



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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΜΕΛΕΤΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ**  
**ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ**  
**ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ»**

Σπουδάστρια: Τζίμα Πηνελόπη

Επιβλέπων καθηγητής: Δημόπουλος Ιωάννης

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2012

## Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κ. Ιωάννη Δημόπουλο καθηγητή του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για την επίβλεψη της όλης προσπάθειας, την καθοδήγησή του και τις παραινέσεις του για την επιτυχή διεκπεραίωση της εν λόγω πτυχιακής. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Φώτη Δρούμπαλη επίκουρο καθηγητή του τμήματος για τον χρόνο που μου αφιέρωσε και για τις σπουδαίες συμβουλές που μου έδωσε.

Τέλος, ευχαριστώ πολύ την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την ηθική συμπαράσταση τους και την αμέριστη κατανόηση και ανοχή που δείξαν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών και ειδικά σε όλη τη διάρκεια της εργασίας μου.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>7</b>
<b>ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	<b>7</b>
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	7
1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	8
1.2.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	8
1.2.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.3 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	11
1.3.1 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....	12
1.3.2 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΧΑΡΤΕΣ.....	13
1.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	16
1.4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
1.5 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	19
1.6 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	<b>22</b>
<b>ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	<b>22</b>
2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ .....	22
2.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ .....	22
2.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ.....	23
2.2 ΟΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	<b>28</b>
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ</b> .....	<b>28</b>
3.1 ΝΟΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ .....	30
3.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	30
3.1.2 ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ-ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	30
3.1.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	32
3.1.4 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΝΟΜΟΥ .....	32
3.2 ΑΕΠ ΝΟΜΟΥ .....	33
3.2.1 ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΕΠ.....	33

3.2.2 ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΕΠ .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....</b>	<b>36</b>
<b>ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>36</b>
4.1 ΥΛΙΚΟ .....	36
4.2 ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
4.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	37
4.3.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	37
4.3.1.1 ΦΥΛΟ .....	37
4.3.1.2 ΗΛΙΚΙΑ .....	39
4.3.1.3 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ .....	41
4.3.1.4 ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ-ΔΗΜΩΝ .....	42
4.3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ .....	50
4.3.2.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	50
4.3.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ .....	51
4.3.2.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ .....	52
4.3.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ .....	52
4.3.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΕΛΛΑΔΑΣ.....	54
4.3.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ-ΓΑΛΛΙΑΣ .....	55
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>57</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>59</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία επικεντρώνεται στη μελέτη της γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων. Στόχο έχει να προσδιορίσει και να συσχετίσει τους δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προσφορά και την κατανομή των υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων όπως επίσης και σε πιο βαθμό συσχετίζεται η διοικητική διαίρεση και το γεωγραφικό ανάγλυφο του νομού στην κατανομή των δομών υγείας.

Τα δεδομένα της έρευνας βασίζονται σε πρωτογενή πληροφορίες από την προσφορά υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων και αφορούν στον αριθμό των ιατρών, των νοσηλευτών και των κλινών. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν και τα δημογραφικά στοιχεία του νομού Ιωαννίνων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν τη συσχέτιση των δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί για όλους τους ανθρώπους ένα από τα βασικότερα και πλέον απαραίτητα αγαθά. Στόχος για υγεία των πολιτών θα πρέπει να αποτελεί επιδίωξη για μείωση των παρατηρούμενων ανισοτήτων μεταξύ των ατόμων αναφορικά με την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας.

Στην πτυχιακή εργασία επιχειρείται μία ανάλυση της γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της περιοχής αυτής. Στόχος της εργασίας είναι να εντοπιστούν οι δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γεωγραφική κατανομή και προσφορά των υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με στατιστική ανάλυση πρωτογενών δεδομένων. Τα στατιστικά στοιχεία αφορούν δημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο), καθώς και τον αριθμό γιατρών, τον αριθμό νοσηλευτών και τον αριθμό κλινών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από πρωτογενής πηγές. Επίσης, σημαντική πηγή πληροφοριών αποτέλεσε το διαδίκτυο.

Η εργασία χωρίζεται σε 4 κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο, καθορίζεται η ευρύτερη έννοια και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας με αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην Ιδιωτική υγεία. Γίνεται μία σύντομη αναφορά στις εξελίξεις στο χώρο της υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται, στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στους δημογραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης, γίνεται μία αναφορά στις ανισότητες που υπάρχουν στην προσφορά και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται γενικές πληροφορίες της Ηπείρου και ειδικότερα του νομού Ιωαννίνων. Αναλύονται τα δημογραφικά στοιχεία και η οικονομική κατάσταση του νομού καθώς και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, αναλύονται τα στοιχεία της έρευνας μέσα από διαγραμματικές απεικονίσεις. Παρουσιάζονται οι κατανομές του

πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία και επίπεδο μόρφωσης καθώς επίσης και διάφοροι νοσοκομειακή δείκτες.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την διατύπωση συμπερασμάτων που προκύπτουν από τις αναλύσεις που προηγήθηκαν.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζεται μία χρονολογική αναφορά των σημαντικότερων εξελίξεων στον Ελληνικό χώρο αναφορικά με το χώρο της Δημόσιας και Ιδιωτικής υγείας (Δημητρακόπουλος και Μπρατσόλη, 2007).

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιατρική σύμφωνα με την σύγχρονη επιστημονική άποψη ασκείται μόλις δυο αιώνες, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι πιο μπροστά δεν είχαν εφαρμοστεί αποτελεσματικές θεραπείες. Ξεκινώντας από τους προϊστορικούς χρόνους οι άνθρωποι είχαν βρει τρόπους να παρέχουν ιατρική φροντίδα προς τα άτομα της κοινότητας τους βάσει της κατανόησης του τρόπου με τον οποίο εκδηλωνόταν και εξαπλωνόταν η ασθένεια. Τότε, η ιατρική ασκούνταν εμπειρικά. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι η ιατρική επιστήμη προσανατολίστηκε αρχικά στις υπηρεσίες περίθαλψης και κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη παρά στις υπηρεσίες πρόληψης. Με το πέρασμα του χρόνου τα νοσοκομεία γνώρισαν μεγάλη εξέλιξη. Όμως μόλις το 1956 η παγκόσμια οργάνωση υγείας υποστήριξε ότι πέραν από τις υπηρεσίες περίθαλψης θα πρέπει να παρέχονται και οι υπηρεσίες πρόληψης, αποκατάστασης και προαγωγής υγείας. Συνεπώς, οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και δημόσιας υγείας καθιερώθηκαν αρκετά πρόσφατα (Μακαρώνης, Μπρικίνα, Παπαγεωργίου, Σωτηρίου, 2010).

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα μπορεί να χωριστεί σε τρεις μεταρρυθμιστικές περιόδους. Η πρώτη ξεκινά στο δεύτερο ήμισυ του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Ιστορικά μπορεί κανείς να διακρίνει την περίοδο 1910-1935, οπότε τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη, την περίοδο οικονομικής



ανασυγκρότησης μετά το 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων, την περίοδο μετά το 1980, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανάπτυξης ενός εθνικού συστήματος υγείας, την ένταξη της χώρας στην ευρωπαϊκή ένωση και την ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Βελονάκη, Καλοκαιρινού, 2006).

## **1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Με τον όρο ‘υπηρεσίες υγείας’, προσδιορίζονται όχι μόνο οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης αλλά γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες (Κυριόπουλος, 1985). Επομένως, κυρίαρχες έννοιες στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι οι έννοιες της ανάγκης και της ζήτησης (Κουντζάκης, 2008).

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα σύνολο υπηρεσιών μέσω των οποίων παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές. Ο τρόπος λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής τους.

Στην Ελλάδα μπορεί να διακρίνει κανείς τρία υποσυστήματα υπηρεσιών υγείας. Τα υποσυστήματα αυτά δεν έχουν δυνατή μεταξύ τους σύνδεση και δεν ισχύουν και για τα τρία, ίδιοι κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Τα υποσυστήματα αυτά είναι: το εθνικό σύστημα υγείας, υπηρεσίες δημοσίου εκτός του ΕΣΥ, και υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα (Μακαρώνης et al., 2010).

### **1.2.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Σύμφωνα με το Νόμο 3370/5005 άρθρο 1 και 2 *‘‘Η δημόσια υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως*

*δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής".* Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων της υγείας διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία (ΦΕΚ 197, τεύχος Α, 6/8/2003, Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις).

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται (Πολυνείκης 2010).

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Ο ορισμός της υγείας θα μπορούσε να διατυπωθεί ως εξής: η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν βλέπουμε ότι, παράγοντες της καλής υγείας εκτός από την ιατρική είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. (Ορισμός υγείας, WHO, 1946, ανακτήθηκε

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1>).

### **1.2.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Στις σύγχρονες οργανωμένες κοινωνίες, η Υγεία παρέχεται στους πολίτες μέσω ενός συστήματος υγείας. Ο ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας. Τα συστήματα υγείας έχουν την

ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν 4 βασικούς στόχους.

- να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα (Πολυνείκης 2010).

Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Σε γενικές γραμμές η Δημόσια υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού», και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κρεμαστινού, 2007).

Η Δημόσια υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βίο-στατιστική, η δημογραφία και η κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας υγείας συνίστανται ιδίως:

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων

ειδικών συνθηκών (ΦΕΚ 197, τεύχος Α, 6/8/2003, Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις).

### 1.3 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1977, η παγκόσμια συνέλευση υγείας έθεσε σαν πρωταρχικό στόχο για τα κράτη και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας μέχρι το έτος 2000, την επίτευξη ενός επιπέδου υγείας που θα επιτρέπει στους πολίτες να διάγουν μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική. Η θεσμοθέτηση του εθνικού συστήματος υγείας, που ήρθε με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες, κινείτο προς αυτή την κατεύθυνση (Ελληνας, 2009).

Στην Ελλάδα το έτος 1983 με την ψήφιση του ν 1397/1983 κατ' επιταγών της συνταγματικής διάταξης του άρθρου 21 παρ.3 καθιερώνεται για πρώτη φορά στη χώρα το εθνικό σύστημα υγείας, καλύπτοντας ένα μεγάλο κενό στο χώρο της υγείας στη χώρα.

Οι βασικές αρχές του ΕΣΥ ήταν:

- το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.
- ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας
- όλοι οι πολίτες έχουν το ίδιο δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση και
- οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με βάση ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο σύστημα (Αλεξιάδου, 2008).

Παράλληλα με τον ανωτέρω νόμο θεσπίζεται για πρώτη φορά η σύσταση και λειτουργία των κέντρων υγείας μέσω των οποίων θα παρέχεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό (Αλεξιάδου, 2008). Όμως, παρά τον αποκεντρωτικό χαρακτήρα του θεσμού ο προσανατολισμός του εθνικού συστήματος υγείας είναι νοσοκομειοκεντρικός και στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας. Για το λόγο αυτό το ελληνικό ΕΣΥ θεωρείται σύστημα αντιμετώπισης της ασθένειας ή σύστημα

ασθένειας. Όμως το σύστημα υγείας, ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους πρόνοιας, δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του. Για να μπορέσει να μετατραπεί το σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας θα πρέπει να γίνει μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, με εκσυγχρονισμό και αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που δεν θα στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά θα θέτει σε υψηλή προτεραιότητα την πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Πρέπει να παρθούν μέτρα και να γίνουν ρυθμίσεις που να σκοπεύουν στην διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Έλληνας, 2009).

### **1.3.1 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Ο τρόπος οργάνωσης και οι πηγές χρηματοδότησης στην Ελλάδα καθιστούν ένα πολύπλοκο σύστημα. Αυτό οφείλεται στο ότι στην Ελλάδα το σύστημα υγείας είναι μικτό με πολύ αδύνατη δομή από όπου απουσιάζουν οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί (Μακαρώνης et al., 2010). Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ προσφέρουν υψηλής επιστημονικής στάθμης περίθαλψη, υπερχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και παρέχουν χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι χρήστες των υπηρεσιών τους, οι οποίοι καταφεύγουν τελικά σε ιδιωτικές κλινικές επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα (Οικονόμου et al., 2007) (Τούντας et al., 2008). Τρεις είναι σήμερα οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος: ο κρατικός προϋπολογισμός που αποτελείται από άμεσους και έμμεσους φόρους, η κοινωνική ασφάλιση που περιλαμβάνει τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών και τέλος οι ιδιωτικές πληρωμές (Μακαρώνης et al., 2010).

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας δηλαδή τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία κτλ. καθώς επίσης, όσον αφορά τον τομέα της υγείας, μέσω αυτού καλύπτεται η ασφάλιση υγείας των αγροτών και το μεγαλύτερο κόστος

ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία και η έρευνα στον τομέα υγείας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία καθίστανται η δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Προέρχεται από εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Σήμερα τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία με κλάδο υγεία είναι το ΙΚΑ, το ΟΑΕΕ και το ταμείο δημοσίων υπάλληλων. Επίσης, η κρατική επιχορήγηση αποτελεί και αυτή με τη σειρά της πηγή εσόδων των ταμείων υγείας. Το ύψος των εισφορών καθορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και εισπράττεται με τους μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διαθέτει. Το κόστος της υπηρεσίας που παρέχεται υπολογίζεται βάσει του κρατικού τιμολόγιου, το οποίο καλύπτει εξολοκλήρου το ασφαλιστικό ταμείο, μερικές φορές όμως υπάρχει διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολόγιου και πραγματικής τιμής, και αυτήν καλείται να καλύψει ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Αυτές οι δαπάνες συγκαταλέγονται στις ιδιωτικές.

Η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές αποτελείται από τις πληρωμές που γίνονται από ασφαλισμένους με χρήματα τα οποία προέρχονται από το οικογενειακό ή το προσωπικό τους εισόδημα. Οι πληρωμές αυτές, για την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από ΕΣΥ, μπορεί να καλύπτουν την φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, τις δαπάνες για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς μη συμβεβλημένους με τα ταμεία, τη διαφορά της πραγματικής τιμής από την τιμή που εγκρίθηκε ότι θα καταβληθεί από τα ασφαλιστικά και τέλος σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το ύψος των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με αυτήν της Ευρώπης, και για αυτό ευθύνεται η αδυναμία του δημόσιου συστήματος να καλύψει όλες τις ανάγκες του πληθυσμού (Μακαρώνης *et al.*, 2010).

### **1.3.2 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΧΑΡΤΕΣ**

Ο υγειονομικός χάρτης είναι ένα σύγχρονο διαχειριστικό εργαλείο ορθολογικής λήψης αποφάσεων με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και των υπηρεσιών υγείας. Ο υγειονομικός χάρτης είναι ένα εργαλείο

βέλτιστης κατανομής ή ανακατανομής των πόρων του συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης βάσει πραγματικών δεδομένων (Υγειονομικός χάρτης).

Το 2001 πραγματοποιείται η τέταρτη κατά σειρά μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας με το ν2889/2001 όπου βασική φιλοσοφία ήταν η αποκέντρωση του συστήματος υγείας και η παροχή στον πολίτη υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας μέσα από την λειτουργία των περιφερειακών συστημάτων υγείας. Έτσι, η χώρα διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές, ενώ συστήνονται ισάριθμα περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠΕΣΥ).

Οι βασικές αρχές του νόμου αυτού είναι:

- η ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας
- η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ με τη δημιουργία 17 ΠΕΣΥ, με την μορφή ΝΠΔΔ, ένα στην έδρα κάθε περιφέρειας
- τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, καθίστανται αποκεντρωμένες μονάδες του κάθε ΠΕΣΥ στην χωρική αρμοδιότητα του οποίου λειτουργούν με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια χάνοντας έτσι την νομική τους προσωπικότητα (Αλεξιάδου, 2008).

Την μετεξέλιξη του ΠΕΣΥΠ σε ΔΥΠΕ –διοίκηση υγειονομικής περιφέρειας επέφερε η ψήφιση του Ν 3329/2005, όπου η κυβέρνηση μας δημιούργησε τις αναγκαίες προϋποθέσεις για το μετασχηματισμό της περιφερειακής διοίκησης του ΕΣΥ και την αποτελεσματική αποκέντρωση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. (ΦΕΚ 81, τεύχος Α, 4/4/2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις). Με το νόμο αυτό, δίνεται η δυνατότητα στα δημόσια νοσοκομεία και σε άλλες δημόσιες δομές υγείας, να συμπράττουν με ιδιωτικές εταιρίες (Δημητρακόπουλος, Μπρατσόλη, 2007). Επίσης, συστήθηκε το συμβούλιο υγειονομικής περιφέρειας στην έδρα κάθε μιας από τις 17 υγειονομικές περιφέρειες και κατοχυρώθηκε ο αυτοτελής νομικός χαρακτήρας των νοσοκομειακών μονάδων. Τέθηκαν οι βάσεις για τη δημιουργία ενός διοικητικού μηχανισμού που θα διαχειρίζεται με αναπτυξιακή λογική το κοινωνικό κεφάλαιο της χώρας μας. Με την ψήφιση του Ν 3527/2007 η επικράτεια διαιρείται σε 7 υγειονομικές περιφέρειες αντί

13 που ήταν πριν. Σε κάθε μια από αυτές καθορίζονται οι συγχωνευόμενες ΔΥΠΕ, η έδρα και οι ασκούμενες αρμοδιότητες (Αλεξιάδου, 2008).



Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών, 2010

Διάγραμμα 1.1 Καλλικρατικές Περιφέρειες



Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών, 2010

Διάγραμμα 1.2 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις





1. Νομός Αττικής;	27. Νομός Κάρκυρας
2. Νομός Ευβοίας;	28. Νομός Κεφαλληνίας;
3. Νομός Ευβοτίας;	29. Νομός Λακωνίας;
4. Νομός Φωκίδας;	30. Νομός Ζακύνθου
5. Νομός Φθιώτιδας;	31. Νομός Χίου
6. Νομός Βοιωτίας;	32. Νομός Λέσβου
7. Νομός Χαλκιδικής;	33. Νομός Σάμου
8. Νομός Ημαθίας;	34. Νομός Αρκαδίας;
9. Νομός Κίρκης;	35. Νομός Αργολίδας;
10. Νομός Πέλλας;	36. Νομός Κορινθίας;
11. Νομός Πιερίας;	37. Νομός Λακωνίας;
12. Νομός Σερρών;	38. Νομός Μασσηνίας;
13. Νομός Θεσσαλονίκης;	39. Νομός Κυκλάδων
14. Νομός Χανίων;	40. Νομός Δωδεκανήσου
15. Νομός Ηρακλείου;	41. Νομός Καρδίτσας;
16. Νομός Λασιθίου;	42. Νομός Λάρισσας;
17. Νομός Ρεθύμνης;	43. Νομός Μεσσηνίας;
18. Νομός Δράμας;	44. Νομός Τραπεζουσας;
19. Νομός Έβρου;	45. Νομός Αργολίδας;
20. Νομός Καβάλας;	46. Νομός Αρκαδίας;
21. Νομός Ροδόπης;	47. Νομός Ηλείας;
22. Νομός Ξάνθης;	48. Νομός Φλώρινας;
23. Νομός Άρτας;	49. Νομός Γρεβενών;
24. Νομός Ιωαννίνων;	50. Νομός Καστοριάς;
25. Νομός Πρέβεζας;	51. Νομός Κοζάνης;
26. Νομός Θεσπρωτίας;	(Άγιο Όρος)

Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών, 2010

Διάγραμμα 1.3 Περιφερειακές ενότητες (νομοί)

## 1.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον πυλώνα του «νέου» ΕΣΥ, και από την αφάνεια περνά πλέον σε πρωταγωνιστικό ρόλο. Σε όλο τον κόσμο, η αποδοτικότητα των συστημάτων βασίζεται στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής και όχι στον υδροκεφαλισμό της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Δημητρακόπουλος, Μπρατσόλη, 2007). Ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του<sup>1</sup> (Ν. 3235/2004). Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης). Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας

<sup>1</sup> Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΦΕΚ 53, τεύχος Α, 18 Φεβρουαρίου 2004

μιας χώρας του οποίου είναι το κεντρικό σύστημα αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (Μακαρώνης et al., 2010).

Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών πραγματοποιείται μέσα από τις εξής δομές:

1. Τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ που περιλαμβάνουν:
  - τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (ΕΙ) πρωινά και απογευματινά
  - τα κέντρα υγείας (ΚΥ) και τα περιφερειακά τους ιατρεία (ΠΙ).
2. Τις δομές της κοινωνικής ασφάλισης που αποτελούνται από:
  - το δίκτυο των μονάδων υγείας του ΙΚΑ (πολυϊατρεία, εργαστήρια κ. λ. π.) και τα λίγα πολυϊατρεία άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (οίκου νάυτου, ΔΕΗ, ΤΥΠΕΤ κ.λπ.)
  - τους συμβεβλημένους με τα ταμεία ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια.
3. Τον ευρύτερο δημόσιο τομέα που περιλαμβάνει :
  - τις στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης
  - τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία)
  - άλλες υπηρεσίες πρόνοιας (ΚΑΠΗ)
  - τις μη κυβερνητικές, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις μέσω των πολυϊατρείων τους.
4. Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει:
  - ιδιώτες ιατρούς
  - διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια
  - εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών
  - κέντρα αποκατάστασης
  - ορισμένες άλλες εξειδικευμένες μονάδες

Στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ταμεία. Στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ταμεία ( Τούντας et al., 2008).

#### 1.4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας από τους βασικούς στόχους του ΕΣΥ ήταν η ανάπτυξη της ΠΦΥ, με τη λειτουργία κέντρων υγείας αγροτικού ή αστικού τύπου, των περιφερειακών ιατρείων κ. λ. π. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένα πανελλαδικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, κυρίως στις αγροτικές περιοχές, για την επί τόπου κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

Τα κέντρα υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νομαρχιακών νοσοκομείων με άμεση επιστημονική, οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση και έχουν ως στόχο:

- την παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
- τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- την παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, καθώς και τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- την άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη
- την επιδημιολογική και ιατροκοινωνική έρευνα.
- την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

- την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Έλληνας, 2009).

Στην Ελλάδα υπάρχουν 210 κέντρα υγείας και 1451 περιφερειακά ιατρεία (Αλεξιάδου, 2008). Σε κάθε νομό λειτουργούν κέντρα υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Οι μεγαλύτερες ελλείψεις των κέντρων υγείας αφορούν σε εξοπλισμό και τεχνολογία αγωγής υγείας, προσυμπτωματικού ελέγχου, παροχής ιατρικής εργασίας, δημόσιας και περιβαλλοντικής υγιεινής, κατ' οίκον νοσηλείας, φυσικής αποκατάστασης, εκπαίδευσης προσωπικού και πληροφορικής τεχνολογίας (Τούντας, 2008).

## 1.5 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε την κεντρική επιλογή όλων των κυβερνήσεων τα τελευταία χρόνια και χρηματοδοτήθηκε απρογραμμάτιστα χωρίς να δοθεί έμφαση σε υπηρεσίες και προγράμματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας με αποτέλεσμα οι μονάδες ΠΦΥ να καταντήσουν δορυφόροι των νοσοκομείων χωρίς περιεχόμενο, χωρίς ουσιαστικό ρόλο και μέλλον (Δημητρακόπουλος, Μπρατσόλη, 2007).

## 1.6 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο κλάδος των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, η οποία αντανακλάται στη συνεχή και δυναμική αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, ξεπερνώντας το αντίστοιχο μερίδιο για τις χώρες του ΟΟΣΑ κατά ½ ποσοστιαία μονάδα.

Παράλληλα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς έναντι των δημοσίων (27% το 2008 από 13% το 2000), κυρίως λόγω των δυσλειτουργιών στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Ένας βασικός παράγοντας δυναμικής των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι η ανοδική πορεία του κλάδου υγείας. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας έχουν αυξηθεί κατά 4,5% κ. μ. ο. Ετησίως σε πραγματικούς όρους τις τελευταίες δυο δεκαετίες. Σημειώνεται ότι το ποσοστό δαπανών υγείας στο ΑΕΠ είναι σχετικά υψηλό για το επίπεδο του κατά κεφαλήν εισοδήματος στην Ελλάδα. Κρίσιμος παράγοντας είναι το αυξημένο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης που προσεγγίζει το 47%(έναντι 27% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ).Οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν ένα σταθερό ποσοστό των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια(της τάξης του 35-40% ποσοστό παρόμοιο με των χωρών του ΟΟΣΑ).

Ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα έχει ευνοηθεί από τα προβλήματα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα το μερίδιο αγοράς των ιδιωτικών νοσοκομείων να καλύπτει το 27% των συνολικών εσόδων του κλάδου το 2008 (από 13% το 2000).

Συγκεκριμένα, η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται σε τρία ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων:

- υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας
- μικροί χρόνοι αναμονής
- μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας

(Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Σχεδιασμού και Οικονομικής Ανάλυσης, 2009).

Μία σειρά από ρυθμιστικούς, τεχνολογικούς, δημογραφικούς αλλά και αμιγώς επιχειρηματικούς παράγοντες διαμόρφωσαν το κατάλληλο πεδίο ανάπτυξης του συγκεκριμένου κλάδου:

- Η αδυναμία του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών, εξαιτίας των ελλείψεων σε υλικοτεχνική υποδομή αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα

- Η συνακόλουθη ρύθμιση –απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών ανθρώπινης υγείας που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη (Δημητρακόπουλος, Μπρατσόλη, 2007).

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ δεν ξεπερνά το 30%. Συγκεκριμένα, τα ιδιωτικά εστιάζουν τις επενδύσεις τους σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με συχνές και προσοδοφόρες θεραπείες.

Υπό αυτές τις συνθήκες, το μερίδιο των ιδιωτικών νοσοκομείων σε σχέση με το σύνολο εκτιμάμε ότι θα συνεχίσει να ανεβαίνει με ρυθμούς τουλάχιστον αντίστοιχους της τελευταίας δεκαετίας (Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Σχεδιασμού και Οικονομικής Ανάλυσης, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, δεν εκφράζει την ανάγκη ή την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά την αναζήτηση αυτών των φροντίδων. Η ζήτηση προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, όπως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα, το επάγγελμα, η ασφαλιστική κάλυψη, το μορφωτικό επίπεδο, το προσδόκιμο επιβίωσης, ο τόπος κατοικίας και η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας. (Κυριόπουλος et al., 1999, Κουντζάκης, 2008). Μεταβλητές οι οποίες φαίνεται μεταξύ άλλων να επηρεάζουν την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι ο χρόνος πρόσβασης και η χωροταξική θέση των χώρων κατανάλωσης. Η χωροταξική κατανομή και η θέση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και ο χρόνος αναμονής στις μονάδες προκειμένου να παράγουν τις υπηρεσίες αυτές, είναι παράγοντες που σε αναλύσεις για την προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν (Κουντζάκης, 2008).

#### 2.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από ένα μεγάλο αριθμό παραμέτρων που συνδέονται με δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και ατομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

Ενδεικτικά, κάποιοι σημαντικοί δημογραφικοί παράμετροι είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής κ. α. Κοινωνικοοικονομικοί παράμετροι είναι το βιοτικό επίπεδο, το διαθέσιμο εισόδημα, το ποσοστό ανεργίας κ.α. Τέλος, σημαντικοί ατομικοί παράμετροι είναι η αξία και η προτεραιότητα που

έχει η υγεία για τον καθένα, η γνώση και η πληροφόρηση γύρω από τις διάφορες ασθένειες και γενικότερα οι αντιλήψεις στα θέματα υγείας (Δημητρακόπουλος, Μπρατσόλη, 2007).

Είναι γεγονός πως τα δύο φύλα αξιολογούν διαφορετικά την κατάσταση της υγείας τους. Ειδικότερα, οι Bender και Theodosiou (2003) αναφέρουν πως οι άνδρες αναφέρουν συστηματικά υψηλότερες αυτοεκτιμήσεις υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες. Έχει διαπιστωθεί, σε μια διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στη φυσική υγεία πως για τους άνδρες τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και η περιοχή κατοικίας παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Αντίθετα για τις γυναίκες εμφανίζεται να είναι ισχυρότερη η επίδραση παραγόντων σχετιζόμενων με την οικογένεια και βιολογικών παραγόντων. Η οικογένεια επιδρά αποφασιστικά κατά τη διαδικασία σχηματισμού υγείας από τα άτομα. Μάλιστα, φαίνεται πως η κατάσταση υγείας των γονέων αλλά και το επίπεδο του μισθού τους συσχετίζονται θετικά με την κατάσταση της υγείας των παιδιών (Οικονόμου Β., 2008).

### **2.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ**

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Ένας από αυτούς είναι η οικονομική κατάσταση του ατόμου που προσδιορίζεται συνηθέστερα από το συνολικό εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού. Η σχέση μεταξύ του μισθού και της ατομικής υγείας αναμένεται να είναι θετική δεδομένου ότι μία αύξηση των στο επίπεδο του μισθού αυξάνει την απόδοση του ατόμου από την αύξηση των “υγείων ημερών” που αυτό απολαμβάνει (Grossman, 1972). Γενικά, η εισοδηματική κατάσταση του ατόμου αποτελεί ισχυρό προσδιοριστικό παράγοντα της υγείας του καθ’ όλη τη διάρκεια ζωής του (Van Rossum και συν., 2000).

Η σχέση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο. Δεδομένου ότι η εκπαίδευση τυπικά ολοκληρώνεται στη νεαρή ηλικία έχει το μειονέκτημα ότι δεν συλλαμβάνει ούτε την επαγγελματική εξειδίκευση (on the job training), ούτε τις



υπόλοιπες σε εκπαίδευση που γίνονται κατά την ενηλικίωση για επαγγελματικούς κυρίως λόγους, αλλά ούτε και τις μεταβολές στην ατομική οικονομική κατάσταση μετά τα πρώτα στάδια της ενηλικίωσης (Duncan και συν., 2002) τα οποία έχουν αποδειχθεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου (McDonough και συν., 1997). Τα υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι προφανές πως ασκεί ένα ευεργετικό αποτέλεσμα πάνω στην υγεία του ατόμου.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με την υγεία για πολλούς λόγους: τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου συνήθως υιοθετούν ένα περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής συγκριτικά με τα υπόλοιπα, φαίνεται να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα σε θέματα υγείας και να προσέχουν περισσότερο τις επιλογές που κάνουν (Duncan et al., 2002), το υψηλό μορφωτικό επίπεδο μειώνει το προεξοφλητικό επιτόκιο του χρόνου και αυξάνει την ικανότητα αυτοελέγχου του ατόμου (Fuchs, 2004). Τέλος, τα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν καλύτερη αυτοκυριαρχία και αυτοδιαχείριση των ασθενειών, δηλ. αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (Οικονόμου, 2008).

Τέλος, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης. Είναι, λοιπόν, φυσικό να παρατηρούνται προβλήματα στην πρόσβαση, σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους (Μακαρώνης, 2010).

## **2.2 ΟΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Η εννοιολογική προσέγγιση των ανισοτήτων, αποτελεί ένα ζήτημα που άλλοτε έχει σαν πεδίο αναφοράς το επίπεδο και την υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και άλλοτε, τον τρόπο παροχής και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα.

Οι ανισότητες είναι κύρια προτεραιότητα κατά των σχεδιασμό όλων των μορφών των υγειονομικών συστημάτων. Η παρουσία μάλιστα του φαινομένου, οδήγησε τη διεθνή κοινότητα στην υιοθέτηση μίας παγκόσμιας στρατηγικής με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων είτε μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων είτε μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Το θέμα των ανισοτήτων στην υγεία έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα. Οι ανισότητες δεν εξαρτώνται μόνο από βιολογικούς παράγοντες αλλά και από επιλογές των ίδιων των ατόμων, από τις συνθήκες διαβίωσης, εργασίας, κοινωνικής ένταξης, το οικολογικό και πολιτιστικό περιβάλλον και ακόμη από τη δομή της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης. Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο (Τούντας, Φρισήρας, 1996). Επειδή όμως οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό (Τούντας, Φρισήρας., 1998). Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν (Μακαρόνης et al., 2010). Οι ανισότητες στην υγεία δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο από το σύστημα υγείας, αλλά απαιτείται να απευθυνθούμε στις «αιτίες των αιτιών» ή αλλιώς στους κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία θα επιτευχθεί μόνο μέσα από στενή συνεργασία με άλλα πεδία πολιτικών. Αυτό απαιτεί τις απαραίτητες δομές ή μηχανισμούς για να επιτευχθεί η δια-κυβερνητική και δια-τομεακή συνεργασία.

Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Closing The Gap: Strategies For Action To Tackle Health Inequalities<sup>2</sup> ([www.health-inequalities.eu/](http://www.health-inequalities.eu/)) το οποίο εκπροσωπείται στη χώρα μας από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών τονίζει ότι η ευαισθητοποίηση και η αντιμετώπιση του θέματος των ανισοτήτων στην υγεία σε εθνικό επίπεδο μπορούν να διευκολυνθούν με τις παρακάτω δράσεις:

- **Αυξημένη γνωστοποίηση του θέματος:** Οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο αν υπάρχει μια ισχυρή κοινωνική βάση που θα γεννήσει την επιθυμία για ενημέρωση και τεκμηριωμένη δράση από τους αρμόδιους.

---

<sup>2</sup> Closing The Gap: Strategies For Action To Tackle Health Inequalities = Κλείνοντας το χάσμα: Στρατηγικές δράσης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία

- **Συλλογή έγκυρων δεδομένων και πληροφοριών:** Η δημοσιότητα του θέματος μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία και τεκμήρια που θα τονίζουν την σημαντικότητα του. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για την βελτίωση των πληροφοριακών συστημάτων για την υγεία. Απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες για να δοθεί και στο κοινωνικό υπόβαθρο η ίδια αξία με αυτή του φύλου και της ηλικίας στις περιγραφικές αναλύσεις των ερευνών.
- **Ανάπτυξη μιας καλύτερης κατανόησης του πώς οι κοινωνικοοικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία και οδηγούν στις ανισότητες στην υγεία:** Η ερευνητική ομάδα του Π.Ο.Υ. για τις ανισότητες στην υγεία προτείνει ως κύρια προτεραιότητα την έρευνα που εστιάζει στη σχέση ανάμεσα στους παράγοντες που βελτιώνουν ή διατηρούν την πιθανότητα για καλή υγεία σε ατομικό ή κοινωνικό επίπεδο.
- **Εγκαθίδρυση στόχων ισοτιμίας στην υγεία:** Αν και οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν γενικές πολιτικές υγείας που αναφέρουν ότι η ανισοτιμία στην υγεία θα πρέπει να μειωθεί, υπάρχουν πολύ λίγα παραδείγματα ποσοτικοποιημένων στόχων για ισοτιμία που υποστηρίζονται από συγκεκριμένες στρατηγικές και οικονομικούς πόρους. Για αυτό στη Διάσκεψη Κορυφής για την Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στην Υγεία της ΕΕ τον Οκτώβριο του 2005, προτάθηκε ότι οι χώρες-μέλη θα πρέπει να υιοθετήσουν συγκεκριμένους στόχους για την ισοτιμία στην υγεία.
- **Εμπλοκή άλλων φορέων:** Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω της επιστράτευσης του τομέα υγείας, αν και ο τομέας της υγείας έχει να διαδραματίσει έναν πολύ σημαντικό ηγετικό ρόλο όσον αφορά στην κινητοποίηση και εμπλοκή των άλλων τομέων της πολιτικής. Η ευαισθητοποίηση και η εφαρμογή μιας προσέγγισης ‘πολιτικής υγείας για όλους’ με στόχο την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία απαιτεί επίμονες επενδύσεις στην ανάπτυξη του οργανωσιακού και επαγγελματικού δυναμικού. Η υποστήριξη που παρέχεται από τα οικονομικά τμήματα είναι ιδιαίτερης σημαντικότητας προκειμένου να διασφαλιστεί ότι είναι διαθέσιμοι επαρκείς πόροι. Όλα τα επιστημονικά τεκμήρια που αφορούν στα οφέλη μιας μεγαλύτερης επένδυσης στην υγεία, όπως επίσης και οι καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες πρέπει να τεθούν

σε εφαρμογή προκειμένου να πείσουν και να εμπλέξουν τους οικονομικούς φορείς (Τούντας, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

Η περιφέρεια Ηπείρου καταλαμβάνει το βορειοδυτικό τμήμα της χώρας. Δυτικά βρέχεται από το Ιόνιο πέλαγος, ενώ ανατολικά συνορεύει με τη Μακεδονία και τη Θεσσαλία. Νότια εκτείνεται μέχρι τον Αμβρακικό κόλπο και το νομό Αιτωλοακαρνανίας. Τέλος, στα βόρεια συνορεύει με την Αλβανία (Πορίκης, 2008).



Πηγή: ΠΕΠ Ηπείρου

Εικόνα 3.1. Η περιφέρεια της Ηπείρου.

Αποτελείται από τους νομούς Άρτας, Πρεβέζης, Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας με έδρα τα Ιωάννινα, πρωτεύουσα του ομώνυμου νομού. Έχει συνολική έκταση 9.203 χμ<sup>2</sup> και καλύπτει το 6,7% της συνολικής έκτασης της χώρας.(Πορίκης, 2008).



Πηγή: ΠΕΠ Ηπείρου

Εικόνα 3.2. Οι νομοί της Ηπείρου

Ο πληθυσμός της περιφέρειας Ηπείρου ανέρχεται σε 353.820 κατοίκους σύμφωνα με την ΕΣΥΕ για το 2001 και αντιστοιχεί στο 3,21% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Η περιφέρεια είναι από τις πλέον αραιοκατοικημένες, με πυκνότητα πληθυσμού 38,9 κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, έναντι 83,8 της χώρας (Πορίκης, 2008). Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της περιφέρειας Ηπείρου βρίσκεται σε χαμηλότερη θέση από το αντίστοιχο μέσο κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, ανέρχεται στο 69,4% του μέσου κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας και καταλαμβάνει την τελευταία θέση στις 13 περιφέρειες της χώρας. Με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της περιφέρειας να φτάνει το

35,76% της Ε.Ε.(2003),η Ήπειρος είναι η φτωχότερη περιφέρεια της Ε.Ε. (Πορίκης, 2008).

### **3.1 ΝΟΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

#### **3.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Η ιστορία της περιοχής συνδέεται στην αρχαιότητα με το σημαντικότερο ιερό και μαντείο της Δωδώνης, στο οποίο η λατρεία είχε αρχίσει από το 3000 π.Χ. περίπου. Ήταν αφιερωμένο στο Δία και παρουσίασε ακμή ως τον 5<sup>ο</sup> π.Χ. Σημαντικό ρόλο στην προβολή του έπαιξε ο Πύρρος (3<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ.) και ανοικοδομήθηκε από τον Φίλιππο τον β αλλά και τους Ρωμαίους (31 π.Χ.). Οι κάτοικοι του το εγκατέλειψαν τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. και εγκαταστάθηκαν στην ευρεία που εικάζεται ότι είναι η σημερινή θέση των Ιωαννίνων, με την οποία έκτοτε συνδέεται η ιστορία του νομού. Η πόλη γνώρισε μεγάλη ακμή την περίοδο του δεσποτάτου, ενώ στη μεγαλύτερη ανάπτυξη της έφτασε μετά το 17<sup>ο</sup> αιώνα και κυρίως την εποχή της διακυβέρνησης του Αλή πασά (1788-1822). Η πόλη απελευθερώθηκε στις 21 Φεβρουαρίου 1913 (Πορίκης, 2008).

#### **3.1.2 ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ-ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ο νομός Ιωαννίνων αποτελεί το μεγαλύτερο νομό της περιφέρειας Ηπείρου. Καταλαμβάνει το βορειοανατολικό τμήμα της περιφέρειας και, λόγω θέσης, αποτελεί και ακριτικό νομό της χώρας. Ο νομός, λόγω του μεγέθους του αλλά και του πληθυσμού του, αποτελεί κατά ένα τρόπο την καρδιά της περιφέρειας και συγκεντρώνει σε μεγάλο βαθμό όλα τα κύρια χαρακτηριστικά της.

Είναι απομακρυσμένος και συνοριακός και χαρακτηρίζεται από ένα περίπλοκο ορεινό ανάγλυφο, ταυτόχρονα όμως αποτελεί βάση για την ανάπτυξη των αξόνων που συνδέουν την δυτική με την ανατολική πλευρά της χώρας καθώς και τη δυτική της πλευρά από βορρά προς νότο.



Πηγή: ΠΕΠ Ηπείρου

Εικόνα 3.3. Ο νομός Ιωαννίνων.

Όπως ο νομός Ιωαννίνων αποτελεί την καρδιά της Ηπείρου, έτσι και το λεκανοπέδιο των Ιωαννίνων και τα Ιωάννινα αποτελούν την καρδιά του νομού. Εδώ συγκεντρώνονται οι περισσότερες των παραγωγικών δραστηριοτήτων, ενώ τα Ιωάννινα, ιστορικό, αστικό, εμπορικό και πολιτιστικό κέντρο, με το δυναμισμό τους και τις υπηρεσίες που συγκεντρώνουν αποτελούν ένα από τα δευτερεύοντα αστικά κέντρα της χώρας, της πόλης δηλαδή που, ως προς το μέγεθος και την ακτίνα επιρροής, κατατάσσονται αμέσως μετά τα μητροπολιτικά κέντρα (Πορίκης, 2008).

Ο νομός Ιωαννίνων αποτελείται από 8 Δήμους οι οποίοι είναι:

- Δήμος Ιωαννιτών με έδρα τα Ιωάννινα και πληθυσμό 97.657 κατοίκους
- Δήμος βορείων Τζουμέρκων με έδρα τα Πράμαντα και πληθυσμό 7.097 κατοίκους
- Δήμος Δωδώνης με έδρα την Αγία Κυριακή και πληθυσμό 13.939 κατοίκους
- Δήμος Ζαγορίου με έδρα τους Ασπραγγέλους και πληθυσμό 6.032 κατοίκους



- Δήμος Ζίτσας με έδρα την Ελεούσα και πληθυσμό 17.293 κατοίκους
- Δήμος Κόνιτσας με έδρα την Κόνιτσα και πληθυσμό 9.294 κατοίκους
- Δήμος Μετσόβου με έδρα το Μέτσοβο και πληθυσμό 7.835 κατοίκους
- Δήμος Πωγωνίου με έδρα το Καλπάκι και πληθυσμό 11.092 κατοίκους

(Υπουργείο Εσωτερικών Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2010).

### 3.1.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο νομός Ιωαννίνων είναι ο πρώτος σε πληθυσμό και έκταση νομός της περιφέρειας Ηπείρου. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001(στοιχειά ΕΣΥΕ), ο πληθυσμός του νομού Ιωαννίνων ανέρχεται σε 170.239 κατοίκους, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 47,4% του πληθυσμού της περιφέρειας Ηπείρου. Ακολουθούν ο νομός Άρτας που συγκεντρώνει το 23% της περιφέρειας, ο νομός Πρεβέζης με 16,6% και ο νομός Θεσπρωτίας με 13%.

Στη σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία για το 2001 ο νομός ακολουθεί το πρότυπο της χώρας όπου οι γυναίκες υπερτερούν αριθμητικά των αντρών. Ειδικότερα, ο γυναικείος πληθυσμός είναι αυξημένος σε σχέση με τον αντρικό για τις ηλικίες 15-29 και 45-64, ενώ η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των δυο φύλων σημειώνεται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών. Σε όλες όμως τις περιπτώσεις οι διαφορές για τα δυο φύλα είναι μικρές, της τάξης των 1.000 ως 3.000 ατόμων (Πορίκης, 2008).

### 3.1.4 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΝΟΜΟΥ

Η φυσική κίνηση για το διάστημα 1971-1991, σημειώνει δραματική μείωση που αγγίζει το 68%. Η μείωση της φυσικής κίνησης είναι χαρακτηριστικό για την περίοδο αυτή σε νομαρχιακό αλλά και περιφερειακό επίπεδο. Στο νομό Ιωαννίνων σημειώνεται η δεύτερη μετά την Άρτα μείωση στη φυσική κίνηση, ενώ τη μικρότερη μείωση σημείωσε η φυσική κίνηση στο νομό Πρεβέζης.

Η εξέλιξη της μεταναστευτικής κίνησης φανερώνει ότι το μεταναστευτικό ρεύμα της δεκαετίας του '60 και του '70 έχει πλέον ανακοπεί, κάτι που γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στο επίπεδο της περιφέρειας. Με εξαίρεση το νομό Ιωαννίνων, (που για την περίοδο 1981-1991 συγκεντρώνει τμήμα του πληθυσμού που φεύγει από τους άλλους νομούς της Ηπείρου), την ίδια περίοδο στους υπόλοιπους νομούς σημειώνεται αυξημένη μετανάστευση. Η τάση αυτή αντιστρέφεται την επομένη δεκαετία, όπου σημειώνεται θετική εισροή πληθυσμού σε όλους τους νομούς της περιφέρειας, με εξαίρεση το νομό Άρτας. Η σημαντικότερη εισροή σημειώνεται στο νομό Ιωαννίνων και μάλιστα με σημαντική διαφορά από τους άλλους νομούς.

Εκτιμάται ότι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αυξημένη εισροή, κυρίως σε σχέση με τη δεκαετία 1971-1981, σχετίζονται με:

- την ανάπτυξη του πανεπιστημίου και του πανεπιστημιακού νοσοκομείου
- την εισροή στα τέλη της δεκαετίας του '80 σημαντικού αριθμού ομογενών και την παλιννόστηση ατόμων, κύρια συνταξιούχων
- Την ανάπτυξη που σημειώθηκε στις πρωτεύουσες των νομών και κυρίως στην πόλη των Ιωαννίνων, ως διοικητικό-οικονομικό-πολιτιστικό κέντρο (Πορίκης, 2008).

## **3.2 ΑΕΠ ΝΟΜΟΥ**

### **3.2.1 ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΕΠ**

Το συνολικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν του νομού Ιωαννίνων κατά το 2003 εκτιμάται στα 2.111 εκατομμύρια ευρώ παρουσιάζοντας αύξηση έναντι του έτους 1997 που ήταν 888 εκατομμύρια ευρώ.

Οι ρυθμοί αύξησης του ΑΕΠ του νομού Ιωαννίνων κατά την τριακονταετία 1971-2001 είναι κατά τι εντονότεροι από τους αντίστοιχους της περιφέρειας Ηπείρου και από εκείνους της χώρας, εμφανίζοντας μια κάμψη κατά τη δεκαετία του '80 έναντι της προηγούμενης δεκαετίας, ενώ ανακάμπτουν σημαντικά τη δεκαετία του '90 σε αντίθεση με τους αντίστοιχους της χώρας αλλά και της περιφέρειας Ηπείρου.

Η εξέλιξη αυτή του ΑΕΠ στο νομό Ιωαννίνων σε σχέση με τα αντίστοιχα μεγέθη της περιφέρειας ηπείρου και της χώρας συντελούν έτσι ώστε το έτος 2001 το ΑΕΠ του νομού να αντιπροσωπεύει το 50% της περιφέρειας και το 1,35% της χώρας, ενώ το έτος 1981 αντιπροσώπευε το 45% του ΑΕΠ της περιφέρειας και το 1,25% της χώρας.

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι ο νομός Ιωαννίνων βελτιώνει σημαντικά τη θέση του ως προς το ΑΕΠ έναντι της περιφέρειας, αλλά και έναντι της χώρας, έστω και κατά μικρότερο βαθμό.

Όσον αφορά στη συμμετοχή κάθε τομέα στο συνολικό ΑΕΠ του νομού Ιωαννίνων για το 1999, αυτή διαμορφώνεται στο 8% για τον πρωτογενή τομέα, στο 21% για το δευτερογενή και στο 71% για τον τριτογενή.

Οι οικονομικές δραστηριότητες οι οποίες κυριαρχούν στο νομό Ιωαννίνων το έτος 2001, όσον αφορά στο ΑΕΠ, από τον τριτογενή τομέα είναι το εμπόριο, συμμετέχοντας κατά 16% στο συνολικό ΑΕΠ του νομού, οι υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης με συμμετοχή 14% και η δημόσια διοίκηση με ποσοστό συμμετοχής 13%, ενώ ακολουθούν οι κατοικίες με ποσοστό συμμετοχής 8%. Στο δευτερογενή τομέα κυριαρχούν οι κατασκευές με 9% συμμετοχή στο συνολικό ΑΕΠ του νομού και η μεταποίηση με αντίστοιχο ποσοστό συμμετοχής 5%.

Όλες οι παραπάνω οικονομικές δραστηριότητες του νομού Ιωαννίνων εμφανίζουν σημαντική αύξηση κατά την περίοδο 1991-2001, από 25% ως 35% , έτσι ώστε να καθίστανται οι μοχλοί μεγέθυνσης του συνολικού ΑΕΠ του νομού. Αντίστοιχα περίπου ποσοστά μεταβολής παρουσιάζουν οι συγκεκριμένες οικονομικές δραστηριότητες σε επίπεδο περιφέρειας, ενώ σε επίπεδο χώρας οι μεταβολές του ΑΕΠ αυτών των οικονομικών δραστηριοτήτων διαφοροποιούνται σημαντικά. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι η διάρθρωση της οικονομίας του νομού αλλά και της περιφέρειας ακολουθεί διαφορετική από την αντίστοιχη της οικονομίας της χώρας (Πορίκης, 2008).

### 3.2.2 ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΕΠ

Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του νομού Ιωαννίνων για το έτος 2003 εκτιμάται στα 11.545 εκατομμύρια ευρώ. Για την περίοδο 1995-2003 το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του νομού αυξήθηκε κατά 44%, υπερβαίνοντας το κατά κεφαλήν προϊόν της περιφέρειας και υστερώντας σε σχέση με τον εθνικό μέσο ετήσιο όρο.

Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ στο νομό Ιωαννίνων είναι σε υψηλότερα επίπεδα από τον αντίστοιχο δείκτη της περιφέρειας Ηπείρου. Να σημειωθεί δε ότι η εξέλιξη αυτή επί του κατά κεφαλήν προϊόντος συντελείται παρά την εντονότερη πληθυσμιακή αύξηση του νομού Ιωαννίνων σε σχέση με την αντίστοιχη αύξηση στην περιφέρεια. Αντίθετα ακριβώς συμβαίνει με την σύγκριση του κατά κεφαλήν της χώρας.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η οικονομία του νομού Ιωαννίνων εξελίσσεται με θετικότερους ρυθμούς από εκείνη της περιφέρειας, στηριζόμενη κυρίως στον τριτογενή τομέα αλλά και στο δευτερογενή (Πορίκης, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

#### 4.1 ΥΛΙΚΟ

Στην εργασία χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενή στατιστικά δεδομένα και πληροφορίες που αφορούν στον αριθμό των ιατρών, των νοσηλευτών, των κλινών τόσο στο επίπεδο του Νομού Ιωαννίνων, όσο και της περιφέρειας Ηπείρου και του συνόλου της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, τα δεδομένα αφορούν στον αριθμό των ιατρών ανά ειδικότητα στα δημόσια νοσοκομεία, τις ιδιωτικές κλινικές, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και στους ιδιώτες γιατρούς. Επίσης, έχουν βρεθεί τα δημογραφικά στοιχεία (πληθυσμός, ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο) από την απογραφή του 2001. Τέλος, υπάρχουν στοιχεία και για δύο χώρες του εξωτερικού. Ο διαχωρισμός Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα γίνεται μόνο στο νομό Ιωαννίνων. Δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί διαχωρισμός ανά δήμο στο νομό Ιωαννίνων λόγω ελλιπών στοιχείων.

#### 4.2 ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μέθοδος έρευνας της εργασίας βασίζεται στην στατιστική ανάλυση πρωτογενών στατιστικών δεδομένων με τη βοήθεια διαγραμμάτων.

Τα στοιχεία που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα αφορούσαν τόσο τους δημογραφικούς παράγοντες όσο και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, η ανάλυση των δημογραφικών παραγόντων επικεντρώθηκε στο φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Η ανάλυση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας επικεντρώθηκε στον αριθμό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και του αριθμού των κλινών. Στην συνέχεια, υπολογίστηκαν οι δείκτες προσωπικού υγείας ανά 10.000 κατοίκους, σε επίπεδο νομού και συγκρίθηκαν με τον μέσο όρο της Χώρας. Επιπρόσθετα, υπολογίστηκαν οι δείκτες προσωπικού υγείας ανά 1.000 κατοίκους, και

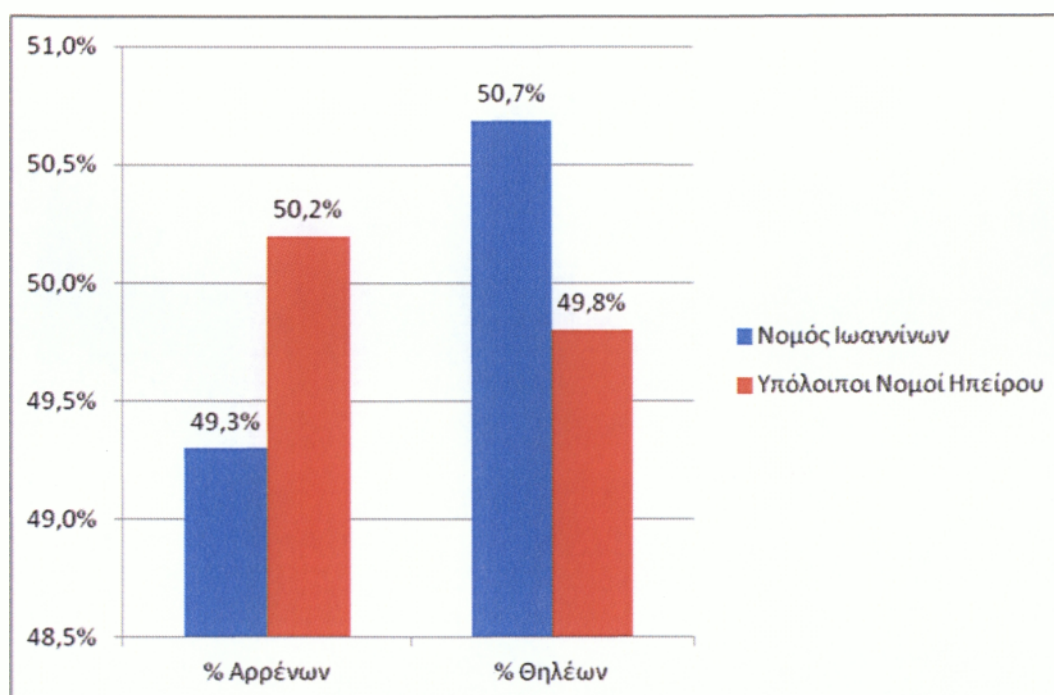
συγκρίθηκαν με τον μέσο όρο δύο ευρωπαϊκών χωρών, της Γαλλίας και της Γερμανίας.

## 4.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.3.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 4.3.1.1 ΦΥΛΟ

Στο διάγραμμα 4.1 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες υπερτερούν ελάχιστα σε σχέση με τους άνδρες και στο επίπεδο του νομού αλλά και στους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου.



Διάγραμμα 4.1: Πληθυσμός κατά φύλο.

Πηγή: ΕΣΥΕ, Πραγματικός Πληθυσμός, Κατανομές Πληθυσμού, (2001), ίδια επεξεργασία

Από την ποσοστιαία κατανομή των δύο φύλων διακρίνουμε ότι το ποσοστό στους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου μοιράζεται σχεδόν στη μέση ενώ στο νομό Ιωαννίνων με λίγο μεγαλύτερη διαφορά υπερτερούν οι γυναίκες. Να επισημανθεί ότι σύμφωνα με τους Bender και Theodosiou (2003) αυτή η ελάχιστη υπεροχή των γυναικών θα προκαλέσει αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Για τις γυναίκες

καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας φαίνεται να είναι οι παράγοντες σχετιζόμενοι με την οικογένεια και οι βιολογικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τους ερευνητές (Bertakis KD. et al., 2000) οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο της υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας. Αν και η νοσηρότητα των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών, το γεγονός ότι παρουσιάζουν μικρότερη θνησιμότητα από τους άνδρες οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο ότι μετατρέπουν ευκολότερα από τους άνδρες τις ανάγκες τους σε χρησιμοποίηση (Τριχόπουλος Δ., 1982). Αλλά και στην Ελλάδα δεν συμβαίνει κάτι διαφορετικό. Συγκεκριμένα στο σύνολο της Ελλάδας (10964020) οι γυναίκες (5536338) υπερτερούν αριθμητικά των ανδρών (5427682). Άρα, μελλοντικά και στο σύνολο της Ελλάδας θα υπάρξει σχετική αύξηση υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες.

#### 4.3.1.2 ΗΛΙΚΙΑ

Από τον πίνακα 4.1 διακρίνουμε ότι και στο Νομό Ιωαννίνων αλλά και στους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου η ηλικιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο πληθυσμό είναι η 40-54.

**Πίνακας 4.1:** Πληθυσμός κατά ομάδες ηλικιών.

	<u>Ομάδες Ηλικιών</u>												80 ετών και άνω	% 80 και άνω
	0-14	% 0-14	15-24	% 15-24	25-39	% 25-39	40-54	% 40-54	55-64	% 55-64	65-79	% 65-79		
<b>Νομός Ιωαννίνων</b>	22949	13,5%	27723	16,3%	33710	19,8%	34036	20%	18991	11,2%	26411	15,5%	6419	3,8%
<b>Υπόλοιποι Νομοί Ηπείρου</b>	27280	14,9%	23443	12,8%	35051	19,1%	37910	20,7%	22439	12,2%	30142	16,4%	7316	4,0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Πραγματικός Πληθυσμός, Κατανομές Πληθυσμού, (2001), ίδια επεξεργασία

Στον πίνακα 4.1 παρατηρούμε ότι η ηλικιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο πληθυσμό και με ποσοστό 20% είναι η 40-54 για το νομό Ιωαννίνων και με ποσοστό 20,7% για την υπόλοιπη περιφέρεια. Κάποιες μικρές διαφορές διακρίνουμε στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες και παρατηρούμε ότι η ηλικιακή ομάδα με τα χαμηλότερα ποσοστά είναι η 80 και άνω. Παρατηρείται μία τάση για δημογραφική γήρανση του πληθυσμού που θα έχει σαν αποτέλεσμα σε λίγα χρόνια ο ενεργός πληθυσμός να είναι αρκετά μειωμένος σε σχέση με τον πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, έχοντας υπ' όψιν (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000) ότι οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και ιδιαίτερα οι μεγάλες ηλικίες είναι επιρρεπείς στη ζήτηση



υπηρεσιών υγείας φαίνεται ότι στο άμεσο μέλλον (10 επόμενα χρόνια) θα υπάρξει αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, λόγω της μεγάλης νοσηρότητας των ομάδων του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών αλλά και τη διαφοροποίηση του είδους των ζητούμενων υπηρεσιών παρατηρείται στροφή σε υπηρεσίες που σχετίζονται με νοσήματα φθοράς. Επίσης, η μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας που έχει ως αποτέλεσμα την επιβίωση νεογνών με ολοένα και μικρότερο βάρος αυξάνει τη ζήτηση για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτής της ευπαθούς ομάδας του πληθυσμού.

#### 4.3.1.3 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Από τον πίνακα 4.2 παρατηρούμε ότι η κατηγορία με τον μεγαλύτερο αριθμό και στο νομό Ιωαννίνων και στην υπόλοιποι Ήπειρο είναι όσοι φοιτούν στο δημοτικό ή είναι απόφοιτοι δημοτικού ή το εγκατέλειψαν.

**Πίνακας 4.2:** Πληθυσμός ηλικίας 6 ετών και άνω ανά επίπεδο εκπαίδευσης

	Νομός Ιωαννίνων	% Νομού Ιωαννίνων	Υπόλοιποι Νομοί Ηπείρου	% Υπόλοιπων Νομών Ηπείρου
<b>Κάτοχοι διδακτορικού και Μάστερ</b>	897	0,6%	322	0,2%
<b>Πτυχιούχοι Ανωτάτων Σχολών,ΤΕΙ,ΚΑΤΕ, ΚΑΤΕΕ, μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης</b>	22835	14,1%	17155	9,9%
<b>Απόφοιτοι Μέσης εκπαίδευσης, Πτυχιούχοι ΤΕΛ, ΤΕΣ</b>	37521	23,2%	32533	18,7%
<b>Απόφοιτοι 3ταξίου Γυμνασίου</b>	17471	10,8%	18756	10,8%
<b>Απόφοιτοι Δημοτικού, Φοιτούν στο Δημοτικό, Εγκατέλειψαν το Δημοτικό αλλά γνωρίζουν γραφή κ ανάγνωση</b>	55347	34,2%	64557	37,2%
<b>Αναλφάβητοι</b>	6656	4,1%	13731	7,9%
<b>Σύνολο</b>	161956		173752	

Πηγή: ΕΣΥΕ, Πραγματικός Πληθυσμός, Δημογραφικά στοιχεία, (2001), ίδια επεξεργασία

Ο πίνακας 4.2 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού του νομού Ιωαννίνων και των υπόλοιπων νομών της Ηπείρου με βάση τις κατηγορίες

μορφωτικού επιπέδου. Έτσι, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό για το νομό Ιωαννίνων (34,2%) και για την υπόλοιπη Ήπειρο (37,2%) κατέχουν όσοι φοιτούν στο δημοτικό ή είναι τελειόφοιτοι του δημοτικού ή το έχουν εγκαταλείψει αλλά γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση. Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού πληθυσμού δεν έχει ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση. Σε αυτούς προστίθεται και ένα ποσοστό αναλφάβητων της τάξεως του 4,1% για το νομό Ιωαννίνων και ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως 7,9% για την υπόλοιπη Ήπειρο. Τέλος, παρ' όλο που στα Ιωάννινα υπάρχουν πολλές σχολές πανεπιστημίων αμελήτεο είναι το ποσοστό αυτών που κατέχουν κάποιο διδακτορικό τίτλο ή μάστερ.

Το μορφωτικό επίπεδο είναι πολύ χαμηλό αφού το 38% του πληθυσμού είναι τελειόφοιτοι Δημοτικού ή αναλφάβητοι. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα υγείας της ομάδας αυτής του πληθυσμού θα είναι πλημμελής και ως εκ τούτου η ανάγκη για χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, κυρίως πρωτοβάθμιων θα πρέπει να είναι υψηλή. Γενικά, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι προφανές πως ασκεί ένα ευεργετικό αποτέλεσμα πάνω στην υγεία του ατόμου.

#### 4.3.1.4 ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ-ΔΗΜΩΝ

Ο νομός Ιωαννίνων έχει έκταση 4.990 km<sup>2</sup>. Στο νομό υπάρχουν 6 Κέντρα Υγείας και 58 Περιφερειακά Ιατρεία. Παρατηρούμε ότι στα περισσότερα περιφερειακά ιατρεία υπηρετεί ένας γιατρός ενώ σε πολλά δεν υπάρχει ούτε νοσηλεύτης.

**Πίνακας 4.3:** Προσωπικό υγείας και χιλιομετρικές αποστάσεις των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων.

	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ
<b>ΔΗΜΟΣ ΚΟΝΙΤΣΑΣ</b>	9294			
<b>Κ.Υ. ΚΟΝΙΤΣΑΣ</b>	287	8	11	61
<b>Π.Ι. ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ</b>	113	1		23
<b>Π.Ι. ΔΙΣΤΡΑΤΟΥ</b>	487	1	1	10
<b>Π.Ι. ΜΕΛΙΣΣΟΠΕΤΡΑΣ</b>	120	1		11
<b>Π.Ι. ΠΥΡΣΟΓΙΑΝΝΗΣ</b>	377	1		31
<b>Π.Ι. ΔΡΟΣΟΠΗΓΗΣ</b>	226	1		45
<b>Π.Ι. ΠΑΔΩΝ</b>	67	1		13

Π.Ι. ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	431	1	1	30
Π.Ι. ΒΟΥΡΜΠΙΑΝΗΣ	141	1		40
<b>ΔΗΜΟΣ ΠΩΓΩΝΙΟΥ</b>	<b>11092</b>			
<b>Κ.Υ. ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ</b>	751	4	9	54
Π.Ι. ΠΑΡΑΚΑΛΑΜΟΥ	1000	2	1	18
Π.Ι. ΚΑΛΠΑΚΙΟΥ	754	1		25
Π.Ι. ΑΝΩ ΡΑΒΕΝΙΑ	140	1		18
Π.Ι. ΔΟΛΙΑΝΩΝ	769	1	1	23
Π.Ι. ΒΗΣΣΑΝΗΣ	426	1		12
Π.Ι. ΚΤΙΣΜΑΤΩΝ	368	1		37
Π.Ι. ΚΕΡΑΣΟΒΟΥ	63	2		45
Π.Ι. ΚΕΦΑΛΟΒΡΥΣΟΥ	1040	2	1	14
Π.Ι. ΒΑΣΙΛΙΚΟΥ	254	1		17
Π.Ι. ΠΩΓΩΝΙΑΝΗΣ	583	1		13
<b>ΔΗΜΟΣ ΒΟΡΕΙΩΝ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ</b>	<b>7097</b>			
<b>Κ.Υ. ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ</b>	1845	6	4	59
Π.Ι. ΚΑΛΕΝΤΖΙΟΥ	362	1		29
Π.Ι. ΚΑΛΑΡΙΤΩΝ	223	1		25
Π.Ι. ΠΛΑΤΑΝΟΥΣΑΣ	460	1	1	22
Π.Ι. ΡΑΦΤΑΝΑΙΩΝ	220	1		26
Π.Ι. ΧΟΥΛΙΑΡΑΔΩΝ	237	1		39
<b>ΔΗΜΟΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ</b>	<b>7835</b>			
<b>Κ.Υ. ΜΕΤΣΟΒΟΥ</b>	3195	12	5	63
Π.Ι. ΜΙΚ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	261	1		18
Π.Ι. ΜΕΓ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	693	1	1	20
Π.Ι. ΒΟΤΟΝΟΣΙΟΥ	262	1		12
Π.Ι. ΜΗΛΕΑΣ	618	1		25
Π.Ι. ΜΠΑΛΑΝΤΟΥΜΑΣ	181	1		38
<b>ΔΗΜΟΣ ΔΩΔΩΝΗΣ</b>	<b>13939</b>			
<b>Κ.Υ. ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ</b>	397	3	3	50
Π.Ι. ΑΡΤΟΠΟΥΛΑΣ	190	1		30
Π.Ι. ΒΑΡΛΑΑΜ	155	1		28
Π.Ι. ΚΟΠΑΝΗΣ	464	1		25
Π.Ι. ΚΡΥΦΟΒΟ	603	1	1	29
Π.Ι. ΜΑΝΤΕΙΟΥ	237	1		27
Π.Ι. ΜΟΥΣΙΩΤΙΤΣΑΣ	1097	3	1	65
Π.Ι. ΡΩΜΑΝΟΥ	505	1		24
Π.Ι. ΨΗΝΑΣ	146	1		17
<b>ΔΗΜΟΣ ΖΙΤΣΑΣ</b>	<b>17293</b>			
<b>Κ.Υ. ΒΟΥΤΣΑΡΑ</b>	150	2	9	32
Π.Ι. ΖΙΤΣΑΣ	1014	2		22
Π.Ι. ΕΛΕΟΥΣΑΣ	2805	1	2	30
Π.Ι. ΛΙΓΟΥΣΑΣ	234	1		48
Π.Ι. ΒΡΟΣΥΝΑΣ	178	1		11
Π.Ι. ΓΡΑΜΜΕΝΟΥ	320	1		17
Π.Ι. ΔΕΣΠΟΤΙΚΟΥ	172	1		26

Π.Ι. ΚΟΥΡΕΝΤΩΝ	238	1		5
Π.Ι. ΣΕΝΙΚΟΥ	212	1		11
<b>ΔΗΜΟΣ ΖΑΓΟΡΙΟΥ</b>	<b>6032</b>			
Π.Ι. ΑΡΙΣΤΗΣ	214	1		49
Π.Ι. ΑΣΠΡΑΓΓΕΛΩΝ	273	1		30
Π.Ι. ΚΑΛΟΥΤΩΝ	44	1		47
Π.Ι. ΠΕΤΡΑΣ	201	1		47
Π.Ι. ΤΣΕΠΕΛΟΒΟΥ	488	1	1	51
Π.Ι. ΓΡΕΒΕΝΙΤΙΟΥ	339	1		44
<b>ΔΗΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ</b>	<b>97657</b>			
Π.Ι. ΧΑΡΟΚΟΠΟΥ	332	1		23
Π.Ι. ΝΕΟΚΑΙΣΑΡΕΙΑΣ	712	2		11
Π.Ι. ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ	147	1		44
Π.Ι. ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ	136	1		22
Π.Ι. ΔΡΟΣΟΧΩΡΙΟΥ	815	1	1	15
Π.Ι. ΚΑΤΣΙΚΑ	2871	1		6
Π.Ι. ΚΡΑΝΟΥΛΑΣ	600	1		13
Π.Ι. ΠΕΔΙΝΗΣ	2089	1		10

Πηγή: ΔΥΠΕ ΗΠΕΙΡΟΥ, 2010, ίδια επεξεργασία

Λαμβάνοντας υπ' όψιν το ορεινό γεωγραφικό ανάγλυφο του νομού Ιωαννίνων αλλά και τη μέση χιλιομετρική απόσταση της έδρας των δήμων και των δημοτικών διαμερισμάτων από την έδρα του δήμου (Ιωάννινα) σημαίνει ότι οι κάτοικοι των περιοχών αυτών θα συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες πρόσβασης κυρίως προς τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που είναι εγκατεστημένες στα Ιωάννινα. Αυτό σημαίνει ότι οι κάτοικοι των ορεινών και απομακρυσμένων διαμερισμάτων θα χρησιμοποιούν είτε λιγότερο συχνά τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες του νομού σε σχέση με τους κατοίκους της πόλεως των Ιωαννίνων, είτε το κόστος πρόσβασης θα είναι μεγαλύτερο. Αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ως θετικό στοιχείο σε σχέση με τις δυνατότητες πρόσβασης των κατοίκων του νομού κυρίως για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία ταξινομούνται στο νομό Ιωαννίνων ως εξής:

**Πίνακας 4.4:** Κατανομή υποδομών υγείας ανά δήμο του νομού Ιωαννίνων

	πληθυσμός	νοσοκομεία	κέντρα υγείας	περιφερειακά ιατρεία
<b>Δήμος Ιωαννίνων</b>	97657	2		8
<b>Δήμος Βορείων Τζουμέρκων</b>	7097		1	5
<b>Δήμος Δωδώνης</b>	13939		1	8
<b>Δήμος Ζαγορίου</b>	6032			6
<b>Δήμος Ζίτσας</b>	17293		1	9
<b>Δήμος Κόνιτσας</b>	9294		1	8
<b>Δήμος Μετσόβου</b>	7835		1	5
<b>Δήμος Πωγωνίου</b>	11092		1	10

Πηγή: ΔΥΠΕ ΗΠΕΙΡΟΥ, ίδια επεξεργασία, 2010

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι οι δομές υγείας στο νομό Ιωαννίνων δεν είναι κατανομημένες άνισα. Τα δύο νοσοκομεία του νομού (πανεπιστημιακό και γενικό) βρίσκονται στο δήμο Ιωαννίνων. Επίσης, ο δήμος διαθέτει και 8 περιφερειακά ιατρεία. Παρατηρούμε ότι σε κάθε δήμο ανήκει και ένα κέντρο υγείας εκτός από το δήμο Ζαγορίου που έχει τον μικρότερο πληθυσμό αλλά υπάρχουν σε αυτό 6 περιφερειακά ιατρεία.

**Πίνακας 4.5:** Προσωπικό υγείας ανά δήμο νομού Ιωαννίνων

	πληθυσμός	αριθμός ιατρών	ιατροί ανά 1000 κατοίκους	αριθμός νοσηλευτών	νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους
<b>Δήμος Ιωαννίνων</b>	97657	1000	10,2	1143	11,7
<b>Δήμος Κόνιτσας</b>	9294	16	1,7	13	1,4
<b>Δήμος Πωγωνίου</b>	11092	17	1,5	12	1,1
<b>Δήμος Βόρειων Τζουμέρκων</b>	7097	11	1,5	5	0,7
<b>Δήμος Μετσόβου</b>	7835	17	2,2	6	0,8
<b>Δήμος Δωδώνης</b>	13939	13	0,9	5	0,4
<b>Δήμος Ζίτσας</b>	17293	11	0,6	11	0,6
<b>Δήμος Ζαγορίου</b>	6032	6	1,0	1	0,2

Πηγή: ΔΥΠΕ ΗΠΕΙΡΟΥ, 2010, ίδια επεξεργασία

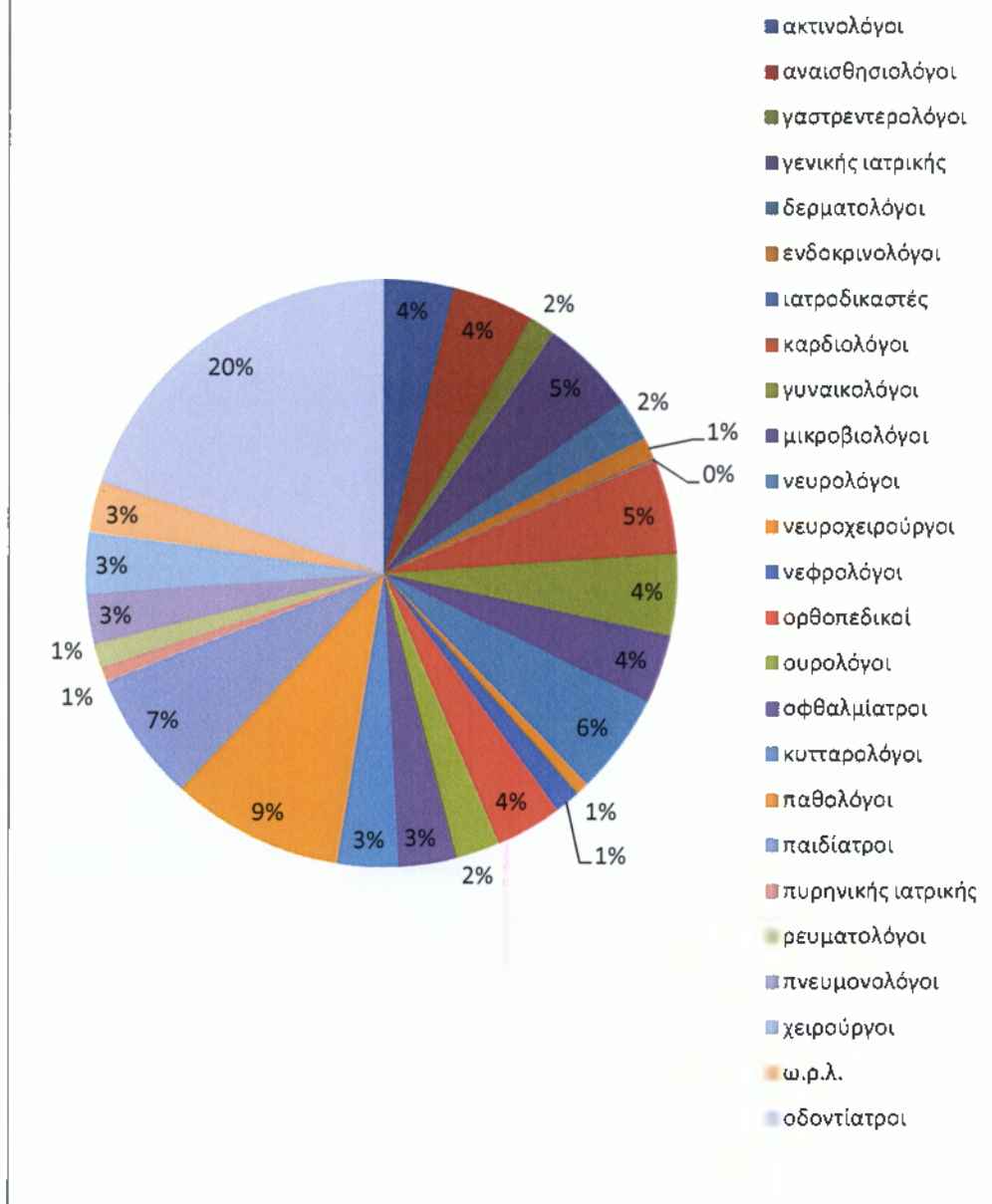
Στον πίνακα γίνεται διαχωρισμός των δήμων του νομού Ιωαννίνων. Αναλύεται ανά δήμο ο αριθμός των γιατρών και ο αριθμός των νοσηλευτών όπως επίσης και πόσοι γιατροί και νοσηλευτές αντιστοιχούν ανά 1000 κατοίκους. Από τον πίνακα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει άνιση κατανομή επαγγελματιών υγείας (γιατρών, νοσηλευτών) μεταξύ των δήμων του νομού Ιωαννίνων. Έτσι, στο αστικό κέντρο του νομού παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση γιατρών (10,2 γιατροί ανά 1000 κατοίκους) σε αντίθεση με τους υπόλοιπους δήμους που ο δείκτης κυμαίνεται κάτω από 2 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους. Ιδιαίτερα οι δήμοι Δωδώνης και Ζίτσας φαίνεται να έχουν το μεγαλύτερο πρόβλημα με αναλογία γιατρών ανά 1000 κατοίκους κάτω από μια μονάδα.

Το φαινόμενο είναι ακόμη πιο έντονο στην περίπτωση των νοσηλευτών όπου στο δήμο Ιωαννίνων η αναλογία είναι 11,7 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους ενώ στους υπόλοιπους δήμους είναι κάτω από 1,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

Ιδιαίτερα ο δήμος Ζαγορίου εμφανίζει δείκτη σε απαράδεκτα χαμηλό επίπεδο μόνο 0,2 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Η παρατηρούμενη ανισοκατανομή επαγγελματιών υγείας στο νομό σαφώς θα έχει αρνητική επίδραση στην υγεία των κατοίκων εκτός δήμου Ιωαννίνων.

Στα Ιωάννινα υπάρχουν 1389 γιατροί οι οποίοι κατανέμονται ως εξής ανάλογα με τις ειδικότητες.

## Νομός Ιωαννίνων



**Διάγραμμα 4.2:** Ειδικότητες γιατρών νομού Ιωαννίνων

Πηγή: ΕΣΥΕ., 2010, Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, ίδια επεξεργασία,

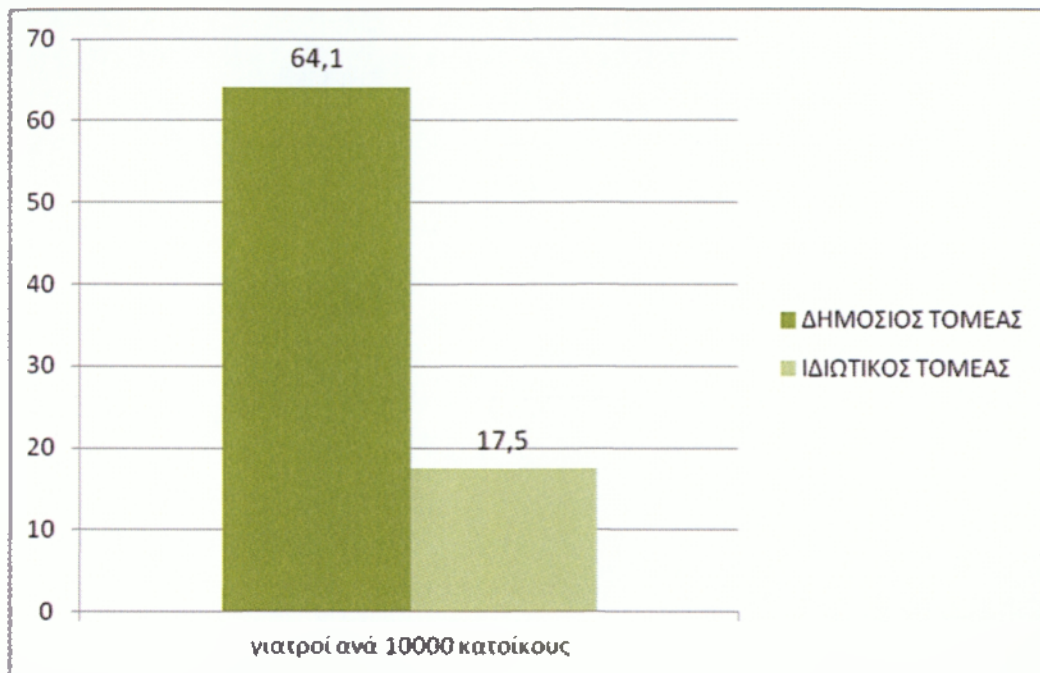
Παρατηρώντας την κατανομή των γιατρών ανά ειδικότητα διαπιστώνεται:

- ότι η μεγαλύτερη ιατρική ειδικότητα είναι αυτή των οδοντιάτρων αφού το 20% του ιατρικού προσωπικού είναι οδοντίατροι
- επίσης παρατηρείτε στο νομό Ιωαννίνων ότι είναι στη διάθεση των κατοίκων του, γιατροί όλων των ειδικοτήτων. Γεγονός που σημαίνει ότι το ιατρικό



σώμα μπορεί να καλύψει όλο το νοσολογικό φάσμα αναγκών των κατοίκων του νομού.

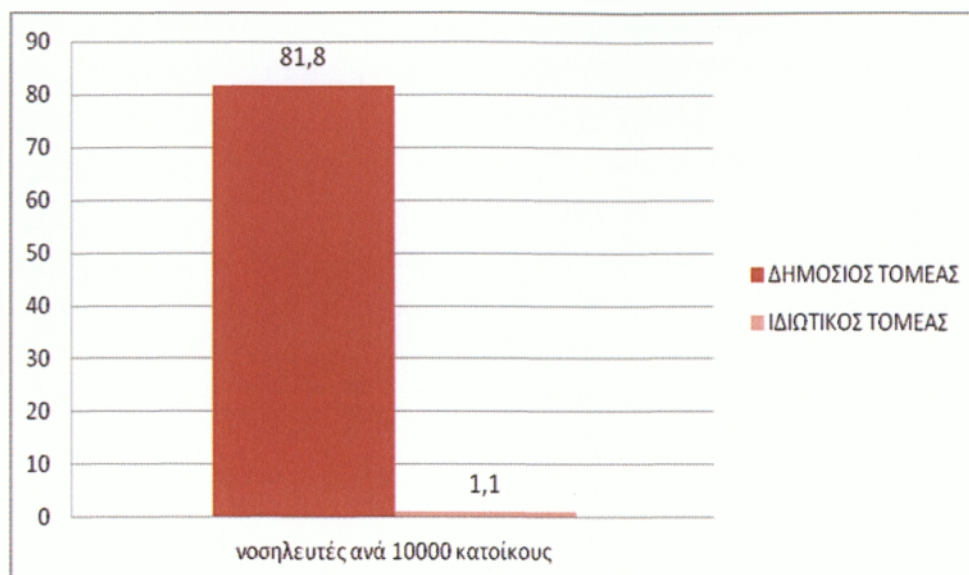
Στο πιο κάτω διάγραμμα γίνεται ένας διαχωρισμός του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα στο νομό Ιωαννίνων. Παρατηρούμε, ότι ο Δημόσιος τομέας κατέχει πολύ μεγαλύτερο αριθμό γιατρών σε σχέση με τον Ιδιωτικό.



**Διάγραμμα 4.3:** Σύγκριση Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα νομού Ιωαννίνων

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, ίδια επεξεργασία

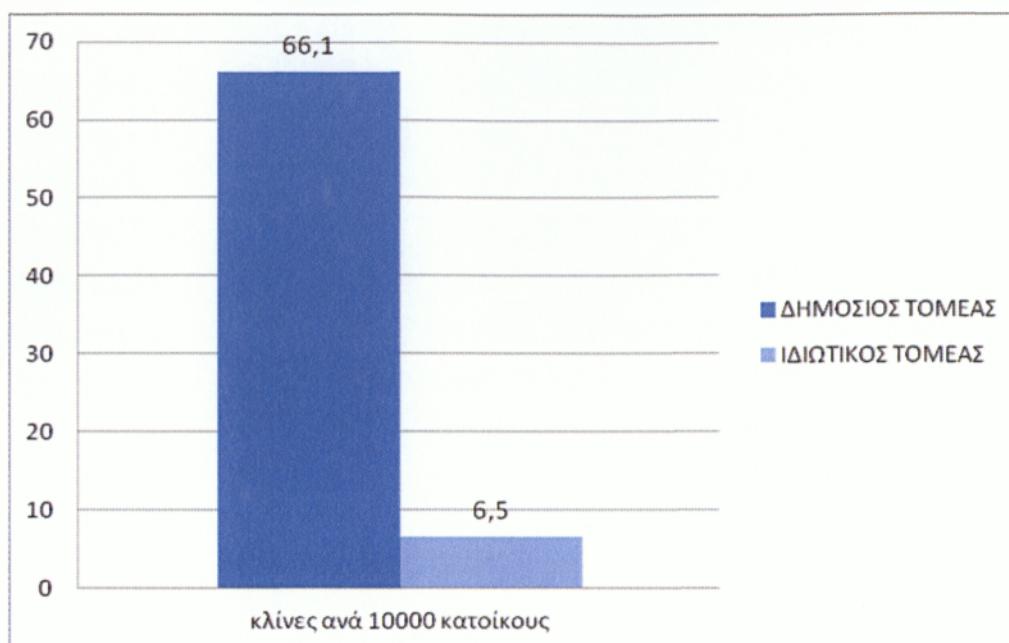
Στο διάγραμμα 4.3 γίνεται διαχωρισμός του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα στους γιατρούς ανά 10000 κατοίκους στο νομό Ιωαννίνων. Παρατηρούμε ότι αντιστοιχούν 64,1 δημόσιοι γιατροί ανά 10000 κατοίκους του νομού ενώ πολύ μικρότερο είναι το ποσοστό, μόλις 17,5 των ιδιωτικών γιατρών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη δύο νοσοκομείων στο νομό Ιωαννίνων και στη μη εγκατάσταση ιδιωτών γιατρών στο νομό λόγω της ύπαρξης αυτών.



**Διάγραμμα 4.4:** Σύγκριση Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα νοσηλευτών νομού Ιωαννίνων

Πηγή: ΕΣΥΕ, Υγειονομικός Χάρτης, Health Statistics, νοσηλευτικό προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, ίδια επεξεργασία

Από το διάγραμμα 4.4 παρατηρούμε τον αμελητέο αριθμό νοσηλευτών του Ιδιωτικού τομέα στο νομό Ιωαννίνων. Στο νομό Ιωαννίνων αντιστοιχούν 81,8 νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων ανά 10000 κατοίκους. Επίσης, παρατηρούμε το πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών ιδιωτικών κλινικών ανά 10000 κατοίκους που είναι μόνο 1,1 νοσηλευτές. Αυτό οφείλεται στις ελάχιστες ιδιωτικές κλινικές που βρίσκονται στο νομό όσον αφορά τον Ιδιωτικό τομέα σε αντίθεση με την ύπαρξη των δημόσιων νοσοκομείων στα Ιωάννινα που απασχολούν πολλούς νοσηλευτές.



**Διάγραμμα 4.5:** Σύγκριση κλινών Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα νομού Ιωαννίνων

Πηγή: Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και θεραπευτήρια (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός), 2009, ίδια επεξεργασία

Στο διάγραμμα 4.5 διακρίνουμε τη συντριπτική διαφορά κλινών ανά 10000 κατοίκους Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στο νομό Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα, 66,1 κλίνες δημόσιων νοσοκομείων αντιστοιχούν ανά 10000 κατοίκους και μόλις 6,5 κλίνες ιδιωτικών κλινικών ανά 10000 κατοίκους. Αυτό, οφείλεται στις λίγες ιδιωτικές κλινικές που υπάρχουν στο νομό οι οποίες είναι και συγκεκριμένων ειδικοτήτων. Σε αντίθεση, τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν όλες τις ειδικότητες με πολλές κλίνες στις κλινικές.

#### 4.3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ

##### 4.3.2.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στον πίνακα 4.6 βλέπουμε ότι ο αριθμός των γιατρών στο νομό Ιωαννίνων είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των γιατρών που βρίσκονται στους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου.

**Πίνακας 4.6:** Αριθμός ιατρών

	πληθυσμός	αριθμός ιατρών	% ιατρών	ιατροί ανά 10000 κατοίκους
<b>Νομός Ιωαννίνων</b>	170239	1389	66,1%	81,6
<b>Υπόλοιποι Νομοί Ηπείρου</b>	183581	712	33,9%	38,8

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, ίδια επεξεργασία

Αυτό μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη του πανεπιστημιακού νοσοκομείου στα Ιωάννινα που σίγουρα θα απασχολεί περισσότερο ιατρικό προσωπικό. Η συγκέντρωση των ιατρών στα μεγάλα αστικά κέντρα και γενικότερα στις πρωτεύουσες των νομών υφίσταται σε όλη την Ελλάδα. Αυτό αποδεικνύει ότι το ιατρικό επάγγελμα είναι υπερκορεσμένο και άνισα κατανομημένο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελλιπή στελέχωση απομακρυσμένων γεωγραφικά ή συγκοινωνιακά περιοχών. Έτσι, και στο νομό Ιωαννίνων η διαφορά του αριθμού των γιατρών είναι συντριπτική σε σχέση με τους άλλους νομούς της Ηπείρου. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι το 66,1% των γιατρών βρίσκονται στο νομό Ιωαννίνων.

#### **4.3.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Από τον πίνακα 4.7 παρατηρούμε ότι σχεδόν διπλάσιος αριθμός νοσηλευτών σε σχέση με την υπόλοιποι Ήπειρο βρίσκεται στο νομό Ιωαννίνων.

**Πίνακας 4.7:** Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού

	πληθυσμός	αριθμός νοσηλευτών	% νοσηλευτών	νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους
<b>Νομός Ιωαννίνων</b>	170239	1410	65,5%	82,8
<b>Υπόλοιποι Νομοί Ηπείρου</b>	183581	744	34,5%	40,5

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, ίδια επεξεργασία

Από τον πίνακα διακρίνουμε ότι στο νομό Ιωαννίνων είναι συγκεντρωμένο το 65,5% των νοσηλευτών. Το υπόλοιπο 34,5% μοιράζεται στους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου. Η μεγάλη αυτή ποσοστιαία διαφορά μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη του

πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων που απασχολεί μεγάλο αριθμό νοσηλευτών και εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό πληθυσμού.

#### 4.3.2.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι στο νομό Ιωαννίνων ο αριθμός των κλινών είναι τριπλάσιος σε σχέση με τον αριθμό των κλινών που υπάρχουν στην υπόλοιποι Ήπειρο.

**Πίνακας 4.8:** Αριθμός νοσοκομειακών κλινών

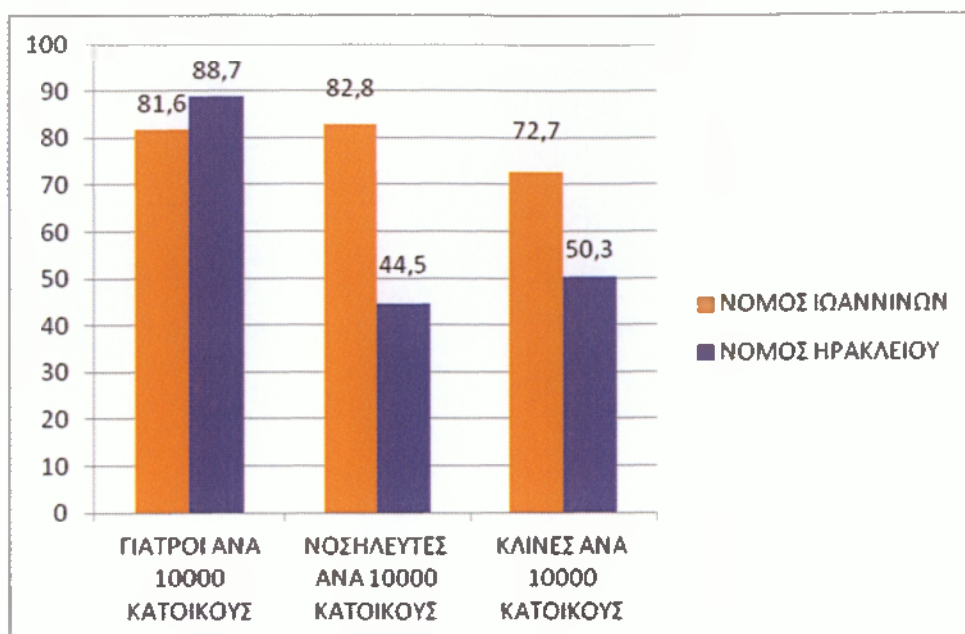
	πληθυσμός	αριθμός κλινών	% κλινών	κλίνες ανά 10000 κατοίκους
<b>Νομός Ιωαννίνων</b>	170239	1237	72,6%	72,7
<b>Υπόλοιποι Νομοί Ηπείρου</b>	183581	466	27,4%	25,4

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και θεραπευτήρια (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός), 2009, ίδια επεξεργασία

Ο Νομός Ιωαννίνων διαθέτει 1237 νοσοκομειακές κλίνες. Από αυτές το 72,6% βρίσκονται στο νομό Ιωαννίνων και το υπόλοιπο 27,4% μοιράζεται στους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου. Η συγκέντρωση των κλινών στο Νομό Ιωαννίνων μπορεί να οφείλεται στην παρουσία του πανεπιστημιακού νοσοκομείου που κατατάσσεται λόγω του αριθμού των κλινών του στα μεγάλα νοσοκομεία αλλά και στον μεγάλο αριθμό αρρώστων που εξυπηρετεί όχι μόνο από τα Ιωάννινα αλλά από όλη την Ήπειρο.

#### 4.3.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Στο διάγραμμα 4.6 πραγματοποιείται σύγκριση των γιατρών, νοσηλευτών, κλινών ανά 10000 κατοίκους στο νομό Ιωαννίνων και στο νομό Ηρακλείου. Το συμπέρασμα της σύγκρισης θα δείξει ποιος νομός προσφέρει ικανοποιητικότερες υπηρεσίες υγείας. Ο νομός Ηρακλείου επελέγη λόγω επαρκών στοιχείων (Καμπούρη Μ., 2012).



**Διάγραμμα 4.6:** Σύγκριση δεικτών νομών Ιωαννίνων-Ηρακλείου

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δημόσια Υγεία, Γιατροί και Οδοντίατροι, 2010, Υγειονομικός Χάρτης, Health statistics, Νοσηλευτικό προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και θεραπευτήρια, (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός), 2009, Καμπούρη Μ., 2012, ίδια επεξεργασία

Ο πληθυσμός του νομού Ηρακλείου ανέρχεται στους 292.489 κατοίκους. Η διαφορά του με το νομό Ιωαννίνων είναι 122.250 κάτοικοι περισσότεροι.

Από το διάγραμμα 4.7 παρατηρούμε μεγάλες διαφορές και στους τρεις δείκτες ανάμεσα στο νομό Ιωαννίνων και στο νομό Ηρακλείου.

Κλασική απόδειξη της πραγματικότητας που συμβαίνει στο ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας δηλαδή ότι όλες οι αποφάσεις που σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας έχουν παρθεί στα πλαίσια της αποσπασματικότητας και της επιλεκτικότητας.

Σε σχέση με την αποσπασματικότητα αυτό σημαίνει ότι οι όποιες αποφάσεις πολιτικών υγείας π.χ. πρόσληψη νοσηλευτών δεν εφαρμόστηκε ισοδύναμα σε όλες τις περιφέρειες και σε όλους τους νομούς της χώρας. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του δείκτη νοσηλευτών ανά 10000 κατοίκους.

Σε σχέση με την επιλεκτικότητα παρατηρούμε ότι ο νομός Ιωαννίνων διαθέτει πολύ μεγαλύτερο αριθμό κλινών ανά 10000 κατοίκους σε σχέση με το νομό Ηρακλείου. Όσον αφορά τους γιατρούς ανά 10000 κατοίκους των δυο νομών η διαφορά τους είναι αμελητέα.

Εάν το υγειονομικό σύστημα λειτουργούσε απόλυτα προγραμματικά θα έπρεπε οι παραπάνω δείκτες να είναι παρόμοιοι στο νομό Ιωαννίνων και στο νομό Ηρακλείου αφού και οι δύο νομοί έχουν τα ίδια υγειονομικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις διαθέσιμες μονάδες υγείας.

#### 4.3.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΕΛΛΑΔΑΣ

Ενδιαφέρουσα φαίνεται η σύγκριση των διαθέσιμων επαγγελματιών υγείας ( γιατροί, νοσηλευτές) και των κλινών στο νομό Ιωαννίνων και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Η σύγκριση αυτή θα βοηθήσει να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με το αν και κατά πόσο το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό στο νομό Ιωαννίνων είναι ικανοποιητικό σε σχέση με αυτό της υπόλοιπης Ελλάδας.

**Πίνακας 4.9:** Σύγκριση δεικτών νομού Ιωαννίνων-Ελλάδας

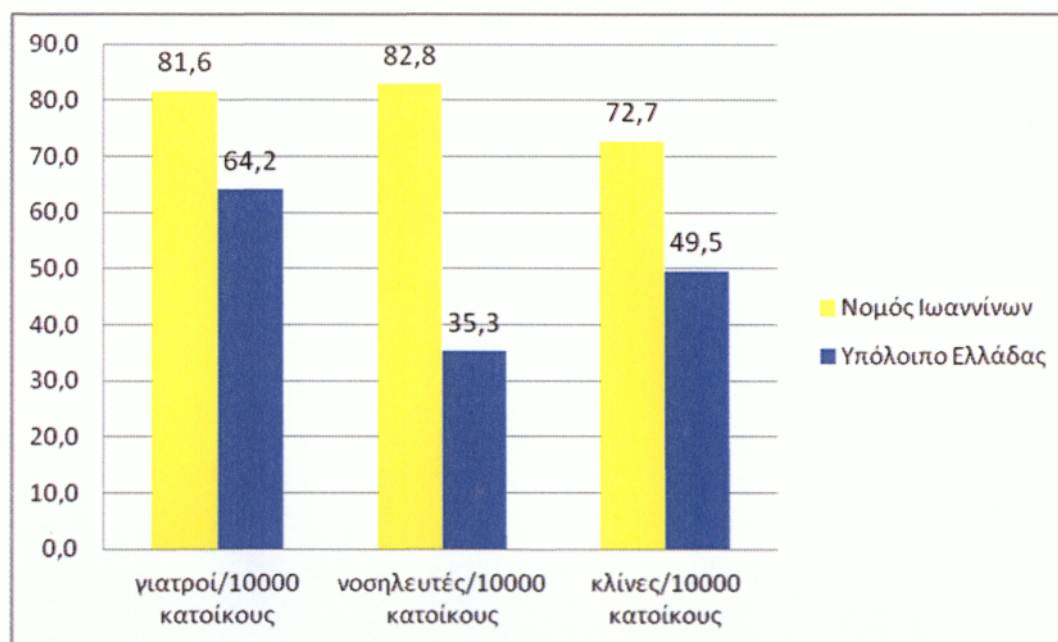
	Πληθυσμός	γιατροί/10000 κατοίκους	νοσηλευτές/10000 κατοίκους	κλίνες/10000 κατοίκους
<b>Νομός Ιωαννίνων</b>	170239	81,6	82,8	72,7
<b>Υπόλοιπο Ελλάδας</b>	10793781	64,2	35,3	49,5

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός), 2009Υγειονομικός Χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, ίδια επεξεργασία

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα μπορούν να εξαχθούν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ✓ μη συστηματοποιημένη φαίνεται να είναι η κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των κλινών στο νομό Ιωαννίνων σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα, αφού οι δείκτες του νομού Ιωαννίνων είναι εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης από αυτές της υπόλοιπης Ελλάδας.

- ✓ ο νομός Ιωαννίνων φαίνεται να έχει ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα στους νοσηλευτές όπου οι διαθέσιμοι νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους είναι διπλάσιοι από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας καθώς και στις διαθέσιμες κλίνες.
- ✓ Με τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται αυτό που πολύ ερευνητές του Ελληνικού συστήματος τονίζουν, ότι δηλαδή τα κύρια χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος είναι η αποσπασματικότητα και η επιλεκτικότητα.



**Διάγραμμα 4.7:** Σύγκριση δεικτών νομού Ιωαννίνων-Ελλάδας

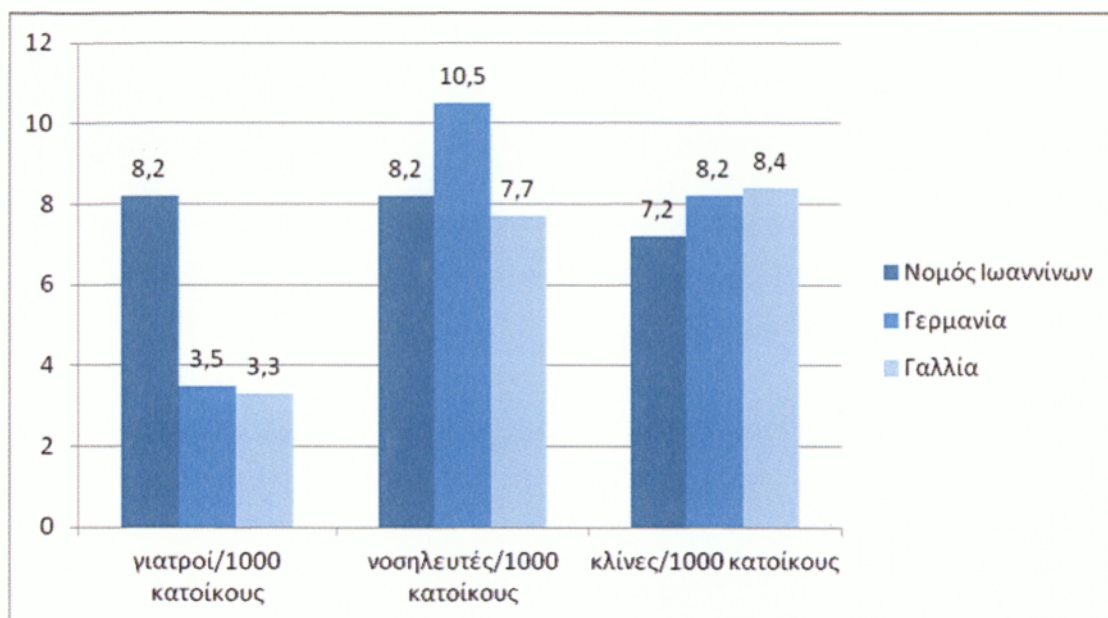
Από το διάγραμμα διακρίνουμε ότι στους γιατρούς ανά 10000 κατοίκους ο νομός Ιωαννίνων ξεπερνάει την υπόλοιπη Ελλάδα με μία διαφορά της τάξεως του 17,4. Η μεγαλύτερη διαφορά εντοπίζεται στους νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους όπου ο νομός Ιωαννίνων ξεπερνάει την υπόλοιπη Ελλάδα με μία ποσοστιαία διαφορά της τάξεως του 47,5.

#### 4.3.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ-ΓΑΛΛΙΑΣ

Ο αριθμός ιατρών στη χώρα μας είναι ο μεγαλύτερος σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με τη βοήθεια του διαγράμματος 4.8



επιχειρείται αντίστοιχη σύγκριση των προηγούμενων υγειονομικών δεικτών του νομού Ιωαννίνων με αντίστοιχους δείκτες άλλων χωρών (Γερμανίας, Γαλλίας).



**Διάγραμμα 4.8:** Σύγκριση δεικτών νομού Ιωαννίνων-Γερμανίας-Γαλλίας

Πηγή: OECD statistics, Indicators Health Workforce, 2010, ίδια επεξεργασία

Βεβαίως, η σύγκριση αυτή φαίνεται να μην είναι δόκιμη αλλά ταυτόχρονα μπορεί να προκύψουν και κάποια χρήσιμα συμπεράσματα από την σύγκριση. Ειδικότερα, φαίνεται ότι ο νομός Ιωαννίνων διαθέτει μεγαλύτερο αριθμό γιατρών ανά 1000 κατοίκους από ότι η Γερμανία και η Γαλλία. Το γεγονός αυτό είναι σύμφωνο με την άποψη των επιστημόνων ότι στην Ελλάδα υπάρχει πληθωρισμός γιατρών σε σχέση με ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης.

Ο αυξημένος αυτός δείκτης για τον νομό Ιωαννίνων θα μπορούσε να παραλληλιστεί και με το γεγονός ότι η πλέον πολυάριθμη ιατρική ειδικότητα στην Ήπειρο είναι η ειδικότητα των οδοντιάτρων δηλαδή ειδικότητα που σχετίζεται άμεσα με την πρωτοβάθμια φροντίδα και όχι την δευτεροβάθμια. Συνεπώς ο δείκτης 8,2 γιατροί ανά 1000 κατοίκους δεν σημαίνει αυτόματα και αναβαθμισμένη παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους του νομού Ιωαννίνων. Επίσης, ο νομός Ιωαννίνων διαθέτει ένα περιφερειακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο που δίνει τη δυνατότητα να εμφανίζεται αυξημένος ο δείκτης γιατροί ανά 1000 κατοίκους.

Τέλος, σε σχέση με τους δείκτες νοσηλεύτες και κλίνες ανά 1000 κατοίκους ο νομός Ιωαννίνων φαίνεται να πλησιάζει τον μέσο όρο των δεικτών των δύο άλλων χωρών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση των δημογραφικών παραγόντων με την προσφορά υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με διαγραμματική απεικόνιση.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα υστερεί στην πρόληψη ενώ δίνει ιδιαίτερο βάρος στην θεραπεία. Οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της Ελλάδας αλλά και η ανισοκατανομή των πόρων μεταξύ του κέντρου και των περιφερειών έχουν συμβάλει στην άνιση κατανομή των φορέων υγείας, επιβαρύνοντας την προσβασιμότητα ενός μέρους του πληθυσμού, ιδιαίτερα εκείνων των αγροτικών περιοχών.

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001 η Ελλάδα έχει πληθυσμό 10.964.020 κατοίκους και ο νομός Ιωαννίνων με πληθυσμό 170.239 κατοίκους αποτελεί το 48% του πληθυσμού της περιφέρειας Ηπείρου και το 2% του πληθυσμού όλης της Ελλάδας. Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στο νομό είναι ικανοποιητική αφού υπάρχουν δύο νοσοκομεία, το ένα γενικό και το άλλο πανεπιστημιακό, και διάφορες ιδιωτικές κλινικές. Τα νοσοκομεία εξυπηρετούν και κατοίκους των υπόλοιπων νομών της Ηπείρου.

Στο νομό Ιωαννίνων η ποσοστιαία κατανομή των δύο φύλων δείχνει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερες από την Ήπειρο. Η υπεροχή αυτή των γυναικών θα αυξήσει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αφού οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στη ζήτηση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά την κατανομή του πληθυσμού ανά ηλικιακές ομάδες παρατηρούμε ότι στο νομό Ιωαννίνων υπάρχει μια τάση για δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αφού η ηλικιακή ομάδα με το υψηλότερο ποσοστό είναι μεταξύ 40 ετών και 54 ετών. Οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και ιδιαίτερα οι μεγάλες ηλικίες λόγω της μεγάλης νοσηρότητας θα προκαλέσουν αύξηση των υπηρεσιών υγείας. Το τελευταίο από τους δημογραφικούς παράγοντες είναι το μορφωτικό επίπεδο όπου παρατηρούμε το μικρό ποσοστό των κατόχων μάστερ ή διδακτορικού και στο νομό Ιωαννίνων και στην υπόλοιπη Ήπειρο ενώ επίσης αξίζει να αναφέρουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και του νομού Ιωαννίνων και της υπόλοιπης Ηπείρου ανήκει στους απόφοιτους δημοτικού, σε όσους φοιτούν στο δημοτικό ή σε όσους το εγκατέλειψαν αλλά γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση. Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αφού

η ζήτηση της ομάδας χαμηλού μορφωτικού επιπέδου θα είναι πλημμελής. Στη συνέχεια σύγκρινα το νομό Ιωαννίνων με την υπόλοιπη Ήπειρο για τον αριθμό των γιατρών, των νοσηλευτών και των νοσοκομειακών κλινών ανά 10000 κατοίκους. Και στις τρεις περιπτώσεις παρατηρούμε ότι τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα στο νομό σε σχέση με τους υπόλοιπους νομούς της Ηπείρου. Αυτό αποδεικνύει τη μεγάλη συγκέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, έγινε μία σύγκριση του νομού Ιωαννίνων με το νομό Ηρακλείου. Οι διαφορές είναι έντονες και στους τρεις δείκτες. Οι μεγαλύτερη διαφορά εντοπίζεται στους νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους όπου ο νομός Ιωαννίνων με 82,8 νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους ξεπερνάει κατά πολύ το νομό Ηρακλείου. Τέλος, έγινε μία σύγκριση του νομού Ιωαννίνων με την υπόλοιπη Ελλάδα για τους γιατρούς, νοσηλευτές και τις κλίνες ανά 10.000 κατοίκους και μια σύγκριση με δύο χώρες του εξωτερικού για τους γιατρούς, νοσηλευτές και κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο νομός σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα υπερτερεί στους νοσηλευτές και στις κλίνες ανά 10.000 κατοίκους, όχι όμως και στους γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους. Έτσι, οι δείκτες είναι εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης πράγμα που σημαίνει ότι τα κύρια χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος είναι η αποσπασματικότητα και η επιλεκτικότητα. Η σύγκριση του νομού με τη Γερμανία και τη Γαλλία δείχνει ότι ο νομός Ιωαννίνων ποσοστιαία ξεπερνάει τις άλλες δύο χώρες μόνο στους γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Αυτό δείχνει τον πληθωρισμό των ιατρών στην χώρα μας.

Ανακεφαλαιώνοντας, τα συμπεράσματα έδειξαν ότι οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την προσφορά υπηρεσιών υγείας και το πώς κατανομονται οι υπηρεσίες αυτές στο χώρο. Επίσης, σημαντικός παράγοντας της προσφοράς και της κατανομής των δομών υγείας είναι και η διοικητική διαίρεση του νομού Ιωαννίνων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδου Ε., (2008) «Η νέα διοικητική μορφή του Ε.Σ.Υ.», Διοικητική Ενημέρωση, σελ 58.

Βελονάκη Β., Καλοκαιρινού Α., (2006), «Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτική στην Ελλάδα», *Νοσηλευτική*, τεύχος 45(4), σελ 491-499.

Δημητρακόπουλος Χ., Μπρατσόλη Θ., (2007), «Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων και της γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα στην περιφέρεια Αττικής», Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Καλαμάτα.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (ΕΣΥΕ) Απογραφή 2001.

Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, (2009) Διεύθυνση Σχεδιασμού και Οικονομικής Ανάλυσης, «*Ιδιωτικά Νοσοκομεία: Ένας Δυναμικός κλάδος με προοπτικές εξωστρέφειας*» Αθήνα.

Έλληνας Δ., (2009) «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας», *Ιατρικά Θέματα*, τεύχος 48, σελ 17.

Κουντζάκης Β., (2008), «Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Διπλωματική Μελέτη, Αθήνα.

Κουρέα-Κρεμαστινού Τ., (2007), «*Δημόσια Υγεία. Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές*», εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., (1999), «*Τα οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω*», Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.

Μακαρώνης Ν., Μπρικίνα Α., Παπαγεωργίου Ρ., Σωτηρίου Α., (2010), «Ανισότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Κομοτηνή.

Οικονόμου και συν., (2007), «Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):48-57.

Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα (ΠΕΠ) Ηπείρου 2000-2006.

Τούντας Γ., και συν., (2008), «Οι Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα», σελ 53-54.

Τούντας Γ., Φρισήρας Σ., (1998), «Κοινωνία και υγεία», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 15:593-599.

Τούντας Γ., Φρισήρας Σ., (1996), «Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία», *Ιατρική*, 69:270-276.

Υπουργείο Εσωτερικών, (2010), Υγειονομικοί Χάρτες.

Νόμος 3235 (2004), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΦΕΚ 53, τεύχος Α, 18 Φεβρουαρίου 2004.

Νόμος 3172 (2003), Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 197, τεύχος Α, 6 Αυγούστου 2003.

Νόμος 3329 (2005), Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 81, τεύχος Α, 4 Απριλίου 2005.

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Υgeianet, «Υγειονομικός χάρτης», διαθέσιμο στο [www.ygeianet.gov.gr](http://www.ygeianet.gov.gr), ανακτήθηκε την 15/04/2012.

Υgeianet, «Υγειονομικός χάρτης», διαθέσιμο στο <http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>, ανακτήθηκε την 16/04/02012.

Πολυνείκης Α., (2010) «Το Εθνικό Σύστημα Υγείας», Υπουργείο Υγείας Κύπρου, διαθέσιμο στο [http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/0/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/0/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf?OpenElement), ανακτήθηκε την 03/04/12.

Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, διαθέσιμο στο [www.vvka.gov.gr/articles/.../nomothesia.../194-isxvoysa-nomothesia...](http://www.vvka.gov.gr/articles/.../nomothesia.../194-isxvoysa-nomothesia...) ανακτήθηκε την 29/04/2012.

OECDilibrary, Indicators Statistics Health Workforce, διαθέσιμο στο [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011\\_health\\_glance-2011-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en), ανακτήθηκε την 03/05/2012.

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Bender, K.A., Theodosiou I., (2003) «The effects of Socioeconomic Conditions on the health of the elderly», *American Economic Association*, Washington D.C.

Duncan G.J., Daly M.C., Mc Donough P., Williams D.R., (2002), «Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research», *American Journal of Public Health*, 92(7):1151-1157.

Fuchs V.R., (2004), «Reflections on the socio-economic correlates of health», *Journal of Health Economics*, 23:653-661

Grosman M., (1972), «On the concept of health capital and the demand for health», *Journal of Political Economy*, 80(2):223-255.

Mc Donough P., Duncan G.J., Williams D., House J., (1997), «Income dynamics and adult mortality in the United State, 1972 through 1989», *American Journal of Public Health*, 87:1476-1483.

Van Rossum C.T.M., van de Mheen, H., Mackenbach, J.P., Grobbee, D.E., (2000), «Socioeconomic status and mortality in Dutch elderly people-The Rotterdam study», *European Journal of Public Health*, 10:255-261.

World Health Organization, (1946), International Health Conference, Definition of Health, New York.