιακοί και στρατιωτικοί ιατροί. Ο συνολικός αριθμός ιατρών ανερχόταν σε 23.400 περίπου.

Σε αυτό το σημείο παρατίθενται πίνακες που αφορούν τον ιατρικό κλάδο στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα τη διαχρονική του εξέλιξη και γεωγραφική κατανομή ανά ειδικότητα.

**Πίνακας 3.2.1 – Εμφανιζόμενες Αριθμητικές και Ποσοστιαίες Αυξήσεις του Συνόλου των Ασκούντων την Ιατρική στην Ελλάδα**

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΚΟΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1997-1998	1723	4%
1998-1999	1371	3,1%
1999-2000	1127	2,4%
2000-2001	693	1,5%
2001-2002	2002	4,2%

Πηγές : [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).

Από τον παραπάνω πίνακα αν θεωρήσουμε ότι το 1997-1998 οι γιατροί αυξήθηκαν κατά 4% σαν ποσοστό και αυτό αντιστοιχεί σε 1723 γιατρούς, τότε κάνοντας πράξεις βγάζουμε σαν αποτέλεσμα ότι οι γιατροί το 2007 ήταν 43750.

Ακόμη αν υπολογίσουμε αριθμητικά την αύξηση τους, από το 1997 έως το 2002 ήταν 6916 περισσότεροι, δηλαδή το 2002 αριθμούσαν 50666.

Συνεπώς μέσα στην πενταετία ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε κατά 13,6% με μέσο όρο αύξησης κατά έτος 2,73%.

Όσον αφορά τις ποσοστιαίες αναλογίες πληθυσμού, δηλαδή τον αριθμό των κατοίκων ανά ιατρό, αν θεωρήσουμε το μέσο όρο της Ελλάδας αριθμού κατοίκων ανά ιατρό ίσο με 229 κατοίκους ανά ιατρό, παρατηρούμε ότι σε προνομιακή σχέση αναλογίας είναι μόνο η πρωτεύουσα που αναλογεί 1 ιατρός σε 174 κατοίκους και κατόπιν η Κρήτη με αναλογία 1 προς 223 κατοίκους.



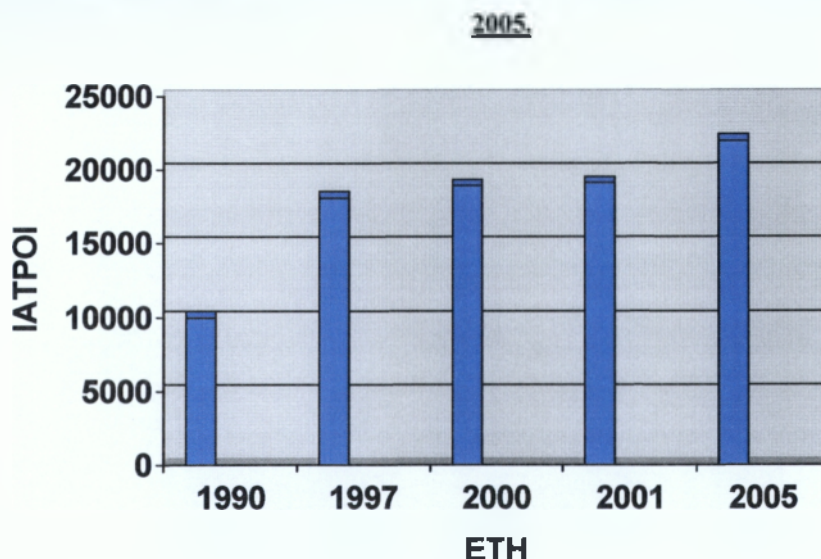
### 3.2.1 Η ΑΝΙΣΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ

Εκτός όμως από τον υπερπληθωρισμό των γιατρών, ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα που προκύπτει είναι και η ανισομερής γεωγραφική τους κατανομή. Στην Αττική, π.χ. έχουμε το 34% του ελληνικού πληθυσμού και το 54% των γιατρών, αντίθετα στη Θεσσαλία έχουμε το 7% του πληθυσμού και το 4% των γιατρών, η Στερεά Ελλάδα με 8% του πληθυσμού διαθέτει μόνο 3% του ιατρικού σώματος.

Στοιχεία από τον Ι.Σ.Α (Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών), αναφέρουν μια άνιση αύξηση των ιατρών στην Αττική σε σχέση με τους ιατρούς στη περιφέρεια.

Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζεται μια αύξηση (19%) των ιατρών στην Αθήνα από το 1990 έως το 2005. Έτσι, ενώ το 1990 στον ιατρικό σύλλογο της Αθήνας ήταν καταγεγραμμένα 14.021 μέλη, το 1997 αυξήθηκαν σε 18.133, το 2000 έφτασαν στα 18932 μέλη, το 2001 αυξήθηκαν ακόμη κατά 195 μέλη και το 2005 καταγράφονται στον ιατρικό σύλλογο της Αθήνας 22.000 μέλη από τα 42.226 μέλη που είναι καταγεγραμμένα σε όλους τους στη συλλόγους της Ελλάδας για την ίδια περίοδο (Εικόνα 3.2.1.1). Έχουμε δηλαδή, κατά μέσο όρο κάθε χρόνο 600 νέα μέλη, μόνο για τον νομό της Αττικής.

**Εικόνα 3.2.1.1.: Ραβδόγραμμα απεικόνισης των ιατρών στην Αττική για τη χρονική περίοδο 1990 -**



Πηγή: Ιατρικός σύλλογος Αθηνών ( Ι.Σ.Α )

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι σε 172 κατοίκους που ζούνε στην Αττική αντιστοιχεί ένας ιατρός, ενώ για την περιφέρεια η αντίστοιχη αναλογία είναι 1 ιατρός για 500 κατοίκους. Μία αναλογία η οποία αυξομειώνεται ανάλογα με τη θέση και την ανάπτυξη που έχει η κάθε περιοχή.

### 3.2.2 Η ΑΝΙΣΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη αναλογίας κατοίκων ανά ιατρό στις γεωγραφικές περιφέρειες, όπως προκύπτουν από την απογραφή του πληθυσμού το 2001.

**Πίνακας 3.2.2.1 – Ποσοστιαίες Αναλογίες Πληθυσμού και Ιατρών στις Περιφέρειες της Χώρας, 2001**

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΑΤΡΩΝ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ
Σύνολο Ελλάδος	10.964.020	100%	47.944	100%	229
Πρωτεύουσα	3.761.810	34,3%	21.644	45,1%	174
Κρήτη	601.131	5,5%	2698	5,6%	223
Ήπειρος	353.820	3,2%	1503	3,1%	235
Μακεδονία	2.424.765	22,1%	10.008	20,9%	242
Στερεά Ελλάδα – Εύβοια	829.758	7,6%	2903	6,1%	286
Πελοπόννησος	1.155.019	10,5%	3790	7,9%	305
Ιόνια νησιά	212.984	1,9%	657	1,4%	324
Θράκη	362.038	3,3%	1113	2,3%	325
Θεσσαλία	753.888	6,9%	2264	4,7%	333
Νησιά Αιγαίου	508.807	4,7%	1364	2,9%	373

Πηγές : [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τους πίνακες 3.2.2.1 και 3.2.2.2 η πρωτεύουσα και η Κρήτη παρουσιάζουν μεγάλη πυκνότητα ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό.

**Πίνακας – 3.2.2.2: Διαχρονική εξέλιξη αναλογίας κατοίκων ανά ιατρό στις γεωγραφικές περιφέρειες**

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ					ΑΥΞΗΣΗ % ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΩΝ	
	1960	1970	1980	1992	2001	1960 - 1980	1980 - 2001
Σύνολο Ελλάδος	805	615	394	265	229	104%	72%
Πρωτεύουσα	500	338	226	192	174	121%	30%
Στερεά Ελλάδα – Εύβοια	2000	1290	1330	656	286	50%	365%
Πελοπόννησος	1301	1010	853	291	305	53%	180%
Ιόνια νησιά	1436	1175	1009	452	324	42%	211%
Ήπειρος	1959	1116	845	359	235	132%	260%
Θεσσαλία	1497	1176	760	483	333	97%	128%
Μακεδονία	1106	672	424	270	242	161%	75%
Θράκη	2764	1263	809	481	325	119%	150%
Νησιά Αιγαίου	1197	878	875	577	373	37%	135%
Κρήτη	1252	988	779	318	223	61%	249%

Ελλείψεις παρατηρούνται σε μεγάλο βαθμό στις γεωγραφικές περιφέρειες κατά σειρά στην Πελοπόννησο, στη Θεσσαλία, στα νησιά του Αιγαίου και στη Στερεά Ελλάδα-Εύβοια.

Η παραπάνω κατάσταση επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι περιοχές με υψηλά εισοδήματα και κατανάλωση αποτελούν τόπο εγκατάστασης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης τίθεται το ζήτημα της απουσίας κινήτρων προς το ιατρικό σώμα για να στελεχώσουν τις περιφερειακές μονάδες υγείας.

### **3.2.3 Η ΑΝΙΣΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ**

Στην παρούσα ενότητα, μελετάται η πληρότητα των διαφόρων ειδικοτήτων. Οι ειδικότητες που εμφανίζουν λιγότερη πληρότητα είναι η αιματολογία, η ακτινοδιαγνωστική, η αναισθησιολογία, η βιοπαθολογία, η καρδιολογία, η γυναικολογία, η νεφρολογία, η ουρολογία, η ορθοπεδική, η ρευματολογία, η ωτορινολαρυγγολογία και η χειρουργική παιδών.

Ακολουθεί ο πίνακας 3.2.3.1. ο οποίος παρουσιάζει τις υπάρχουσες θέσεις άσκησης για απόκτηση ειδικότητας και τον αριθμό αναμενόντων ιατρών για έναρξη ή συνέχιση, εκτός της Κοινωνικής Ιατρικής για την οποία δεν υπάρχουν στοιχεία. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι δεν έχει μειωθεί καθόλου το ενδιαφέρον των ιατρών για ειδικότητες όπως η Παθολογία, η Παιδιατρική, η Γενική Χειρουργική, η Μαιευτική-Γυναικολογία και η Καρδιολογία. Από την άλλη, ο αριθμός των ιατρών που αναμένουν για έναρξη ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Ορθοπεδικής, Βιοπαθολογίας και Αναισθησιολογίας είναι ο μισός αυτού που αντιστοιχεί στις προσφερόμενες θέσεις. Θα μπορούσαμε τέλος να προσθέσουμε, ότι ο μικρός σχετικά αριθμός των γενικών ιατρών θέτει περιορισμούς στην πλήρη ανάπτυξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

**Πίνακας 3.2.3.1 Προσφερόμενες Θέσεις Άσκησης Στις Ειδικότητες Και Αναμείνοντες Ιατροί**

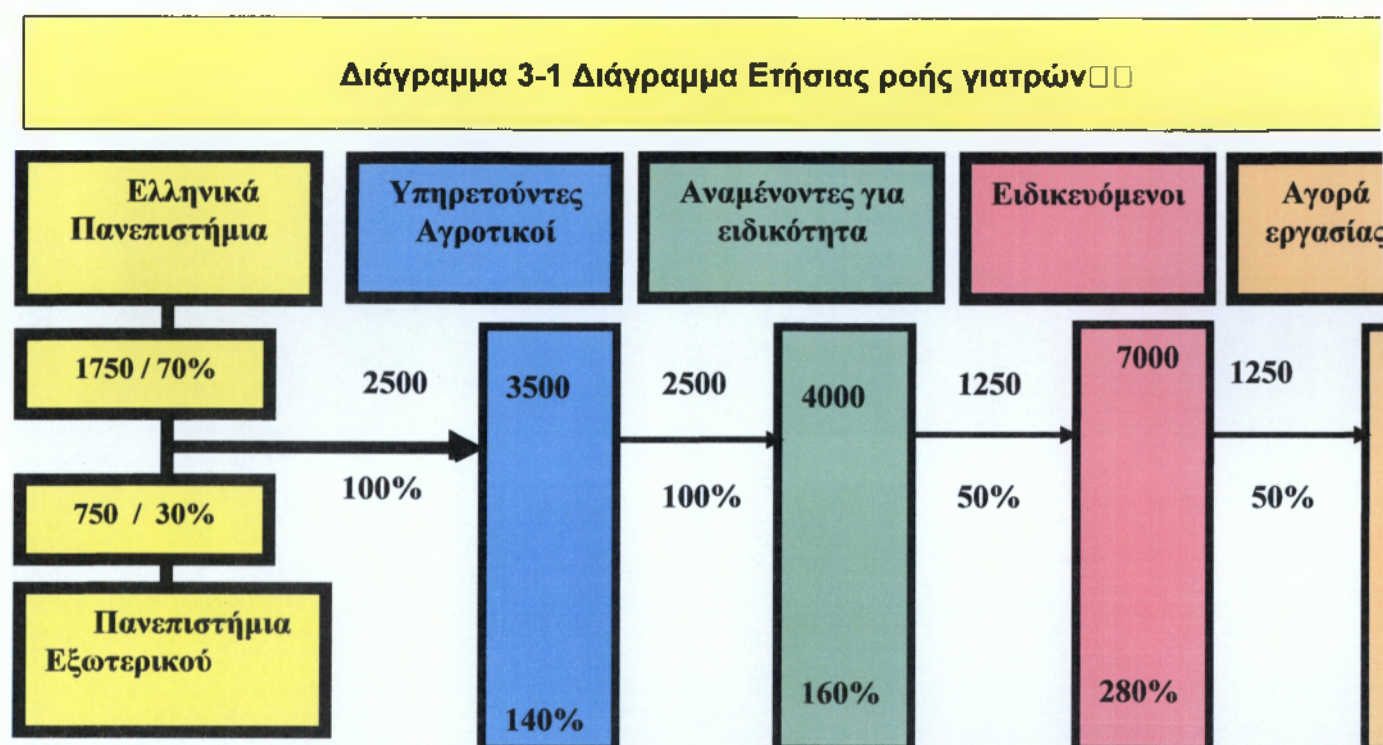
α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕ ΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΙ ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΑΖΗΤΗΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ
1	Αγγειοχειρουργική	34	61	
2	Αιματολογία	104	66	Ναι
3	Ακτινοδιαγνωστική	507	428	Ναι
4	Ακτινοθεραπευτική	48	12	
5	Αλλεργιολογία	9	25	Ναι
6	Αναισθησιολογία	403	241	
7	Γαστρεντερολογία	123	156	
8	Γενική Ιατρική	650	392	
9	Δερματολογία	98	180	
10	Ενδοκρινολογία	78	147	
11	Βιοπαθολογία	644	320	Ναι
12	Ιατρική της Εργασίας	20	34	
13	Ιατροδικαστική	13	17	
14	Καρδιολογία	462	457	Ναι
15	Κοινωνική Ιατρική			
16	Κυνταρολογία	73	65	
17	Μαιευτική- Γυναικολογία	385	548	Ναι
18	Νευρολογία	195	332	
19	Νευροχειρουργική	82	46	
20	Νεφρολογία	129	79	Ναι
21	Ογκολογία Παθολογική	23	51	
22	Ορθοπαιδική	529	350	Ναι
23	Ουρολογία	195	156	Ναι
24	Οφθαλμολογία	252	506	
25	Παθολογία	1282	2368	
26	Παθολογική Ανατομική	147	52	
27	Παιδιατρική	479	862	
28	Παιδοψυχιατρική	47	23	
29	Πλαστική Χειρουργική	48	107	
30	Πνευμονολογία	278	285	
31	Πυρηνική Ιατρική	55	6	
32	Ρευματολογία	48	60	Ναι
33	Φυσική Ιατρική	31	65	
34	Χειρουργική Γενική	931	1257	
35	Χειρουργική Θώρακα	69	85	
36	Χειρουργική Παίδων	55	30	Ναι
37	Ψυχιατρική	294	242	
38	Ωτορινολαρυγγολογία	201	217	Ναι

**Πηγή: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,**

### 3.3 ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Ένα από τα πιο βασικά προβλήματα, ίσως το σημαντικότερο, είναι ο πληθωρισμός και η αξιοποίηση του ιατρικού δυναμικού για τη βελτίωση της περίθαλψης στη χώρα μας. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια δραματική επιδείνωση του κοινωνικού προβλήματος της ανεργίας, που πλήττει εμφανώς το ιατρικό σώμα.

Από το παρακάτω διάγραμμα μπορούμε να παρακολουθήσουμε την ετήσια ακαδημαϊκή και επαγγελματική πορεία των ιατρών.



Πιο συγκεκριμένα μπορούμε να αναφέρουμε ότι κάθε χρόνο :

- 1750 είναι οι φοιτητές ιατρικής σε ελληνικά πανεπιστήμια και 750 στους εξωτερικού.
- 3500 είναι οι υπηρετούντες αγροτικοί ιατροί
- 4000 οι αναμένοντες ειδικότητα
- 7000 οι ειδικευόμενοι και άλλοι τόσοι που βρίσκονται στην αγορά εργασίας.

Πιο αναλυτικά, μελετώντας τις κατηγορίες γιατρών χρησιμοποιώντας στοιχεία από

τον ασφαλιστικό τους φορέα έχουμε τον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 3.3.1 Ασφαλισμένοι ιατροί έτος 2007**

<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ</b>
Γιατροί	53.287
Οδοντίατροι	12.858
Φαρμακοποιοί	11.639
Κτηνίατροι	2.715
ΣΥΝΟΛΟ	80.499

**Πηγή: Αρχείο ΤΣΑΥ Σπ. Σπηλιόπουλος, 2008.**

Ουσιαστικά το 66,19% αποτελούν τον καθαρά ιατρικό κλάδο ενώ οι υπόλοιποι ανήκουν στις κατηγορίες των οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και κτηνιάτρων.

Μελετώντας την αναλογία κατοίκων ανά ιατρό σε πρωτεύουσες της ΕΕ έχουμε τον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 3.3.2 Κάτοικοι ανά γιατρό σε πρωτεύουσες της Ε.Ε**

<b>ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ</b>	<b>ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΙΑΤΡΩΝ/ΚΑΤΟΙΚΟ</b>
Αθήνα	1:150
Κοπεγχάγη	1:255
Στοκχόλμη	1:260
Λονδίνο	1:470

**Πηγή: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών , 2009.**



Η Αθήνα όπως παρατηρούμε έχει την καλύτερη αναλογία, σχεδόν τριπλάσια από αυτή του Λονδίνου και περίπου μιάμιση φορά καλύτερη από τις αναλογίες της Κοπεγχάγης και της Στοκχόλμης. Παρόλο λοιπόν που οι κάτοικοι της Αθήνας έχουν στη διάθεση τους μεγαλύτερο αριθμό ιατρών, η ανισοκατανομή των ειδικοτήτων, το χαμηλό επίπεδο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και άλλα διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα του κλάδου της Ιατρικής δεν προσδίδει ποιότητα και αποτελεσματικότητα στην εξυπηρέτηση των ασθενών.

### **3.4 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ**

Στην Ελλάδα η υπηρεσία υπαίθρου γίνεται σε περίπου 210 Κέντρα Υγείας και 1.400 περιφερειακά ιατρεία.

Η μέση διάρκεια ειδίκευσης στα Νοσοκομεία είναι 5,2 έτη, στοιχείο που προκύπτει λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ακόλουθα δεδομένα:

Από τις 37 ιατρικές ειδικότητες:

- Η 1 έχει διάρκεια 3 ετών
- Οι 8 έχουν διάρκεια 4 ετών
- Οι 15 έχουν διάρκεια 5 ετών
- Οι 10 έχουν διάρκεια 6 ετών
- Οι 3 έχουν διάρκεια 7 ετών

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των αιτήσεων που εκκρεμούν για ειδικότητα είναι πολύ μεγάλος και θα αυξάνεται συνεχώς στο μέλλον.

Σήμερα ο χρόνος αναμονής για έναρξη ειδικότητας ξεπερνάει τα 3 χρόνια για όλες τις ειδικότητες, σε ορισμένες όμως ο χρόνος αναμονής είναι πολύ μεγαλύτερος.

Ο αριθμός αυτών που διορίζονται είναι 45 κατά εβδομάδα, δηλαδή περίπου 2.500 άτομα το χρόνο, ο δε αριθμός των υπηρετούντων αγροτικών γιατρών δεν υπερβαίνει τα 3.500 άτομα.

Από τους 2.500 γιατρούς που διορίζονται ετησίως για την υπηρεσία υπαίθρου ένα σημαντικό ποσοστό, περίπου 30% είναι απόφοιτοι ιατρικών σχολών του εξωτερικού.

Δεν είναι γνωστός ο ακριβής αριθμός των γιατρών που σπουδάζουν στο εξωτερικό. Υπολογίζεται ότι ανέρχεται στους 7.500 – 12.500

Στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, το 2006, πήραν άδεια άσκησης επαγγέλματος 2.000 νέοι γιατροί, ενώ την ίδια χρονιά οι απόφοιτοι των ιατρικών μας σχολών ήταν περίπου

### 1.100.

Από την κατανομή των υπηρετούντων ειδικευομένων γιατρών προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Από το συνολικό αριθμό υπηρετούντων γιατρών για την απόκτηση ειδικότητας, που είναι 7.000 άτομα και με δεδομένο ότι η μέση διάρκεια ειδίκευσης είναι 5,2 χρόνια, μπορούμε να δεχθούμε ότι 1.250 γιατροί από αυτούς, που είναι πρώτοι στους πίνακες αναμονής, γίνονται δεκτοί για ειδίκευση και 1.250 γιατροί τελειώνουν με ειδικότητα κάθε χρόνο.
- Ο αριθμός των 4.000 γιατρών που βρίσκονται σήμερα στις λίστες αναμονής (β' τρίμηνο 2008) αυξάνεται κατά 1.250 άτομα κατ' έτος, με συνέπεια να αυξάνεται ανάλογα και η αναμονή.
- Ο αριθμός αυτών που αποκτούν ειδικότητα είναι μεγαλύτερος από τις θέσεις εργασίας τόσο στον κρατικό όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>8</sup>, για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υπηρεσιών υγείας και για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας απαιτείται υγειονομικό δυναμικό με πλήρη κατάρτιση, ορθολογική κατανομή και αριθμητική επάρκεια κατά κλάδο και περιοχή. Το μέγεθος του υγειονομικού δυναμικού, κατά ειδικότητα, σε συνδυασμό με την κατανομή του στις γεωγραφικές περιοχές μιας χώρας διαμορφώνουν δείκτες ποσότητας, αλλά και ποιότητας παροχής περίθαλψης στη χώρα<sup>9</sup>. Το μέγεθος και οι κατανομές του υγειονομικού δυναμικού δεν πρέπει και δεν μπορεί να είναι τυχαίες, για την παροχή επαρκούς περίθαλψης στον πληθυσμό. Συνεπώς, απαιτείται ένας ορθολογικός προγραμματισμός, να ενσωματώνει τις μελλοντικές ανάγκες υγείας, τις ραγδαίες εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη και την τεχνολογία και, προπαντός, τους τιθέμενους στόχους και τις ανάγκες του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

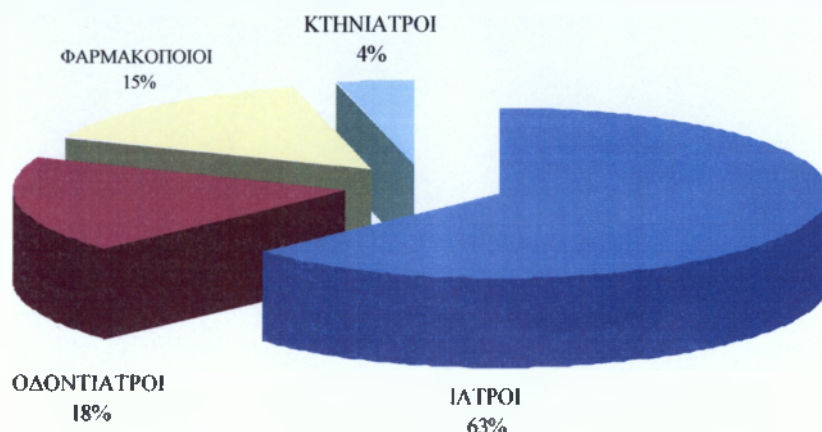
---

<sup>8</sup> WHO. *Constitution, basic documents*. 26th ed. Geneva, 1976

<sup>9</sup> Καλαματιανού Αγ. Η εκροή πτυχιούχων γιατρών από τα ελληνικά πανεπιστήμια και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1993

Στον παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν το ενεργό ιατρικό δυναμικό της χώρας σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες του χώρου.

**Διάγραμμα 3.4.1 - ΕΝΕΡΓΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ**



Εκτός όμως από τον υπερπληθωρισμό γιατρών, ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα που προκύπτει είναι και η ανισομερής γεωγραφική τους κατανομή. Στην Αττική, π.χ. έχουμε το 34% του ελληνικού πληθυσμού και το 54% των γιατρών, αντίθετα στη Θεσσαλία έχουμε το 7% του πληθυσμού και το 4% των γιατρών, η Στερεά Ελλάδα με 8% του πληθυσμού διαθέτει μόνο 3% του ιατρικού σώματος. Οι αριθμοί αυτοί θα ήταν πολύ χειρότεροι αν δεν ενεργούσε θετικά η εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. την τελευταία δεκαετία, που άμβλωνε, ελαφρά βέβαια, τις ανισοκατανομές<sup>11</sup>.

Αξίζει να κοιτάξουμε και αυτούς τους εντυπωσιακούς αριθμούς των ειδικευμένων ιατρών. Στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη εργάζεται το :

- 80% Αναισθησιολόγων

<sup>10</sup> Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Πολύζος Ν., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν. Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980 -2000. Αθήνα (Εκθεση στη Γεν. Δ/ση της Ε.Ε.). 2007.

<sup>11</sup> Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Πολύζος Ν., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν. Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980 -2000. Αθήνα (Εκθεση στη Γεν. Δ/ση της Ε.Ε.). 2007.

- 73% Ακτινολόγων
- 70% Μικροβιολόγων
- 70% Καρδιολόγων
- 70% Ορθοπαιδικών
- 75% Γυναικολόγων
- 88% Ψυχιάτρων
- 90% Νευροχειρουργών

Ένα εξίσου σημαντικό πρόβλημα με τον υπερπληθωρισμό και την ανισοκατανομή γιατρών είναι και η ανισοκατανομή, όσον αφορά τις ειδικότητες, π.χ. οι **Γενικοί Χειρουργοί** είναι πολύ περισσότεροι από τους αναγκαίους, ενώ δεν έχουμε **Γενικούς Ιατρούς**. Τα δε τελευταία χρόνια είναι κενές οι θέσεις ειδικευομένων στις **εργαστηριακές ειδικότητες**, πράγμα που πρέπει να προβληματίσει για την επάρκεια αυτής της ειδικότητας στο προσεχές μέλλον<sup>12</sup>.

Πρέπει να δούμε αυτές τις διαφοροποιήσεις με τις βιομηχανικές χώρες, όπου ξέρουμε πώς παράγεται το ιατρικό σώμα και να δούμε τη δημογραφική παρατήρηση που αφορά στο δεκαετές σχέδιο του 1972, που εκπόνησαν εξέχοντες επιστήμονες, που ακόμη είναι ευνοούμενοι όλων των Κυβερνήσεων, μέχρι σήμερα (Πανεπιστημιακή Κοινότητα).

Μια εύστοχη (αλλά κοινωνικά άδικη) λύση για το πρόβλημα του ιατρικού δυναμικού στη χώρα μας, η οποία από τότε μέχρι σήμερα αποτελεί την κυρίαρχη πολιτική γραμμή, δηλαδή, ότι τα φαινόμενα της δεκαετίας 1960, του μεγάλου εκδημοκρατισμού της Παιδείας και της εισόδου των "ξυπόλητων" στα Πανεπιστήμια απειλούσαν τη συνοχή του ιατρικού σώματος και την αστική (αν θέλετε) σύνθεσή του. Είχαν πει «αφήστε τα πράγματα να εξελιχθούν ως έχουν και αυτό το πρόβλημα θα λυθεί», μια πλημμυρίδα γιατρών που θα αναπαραχθεί θα αποτελέσει αναγκαστικά και την περιφερική αποκέντρωση, ενώ οι εκλεκτές περιοχές του συστήματος μέσω της αναπαραγωγής του διευθυντικού στρώματος, το οποίο γίνεται με πολλούς τρόπους, είτε από το πολιτικό σύστημα είτε από το κοινωνικό σύστημα, είτε από το εκπαιδευτικό σύστημα, π.χ. διατριβές - μετεκπαιδεύσεις δεν θα αντιμετώπιζαν πρόβλημα<sup>13</sup>.

Θα μπορούσαν έτσι να ελεγχθούν οι θέσεις στο κέντρο, ενώ ο υπερπληθωρισμός των γιατρών θα έλυνε αναγκαστικά και το πρόβλημα της αποκέντρωσης. Η πολιτική αυτή

<sup>12</sup> Μαρουδιάς Ν., Πολύζος Ν., Δερβένης Χ. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα. Εκδ. Υπουργείου Υγείας 2006. Οργάνωση - Διοίκηση - Ανθρώπινο Δυναμικό.

<sup>13</sup> Κυριόπουλος Γ. Ανθρώπινο Δυναμικό. Επιθεώρηση Υγείας 2007

ακολουθήθηκε από τις Κυβερνήσεις από τη μεταπολίτευση μέχρι σήμερα, με εξαιρετική πιστότητα.

Γι' αυτό, χρειάζονται ριζοσπαστικές τομές και εφικτές λύσεις για ανατροπή αυτής της πολιτικής, που ακολουθείται μέχρι σήμερα.

Πολλές προσπάθειες έγιναν τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ. Άλλοτε αποτυχημένες, άλλοτε πετυχημένες. Στον τομέα όμως της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων και της διαχείρισης του ιατρικού δυναμικού δεν υπήρξε. Δυστυχώς, ο ιατρικός "δαλτονισμός"<sup>14</sup> δεν άφησε να παρθούν σωστές αποφάσεις και λύσεις στο κρίσιμο αυτό θέμα\* και είναι κρίσιμο το θέμα ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων, τόσο για λόγους εθνικής οικονομίας, όσο και για λόγους εσωτερικής οργάνωσης και απόδοσης των ίδιων των υπηρεσιών υγείας.

Δημιουργείται έτσι ένα πρόβλημα συνολικής αύξησης των δαπανών για την υγεία, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Ο υπερπληθωρισμός των γιατρών δημιουργεί όλο και περισσότερη αύξηση της προκλητής ζήτησης, σημαντικό ποσό σπαταλάτε σε περιττές εξετάσεις, αμφίβολης χρησιμότητας θεραπείες και φάρμακα, με αποτέλεσμα την αύξηση της παραοικονομίας σε τραγικά επίπεδα. Περίπου 300 δις, δηλαδή 17,2% των συνολικών δαπανών για την υγεία και 1,45 του Α.Ε.Π. Οι επιπτώσεις της ιατρικής δημογραφίας δεν έχουν μόνον επιπτώσεις στην κακή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, αλλά στην επιδείνωση της κατάστασης στην εθνική οικονομία, μάλιστα σε καιρούς δημοσιοοικονομικής κρίσης, όπως είναι σήμερα<sup>15</sup>.

Οποιαδήποτε παρέμβαση για λόγους κοινωνικούς, αλλά και πρακτικούς, πρέπει να γίνει αμέσως μετά το τέλος σπουδών, αλλά βέβαια με την έγκαιρη ενημέρωση από σήμερα της οικογένειας και της μαθητιώσας νεολαίας για το πρόβλημα. Άρα, λοιπόν, πρέπει να ξεκαθαριστούν οι όροι εισόδου των νέων γιατρών στην αγορά εργασίας, δηλαδή διαχωρισμός πτυχίου και άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, μετά από εξετάσεις, που τα τελευταία χρόνια είναι απλώς μια τυπική διαδικασία. Με αυτό τον τρόπο θα διασφαλίσει αφ' ενός ένα standard ποιότητας, που θα μπαίνει στην αγορά εργασίας, αφ' ετέρου θα περιορίσει τον υπερπληθωρισμό γιατρών στην αγορά εργασίας, τόσο σε περιφερική κατανομή, όπου εκεί υπάρχει άλλο πρόβλημα, όσο και στο σύνολο<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Δαλτονισμός = ασθένεια στην οποία μπερδεύονται τα χρώματα στην όραση του ασθενούς – μεταφορικά χρησιμοποιείται με την έννοια ότι κάποιος δεν βλέπει ξεκάθαρα τα προβλήματα σε μια περίπτωση.

<sup>15</sup> Κυριόπουλος Γ. Ανθρώπινο Δυναμικό. Επιθεώρηση Υγείας 2007

<sup>16</sup> Μαρουδιάς Ν., Πολύζος Ν., Δερβένης Χ. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα.

Εκδ. Υπουργείου Υγείας 2006. Οργάνωση - Διοίκηση - Ανθρώπινο Δυναμικό.

Ο υπερπληθωρισμός γιατρών δημιουργεί το φαινόμενο προκλητής ζήτησης, δηλαδή προκλητές δαπάνες περιττές για τον ασθενή, με σκοπό να επιβιώσουν οι γιατροί και μόνο. Ένα παράδειγμα πληθωρισμού και ανισοκατανομής γιατρών: στο ΤΖΑΝΕΙΟ Νοσοκομείο υπάρχουν 480 κλίνες - 420 γιατροί, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις γιατρών στην επαρχία (**παρ.3.4.2**). Κλασικό παράδειγμα του τι θα συμβεί, είναι οι Μηχανικοί και Αρχιτέκτονες. Λόγω της τεράστιας ανοικοδόμησης στην Ελλάδα μετά τον πόλεμο, πολλές μεσοαστικές οικογένειες έσπρωξαν τα παιδιά τους στο Πολυτεχνείο. Αυτό οδήγησε σταδιακά σε κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματός τους. Λόγω της υπερπαραγωγής στις Φιλιππίνες, το 80% των οδηγών ταξί είναι γιατροί και αυτό άρχισε να συμβαίνει, δυστυχώς, και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Το ιατρικό επάγγελμα είναι και αυτό στη χώρα μας, στα όρια της κοινωνικής απαξίωσής του<sup>17</sup>.

Προτάθηκαν κατά καιρούς διάφορες λύσεις, π.χ. να κλείσουν οι Ιατρικές Σχολές για 2-3 χρόνια, να μειώσουν δραστικά τις εισαγωγές στις Ιατρικές Σχολές ή η διαφορετική μεταχείριση των αποφοίτων Ελληνικών Πανεπιστημίων, σε σχέση με αυτή των φοιτητών στο εξωτερικό. Αυτές οι προτάσεις δεν είναι πρακτικές, διότι δεν υπάρχει η δυνατότητα και ο τρόπος να χειριστεί διαφορετικά τους αποφοίτους. Όποιες προτάσεις και αν γίνουν, πρέπει πρώτα να βασιστούν στην ενημέρωση του πληθυσμού, ότι δηλαδή δεν εξασφαλίζεται η επαγγελματική αποκατάσταση στους αποφοίτους των ιατρικών σχολών και δεύτερο, όποιες προτάσεις επιλεγούν, να μην πλήττουν τους ήδη φοιτητές ή ακόμη και τους τελειόφοιτους των Λυκείων. Ίσως, τα σοβαρότερα προτεινόμενα μέτρα σήμερα είναι : α) ο διαχωρισμός του πτυχίου και άδειας εργασίας και β) άδεια εγκατάστασης και εργασίας κατά υγειονομική περιφέρεια, έτσι που να ξέρει ο κάθε νέος υποψήφιος γιατρός πότε θα κενωθεί μια θέση και να προγραμματίσει το μέλλον του εγκαίρως, δηλαδή ο καθορισμός προγράμματος του ανώτατου για την κάλυψη αναγκών αριθμού γιατρών ανά ειδικότητα για κάθε περιφέρεια<sup>18</sup>.

Γεννιέται, βέβαια, ένα ερώτημα, που αφορά την κοινωνία και όχι μόνο, στους επαγγελματίες υγείας: «Πώς μπορούμε να αποδεχτούμε σαν κοινωνία την απελευθέρωση αγοράς εργασίας για τους μη προνομιούχους, για τους φτωχούς, γι' αυτούς που είναι χαμηλής ειδίκευσης στη βάση της κοινωνικής πυραμίδας και να υπερασπισθούμε αντίθετα

<sup>17</sup> Στάθης Γ. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 2.

<sup>18</sup> Μαρουδιάς Ν., Πολύζος Ν., Δερβένης Χ. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα. Εκδ. Υπουργείου Υγείας 2006. Οργάνωση - Διοίκηση - Ανθρώπινο Δυναμικό.

το κλείσιμο της αγοράς εργασίας σε ορισμένες προνομιακές - και κοινωνικά και οικονομικά - ομάδες. Μήπως αυτό είναι μια μορφή «Ιδιωτικοποίησης» ενός κοινωνικού συστήματος Υγείας, από μια τάξη επαγγελματιών;». Η απάντηση είναι απλή: Αυτή η κοινωνία που ζητάμε να υπερασπισθούμε είναι αυτή που πληρώνει τις συνέπειες της προκλητής ζήτησης ως αποτέλεσμα του υπερπληθωρισμού γιατρών, είναι άδικο για τον ίδιο τον πολίτη να μη μπορεί να ελέγξει, λόγω της θέσης του αυτής, τη δραματική τροπή των γεγονότων, που ο ίδιος πληρώνει και οικονομικά και ως προς το σωστό τρόπο περίθαλψής του<sup>19</sup>.

Βάσει των παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η Ελλάδα παρουσιάζει την μικρότερη αναλογία κατοίκων προς γιατρό, σε σχέση με τα συγκρινόμενα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη. Η αναλογία αυτή είναι αποτέλεσμα:

- Της απουσίας οποιασδήποτε μελέτης και πολιτικής για τις διαμορφούμενες συνθήκες στην αγορά εργασίας.
- Της έλλειψης προγραμματισμού για τον αριθμό των εισαγόμενων φοιτητών στις Ιατρικές Σχολές.
- Της απουσίας ενός αξιόλογου ελέγχου εισαγωγής στις ιατρικές σχολές από ιατρικές σχολές του εξωτερικού.
- Του συστήματος εξετάσεων και του τρόπου παροχής άδειας άσκησης επαγγέλματος.

Ένας ακόμη λόγος που έχει φτάσει σε αδιέξοδο το Ε.Σ.Υ. σήμερα είναι το πώς καλύπτεται η θέση ενός διευθυντή από έναν άλλο ιατρό βάση του χρόνου προϋπηρεσίας του. Ο μέσος όρος ηλικίας Δ/ντή σήμερα στην Ευρώπη είναι τα 45 χρόνια. Στην χώρα μας είναι 10 - 12 χρόνια μεγαλύτερος. Έχουμε ένα πραγματικά γερασμένο Ε.Σ.Υ. Ο υποχρεωτικός χρόνος προϋπηρεσίας στα προσόντα κατάκτησης θέσης στο Ε.Σ.Υ. (δεν συμβαίνει πουθενά στην Ευρώπη) οδήγησε μαθηματικά σε πλήρη γήρανση του Ε.Σ.Υ. και σε γιατρούς χωρίς φιλοδοξίες. Πουθενά στον κόσμο για κατάκτηση θέσης στο Ε.Σ.Υ. δεν υπολογίζουν πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχει στο σύστημα, αλλά στα χρόνια που υπηρέτησε, ποιο είναι το μέγεθος της προσφοράς του στην παραγωγικότητα, στην αποδοτικότητα, στην προώθηση της υγείας, το κλινικό και επιστημονικό του έργο γενικότερα.

---

<sup>19</sup> Στάθης Γ. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 2.

ΗΛΙΚΙΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ Ε.Σ.Υ.			
40	-	50	⇒ 12%
51	-	59	⇒ 58%
60	-	65	⇒ 20%

### **3.5 Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Σύμφωνα με την έρευνα του Ινστιτούτου Εργασίας των ΓΣΕΕ και ΑΔΕΔΥ, στη χώρα μας παρουσιάζεται μια υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού, φαινόμενο που είναι γνωστό στην διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο "ιατρικός πληθωρισμός". Ο ιατρικός πληθωρισμός επηρεάζει έντονα τη διάρθρωση και τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας όπως δείχνουν και τα στοιχεία της έρευνας που παρουσιάζεται στη συνέχεια<sup>20</sup>.

Χαρακτηριστικά, η έρευνα επισημαίνει ότι σε κάθε 1.000 Έλληνες, αντιστοιχούν περίπου 5 ιατροί. Πρόβλημα υπάρχει και στη γεωγραφική κατανομή, αφού στη Στερεά Ελλάδα, όπου κατοικεί το 8% του πληθυσμού, δραστηριοποιείται μόλις το 3% των ιατρών. Έτσι, χιλιάδες ασθενείς κάθε χρόνο «μεταναστεύουν» στην πρωτεύουσα. Περίπου οι μισοί ασθενείς που μετακινούνται προκειμένου να εξυπηρετηθούν προέρχονται παραδόξως από την Πελοπόννησο, που διαθέτει 15 κρατικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία! Και αυτό γιατί περισσότεροι από 6.000 είναι εκείνοι που μεταφέρονται ως επείγοντα περιστατικά με επίγεια ή εναέρια μέσα από την περιφέρεια προς τα νοσοκομεία της Αθήνας, αφού στον τόπο κατοικίας τους είναι αδύνατο να εξυπηρετηθούν. Αν σε αυτούς προστεθούν και όσοι επιλέγουν την Αθήνα για προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις ή χειρουργικές επεμβάσεις, ο αριθμός των ασθενών που μεταφέρονται στην Αθήνα για νοσηλεία και θεραπεία είναι πολύ μεγαλύτερος.

Επιπλέον, παρόλο που υπάρχουν εμφανείς ελλείψεις ιατρικού προσωπικού, η ανεργία των νέων ιατρών καλπάζει. Οι προοπτικές για ειδικότητες όπως καρδιοχειρουργοί, οδοντίατροι, παιδίατροι και παθολόγοι διαγράφονται δυσοίανες. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν,

<sup>20</sup> <http://career.duth.gr/cms/?q=node/35084>



ότι η χώρα μας, βρίσκεται στη 19η θέση, δύο θέσεις κάτω απ' ότι το 2007, όσον αφορά στην φιλικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για τον ασθενή.

Στην Ελλάδα 4,9 ιατροί αντιστοιχούν σε 1.000 κατοίκους. Την ίδια στιγμή που η χώρα μας Ελλάδα αναδεικνύεται πρώτη σε ευρωπαϊκό επίπεδο σε «παραγωγή» ιατρών, καταγράφοντας τη μεγαλύτερη αναλογία ιατρών - πληθυσμού, το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας που παρέχει στους Έλληνες ασθενείς παραμένει στις τελευταίες θέσεις. Σε όλη την επικράτεια οι ιατροί αριθμούν περί τους 62.000, ενώ η αναλογία ιατρών -κατοίκων είναι 1:185 (Αθήνα 1:150), σε αντίθεση με τον μέσο ευρωπαϊκό όρο που είναι 1:350.

Παρεμφερής είναι η κατάσταση και σε άλλες μεσογειακές χώρες. Στην Ισπανία λόγω χάρη η αναλογία ιατρών προς κατοίκους είναι 1/296 και στην Ιταλία 1/266. Αντίθετα, στην Βρετανία και την Γαλλία η αναλογία είναι 1/562 και 1/336 αντιστοίχως. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι σε κάθε έναν ιατρό, που αποφοιτά από σχολές του εσωτερικού, αντιστοιχεί ένας από άλλες σχολές του εξωτερικού. Την πενταετία 1999 - 2004 οι αναγνωρίσεις πτυχίων ιατρικής ανήλθαν σε 4.620 σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΔΙΚΑΤΣΑ.

Σε ότι αφορά την γεωγραφική κατανομή των ιατρών στην Ελλάδα, τα στοιχεία της ΕΣΥΕ για την τετραετία 2004-2007 δείχνουν ότι περίπου το 46% του ιατρικού δυναμικού βρίσκεται στο λεκανοπέδιο της Αττικής. Δεύτερη έρχεται η Κεντρική Μακεδονία με ποσοστό γύρω στο 17 %. Στην τρίτη θέση, με ποσοστά λίγο πάνω του 5%, κατατάσσεται η Δυτική Ελλάδα, η Θεσσαλία και η Κρήτη. Την ίδια στιγμή, σε άλλες περιοχές ο αριθμός των γιατρών είναι σημαντικά μικρότερος. Για παράδειγμα, στην Στερεά Ελλάδα όπου κατοικεί το 8% του πληθυσμού, δραστηριοποιείται μόλις το 3% των γιατρών. Ενώ στα νησιά του Αιγαίου και του Ιονίου τα ποσοστά κυμαίνονται κάτω του 2%.

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα επίσημα στοιχεία, κάθε χρόνο πάνω από 4.800 ασθενείς φτάνουν με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ στην Αθήνα από διάφορες περιοχές της χώρας. Αυτό σημαίνει ότι κάθε μήνα οι επείγουσες αφίξεις ασθενών ανέρχονται σε 405, δηλαδή 13 την ημέρα. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς προέρχονται από την Πελοπόννησο (47,3%), η οποία κατά τα άλλα διαθέτει 15 κρατικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Ενδιαφέροντα στοιχεία ανέδειξε και η καταγραφή των ειδικευμένων γιατρών (0,33% του πληθυσμού στην χώρα μας με μέσο όρο του ΟΟΣΑ το 0,08%). Πέντε ιατρικές ειδικότητες συγκεντρώνουν το 52% όλων των γιατρών. Με άλλα λόγια, οι μισοί Έλληνες γιατροί είναι παθολόγοι, μικροβιολόγοι, παιδίατροι, μαιευτήρες - γυναικολόγοι,

καρδιολόγοι και χειρουργοί. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι όλοι οι Έλληνες έχουν απαραίτητα πρόσβαση στους προαναφερθέντες ειδικευμένους γιατρούς. Και τούτο γιατί η συντριπτική πλειονότητα δραστηριοποιείται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Είναι ενδεικτικό ότι οι εννιά στους δέκα ψυχιάτρους και νευροχειρουργούς βρίσκονται σε αυτές τις δύο πόλεις. Το ίδιο ισχύει και για το 70% των καρδιολόγων, των ορθοπεδικών και των μικροβιολόγων, ενώ εκτός των δύο μεγαλύτερων αστικών κέντρων βρίσκεται μόλις το 20% των αναισθησιολόγων. Εκτός όμως από την πρωτιά στην αναλογία γιατρών ανά κατοίκους η χώρα μας έρχεται πρώτη και στην ανεργία ειδικευμένων γιατρών αφού εκτιμάται ότι 10.000 γιατροί δεν εργάζονται.

Όπως προκύπτει από καταγραφή που έγινε το 2007, μόνο στον Ιατρικό Σύλλογο της Αθήνας (ΙΣΑ) από τα 22.000 μέλη του, το 11,2% είναι άνεργοι και το 14% υποαπασχολείται. Από τα 600 νέα μέλη που γράφονται στον ΙΣΑ κάθε έτος τα 175 μέλη κατευθύνονται στην ανεργία. Πολύ αρνητικές προοπτικές έχουν οι καρδιοχειρουργοί, μαιευτήρες, νευροχειρουργοί, οδοντίατροι, παιδίατροι, χειρουργοί, μικροβιολόγοι, οφθαλμίατροι και παθολόγοι. Αντίθετα, θετική προοπτική για τα επόμενα δέκα χρόνια έχουν οι ακτινοθεραπευτές, ακτινολόγοι, ψυχίατροι και πλαστικοί χειρουργοί. Το υψηλό ποσοστό ανεργίας που εμφανίζει η Ελλάδα μεταξύ των γιατρών οφείλεται στη μεγάλη διάρκεια αναμονής, η οποία σε ορισμένες περιζήτητες ειδικότητες μπορεί να φτάσει ακόμα και τη δεκαετία, στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των γιατρών και στην άρνηση των επαγγελματιών του κλάδου να φύγουν από τις μεγάλες πόλεις.

Η μεγάλη αναμονή για την ειδικότητα σε συνδυασμό με τους χαμηλούς μισθούς και τις αντίξοες συνθήκες εργασίας οδηγεί χιλιάδες νέους γιατρούς να ακολουθήσουν τους δρόμους της μετανάστευσης. Από τους περίπου 3.000 έλληνες γιατρούς που μετακινήθηκαν τα τελευταία χρόνια προς την Μεγάλη Βρετανία, μόνο 300-500 είναι ειδικευμένοι. Χώρες που τα τελευταία χρόνια φιλοξενούν ειδικευμένους γιατρούς είναι η Ελβετία, η Σουηδία και η Γερμανία.

Η κρίση αυτή που πλήττει το ιατρικό σώμα, δημιουργεί αβεβαιότητα και ανασφάλεια στους ιατρούς, σε σχέση όχι μόνο με την επίτευξη των επιστημονικών τους σχεδίων αλλά και με την ίδια την αξιοπρεπή διαβίωση τους. Αυτό το κλίμα έχει εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας, αφού οι ιδιαιτερότητες του τομέα υγείας μετακυλύουν άμεσα τις επιπτώσεις της ιατρικής ανασφάλειας στους ασθενείς - χρήστες των υπηρεσιών υγείας διαμέσου των γνωστών μηχανισμών της σχέσης αντιπροσώπευσης και της συνακόλουθης προκλητής ζήτησης. Σημαντικό ποσοστό υποβάλλεται σε περιττές εξετάσεις αμφίβολης χρησιμότητας, θεραπείες και φάρμακα με αποτέλεσμα να αυξάνεται

η παραοικονομία σε υψηλά επίπεδα (γύρω στο 17,5% των συνολικών δαπανών Υγείας και στο 1,5% του ΑΕΠ).

Ενώ πέρυσι ο πληθωρισμός έκλεισε κοντά στο 4%, ο ιατρικός πληθωρισμός των δαπανών υγείας αναφορικά με την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, έφτασε στο 8%. Επιπρόσθετα η εθνική οικονομία επιβαρύνεται με μεγάλο κόστος «παραγωγής» επιστημονικού δυναμικού, το οποίο δεν είναι δυνατόν να απορροφηθεί αλλά και λόγω εξειδίκευσης δεν μπορεί εύκολα να ετεροαπασχοληθεί σε άλλες οικονομικές δραστηριότητες.

Οι επιπτώσεις δηλαδή της ιατρικής δημογραφίας δεν αφορούν μόνο την κακή λειτουργία του συστήματος αλλά και την επιδείνωση της κατάστασης της εθνικής οικονομίας και μάλιστα σε καιρούς δημοσιονομικής κρίσης.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα να κατατάσσεται ως προς την φιλικότητα ως προς τον ασθενή στην 19η θέση σε σύνολο 31 χωρών, σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2008. Πρόκειται για πτώση σε σχέση με το 2007 και την 17η θέση. Την πρώτη θέση στον πίνακα καταλαμβάνει η Ολλανδία και ακολουθούν η Δανία, η Αυστρία και η Σουηδία στη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη θέση αντίστοιχα.

### **3.6 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Στο κεφάλαιο που προηγήθηκε έγινε μια ιστορική ανασκόπηση για την πορεία του πληθωρισμού στην Ελλάδα καθώς και συγκεκριμένα του πληθωρισμού στον ιατρικό κλάδο τονίζοντας ποιος είναι ο ρόλος του ιατρικού πληθωρισμού στην Ελλάδα. Ακολουθεί η παρουσίαση της δικής μας έρευνας πάνω στον ιατρικό πληθωρισμό, την ανισοκατανομή του ιατρικού κλάδου και πάνω στα μέτρα που πρέπει να παρθούν.

## 4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### **4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα μας αποτελείται από δύο σκέλη, το θεωρητικό σκέλος όπου αναλύουμε τον ιατρικό πληθωρισμό, την ανισοκατανομή του κλάδου και την ανεργία στον κλάδο και παρουσιάζουμε παλαιότερες έρευνες και διαπιστώσεις. Στη συνέχεια το ερευνητικό μέρος με τα συμπεράσματα της δικής μας έρευνας.

Αρχικά, παρουσιάζεται μια θεωρητική προσέγγιση του θέματος από δευτερογενείς πηγές και έγινε ανασκόπηση παλαιότερων ευρημάτων από προγενέστερες έρευνες. Η διερεύνηση επικεντρώθηκε στον ελληνικό χώρο αποφεύγοντας συγκριτικές αναφορές σε συμπεράσματα ανάλογων ερευνών του εξωτερικού καθώς τα συμπεράσματα θα ήταν επισφαλή λόγω των διαφορετικών συνθηκών εκπαίδευσης και άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Στη συνέχεια, παρατίθενται τα δεδομένα, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της ποσοτικής έρευνας στα πλαίσια της οποίας καταγράφηκαν οι απόψεις 82 ιατρών για τα προβλήματα του κλάδου αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης τους.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ 10-12-2009 και 20-12-2009. Η έρευνα ήταν ποσοτική και διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε προηγούμενες έρευνες που έχουν γίνει για το θέμα όπως αναφέρθηκαν παραπάνω και επισυνάπτεται ως Παράρτημα.

#### **4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα είχε τους παρακάτω περιορισμούς:

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος. Ο αριθμός των ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων είναι 82 ερωτηματολόγια. Μοιράστηκαν 100 ερωτηματολόγια αλλά λόγω φόρτου εργασίας 18 ιατροί δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο ή δεν προθυμοποιήθηκαν καθόλου να το συμπληρώσουν. Έτσι η έρευνα μας διεξήχθη με τα εναπομείναντα 82 ερωτηματολόγια.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα και την Πάτρα για πρακτικούς αλλά και οικονομικούς λόγους.

### 4.3 ΣΥΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

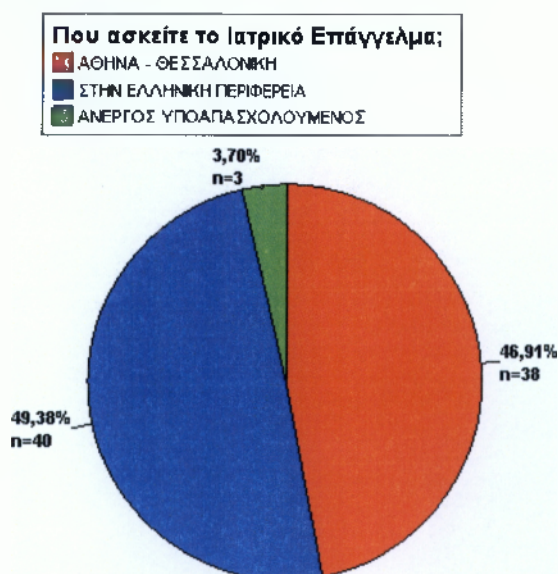
Οι αρχικές ερωτήσεις που επιλέχθηκαν αποτελούν ένα συνδυασμό από παλαιότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στον πληθωρισμό των ιατρών. Μετά την αρχική σύνταξη του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε δοκιμή κατανόησης και αποδοχής μέσω της υποβολής του σε 5 ιατρούς διαφορετικής ηλικίας και εργασιακών αντικειμένων. Η δοκιμή επέφερε αλλαγές που συνίστανται στη διατύπωση, τη συντόμευση και τη σειρά των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Οι ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν τελικά στο ερωτηματολόγιο ήταν 13 που απέβλεπαν στην καταγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος, στον πιθανό εντοπισμό γενικότερων στοιχείων και τάσεων του ελληνικού ιατρικού σώματος και στην καταγραφή των απόψεων των ερωτώμενων.

### 4.4 ΔΕΙΓΜΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 82 ιατροί από διαφορετικές ειδικότητες οι οποίοι δραστηριοποιούνται στην Αθήνα και στην Πάτρα.

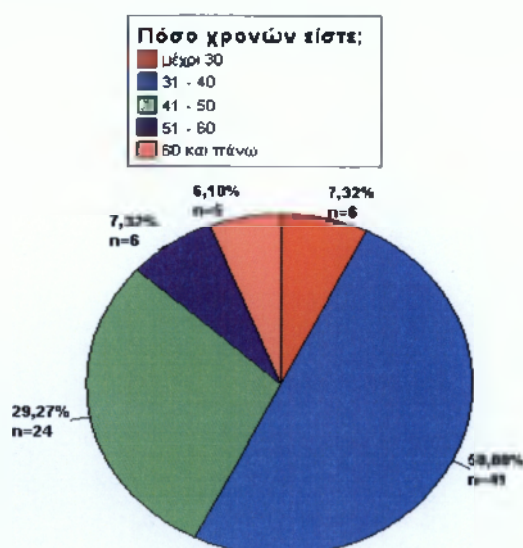
Γράφημα 4.4.1



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το 49,38% των ερωτώμενων ασκεί το ιατρικό του επάγγελμα στην Ελληνική περιφέρεια (συγκεκριμένα στην Πάτρα), το 46,91% στην Αθήνα και το 3,7% είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι.

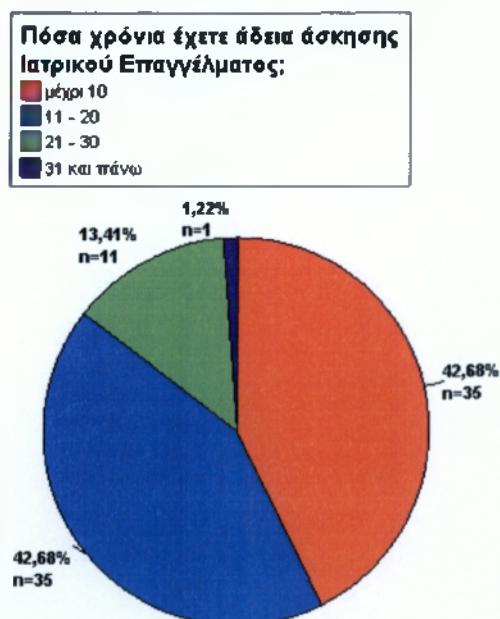
Το 50% των ερωτώμενων έχει ηλικία από 31 έως 40 ετών, το 29,27% από 41 έως 50 ετών, το 7,32% από 51 έως 60 ετών, ένα ακόμα 7,32% έχει ηλικία κάτω των 30 ετών και το υπόλοιπο 6,1% είναι πάνω από 60 ετών.

Γράφημα 4.4.2



Το 42,68% των ερωτώμενων έχει άδεια άσκησης του ιατρικού του επαγγέλματος κάτω από 10 έτη, ένα ακόμα 42,68% δηλώνει ότι έχει άδεια άδεια από 11 έως 20 έτη, το 13,41% από 21 έως 30 έτη και το υπόλοιπο 1,22% έχει άδεια πάνω από 30 έτη.

Γράφημα 4.4.3



#### **4.5 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική επαφή. Ο λόγος που επελέγη η προσωπική επαφή, ήταν για να υπάρξει η βεβαίωση συμπλήρωσης όλων των μερών του ερωτηματολογίου και να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινίσεις στους ερωτηθέντες.

#### **4.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 11 (Statistical Package For Social Sciences), το οποίο είναι ένα στατιστικό πρόγραμμα που ασχολείται με την ποσοτική έρευνα και την ανάλυση δεδομένων. Επιλέγοντας τη χρήση του παραπάνω προγράμματος, παρέχονται πιο ακριβή αποτελέσματα αναλύσεων και βελτιωμένη διαχείριση δεδομένων ταχύτερη και ευκολότερη. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας παρουσιάζονται μέσα από μια σειρά γραφημάτων.



## 5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

#### 5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται αποτελέσματα ερευνών που έχουν γίνει και αφορούν το θέμα μας.

Η πρώτη έρευνα είχε διεξαχθεί από βετείς φοιτητές της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1980<sup>21</sup>, σε δύο φάσεις, το 1975 (193 φοιτητές) και το 1980 (110 φοιτητές). Η έρευνα αυτή αναζητούσε τους λόγους που οι φοιτητές επέλεξαν την ιατρική ως επάγγελμα. Το 14% είχε παραδεχθεί πως σπούδαζε Ιατρική αποβλέποντας στο οικονομικό κέρδος, αλλά μία πενταετία μετά, το ποσοστό αυτό είχε σχεδόν διπλασιασθεί, φθάνοντας στο 27% (1980).

Μία ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των φοιτητών του πρώτου και του δωδέκατου εξαμήνου της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά το ακαδημαϊκό έτος 1989-90, αφορούσε τον προσανατολισμό των φοιτητών ως προς την επιλογή τους στην Ιατρική. Μεταξύ άλλων, διαπιστώθηκε ότι, το 59,7% των φοιτητών επέλεξε τις ιατρικές σπουδές αποδίδοντας σημαντική ή πολύ σημαντική βαρύτητα στις υψηλές αποδοχές που υποσχόταν το ιατρικό επάγγελμα, το 78,1% επειδή οι ιατροί είχαν πολλές δυνατότητες απασχόλησης στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα και το 71,8% των φοιτητών επέλεξαν το ιατρικό επάγγελμα αποδίδοντας σημαντική ή πολύ σημαντική βαρύτητα στη μικρή πιθανότητα ανεργίας ή ετεροαπασχόλησης σε σχέση με άλλα επαγγέλματα. Επίσης, το 58,4% σκόπευε να σταδιοδρομήσει στην Αθήνα και το 58% απέκλειε ή έδινε μικρή πιθανότητα να σταδιοδρομήσει σε απομακρυσμένες περιοχές. Τέλος, το 33,9% των φοιτητών είχε θεωρήσει πολύ σημαντική ή σημαντική την παρότρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος για την επιλογή των ιατρικών σπουδών.

Μια ακόμα εμπειρική έρευνα που διεξήχθη το 1991 μεταξύ φοιτητών της Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης, αφορούσε την καταγραφή και αξιολόγηση του προσανατολισμού τους ως προς τις ιατρικές ειδικότητες. Ποσοστό 25,3% των φοιτητών είχε επιλέξει χειρουργικές ειδικότητες ενώ τα ποσοστά των επιλογών των φοιτητών για τους τομείς της Ακτινολογίας και των Βιολογικών Επιστημών ήταν εμφανώς πολύ

<sup>21</sup> Γεώργιος Ι. Στάθης, Πληθωρισμός και Ανισοκατανομή του Ιατρικού Σώματος στην Ελλάδα, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, 2005

μικρότερα. Αξιοπρόσεκτο ήταν το γεγονός ότι οι ειδικότητες της Αλλεργιολογίας, Ρευματολογίας, Γαστρεντερολογίας, Παιδοψυχιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής, Πυρηνικής Ιατρικής και Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης δε δηλώθηκαν από κανέναν!

Πέρα από τις έρευνες μεταξύ των φοιτητών, ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1991-2 μεταξύ 561 ειδικευόμενων ιατρών σε 45 νοσοκομεία της Αθήνας και της Περιφέρειας και αφορούσε τον τρόπο εργασίας τους και την επιλογή της πιο επικερδούς ειδικότητας. Καταγράφηκε, λοιπόν, ότι αν και το ισχυρότερο κίνητρο επιλογής των ιατρικών σπουδών ήταν η δυνατότητα διατήρησης ιδιωτικού ιατρείου, το 47,2% των ερωτηθέντων επιθυμούσαν να εργαστούν στο ΕΣΥ, το 22,6% επιθυμούσε ταυτόχρονη εργασία στον ιδιωτικό τομέα και στο ΕΣΥ, το 12% ήθελε να εργαστεί στον ιδιωτικό τομέα και το 18,1% στη διδασκαλία και στην έρευνα. Ως προς την επιλογή ειδικότητας, το 38% δήλωσε πως επέλεξε ειδικότητα με γνώμονα το χρόνο αναμονής για την έναρξη της ειδίκευσης. Τέλος, ως ειδικότητες που είναι συνδεδεμένες με υψηλές οικονομικές απολαβές χαρακτηρίστηκαν από τους ερωτηθέντες η μαιευτική-γυναικολογία, η γενική χειρουργική, η θωρακοχειρουργική, η πλαστική χειρουργική, η καρδιολογία και η παιδιατρική.

Μέσα από τις παραπάνω έρευνες λοιπόν διαπιστώνουμε πως η επιλογή ειδικότητας επηρεάζεται από παράγοντες όπως οι οικονομικές απολαβές και η πιθανότητα ανεργίας ή υποαπασχόλησης.

## 5.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΙΔΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας όπου καταγράφονται οι απόψεις των ιατρών πάνω στα θέματα του ιατρικού πληθωρισμού, της ανισοκατανομής του κλάδου και η γνώμη τους για το ποιες μπορεί να είναι οι πιθανές προτάσεις για τη λύση των προβλημάτων που απορρέουν από τον ιατρικό πληθωρισμό.

**Πίνακας 5.2.1. - Η γνώμη των ιατρών πάνω στον αριθμό των Ιατρών στην Ελλάδα σε αναλογία προς τον Πληθυσμό της χώρας**

Κατά τη γνώμη σας, ο αριθμός των Ιατρών στην Ελλάδα, σε αναλογία προς τον Πληθυσμό της χώρας, είναι:

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Εξαιρετικά μεγάλος	38	46,3	46,3	46,3
Σχετικά μεγάλος	39	47,6	47,6	93,9
Κανονικός αριθμός	4	4,9	4,9	98,8
Μικρότερος του αναγκαίου	1	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	82	100,0	100,0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 46,3% των ερωτώμενων θεωρεί ως εξαιρετικά μεγάλο τον αριθμό των ιατρών στην Ελλάδα σε αναλογία προς τον πληθυσμό της χώρας, το 47,6% τον θεωρεί σχετικά μεγάλο, το 4,9% κανονικό και το 1,2% μικρότερο του αναγκαίου.

**Πίνακας 5.2.2. – Η γνώμη των ιατρών για την αιτία στην οποία οφείλεται ο μεγάλος αριθμός Ιατρών και υποψηφίων για Ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα**

Σε ποια αιτία οφείλεται ο μεγάλος αριθμός Ιατρών και υποψηφίων για Ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα, κατά τη γνώμη σας:				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Σε πραγματική φυσική προδιάθεση και κλίση προς το Ιατρικό Επάγγελμα	22	26,8	26,8	26,8
Σε ισχυρή προτροπή του οικογενειακού περιβάλλοντος	24	29,3	29,3	56,1
Σε προσωπική επιλογή ενός επικερδούς και κοινωνικά καταξιωμένου επαγγέλματος	36	43,9	43,9	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 43,9% των ερωτώμενων θεωρεί ως αιτία τον μεγάλο αριθμό ιατρών και υποψηφίων για ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα την προσωπική επικερδούς και κοινωνικά καταξιωμένου επαγγέλματος, το 29,3% στην ισχυρή προτροπή του οικογενειακού περιβάλλοντος και το 26,8% στην πραγματική φυσική προδιάθεση και κλίση προς το ιατρικό επαγγελμα.

**Πίνακας 5.2.3 – Η γνώμη των ιατρών για το ποια είναι η κοινωνικά δυσμενέστερη επίπτωση του μεγάλου αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα**

Κατά τη γνώμη σας, ποια είναι η κοινωνικά δυσμενέστερη επίπτωση του μεγάλου αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ανεργία υποαπασχόληση και ετεροαπασχόληση των νέων πτυχιούχων ιατρικής	48	58,5	58,5	58,5
Κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματος και μείωση του εισοδήματος των ιατρών	18	22,0	22,0	80,5
Μεγάλος Χρόνος Αναμονής για Λήψη Ειδικότητας των νέων Ιατρών	9	11,0	11,0	91,5
Υποβάθμιση της Ποιότητας των Ιατρικών Σπουδών και των υπηρεσιών προς τους πολίτες ασθενείς	7	8,5	8,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 58,5% των ερωτώμενων θεωρεί ως την δυσμενέστερη κοινωνικά επίπτωση του μεγάλου αριθμού ιατρών στην Ελλάδα την ανεργία – υποαπασχόληση και ετεροαπασχόληση των νέων πτυχιούχων ιατρικής, το 22% την κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματος και μείωση του εισοδήματος των ιατρών, το 11% τον μεγάλο χρόνο αναμονής για λήψη ειδικότητας των νέων ιατρών και το 8,5% την υποβάθμιση της ποιότητας των ιατρικών σπουδών και των υπηρεσιών προς τους πολίτες ασθενείς.

**Πίνακας 5.2.4. – Η γνώμη των ιατρών για το αν θεωρούν αναγκαίο να ληφθεί επειγόντως κάποιο Κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα**

Θεωρείτε αναγκαίο να ληφθεί επειγόντως κάποιο Κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Όχι	6	7,3	7,3	7,3
Ναι	76	92,7	92,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Το 92,7% των ιατρών θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να ληφθεί επείγοντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα ενώ το 7,3% διαφωνεί καθώς θεωρεί ότι ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης θα επενεργήσει αποτελεσματικά.

**Πίνακας 5.2.5 – Η γνώμη των ιατρών για το ποιο θεωρούν ως αποτελεσματικότερο κυβερνητικό (διοικητικό) μέτρο για τη μεσοπρόθεσμη μείωση του Αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα**

Ποιο θεωρείτε ως αποτελεσματικότερο κυβερνητικό (διοικητικό) μέτρο για τη μεσοπρόθεσμη μείωση του Αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Τη μείωση του αριθμού Ιατρικών Σχολών ή αριθμού Εισακτέων στις Ιατρικές Σχολές (λάβετε υπόψη ότι αυτό το μέτρο θα οδηγήσει, ενδεχομένως, σε αύξηση των φοιτητών Ιατρικής στο Εξωτερικό)	8	10,5	10,5	10,5
Την αυστηρότερη διαδικασία αναγνώρισης πτυχίων Ιατρικής από Πανεπιστήμια του Εξωτερικού (λάβετε υπόψη ότι η αναγνώριση πτυχίων από χώρες της Ε.Ε. είναι ουσιαστικά υποχρεωτική).	13	17,1	17,1	27,6
Το διαχωρισμό πτυχίου Ιατρικής και Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος, είτε με κεντρικό καθαρισμό από το Κράτος συγκεκριμένου αριθμού αδειών στην Επικράτεια, ανά ειδικότητα και γεωγραφική περιφέρεια, είτε με νομοθετική εξουσιοδότηση των Ιατρικών Συλλόγων να καθορίζουν τον εκάστοτε αναγκαίο αριθμό και να προβαίνουν σε αντίστοιχες εγγραφές μελών	28	36,8	36,8	64,5
Τη συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού (γονέων κλπ.)	26	34,2	34,2	98,7
Άλλο	1	1,3	1,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Για το 92,7% των ιατρών που θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να ληφθεί επείγοντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα, το 36,8% προτείνει το διαχωρισμό πτυχίου ιατρικής και άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, το 34,2% προτείνει τη συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού, το 17,1% την αυστηρότερη διαδικασία αναγνώρισης πτυχίων ιατρικής από πανεπιστήμια του εξωτερικού, το 10,5% τη μείωση του αριθμού των ιατρικών σχολών ή την μείωση των εισακτέων σε αυτές και το υπόλοιπο 1,3% προτείνει κάτι άλλο.

**Πίνακας 5.2.6 – Η γνώμη των ιατρών για τους λόγους για τους οποίους οι Έλληνες Ιατροί αποφεύγουν ορισμένες Ειδικότητες**

Γιατί οι Έλληνες Ιατροί αποφεύγουν ορισμένες Ειδικότητες (π.χ. Γενική Ιατρική, Ιατρική της Εργασίας, Κοινωνική Ιατρική κλπ.);		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Οι παραπάνω Ειδικότητες δεν θεωρούνται επαρκώς "επιστημονικές σε σχέση με τις νοσοκομειακές/κλινικές/εργαστηριακές	1	16,7	20,0	20,0
	Οι παραπάνω Ειδικότητες δεν εξασφαλίζουν ικανοποιητικό εισόδημα	3	50,0	60,0	80,0
	Άλλη αιτία	1	16,7	20,0	100,0
	Σύνολο	5	83,3	100,0	
Missing	System	1	16,7		
Σύνολο		6	100,0		

Για το 7,3% των ιατρών που δεν θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να ληφθεί επειγόντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα, το 50% δηλώνει ότι οι Έλληνες ιατροί αποφεύγουν ορισμένες ειδικότητες (π.χ. γενική ιατρική, ιατρική της εργασίας, κοινωνική ιατρική κ.λ.π) διότι οι ειδικότητες αυτές δεν εξασφαλίζουν ικανοποιητικό εισόδημα, το 16,7% δηλώνει ότι οι ειδικότητες αυτές δεν θεωρούνται επαρκώς επιστημονικές και το υπόλοιπο 16,7% δηλώνουν άλλη αιτία.

**Πίνακας 5.2.7. – Η γνώμη των ιατρών για τους λόγους για τους οποίους η αναλογία ιατρών / Πληθυσμού είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα/Θεσσαλονίκη, σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα**

Έχει διαπιστωθεί ότι η αναλογία ιατρών / Πληθυσμού είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα/Θεσσαλονίκη, σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα. Κατά τη γνώμη σας, που οφείλεται αυτό;					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Κυρίως επειδή η επιστημονική ανέλιξη είναι ευκολότερη σε Αθήνα / Θεσσαλονίκη	35	42,7	42,7	42,7
	Κυρίως επειδή το ιατρικό εισόδημα είναι καλύτερο σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη	15	18,3	18,3	61,0
	Κυρίως για κοινωνικούς λόγους (οικογενειακούς, σπουδές παιδιών, συναναστροφές)	31	37,8	37,8	98,8
	Άλλη αιτία	1	1,2	1,2	100,0
	Σύνολο	82	100,0	100,0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 42,7% των ερωτώμενων θεωρεί ως την κυριότερη αιτία για το ότι η αναλογία ιατρών /πληθυσμού είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα / Θεσσαλονίκη την ευκολότερη επιστημονική ανέλιξη, το 37,8% δηλώνει κοινωνικούς λόγους, το 18,3% δηλώνει το μεγαλύτερο εισόδημα και το 1,2% άλλη αιτία.

**Πίνακας 5.2.8. – Η γνώμη των ιατρών για το ενδεχόμενο του να εγκατασταθούν στην Περιφέρεια**

Θα βλέπατε θετικό το ενδεχόμενο να εγκατασταθείτε στην Περιφέρεια;					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Όχι, δεν θέλω να φύγω από την Αθήνα/Θεσσαλονίκη	29	35,4	63,0	63,0
	Ίσως, αν εξασφάλιζα καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες	9	11,0	19,6	82,6
	Ναι, διερευνώ ήδη τις δυνατότητες κατά περιοχή	8	9,8	17,4	100,0
	Σύνολο	46	56,1	100,0	
Missing	System	36	43,9		
Σύνολο		82	100,0		



Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 63% των ερωτώμενων δεν βλέπει θετικά το ενδεχόμενο να εγκατασταθεί στη περιφέρεια, θέλει να μείνει στην Αθήνα/Θεσσαλονίκη, το 19,6% δηλώνει ανοικτό στο ενδεχόμενο αυτό αν εξασφάλιζε καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και το 17,4% ερευνά ήδη την δυνατότητα αυτή.

**Πίνακας 5.2.9. – Οι λόγοι για τους οποίους εργάζονται οι ιατροί σήμερα στην Περιφέρεια**

Για ποιο λόγο εργάζεσθε σήμερα στην Περιφέρεια (εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης);		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Ήταν συνειδητή επιλογή μου και δεν έχω αλλάξει γνώμη	28	70,0	71,8	71,8
	Ήταν συνειδητή επιλογή μου, αλλά έχω αλλάξει γνώμη	1	2,5	2,6	74,4
	Τυχαία, εξασφάλισα θέση της αρεσκείας μου, την οποία σκοπεύω να διατηρήσω	9	22,5	23,1	97,4
	Τυχαία, εξασφάλισα θέση εργασίας η οποία ελπίζω να είναι προσωρινή	1	2,5	2,6	100,0
	Σύνολο	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Σύνολο		40	100,0		

Για το 49,38% των ερωτώμενων που ασκεί το ιατρικό του επάγγελμα στην Ελληνική περιφέρεια, το 70% δηλώνει ότι ήταν συνειδητή επιλογή του και δεν έχει αλλάξει γνώμη, το 22,5% εξηγεί ότι ήταν τυχαίο καθώς εξασφάλισε την θέση της αρεσκείας του την οποία σκοπεύει να διατηρήσει, το 2,5% θεωρεί ότι ήταν συνειδητή επιλογή, ένα ακόμα 2,5% εξηγεί ότι ήταν τυχαίο καθώς εξασφάλισε μια θέσης εργασίας που ελπίζει να είναι προσωρινή και το υπόλοιπο 2,5% δεν απάντησε.

**Πίνακας 5.2.10. – Η γνώμη των ιατρών πάνω στο αν θα ήθελαν να εργαστούν σε άλλη χώρα**

Θα θέλατε να εργασθείτε ως Ιατρός σε άλλη χώρα;					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Όχι, για έναν ή περισσότερους λόγους	23	53,5	53,5	53,5
	Ναι, αλλά μόνο σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου	17	39,5	39,5	93,0
	Ναι, οπουδήποτε θα εξασφάλιζα τις επιθυμητές προϋποθέσεις	3	7,0	7,0	100,0
	Σύνολο	43	100,0	100,0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 53,5% των ερωτώμενων είναι αρνητικό να εργασθεί ως ιατρός σε άλλη χώρα, το 39,5% είναι θετικό αλλά μόνο σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου και το υπόλοιπο 7% είναι επίσης θετικό να δουλέψει οπουδήποτε στο εξωτερικό αρκεί να εξασφάλιζε τις επιθυμητές προϋποθέσεις.

## **ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ**

Από την παραπάνω ανάλυση έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

- **Αναφορικά με το δείγμα μας:**

Βρήκαμε ότι το 50% των ερωτώμενων έχει ηλικία από 31 έως 40 ετών, το 29,27% από 41 έως 50 ετών, το 7,32% από 51 έως 60 ετών, ένα ακόμα 7,32% έχει ηλικία κάτω των 30 ετών και το υπόλοιπο 6,1% είναι πάνω από 60 ετών. Το 42,68% των ιατρών έχει άδεια άσκησης του ιατρικού του επαγγέλματος κάτω από 10 έτη, ένα ακόμα 42,68% δηλώνει ότι έχει άδεια άδεια από 11 έως 20 έτη, το 13,41% από 21 έως 30 έτη και το υπόλοιπο 1,22% έχει άδεια πάνω από 30 έτη.

- **Αναφορικά με τις απόψεις των ιατρών πάνω στον ιατρικό πληθωρισμό:**

Βρέθηκε ακόμα ότι το 46,3% των ιατρών θεωρεί ως εξαιρετικά μεγάλο τον αριθμό των ιατρών στην Ελλάδα σε αναλογία προς τον πληθυσμό της χώρας, το 47,6% τον θεωρεί σχετικά μεγάλο, το 4,9% κανονικό και το 1,2% μικρότερο του αναγκαίου.

Το 43,9% των ιατρών θεωρεί ως αιτία τον μεγάλο αριθμό ιατρών και υποψηφίων για ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα την προσωπική επικερδούς και κοινωνικά καταξιωμένου επαγγέλματος, το 29,3% στην ισχυρή προτροπή του οικογενειακού περιβάλλοντος και το 26,8% στην πραγματική φυσική προδιάθεση και κλίση προς το ιατρικό επαγγελμα.

Επίσης το 58,5% των ερωτώμενων θεωρεί ως την δυσμενέστερη κοινωνικά επίπτωση του μεγάλου αριθμού ιατρών στην Ελλάδα την ανεργία – υποαποχόληση και ετεροαποχόληση των νέων πτυχιούχων ιατρικής, το 22% την κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματος και μείωση του εισοδήματος των ιατρών, το 11% τον μεγάλο χρόνο αναμονής για λήψη ειδικότητας των νέων ιατρών και το 8,5% την υποβάθμιση της ποιότητας των ιατρικών σπουδών και των υπηρεσιών προς τους πολίτες ασθενείς.

- **Αναφορικά με τη γνώμη των ιατρών πάνω στα μέτρα που πρέπει να ληφθούν:**

Επιπρόσθετα το 92,7% των ιατρών θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να ληφθεί επείγοντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα ενώ το 7,3% διαφωνεί καθώς θεωρεί ότι ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης θα επενεργήσει αποτελεσματικά.

Για το 92,7% των ιατρών που θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να ληφθεί επείγοντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα, το 36,8% προτείνει το διαχωρισμό πτυχίου ιατρικής και άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, το 34,2% προτείνει τη συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού, το 17,1% την αυστηρότερη διαδικασία αναγνώρισης πτυχίων ιατρικής από πανεπιστήμια του εξωτερικού, το 10,5% τη μείωση του αριθμού των ιατρικών σχολών ή την μείωση των εισακτέων σε αυτές και το υπόλοιπο 1,3% προτείνει κάτι άλλο.

Επιπλέον για το 7,3% των ιατρών που δεν θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να ληφθεί επείγοντως κάποιο κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα, το 50% δηλώνει ότι οι Έλληνες ιατροί αποφεύγουν ορισμένες ειδικότητες (π.χ. γενική ιατρική, ιατρική της εργασίας, κοινωνική ιατρική κ.λ.π) διότι οι ειδικότητες αυτές δεν εξασφαλίζουν ικανοποιητικό εισόδημα, το 16,7% δηλώνει ότι οι

ειδικότητες αυτές δεν θεωρούνται επαρκώς επιστημονικές και το υπόλοιπο 16,7% δηλώνουν άλλη αιτία. Ένα ποσοστό της τάξης του 16,7% δεν απάντησε.

- **Αναφορικά με την ανισοκατανομή στον ιατρικό κλάδο:**

Ακόμα το 42,7% των ιατρών θεωρεί ως την κυριότερη αιτία για το ότι η αναλογία ιατρών /πληθυσμού είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα την ευκολότερη επιστημονική ανέλιξη, το 37,8% δηλώνει κοινωνικούς λόγους, το 18,3% δηλώνει το μεγαλύτερο εισόδημα και το 1,2% άλλη αιτία. Το 63% των ιατρών δεν βλέπει θετικά το ενδεχόμενο να εγκατασταθεί στη περιφέρεια, θέλει να μείνει στην Αθήνα, το 19,6% δηλώνει ανοικτό στο ενδεχόμενο αυτό αν εξασφάλιζε καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και το 17,4% ερευνά ήδη την δυνατότητα αυτή.

Το 49,38% των ιατρών ασκεί το ιατρικό του επάγγελμα στην Ελληνική περιφέρεια, το 46,91% στην Αθήνα και το 3,7% είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι. Για το 49,38% των ερωτώμενων που ασκεί το ιατρικό του επάγγελμα στην Ελληνική περιφέρεια, το 70% δηλώνει ότι ήταν συνειδητή επιλογή του και δεν έχει αλλάξει γνώμη, το 22,5% εξηγεί ότι ήταν τυχαίο καθώς εξασφάλισε την θέση της αρεσκείας του την οποία σκοπεύει να διατηρήσει, το 2,5% θεωρεί ότι ήταν συνειδητή επιλογή, ένα ακόμα 2,5% εξηγεί ότι ήταν τυχαίο καθώς εξασφάλισε μια θέσης εργασίας που ελπίζει να είναι προσωρινή και το υπόλοιπο 2,5% δεν απάντησε.

Τέλος, το 53,5% των ιατρών είναι αρνητικό να εργασθεί ως ιατρός σε άλλη χώρα, το 39,5% είναι θετικό αλλά μόνο σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου και το υπόλοιπο 7% είναι επίσης θετικό να δουλέψει οπουδήποτε στο εξωτερικό αρκεί να εξασφάλιζε τις επιθυμητές προϋποθέσεις.

## 6<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 6.1 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Οι έρευνες, τόσο αυτών στις οποίες αναφερθήκαμε και αναλύσαμε παραπάνω όσο και η δική μας έρευνα, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συνέπειες του πληθωρισμού των ιατρών εντοπίζονται τόσο στη Δημόσια υγεία όσο και στην εθνική οικονομία. Συγκεκριμένα προκαλούνται σοβαρές συνέπειες στη Δημόσια Υγεία από το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των ιατρών, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης τόσο μεγάλου αριθμού ιατρών. Επίσης όσον αφορά στην εθνική οικονομία, ο υπερβολικός αριθμός των ιατρών αυξάνει την προκλητή ζήτηση για δύο λόγους και συνεπώς τις μη αναγκαίες δαπάνες:

- α) Γιατί αναζητά με τεχνητούς τρόπους την αύξηση του εισοδήματός τους.
- β) Οδηγείται λόγω ανεπαρκούς εκπαίδευσης σε "αμυντική ιατρική" που σημαίνει πολλές διαγνωστικές εξετάσεις και μάλιστα υψηλής τεχνολογίας και πολυφαρμακεία.

Επιπλέον η μονιμότητα των ιατρών του ΕΣΥ έβλαψε το σύστημα, αλλά και τους ίδιους, αφού δημιουργήθηκαν συνθήκες έντονης δημοσιοϋπαλληλοποίησης. Οι περισσότεροι έπαψαν να έχουν επιστημονικά και επαγγελματικά κίνητρα, αφού αφενός εξασφάλισαν μια μόνιμη θέση αφετέρου δεν υπήρξαν διαδικασίες αξιολόγησης.

Ακόμη η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών του ΕΣΥ προσέφερε μόνο στο αρχικό στάδιο της εφαρμογής της. Σήμερα στην πράξη δεν υφίσταται αποκλειστική απασχόληση, διότι σημαντικός αριθμός ιατρών εργάζονται παράνομα σε ιδιωτικά ιατρεία ή είναι συμβεβλημένοι με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και Νοσοκομεία. Ένα μεγάλο δε ποσοστό ιατρών αμείβεται από τους ίδιους τους ασθενείς και έτσι ελάχιστος αριθμός ιατρών εργάζεται στο συμβατικό του ωράριο.

Επίσης ο τρόπος επιλογής των ιατρών στις κρίσεις αξιολόγησης βασίζονται εν πολλοίς σε μη επιστημονικά κριτήρια (είτε κομματικά είτε κοινωνικά), ελάχιστες κρίσεις έχουν στοιχεία αξιοκρατίας. Το αποτέλεσμα της παρενέργειας αυτής είναι να αμφισβητείται έντονα το διευθυντικό μοντέλο και η Ιεραρχία στα τμήματα, διότι ελάχιστοι

εκπέμπουν την ακτινοβολία του πραγματικού ηγέτη του τμήματος ή υπάρχουν έντονες έριδες μεταξύ των ιατρών στα ίδια τμήματα για κάλυψη ανώτερης θέσης.

Η καθιέρωση της διαδικασίας ατομικής κρίσης με το νόμο 2519/97 των Επιμελητών Β' σε Α' και των αναπληρωτών Δ/ντών, αφενός θα δημιουργήσει επετηρίδα και κλείσιμο των θέσεων για 10 περίπου χρόνια, αφετέρου ισοπεδώνει και τα τελευταία στοιχεία φιλοδοξίας, αφού δεν υπάρχει επιβράβευση στην αξία στους ικανούς γιατρούς του Ε.Σ.Υ., αφού όλοι μαζί χωρίς καμία ιδιαίτερη διαδικασία εξελίχθηκαν (υπολογίζουμε ότι το 99% κρίθηκαν θετικά).

Οι γιατροί που εργάζονται στους ασφαλιστικούς φορείς (π.χ. Ι.Κ.Α.) και στον ιδιωτικό τομέα δεν αξιολογούνται για την επιστημονική τους επάρκεια και η εκπαίδευσή τους είναι ανύπαρκτη, γεγονός που οδηγεί σε χαμηλό επιστημονικό επίπεδο ιατρών αμφίβολης απόδοσης.

Συνοψίζοντας, οι πιο άμεσες συνέπειες που δημιουργούνται είναι:

1. Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και ιατρικών πράξεων.
2. Χαμηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, με συνεχώς αυξανόμενο το κόστος για την πολιτεία.
3. Υποαπασχόληση, ετεροαπασχόληση, οικονομική ανέχεια, ιδιαίτερα των νέων ιατρών.
4. Ανεπαρκής μεταπτυχιακή (ελάχιστη πρακτική) άσκηση και έλλειψη συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.
5. Υψηλό οικονομικό κόστος της πολιτείας για την εκπαίδευση και την εξειδίκευση ενός δυσανάλογα μεγάλου ποσοστού ιατρών, σε σχέση με τις μετέπειτα παρεχόμενες ευκαιρίες για επαγγελματική αποκατάσταση.
6. Χαμηλή κοστολόγηση των ιατρικών παροχών και πράξεων.
7. Απαξίωση του ιατρικού λειτουργήματος.

## **6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ**

Συγκεκριμένα συμπεραίνουμε ότι ο γιατρός του νέου αιώνα οφείλει να μάθει να συμβιώνει με την ταχύτατη εξέλιξη της ιατρικής, να συμβιώνει στην άσκηση του έργου του με επιστήμονες άλλων γνωστικών αντικειμένων (οικονομολόγους, managers, κοινωνικούς επιστήμονες) και να μπορεί να κατανοεί και να εφαρμόζει στοιχεία των επιστημών αυτών, και τέλος να μπορεί να επιβιώνει σε συνθήκες επιστημονικού

ανταγωνισμού σε χώρους που ξεπερνούν τα σύνορα της χώρας.

Επίσης απαιτείται αναβάθμιση του ρόλου των Διευθυντών στο σύστημα. Αυτό προϋποθέτει την αποκατάσταση της αξιοπιστίας στις επιλογές, ώστε αφού αποκτήσουν το κύρος που απαιτείται να γίνουν η ατμομηχανή του συστήματος, όπως σε όλο τον αναπτυγμένο κόσμο. Συνεχής αξιολόγηση του έργου των Διευθυντών με τις οποίες οφείλεται να συνδέεται και η παραμονή τους στη θέση, αφού όμως είναι πλήρως υπεύθυνο για την επιλογή των συνεργατών τους.

Τέλος η παρέμβαση που απαιτείται, σαν στοιχείο μιας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στο χώρο της υγείας, είναι εκ των πραγμάτων πολύπλευρη και προϋποθέτει τη διαμόρφωση μιας νέας αντίληψης για το ρόλο του γιατρού στον 21ο αιώνα στο πλαίσιο άσκησης μιας σύγχρονης πολιτικής για τη δημόσια υγεία, με βάση την οποία θα διαμορφωθεί και ο ιδιαίτερος ρόλος των υπηρεσιών υγείας.

### **6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Για την πληρότητα της εργασίας - έρευνάς μας είναι σκόπιμο να καταγραφούν όλα τα μέτρα αντιμετώπισης του πληθωρισμού και της ανισοκατανομής του ιατρικού σώματος που έχουν προταθεί κατά την τελευταία δεκαετία.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, το πραγματικό ζητούμενο παραμένει η άσκηση μιας στοιχειώδους πολιτικής προγραμματισμού. Από το 2000 και μετά, οι πολιτικοί σχηματισμοί που εναλλάσσονται στην κυβέρνηση, υιοθετώντας προτάσεις μελετητών, εξαγγέλλουν επίσημα την ανάληψη πρωτοβουλιών, όπως η αποδέσμευση του πτυχίου ιατρικής από την αγορά εργασίας, η καθιέρωση εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας, ο επαναπρογραμματισμός του αριθμού θέσεων ειδικευόμενων ιατρών κατά ειδικότητα, νομό και περιφέρεια και η θέσπιση ειδικών κινήτρων για τις ειδικότητες που παρουσιάζουν ανεπάρκεια<sup>22</sup>.

Από την άλλη, η μείωση του αριθμού των ιατρικών σχολών ή η μείωση του αριθμού των εισακτέων σε αυτές, προϋποθέτει μια επεξεργασμένη πολιτική ανθρώπινου δυναμικού με σαφή κίνητρα και αντικίνητρα και στενή συνεργασία μεταξύ των υπουργείων Υγείας και Παιδείας που θα αφορά στο σύνολο των υγειονομικών

---

<sup>22</sup> Γεώργιος Ι. Στάθης, Πληθωρισμός και Ανισοκατανομή του Ιατρικού Σώματος στην Ελλάδα, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, 2005

επαγγελματών, ώστε να υπάρξει ταυτόχρονη παρακίνηση για τη στροφή των νέων σε άλλα επαγγέλματα υγείας.

Χρειάζεται, επίσης, μεθοδική προσπάθεια για την ενημέρωση του πληθυσμού για τις πραγματικές εργασιακές συνθήκες που ισχύουν σήμερα ως προς το ιατρικό επάγγελμα και φρένο στη σύνδεση του επαγγέλματος με την οικονομική ευμάρεια και την κοινωνική καταξίωση, όπως και καλύτερος επαγγελματικός προσανατολισμός για τους νέους.

Ακόμα, η εναργής παρουσία γνωστικών αντικειμένων σχετικών με τις μη δημοφιλείς ειδικότητες στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και η εκπόνηση προγραμμάτων ειδικότητας που θα εμπλουτίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις γνώσεις των ειδικευόμενων για τις ειδικότητες, είναι κάτι που θα δημιουργούσε καλύτερη εικόνα για τις ειδικότητες αυτές.

Η λήψη εξειδικευμένων μέτρων για δημιουργία ελκυστικότερων και καταλληλότερων συνθηκών για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και έρευνας στην επαρχία για καλύτερη κατανομή ιατρών / πληθυσμού, παρέχοντας μόνον εκεί συγκεκριμένα πλεονεκτήματα, θα μπορούσε να βοηθήσει στο πρόβλημα της ανισοκατανομής των ιατρών στις γεωγραφικές περιφέρειες.

Οι ανθρώπινοι πόροι χρειάζεται να ανανεωθούν ειδικότερα στις διευθυντικές θέσεις σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και να έχουν αποδεδειγμένη εμπειρία διοίκησης και γνώσης των προβλημάτων του τομέα υγείας ώστε να δημιουργηθούν πιο ελκυστικές και καταλληλότερες συνθήκες ως αφορά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Εύλογο θα ήταν να προσθέσουμε ότι απαιτείται ορθολογικός σχεδιασμός και ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαραίτητες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο.

Οι παραπάνω προτάσεις διατυπώθηκαν με βάση την προσωπική εμπειρία και γνώση συγκεκριμένων λειτουργών υγείας, μελετητών και ακαδημαϊκών. Προφανώς είναι εύλογες, γι' αυτό άλλωστε οι περισσότερες έχουν γίνει και ευρύτερα αποδεκτές, έστω και αν δεν έχουν υλοποιηθεί μέχρι σήμερα. Φυσικά, θα πρέπει να μελετηθούν και αντίστοιχα μέτρα που έχουν ληφθεί σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες αντιμετώπισαν πρόβλημα ιατρικού πληθωρισμού<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Γεώργιος Ι. Στάθης, Πληθωρισμός και Ανισοκατανομή του Ιατρικού Σώματος στην Ελλάδα, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, 2005



Αυτό που θα θέλαμε εμείς να προτείνουμε, είναι ότι θα έπρεπε κριτήριο για την άσκηση της ιατρικής να αποτελεί και ο ανθρώπινος παράγοντας και όχι μόνο το εισόδημα και η κοινωνική καταξίωση, γιατί η ιατρική πάνω από όλα είναι λειτούργημα

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας στο τέλος της εργασίας μας και αφού αναλύσαμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αλλά και των άλλων ερευνών σχετικά με τον πληθωρισμό του ιατρικού σώματος και της ανισοκατανομής του τόσο στις ειδικότητες όσο και στις γεωγραφικές περιφέρειες, καταλήγουμε στο συμπέρασμα και επιβεβαιώνουμε το γεγονός ότι:

- Ο ιατρικός πληθωρισμός ευθύνεται για την ανεργία στον κλάδο και για το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης καθώς και στο ότι,
- Το μεγαλύτερο ποσοστό ιατρών στρέφεται προς ειδικότητες πιο κερδοφόρες και δημοφιλείς με σκοπό το μεγαλύτερο κέρδος και την αποφυγή της υποαπασχόλησης κάτι που οδηγεί στην ανισοκατανομή των ειδικοτήτων.

Διαπιστώσαμε ότι, ενώ ορισμένες ειδικότητες υπερκαλύπτονται άλλες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις όπως η Γενική Ιατρική, η Κοινωνική Ιατρική και η Ιατρική της Εργασίας. Θα μπορούσαμε εδώ να πούμε ότι ο μικρός σχετικά αριθμός γενικών ιατρών θέτει περιορισμούς στην πλήρη ανάπτυξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Η άνιση κατανομή των ιατρών στα μεγάλα αστικά κέντρα σε σχέση με την περιφέρεια, καταδεικνύει το γεγονός ότι οι περιοχές με υψηλά εισοδήματα και κατανάλωση αποτελούν τόπο εγκατάστασης των υπηρεσιών υγείας και φανερώνει την απουσία κινήτρων προς το ιατρικό σώμα για να στελεχώσουν περιφερειακές μονάδες υγείας.

Ο υπερπληθωρισμός των ιατρών δημιουργεί όλο και περισσότερη αύξηση της προκλητής ζήτησης, δηλαδή προκλητές δαπάνες για τον ασθενή πράγμα που έχει αρνητικές επιπτώσεις στο Σύστημα Υγείας με άμεσο δέκτη τον ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών υγείας, ο οποίος οδηγείται σε ιατρική ανασφάλεια.

Τέλος, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η Ελλάδα έρχεται πρώτη στην ανεργία των ειδικευμένων ιατρών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη διάρκεια αναμονής, στην μεγάλη αύξηση του αριθμού των ιατρών και στην άρνηση των επαγγελματιών του κλάδου να φύγουν από τις μεγάλες πόλεις.

## ***ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ***

1. Baker TD. Health personnel planning. In W A Reike, Health Planning for Effective Management, Ch. 10, Oxford University Press, 2004.
2. Blau PM, Gustad JW, Jesor R, Parnes HS, Wiccock RC. Occupational choice: A conceptual framework. In: Hopson B, Hayes J (eds) The theory and practice of vocational guidance. Pergamon Press, Oxford, 1968
3. Brown D. Summary comparison and critique of major theories. In: Brown D, Brooks L (eds) Career choice and development. Jossey-Bass, San Francisco, 1984
4. European Commission (2007), Employment in Europe 2005 : Recent trends and Prospects
5. Fotopoulos, Towards an Inclusive Democracy, Cassell, 1997
6. Ginzberg E. Career development. In: Brown D, Brooks L (eds) Career choice and development. Jossey Bass, San Francisco, 1984
7. Hopson B, Hayes J. The theory and practice of vocational guidance. Pergamon Press, Oxford, 1968
8. Kotler Philip, Marketing and Management, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα 1994, σελ. 247-249.
9. Mejia A. et al. Health Manpower Out of Balance : Conflicts and Prospects. Geneva : Council or International Organization of Medical Sciences 2007.
10. Mitchell L, Krumboltz JD. Social learning approach to career decision making: Krumboltz' s theory. In: Brown D, Brooks L (eds) Career choice and development: Applying contemporary therapy to practice. Jossey-Bass, San Francisco, 1990
11. Simmons S., Bonnett-Jones N. Human Resource Development : The Management, Planning and Training of Health Personnel. Evaluation and Planning Center for Health Care 2004.
12. Trevithick J.A, Ο Πληθωρισμός, Εκδόσεις Σταμούλη, Πειραιάς 1982
13. WHO. Constitution, basic documents. 26th ed. Geneva, 1976

14. Βεργίνης Ξ.Π., Κόντος Β.Ν., Η Οικονομική του Πληθωρισμού, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1977
15. Γνώμη 60, "Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006" Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης - Κ.Π.Σ., (νο. 2)", Οκτώβριος 2001, Γνώμη 195, "Παράταση ειδικών επιδοτήσεων και άλλες διατάξεις", Μάιος 2008.
16. Γνώμη της ΟΚΕ υπ' αριθμ. 92, Ιούλιος 2003, "Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις".
17. Δελής Κ., Αγορές Χρήματος και Κεφαλαίου, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σακκουλά, Αθήνα-Κομοτηνή 1996.
18. Δράκος Γ.Ε., Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική, Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Αθήνα-Πειραιάς 1996, σελ. 265-270.
19. Έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος για το έτος 2000, Αθήνα 2004.
20. Ημερήσια εφημερίδα "Η Καθημερινή", έρευνα Κ. Πέννης Μπουλούτζα: "Μετ' εμποδίων η αποκατάσταση των αναπήρων", 9 Νοε. 2008.
21. Θεοδώρου Μ, Σαρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
22. Καλαματιανού ΑΓ. Η εκροή πτυχιούχων γιατρών από τα ελληνικά πανεπιστήμια και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1993
23. Κιντής Α., Πουρναράκης Ε(1993)., Αρχές Οικονομικής Ανάλυσης, Εκδόσεις ΣΜΠΙΛΙΑΣ «Το Οικονομικό», Αθήνα σελ. 197-198. Επίσης, Λιανός Θεόδωρος(1996), Μπένος Θεοφάνης, Μακροοικονομική Ανάλυση και Δημοσιονομική Πολιτική, Εκδόσεις Ευγ. Μπένου, Αθήνα 1996, σελ 420-426.
24. Κυριόπουλος Γ. Ανθρώπινο Δυναμικό. Επιθεώρηση Υγείας 2007
25. Λέβεν Τζ. Κ.ά. Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Λειτουργικό Πρόγραμμα Υγείας, ΕΣΔΥ 2006.
26. Λιανός Θεόδωρος(1996), Μπένος Θεοφάνης, Μακροοικονομική Ανάλυση και Δημοσιονομική Πολιτική, Εκδόσεις Ευγ. Μπένου, Αθήνα 1996
27. Μαραδακούτας(2001), Η επιχειρηματικότητα στη νέα οικονομία, Σιδέρης

28. Μαρουδιάς Ν., Πολύζος Ν., Δερβένης Χ. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα. Εκδ. Υπουργείου Υγείας 2006. Οργάνωση - Διοίκηση - Ανθρώπινο Δυναμικό.
29. Πατσουράτης Β., Φραγκούλη Ζ., Βιομηχανική Οργάνωση και Πολιτική, Εκδόσεις Ευγ. Μπένου, Αθήνα
30. Στάθης Γ. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 2.
31. Στάθης Γ.: Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, εκδόσεις MediForce, Αθήνα, 2005, σελ. 35-42.
32. Στεριώτης Κίμωνας, Ο Πληθωρισμός, Εκδόσεις Σμπίλιας «Το Οικονομικό», Αθήνα 1986, σελ. 115-119.
33. Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Πολύζος Ν., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν. Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980 -2000. Αθήνα (Εκθεση στη Γεν. Δ/ση της Ε.Ε.). 2007.

## WEBSITES

1. <http://el.wikipedia.org/wiki>
2. <http://www.in.gr/news/article.asp?lngEntityID=1095168&rss=yes>
3. <http://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/ektmnth200912.pdf>
4. <http://www.in.gr/news/article.asp?lngEntityID=1095168&rss=yes>
5. <http://career.duth.gr/cms/?q=node/35084>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### Α1 . ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 1

**Κατά τη γνώμη σας, ο αριθμός των Ιατρών στην Ελλάδα, σε αναλογία προς τον Πληθυσμό της χώρας, είναι:**

- Εξαιρετικά μεγάλος
- Σχετικά μεγάλος
- Κανονικός αριθμός
- Μικρότερος του αναγκαίου

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 2

**Σε ποια αίτια οφείλεται ο μεγάλος αριθμός Ιατρών και υποψηφίων για Ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα, κατά τη γνώμη σας;**

- Σε πραγματική φυσική προδιάθεση και κλίση προς το Ιατρικό Επάγγελμα.
- Σε ισχυρή προτροπή του οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Σε προσωπική επιλογή ενός επικερδούς και κοινωνικά καταξιωμένου επαγγέλματος.

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 3

**Κατά τη γνώμη σας, ποια είναι η κοινωνικά δυσμενέστερη επίπτωση του μεγάλου αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;**

- Ανεργία, υποαπασχόληση και ετεροαπασχόληση των νέων πτυχιούχων Ιατρικής
- Κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματος και μείωση του εισοδήματος των Ιατρών
- Μεγάλος Χρόνος Αναμονής για Λήψη Ειδικότητας των νέων Ιατρών
- Υποβάθμιση της Ποιότητας των Ιατρικών Σπουδών και των υπηρεσιών προς τους Πολίτες-Ασθενείς

#### **ΕΡΩΤΗΣΗ 4**

**Θεωρείτε αναγκαίο να ληφθεί επείγοντως κάποιο Κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;**

- Ο ΟΧΙ. Ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης θα επενεργήσει αποτελεσματικά. Επιπλέον, η Πολιτεία θα υποχρεωθεί να δημιουργήσει νέες έμμισθες θέσεις Ιατρών ενώ η πλήρης απασχόληση μπορεί συμπληρωματικά να επιτευχθεί με τη διεύρυνση της ιατρικής ύλης ή την τεχνητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σε κάθε περίπτωση, η παγκοσμιο-ποίηση βοηθά στη μετακίνηση νέων Ελλήνων Ιατρών σε άλλες χώρες.
- Ο ΝΑΙ. Η ελληνική Πολιτεία οφείλει να λάβει άμεσα κάποιο διοικητικό μέτρο συγκρότησης του αριθμού των Ιατρών, χωρίς όμως να δημιουργηθούν μείζονα κοινωνικά προβλήματα.

#### **ΕΡΩΤΗΣΗ 5**

**Ποιο θεωρείτε ως αποτελεσματικότερο κυβερνητικό (διοικητικό) μέτρο για τη μεσοπρόθεσμη μείωση του Αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;**

- Ο Τη μείωση του αριθμού Ιατρικών Σχολών ή αριθμού Εισακτέων στις Ιατρικές Σχολές (λάβετε υπόψη ότι αυτό το μέτρο θα οδηγήσει, ενδεχομένως, σε αύξηση των φοιτητών Ιατρικής στο Εξωτερικό)
- Ο Την αυστηρότερη διαδικασία αναγνώρισης πτυχίων Ιατρικής από Πανεπιστήμια του Εξωτερικού (λάβετε υπόψη ότι η αναγνώριση πτυχίων από χώρες της Ε.Ε. είναι ουσιαστικά υποχρεωτική).
- Ο Το διαχωρισμό πτυχίου Ιατρικής και Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος, είτε με κεντρικό καθορισμό από το Κράτος συγκεκριμένου αριθμού αδειών στην Επικράτεια, ανά ειδικότητα και γεωγραφική περιφέρεια, είτε με νομοθετική εξουσιοδότηση των Ιατρικών Συλλόγων να καθορίζουν τον εκάστοτε αναγκαίο αριθμό και να προβαίνουν σε αντίστοιχες εγγραφές μελών.
- Ο Τη συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού (γονέων κλπ.) και τον επαγγελματικό προσανατολισμό των μαθητών στα Γυμνάσια/Λύκεια για τον κορεσμό του Ιατρικού Επαγγέλματος.

## **ΕΡΩΤΗΣΗ 6**

**Γιατί οι Έλληνες Ιατροί αποφεύγουν ορισμένες Ειδικότητες (π.χ. Γενική Ιατρική, Ιατρική της Εργασίας, Κοινωνική Ιατρική κλπ.);**

- Οι παραπάνω Ειδικότητες δεν θεωρούνται επαρκώς «επιστημονικές», σε σχέση με τις «νοσοκομειακές» (κλινικές - εργαστηριακές) ειδικότητες.
- Οι παραπάνω Ειδικότητες δεν εξασφαλίζουν ικανοποιητικό εισόδημα.

## **ΕΡΩΤΗΣΗ 7**

**Έχει διαπιστωθεί ότι η αναλογία ιατρών / Πληθυσμού είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα/Θεσσαλονίκη, σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα. Κατά τη γνώμη σας, που οφείλεται αυτό;**

- Κυρίως επειδή η επιστημονική ανέλιξη είναι ευκολότερη σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη.
- Κυρίως επειδή το ιατρικό εισόδημα είναι καλύτερο σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη.
- Κυρίως για κοινωνικούς λόγους (οικογενειακούς, σπουδές παιδιών, κλπ.).

## **ΕΡΩΤΗΣΗ 8**

**Που ασκείτε το Ιατρικό Επάγγελμα;**

- ΑΘΗΝΑ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
- ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
- ΑΝΕΡΓΟΣ ΥΠΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ

## **ΕΡΩΤΗΣΗ 9**

**Θα βλέπατε θετικό το ενδεχόμενο να εγκατασταθείτε στην Περιφέρεια;**

- Όχι, δεν θέλω να φύγω από την Αθήνα/Θεσσαλονίκη
- Ίσως, αν εξασφάλιζα καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.
- Ναι, διερευνώ ήδη τις δυνατότητες κατά περιοχή.



### **ΕΡΩΤΗΣΗ 10**

**Για ποιο λόγο εργάζεσθε σήμερα στην Περιφέρεια (εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης);**

- Ήταν συνειδητή επιλογή μου και δεν έχω αλλάξει γνώμη.
- Ήταν συνειδητή επιλογή μου, αλλά έχω αλλάξει γνώμη.
- Τυχαία, εξασφάλισα θέση της αρεσκείας μου, την οποία σκοπεύω να διατηρήσω. Ο Τυχαία, εξασφάλισα θέση εργασίας η οποία ελπίζω να είναι προσωρινή.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 11**

**Θα θέλατε να εργασθείτε ως Ιατρός σε άλλη χώρα;**

- Όχι, για έναν ή περισσότερους λόγους.
- Ναι, αλλά μόνο σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου.
- Ναι, οπουδήποτε θα εξασφάλιζα τις επιθυμητές προϋποθέσεις.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 12**

**Πόσο χρονών είστε;**

- μέχρι 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 60 και πάνω

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 13**

**Πόσα χρόνια έχετε άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος;**

- μέχρι 10
- 11 - 20
- 21 - 30
- 31 και πάνω

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### Β1. ΠΙΝΑΚΕΣ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

**Πίνακας Β1**

Εμφανιζόμενες Αριθμητικές Και Ποσοστιαίες Αυξήσεις Του Συνόλου Των Ασκοόντων Την Ιατρική Στην Ελλάδα		
1997-1998	1723	4%
1998-1999	1371	3,1%
1999-2000	1127	2,4%
2000-2001	693	1,5%
2001-2002	2002	4,2%

**Πίνακας Β2**

Ποσοστιαίες Αναλογίες Πληθυσμού Και Ιατρών Στις Περιφέρειες Της Χώρας, 2001					
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΑΤΡΩΝ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ
Σύνολο Ελλάδος	10964020	100%	47944	100%	229
Πρωτεύουσα	3761810	34,3%	21644	45,1%	174
Κρήτη	601131	5,5%	2698	5,6%	223
Ήπειρος	353820	3,2%	1503	3,1%	235
Μακεδονία	2424765	22,1%	10008	20,9%	242
Στερεά Ελλάδα – Εύβοια	829758	7,6%	2903	6,1%	286
Πελοπόννησος	1155019	10,5%	3790	7,9%	305
Ιόνια νησιά	212984	1,9%	657	1,4%	324
Θράκη	362038	3,3%	1113	2,3%	325
Θεσσαλία	753888	6,9%	2264	4,7%	333
Νησιά Αιγαίου	508807	4,7%	1364	2,9%	373

**Πίνακας Β3**

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ					ΑΥΞΗΣΗ % ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΩΝ	
	1960	1970	1980	1992	2001	1960 - 1980	1980 - 2001
Σύνολο Ελλάδος	805	615	394	265	229	104%	72%
Πρωτεύουσα	500	338	226	192	174	121%	30%
Στερεά Ελλάδα Εύβοια	2000	1290	1330	656	286	50%	365%
Πελοπόννησος	1301	1010	853	291	305	53%	180%
Ιόνια νησιά	1436	1175	1009	452	324	42%	211%
Ήπειρος	1959	1116	845	359	235	132%	260%
Θεσσαλία	1497	1176	760	483	333	97%	128%
Μακεδονία	1106	672	424	270	242	161%	75%
Θράκη	2764	1263	809	481	325	119%	150%
Νησιά Αιγαίου	1197	878	875	577	373	37%	135%
Κρήτη	1252	988	779	318	223	61%	249%

## Πίνακας Β4

Προσφερόμενες Θέσεις Άσκησης Στις Ειδικότητες Και Αναμένοντες Ιατροί				
α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΙ ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΑΖΗΤΗΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ
1	Αγγειοχειρουργική	34	61	
2	Αιματολογία	104	66	Ναι
3	Ακτινοδιαγνωστική	507	428	Ναι
4	Ακτινοθεραπευτική	48	12	
5	Αλλεργιολογία	9	25	Ναι
6	Αναισθησιολογία	403	241	
7	Γαστρεντερολογία	123	156	
8	Γενική Ιατρική	650	392	
9	Δερματολογία	98	180	
10	Ενδοκρινολογία	78	147	
11	Βιοπαθολογία	644	320	Ναι
12	Ιατρική της Εργασίας	20	34	
13	Ιατροδικαστική	13	17	
14	Καρδιολογία	462	457	Ναι
15	Κοινωνική Ιατρική			
16	Κυτταρολογία	73	65	
17	Μαιευτική- Γυναικολογία	385	548	Ναι
18	Νευρολογία	195	332	
19	Νευροχειρουργική	82	46	
20	Νεφρολογία	129	79	Ναι
21	Ογκολογία Παθολογική	23	51	
22	Ορθοπαιδική	529	350	Ναι
23	Ουρολογία	195	156	Ναι
24	Οφθαλμολογία	252	506	
25	Παθολογία	1282	2368	
26	Παθολογική Ανατομική	147	52	
27	Παιδιατρική	479	862	
28	Παιδοψυχιατρική	47	23	
29	Πλαστική Χειρουργική	48	107	
30	Πνευμονολογία	278	285	
31	Πηρυνική Ιατρική	55	6	
32	Ρευματολογία	48	60	Ναι
33	Φυσική Ιατρική	31	65	
34	Χειρουργική Γενική	931	1257	
35	Χειρουργική Θώρακα	69	85	
36	Χειρουργική Παιδών	55	30	Ναι
37	Ψυχιατρική	294	242	
38	Ωτορινολαρυγγολογία	201	217	Ναι

## Πίνακας Β5

### ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ 31/12/2007

Γιατροί	53.287
Οδοντίατροι	12.858
Φαρμακοποιοί	11.639
Κτηνίατροι	2.715
ΣΥΝΟΛΟ	80.499

## Πίνακας Β6

### ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ ΣΕ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Αθήνα	1:150
Κοπενχάγη	1:255
Στοκχόλμη	1:260
Λονδίνο	1:470

Κατά τη γνώμη σας, ο αριθμός των Ιατρών στην Ελλάδα, σε αναλογία προς τον Πληθυσμό της χώρας, είναι:

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Εξαιρετικά μεγάλος</b>	38	46,3	46,3	46,3
<b>Σχετικά μεγάλος</b>	39	47,6	47,6	93,9
<b>Κανονικός αριθμός</b>	4	4,9	4,9	98,8
<b>Μικρότερος του αναγκαίου</b>	1	1,2	1,2	100,0
<b>Σύνολο</b>	82	100,0	100,0	

### Πίνακας Β8

Σε ποια αιτία οφείλεται ο μεγάλος αριθμός Ιατρών και υποψηφίων για Ιατρικές σπουδές στην Ελλάδα, κατά τη γνώμη σας:

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Σε πραγματική φυσική προδιάθεση και κλίση προς το Ιατρικό Επάγγελμα</b>	22	26,8	26,8	26,8
<b>Σε ισχυρή προτροπή του οικογενειακού περιβάλλοντος</b>	24	29,3	29,3	56,1
<b>Σε προσωπική επιλογή ενός επικερδούς και κοινωνικά καταξιωμένου επαγγέλματος</b>	36	43,9	43,9	100,0
<b>Σύνολο</b>	82	100,0	100,0	

## Πίνακας Β9

Κατά τη γνώμη σας, ποια είναι η κοινωνικά δυσμενέστερη επίπτωση του μεγάλου αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ανεργία υποαπασχόληση και ετεροαπασχόληση των νέων πτυχιούχων ιατρικής	48	58,5	58,5	58,5
Κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματος και μείωση του εισοδήματος των ιατρών	18	22,0	22,0	80,5
Μεγάλος Χρόνος Αναμονής για Λήψη Ειδικότητας των νέων Ιατρών	9	11,0	11,0	91,5
Υποβάθμιση της Ποιότητας των Ιατρικών Σπουδών και των υπηρεσιών προς τους πολίτες ασθενείς	7	8,5	8,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## Πίνακας Β10

Θεωρείτε αναγκαίο να ληφθεί επειγόντως κάποιο Κυβερνητικό μέτρο μεσοπρόθεσμου περιορισμού του αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Όχι	6	7,3	7,3	7,3
Ναι	76	92,7	92,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## Πίνακας Β11

Ποιο θεωρείτε ως αποτελεσματικότερο κυβερνητικό (διοικητικό) μέτρο για τη μεσοπρόθεσμη μείωση του Αριθμού Ιατρών στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Τη μείωση του αριθμού Ιατρικών Σχολών ή αριθμού Εισακτέων στις Ιατρικές Σχολές (λάβετε υπόψη ότι αυτό το μέτρο θα οδηγήσει, ενδεχομένως, σε αύξηση των φοιτητών Ιατρικής στο Εξωτερικό)	8	10,5	10,5	10,5
Την αυστηρότερη διαδικασία αναγνώρισης πτυχίων Ιατρικής από Πανεπιστήμια του Εξωτερικού (λάβετε υπόψη ότι η αναγνώριση πτυχίων από χώρες της Ε.Ε. είναι ουσιαστικά υποχρεωτική).	13	17,1	17,1	27,6
Το διαχωρισμό πτυχίου Ιατρικής και Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος, είτε με κεντρικό καθορισμό από το Κράτος συγκεκριμένου αριθμού αδειών στην Επικράτεια, ανά ειδικότητα και γεωγραφική περιφέρεια, είτε με νομοθετική εξουσιοδότηση των Ιατρικών Συλλόγων να καθορίζουν τον εκάστοτε αναγκαίο αριθμό και να προβαίνουν σε αντίστοιχες εγγραφές μελών	28	36,8	36,8	64,5
Τη συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού (γονέων κλπ.)	26	34,2	34,2	98,7
Άλλο	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	76	100,0	100,0	

## Πίνακας Β12

Γιατί οι Έλληνες Ιατροί αποφεύγουν ορισμένες Ειδικότητες (π.χ. Γενική Ιατρική, Ιατρική της Εργασίας, Κοινωνική Ιατρική κλπ.);					
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό	
Έγκυρο	Οι παραπάνω Ειδικότητες δεν θεωρούνται επαρκώς "επιστημονικές σε σχέση με τις νοσοκομειακές/κλινικές/εργαστηριακές	1	16,7	20,0	20,0
	Οι παραπάνω Ειδικότητες δεν εξασφαλίζουν ικανοποιητικό εισόδημα	3	50,0	60,0	80,0
	Άλλη αιτία	1	16,7	20,0	100,0
	Σύνολο	5	83,3	100,0	
Missing	System	1	16,7		
Σύνολο	6	100,0			



### Πίνακας Β13

Έχει διαπιστωθεί ότι η αναλογία ιατρών / Πληθυσμού είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα/Θεσσαλονίκη, σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα. Κατά τη γνώμη σας, που οφείλεται αυτό;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Κυρίως επειδή η επιστημονική ανέλιξη είναι ευκολότερη σε Αθήνα / Θεσσαλονίκη	35	42,7	42,7	42,7
	Κυρίως επειδή το ιατρικό εισόδημα είναι καλύτερο σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη	15	18,3	18,3	61,0
	Κυρίως για κοινωνικούς λόγους (οικογενειακούς, σπουδές παιδιών, συναναστροφές)	31	37,8	37,8	98,8
	Άλλη αιτία	1	1,2	1,2	100,0
	Σύνολο	82	100,0	100,0	

### Πίνακας Β14

Θα βλέπατε θετικό το ενδεχόμενο να εγκατασταθείτε στην Περιφέρεια;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Όχι, δεν θέλω να φύγω από την Αθήνα/Θεσσαλονίκη	29	35,4	63,0	63,0
	Ίσως, αν εξασφάλιζα καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες	9	11,0	19,6	82,6
	Ναι, διερευνώ ήδη τις δυνατότητες κατά περιοχή	8	9,8	17,4	100,0
	Σύνολο	46	56,1	100,0	
Missing	System	36	43,9		
Σύνολο		82	100,0		

## Πίνακας B15

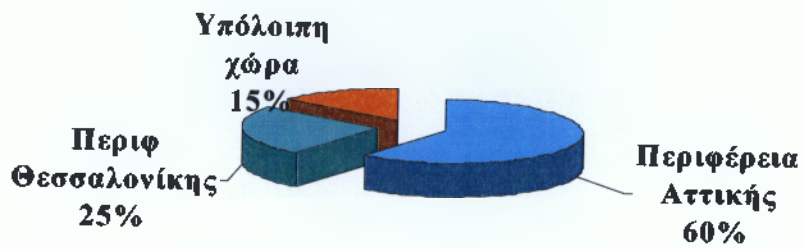
Για ποιο λόγο εργάζεσθε σήμερα στην Περιφέρεια (εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης);					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Ήταν συνειδητή επιλογή μου και δεν έχω αλλάξει γνώμη	28	70,0	71,8	71,8
	Ήταν συνειδητή επιλογή μου, αλλά έχω αλλάξει γνώμη	1	2,5	2,6	74,4
	Τυχαία, εξασφάλισα θέση της αρεσκείας μου, την οποία σκοπεύω να διατηρήσω	9	22,5	23,1	97,4
	Τυχαία, εξασφάλισα θέση εργασίας η οποία ελπίζω να είναι προσωρινή	1	2,5	2,6	100,0
	Σύνολο	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Σύνολο		40	100,0		

## Πίνακας B16

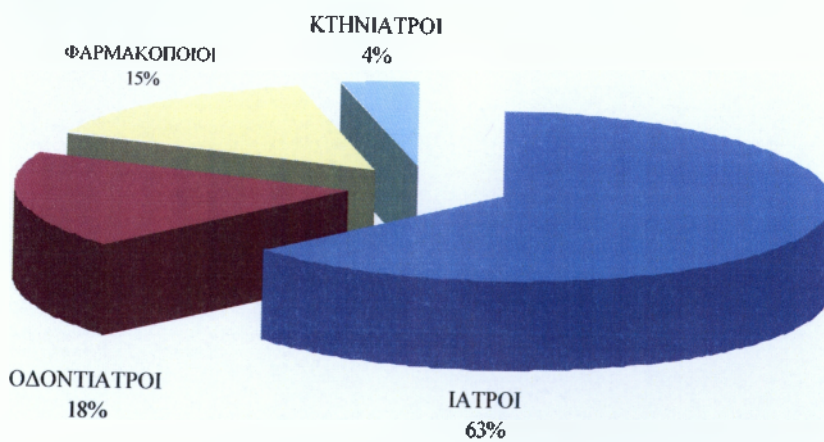
Θα θέλατε να εργασθείτε ως Ιατρός σε άλλη χώρα;					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρο	Όχι, για έναν ή περισσότερους λόγους	23	53,5	53,5	53,5
	Ναι, αλλά μόνο σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου	17	39,5	39,5	93,0
	Ναι, οπουδήποτε θα εξασφάλιζα τις επιθυμητές προϋποθέσεις	3	7,0	7,0	100,0
	Σύνολο	43	100,0	100,0	

## Β2 ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

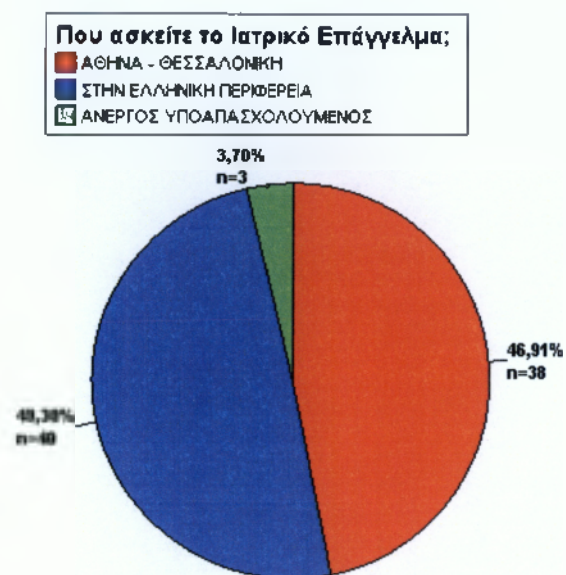
Γράφημα Β.2.1



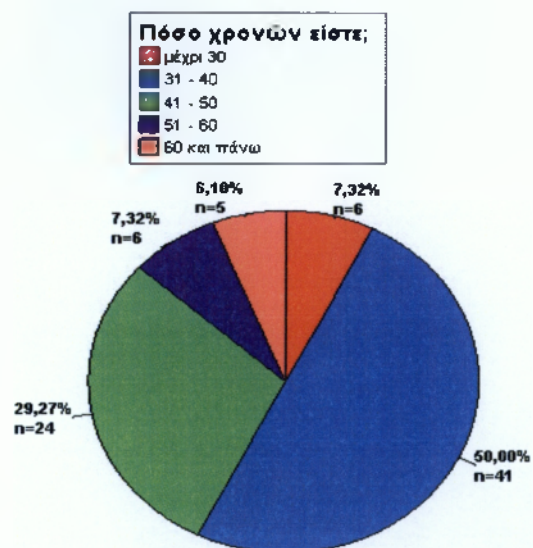
Γράφημα Β.2.2



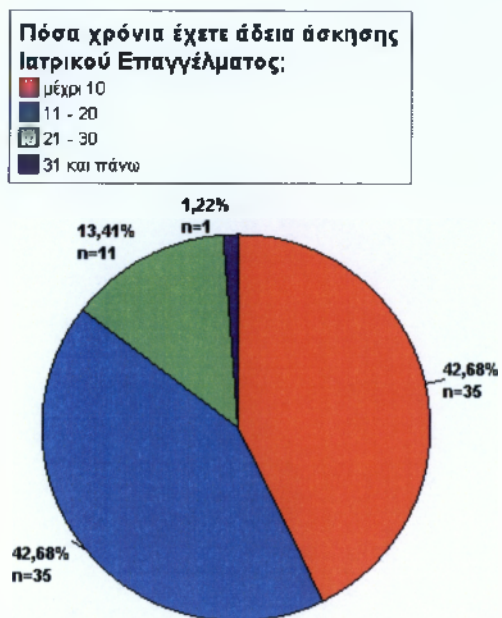
Γράφημα Β.2.3



Γράφημα Β.2.4



Γράφημα Β.2.5



Ραβδόγραμμα Β.2.6

